



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Correlación entre las estrategias de afrontamiento y recaída en el consumo de tabaco en universitarias que asisten a una intervención cognitivo-conductual para dejar de fumar”

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

Mariana Núñez Lauriano

Directora: Dra. Jennifer Lira Mandujano

**Dictaminadores: Dra. Sara Eugenia Cruz Morales
Mtra. Georgina Castillo Roberto**

**Revisores: Dra. Susana Xóchitl Bárcena Gaona
Ana Karina García Santillán**

Trabajo financiado por el proyecto PAPIIT IA304016-RA304016 “Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para dejar de fumar dirigida a estudiantes universitarios en un ensayo clínico aleatorio controlado

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.

El presente trabajo se realizó con apoyo financiero del proyecto PAPIIT IA304016-RA304016 Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para dejar de fumar dirigida a estudiantes universitarios en un ensayo clínico aleatorio controlado otorgados por la Dirección General de Asuntos de Personal Académico (DGAPA) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) a la directora de esta tesis Dra. Jennifer Lira Mandujano

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Tabaco	4
Historia del tabaco	4
Efectos psicofarmacológicos	8
Farmacocinética y farmacodinamia	10
Componentes de la dependencia a la nicotina	12
Tolerancia	15
Síndrome de abstinencia	16
Consecuencias para la salud	18
Capítulo 2. Epidemiología del consumo de tabaco	22
Capítulo 3. Tipos de intervención para dejar de fumar	29
Intervenciones psicológicas	29
Intervención farmacológica	36
Capítulo 4. Relación entre estrategias de afrontamiento y recaída en fumadores	39
Estrategias de afrontamiento	40
Técnicas de afrontamiento	44
Modelos explicativos del proceso de recaída	46
Factores asociados a la recaída	49
OBJETIVO	62
MÉTODO	63
RESULTADOS	68
DISCUSIÓN	75
REFERENCIAS	81

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), tabaquismo es un problema de salud pública asociado con más de 7 millones de muertes al año. La entrevista motivacional y la terapia cognitivo-conductual son estrategias terapéuticas utilizadas en intervenciones para dejar de fumar (Jiménez & Fagerström, 2007), sin embargo, existen factores que dificultan dicha meta y que propician recaídas. Investigaciones han encontrado una relación entre el tabaquismo y el afrontamiento, por ejemplo buscar soluciones a un problema o aproximarse al mismo conlleva a evitar el consumo (Maskrey, V et.al, 2015; Ramsay & Hoffmann, 2004). El objetivo de esta investigación es determinar el nivel de correlación entre las estrategias de afrontamiento y la recaída en universitarias que asisten a una intervención cognitivo conductual para dejar de fumar. Participaron 14 mujeres estudiantes de la FESI, en la Intervención Breve Motivacional para Fumadores, que consta de seis sesiones (admisión, evaluación, sesión 1, sesión 2, sesión 3 y post-evaluación) donde se utilizan tres folletos (uno/sesión de intervención) y autoregistros de consumo semanales (Lira-Mandujano, Cruz-Morales y Ayala-Velázquez, 2012), además se les aplicó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (Cano, Rodríguez y García, 2007). Se encontró que el número de estrategias de afrontamiento se correlaciona negativamente con el número de caídas ($r = -0.560$, $p < 0.05$), el apoyo social se correlacionó significativamente con menos caídas ($r = -0.528$, $p < 0.05$) mientras que la resolución de problemas mostró un aumento de 13 a 15, estos resultados se discuten en función de la utilidad del empleo de las estrategias de afrontamiento como protectores de recaídas.

Introducción

El tabaquismo a diferencia de otras drogas se ha caracterizado por gozar de una mayor aceptación social entre casi todos los estratos de la población muy a pesar de que es una droga que está asociada con la aparición de enfermedades crónicas de alto riesgo. Debido a las estadísticas de consumo que presentaba esta droga, la Organización Mundial de la Salud la incluyó entre los estándares de epidemia, sin embargo los resultados de la *Global Adult Tobacco Survey* (GATS) en el 2015 demuestran que la epidemia de Tabaco ha asumido proporciones de pandemia debido a la magnitud del consumo: en el mundo 1.3 billones de personas consumen tabaco.

En la actualidad es común ver cada vez más a mujeres y jóvenes e incluso niños que se han iniciado en el consumo de tabaco, fenómeno que anteriormente no era tan habitual, mientras que la epidemia del consumo de tabaco en los hombres está en lento declive, hay una creciente preocupación por el aumento del consumo de tabaco en las mujeres. Se prevé que el 20% de las mujeres en todo el mundo serán fumadoras para 2025, en comparación con el 12% en 2010 (Li, Chan y Lam, 2015).

Evidentemente una de las principales preocupaciones de los profesionales de la salud son los daños graves que el consumo de tabaco ocasiona en la salud, las causas de muerte más importantes relacionadas con el consumo de tabaco son enfermedades cardiovasculares, como ataques al corazón y ataques vasculares cerebrales, en el caso de enfermedades respiratorias la consecuencia más común es la de Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC), finalmente quizá la consecuencia más grave del tabaquismo sea su relación con el cáncer de pulmón, y otros cánceres como cáncer laríngeo, cáncer oral,

cáncer esofágico, pancreático, de vejiga y de riñón (Samet, 2002; Martínez & Rubio, 2002; OMS, 2017). En el caso de las consecuencias específicas en la salud de mujeres, éstas son menos conocidas, pero actualmente se sabe que las enfermedades relacionadas con el tabaquismo en el caso de las mujeres son: mayor tasa de infertilidad, parto prematuro, bajo peso al nacer, embarazo ectópico, síndrome de muerte súbita del lactante, cáncer de cuello uterino, ciclos de menstruación irregular, dismenorrea y menopausia temprana (Centers for Disease Control and Prevention, 2010).

El 49.9% de los fumadores han intentado dejar de fumar pero sólo el 10.9% de éstos lo consigue (Secretaría de Salud, 2012), 57.2% interrumpen su consumo de manera súbita, 17.6% lo disminuyen gradualmente y un porcentaje del 4.2% sustituyó el hábito de fumar por otras actividades (Reynales-Shigematsu, et al., 2012), lo anterior da muestra de lo complicado que puede ser mantenerse en la decisión de dejar de fumar para aquellos que deciden hacerlo.

En los apartados que conforman esta tesis se plantea una de las problemáticas que dificultan que muchas de las personas que pretenden alcanzar la abstinencia no lo logren, y es la recaída. Para iniciar, en el capítulo uno se habla acerca del tabaco y sus generalidades, su historia, su forma de acción en el organismo, la dependencia a la nicotina y los daños que provoca a la salud, posteriormente en el capítulo dos, se retoma la epidemiología del consumo de tabaco, el capítulo tres se hablará sobre las intervenciones relacionadas con el objetivo de dejar de fumar y finalmente en el capítulo cuatro se aborda la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y la recaída para dar paso al método, los resultados y conclusiones que fueron obtenidos de ésta investigación

CAPÍTULO 1. TABACO

El consumo de tabaco es un hábito que se ha vuelto cada vez más común en los últimos años, incluso algunos sectores de la población como mujeres y adolescentes que anteriormente tenían un consumo nulo o moderado, ahora han experimentado porcentajes más altos de consumo. Ante este hecho también se debe de considerar que socialmente fumar tabaco parece no tener una interpretación negativa como sí la tiene el consumo de otras sustancias como la mariguana, el alcohol, la cocaína y otros.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) (2017b), el tabaco es un problema de salud pública que desencadena graves consecuencias que ponen en riesgo de muerte a más de 7 millones de personas al año, de las cuales más de 6 millones sí son consumidores del producto pero un aproximado de 890 000 no lo son y son víctimas del humo de tabaco ajeno.

En los siguientes apartados se mostrará un breve recorrido histórico sobre la consolidación del consumo de tabaco y posteriormente se hablará de los efectos psicofarmacológicos que tiene esta sustancia, cómo es que ocurren y qué consecuencias tienen para la salud.

Historia del tabaco

El uso del tabaco antes de la época colonial ya era bastante común, su origen se rastrea en América y aunque no hay una fecha exacta hay quienes hablan de unos 10 000 años de aparición, los cuales se pueden calcular gracias a que se han encontrado grabados en piedra donde se observan a personajes principalmente en situaciones religiosas realizando alguna acción relacionada con el tabaco (Pérez, 2008).

Se sabe que la mayor parte de las culturas mesoamericanas cultivaron y consumieron la planta de tabaco, por ejemplo, los mayas lo empleaban con fines religiosos, políticos y medicinales y entre sus propiedades curativas le atribuían funciones sanativas en contra del asma, la fiebre, heridas producidas por mordeduras, problemas digestivos y enfermedades de la piel. En cuanto a los fines religiosos el tabaco se utilizaba para sellar alianzas bélicas o acuerdos de paz después de una guerra (Rubio & Rubio, 2006). Los aztecas usaban la planta de tabaco como medicina casi universal sobre todo para calmar dolores intensos como el del parto. Además, se dice que el emperador Moctezuma fumaba constantemente, tal era su adicción que durante su cautiverio por Hernán Cortés, este le permitió seguir con su consumo (De Micheli & Izaguirre, 2005).

La expansión del tabaco a otros países ocurre gracias a que los colonizadores de América (entre ellos la tripulación de Cristóbal Colón) llevaron la planta a Europa, y en 1518, Román Pane llevó las semillas del tabaco a España ya que durante su estancia en América se había informado muy bien de todas las propiedades que poseía esta planta, ya para finales del siglo XVI el uso del tabaco se había extendido a casi todos los rincones del mundo (De Micheli & Izaguirre, 2005). Sin embargo, el consumo de esta planta comenzó a adquirir mayor aceptación una vez que Jean Nicot, quien ese entonces era embajador de Francia, la recomendó en forma de polvo inhalado nasalmente a la reina francesa Catalina Médicis como remedio contra las cefaleas, fue así como la reina adquirió el hábito de consumir tabaco y la costumbre se extendió entre los nobles de Europa (Rubio & Rubio, 2006).

En la Nueva España el consumo de tabaco era tan habitual que se mezclaba entre las ceremonias religiosas y el uso cotidiano, tal como lo menciona en sus diarios de viaje el

fraile capuchino español Francisco de Ajofrín (citado por De Micheli & Izaguirre, 2005), que permaneció en la Nueva España de 1763 a 1767:

El tabaco de hojas es otro abuso de la América. Lo fuman todos, hombres y mujeres; hasta las señoritas más delicadas y melindrosas, y estas se encuentran en la calle, a pie y en coche, con manto de puntas y tomando su cigarro... Los religiosos y clérigos también se encuentran en las calles tomando cigarro, habiéndose acostumbrado desde niños a este vicio, y creo lo aprenden, con otros, de las amas de leche, que aquí llaman chichiguas y generalmente son mulatas o negras. Y como esta viciosa costumbre se ve autorizada por las personas del primer carácter, se comunica fácilmente a los que pasan de Europa, siendo el consumo de tabaco exorbitante, pues apenas dejan el cigarro de la mano en todo el día, excepto el tiempo que están en la iglesia, cuyo lugar sólo está exento de este vicio, pero no las sacristías. (p. 610).

Rubio y Rubio (2006), mencionan que fue España el primer lugar donde el tabaco se comenzó a comercializar, en 1623, a pesar de que ya existían plantaciones formales en Santo Domingo y Cuba, las cortes españolas decidieron que la hacienda pública se encargara de la comercialización del tabaco, las rentas se dedicaban básicamente a financiar obras públicas y sociales, como la construcción de la Biblioteca Nacional de Madrid y la publicación del primer Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española en 1723, posteriormente siguieron en esta iniciativa Portugal en 1664, Austria en 1670 y Francia en 1674. Sin embargo, al mismo tiempo la iglesia satanizaba su consumo por lo que el Papa Alejandro VII estableció el primer impuesto en el mundo sobre el uso de tabaco.

Mientras tanto en México una vez que se empiezan a consolidar las políticas para la inversión y gracias a las excelentes condiciones climáticas del trópico húmedo, Veracruz y Oaxaca se consolidaron como los estados más importantes en producción de tabaco incluso a nivel internacional (Mackinlay, 2011). De igual forma se empezó a consumir de manera exorbitante el tabaco entre la población a pesar de que existieron diversas prohibiciones para evitar el consumo desmedido (De Micheli & Izaguirre, 2005).

Una vez que el consumo de tabaco ya era común entre la población, algunos consumidores comenzaron a preocuparse por los daños que fumar les pudiera causar a su salud por lo que en el año de 1949 aparece el primer cigarrillo con filtro. Posteriormente en 1954 Richard Doll y Austin Hill publicaron un estudio en el que se demostraba la asociación estadística entre consumo de tabaco y cáncer de pulmón y diez años más tarde se publicó un informe del Cirujano General de Estados Unidos sobre los daños que causa a la salud el tabaquismo. Es así como en 1989 OMS designó al 31 de Mayo como el “Día mundial sin tabaco” con la intención de motivar a los fumadores a abandonar su consumo y hacer concientización sobre la problemática (Rubio & Rubio, 2006).

Muy a pesar de los esfuerzos que muchos han hecho por sensibilizar a la población de lo peligroso que es para la salud el tener el hábito de fumar, la producción mundial de tabaco casi se ha duplicado de los años 60 al 2004, de hecho se cultiva por lo menos en 120 países y en el 2010 más del 85% del tabaco mundial se cultivó en países en desarrollo. Hoy se reconocen por lo menos cuatro empresas que dominan el 75% del mercado mundial del tabaco: Phillip Morris, British American Tobacco, Japan Tobacco y China National Tobacco Co. (Mackinlay, 2011).

Finalmente, en lo que corresponde a México, según el Economista, en 2015 la producción de tabaco en nuestro país cayó en dos terceras partes de 45 000 a 15 000 toneladas anuales a partir del año 2000. En cuanto a los principales estados productores de tabaco estos son Nayarit (88.5%), Veracruz (9.3%) y Chiapas (1.4%), y en menor medida Guerrero y Tabasco (0.8%) (Coronel, 2015). A pesar de que la producción mexicana de tabaco ha disminuido en comparación a otros años, México representa el 0.6% de la producción mundial de tabaco, aunado a estas cifras se estima que en 2010 murieron en nuestro país 30 personas diariamente a causa de neoplasia por tabaquismo, mientras que a nivel mundial en el 2030 se espera más de ocho millones de muertes por enfermedades relacionadas con el tabaco (Reynales-Shigematsu, et al., 2012).

Efectos psicofarmacológicos

El NIDA (National Institute on Drug Abuse) es un instituto que forma parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, su misión es avanzar en la investigación acerca de las causas y las consecuencias del consumo de drogas y aplicar el conocimiento para mejorar la salud individual y la del público. En su página de internet en el apartado dedicado al tabaco, se menciona que es la nicotina el componente activo del tabaco y de hecho la sustancia causante de la adicción. Un fumador promedio al inhalar el humo de tabaco consume entre 1 y 2 mg de nicotina por cigarrillo, además inhala 10 veces a lo largo de 5 min, que es el periodo en que dura el cigarro prendido, es así como una persona que fuma una cajetilla y media (30 cigarrillos) por día, realiza 300 inhalaciones de nicotina diarias. Inmediatamente después de haber sido expuesto a la nicotina se recibe un estímulo causado en parte por la acción de la droga sobre las glándulas suprarrenales

que da como resultado una descarga de adrenalina, el cuerpo se estimula y aumenta la presión arterial, la respiración y la frecuencia cardiaca (NIDA, 2010).

La nicotina es el alcaloide natural que se extrae de las hojas del tabaco, se absorbe a través de los pulmones de un 79 a un 90% aproximadamente y de un 4 a un 40% a través de la mucosa bucal, los plexos sublinguales y la piel, su absorción es tan rápida que en 7 o 10 segundos llega a los receptores del cerebro, se considera que esta situación es la que contribuye al alto poder adictivo de la nicotina (Treviño, Fernández, González, Martínez, & Bousoño, 2004). Una vez que la nicotina ha alcanzado el sistema nervioso central tiene acciones euforizantes, cognitivas, de regulación del humor, de la concentración, memoria y del apetito.

Los efectos que tendrá la nicotina sobre el fumador dependerá de la dosis de consumo, pues actúa como psicoestimulante a bajas dosis y tiene efectos sedantes a altas dosis, actuando como depresor, visto de otra forma, el fumador puede experimentar sensación de despertar cuando está somnoliento y relajación cuando está tenso. Como consecuencias de su efecto estimulante, se pueden producir temblores en las manos y disminución de la expresividad emocional, también una disminución del tono de algunos músculos esqueléticos, náuseas y vómitos (Jiménez & Olov, 2007).

Son los efectos que actúan o son valorados como reforzantes los que favorecen la dependencia a la nicotina, por ejemplo, este efecto bifásico de estimulante y sedante es evidentemente reforzador ante determinadas condiciones, pero es aún mayor la influencia de otros efectos como: la facilitación de la memoria y de la atención, la disminución de la irritabilidad o del estrés, la modulación del estado de ánimo, la capacidad para alterar el

apetito y suprimir el aumento de peso, y evidentemente el alivio inmediato de la sintomatología del síndrome de abstinencia. Al final, es la acción a nivel de los circuitos cerebrales de recompensa lo que produce los efectos experimentados como placenteros al fumar, pero es importante para entender tales efectos, tener claridad de cómo es que actúa la nicotina en nuestro cuerpo y a nivel cerebral (Jiménez & Olov, 2007).

Farmacocinética y farmacodinamia

Cuando se habla de farmacocinética esta se entiende como el proceso por el que una sustancia será transportada a través del cuerpo, la nicotina se absorbe rápido y completamente desde los pulmones, mucosa nasal y bucal, piel y tracto gastrointestinal (Martínez & Rubio, 2002), también se sabe que la vida media de la nicotina en el organismo es de 2 a 4 horas dependiendo de las características individuales de cada persona. La mayor parte de esta sustancia se metaboliza en el hígado y a diferencia de lo que se creería, en menor medida en el pulmón, posteriormente se transforma en un metabolito conocido como cotinina, sin embargo, sólo el 7% de la nicotina se excreta por vía renal sin transformarse junto con la cotinina (NIDA, 2010).

En cuanto a las propiedades farmacocinéticas, estas son de mucha importancia ya que se refieren al mecanismo de acción que tiene la droga dentro del cerebro y que evidentemente aumentan el potencial para su abuso. Como ya se mencionó el tiempo en que tarda la nicotina en llegar al cerebro es de segundos pero sus efectos agudos desaparecen rápidamente junto con las sensaciones de gratificación lo que ocasiona que se requiera de una dosis repetida a lo largo del día para mantener los efectos placenteros (NIDA, 2010).

El efecto placentero producido por el tabaco se debe a la liberación de los neurotransmisores acetilcolina, noradrenalina, serotonina y dopamina, gracias a que la nicotina comienza su acción a través de los receptores colinérgicos-nicotínicos situados principalmente en las terminales presinápticas (Muñoz, Sanjuan, Fernández-Santaella, Vila y Montoya, 2011). Las regiones cerebrales donde están presentes los receptores nicotínicos son el hipocampo, neocorteza, gyrusrectus, corteza cerebral y rafe medio, pero su densidad es más alta en el núcleo accumbens, otras regiones donde su densidad es especialmente alta es en la corteza, el tálamo y núcleo interpeduncular, amígdala, el septum, los núcleos motores del troncoencéfalo y el locus coeruleus. Para infortunio de los fumadores activos, se ha demostrado que la densidad de receptores nicotínicos es mayor en el cerebro de los fumadores, esta es de hecho una de las modificaciones al sistema nervioso que ocurre no por su afinidad a la sustancia sino por la degradación de la misma (Jiménez & Olov, 2007).

Todas las sustancias adictivas ejercen una acción sobre el circuito de la recompensa que es el sistema cerebral que se encarga de la adicción, la unidad fundamental de este circuito son las neuronas y sus proyecciones que utilizan dopamina, la mayor concentración de estas neuronas las tiene el Área Tegmental Ventral (ATV) que establece conexiones con el núcleo accumbens y el sistema límbico, encargados del aprendizaje y las emociones (Guerri, 2012). Gracias a la activación de los receptores nicotínicos (AChRs) al realizar las caladas de humo resultado de la combustión del cigarrillo, ocurrirá una estimulación de las moléculas de nicotina sobre el ATV que provocará la descarga de dopamina en el núcleo accumbens, en la corteza prefrontal media y en otras zonas del sistema límbico, por lo tanto, los procesos que estarán gestándose entonces serán relacionados con toma de decisiones y emociones (Muñoz, et al., 2011).

Muchas de las personas que tienen un consumo regular de tabaco mencionan que el cigarro les proporciona mayor placer cuando lo consumen por la mañana, esto se puede explicar porque durante el periodo de la noche se presenta un periodo de abstinencia que permite que los receptores nicotínicos se cierren y se sensibilicen (requieran de poca dosis para experimentar placer) por la mañana, es entonces que la primera dosis de nicotina activará estos receptores, después de este periodo muchos de los receptores nicotínicos se desensibilizan otra vez, lo que coincide con el argumento de que los fumadores después de la mañana fuman menos por placer y más por calmar las ansias y el estrés (Tortora, Tortora y Derrickson, 2006).

Componentes de la dependencia a la nicotina

Cuando hablamos acerca de un consumo excesivo de sustancias tóxicas mejor conocidas como drogas es regular que hagamos uso del término adicción, este es un término que deriva del vocablo latino *addicere* que significa “condenar” (Tortora, et al., 2006), y casi involuntariamente dicho significado tiene similitud con el uso común que damos al término, entonces al denominar a alguien como adicto estaríamos refiriéndonos a alguien que está condenado a un servilismo involuntario por lo que estará a merced de su deseo por las drogas.

Sin embargo el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) IV (APA, 2002) se limita de hacer uso del término adicción y lo sustituye por el dependencia de sustancias que se refiere a un desorden recurrente y crónico caracterizado por una búsqueda y consumo compulsivo de la droga, pérdida del control sobre su consumo limitado y la emergencia de un estado emocional y físico negativo cuando no se consume la

droga, tal definición también se extiende a la versión V del manual del año 2013, lo anterior se expresa en los siguientes criterios los cuales deben presentarse en un lapso no mayor a 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes criterios:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes criterios:
 - a) el síndrome de abstinencia (malestar asociado por el no consumo propio de la sustancia).
 - b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes, que parecen causados por el consumo de la sustancia.

Hablando de los motivos por los que el consumo de una sustancia adictiva puede llegar a ser tan persistente, también habría que considerar los elementos de refuerzo del consumo de la misma sustancia, por ejemplo, cualquier consumo de una droga traerá consigo el refuerzo positivo de la conducta que sucedió inmediatamente antes de su consumo, ahora bien también sucede que ocurre un refuerzo negativo, esto es la reducción de los efectos de abstinencia una vez que se consume la droga (Tortora, et al., 2006). Tomando en cuenta las diferencias entre sexos, es más común que las mujeres consuman tabaco en respuesta a factores de refuerzo no farmacológicos (subjetivos o hedónicos) en comparación a los hombres, por lo que esto influiría en que los tratamientos tengan más éxito en los hombres que en las mujeres, ya que es más fácil atenuar los efectos farmacológicos del consumo de tabaco (Perkins, Gerlach, Vender, Grobe, Meeker y Hutchison, 2001)

El proceso de dependencia a la nicotina por el consumo de tabaco puede entenderse de dos formas, por un lado la dependencia física que se establece en un periodo de tiempo corto que está en función del número de cigarrillos consumidos al día, la cantidad de nicotina presente en el cigarro, la profundidad y frecuencia de la inhalación, este tipo de dependencia es característica de las sustancias depresoras (alcohol, opiáceos, hipnóticos,

sedantes) y es menos intensa en los estimulantes como la nicotina (Jiménez & Olov, 2007), y por otro lado, la dependencia psicológica, que está relacionada con continuas y repetidas asociaciones que el fumador realiza entre sus actividades diarias y el uso del cigarro como recurso psicológico efectivo. Los síntomas de dependencia que puede llegar a presentar un fumador habitual son: cansancio que a veces desaparece cuando se fuma, pérdida del apetito, dificultad para respirar después de un mínimo esfuerzo, ronquera por irritación de las cuerdas vocales, tos al levantarse, coloración amarillenta de los dedos y de los dientes y dolor leve en el pecho (Larger & López, 2002).

Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2003) mencionan que cuando la dependencia a una sustancia como la nicotina comienza a gestarse en el cuerpo, ocurre un proceso conocido como neuroadaptación, que es un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo con la droga, la tolerancia y el síndrome de abstinencia, son dos componentes principales de este proceso, los cuales se abordarán en los apartados que aparecen a continuación.

Tolerancia

El consumo de tabaco igual que otras sustancias pasa por un fenómeno conocido como tolerancia en el cual el fumador requiere cada vez de dosis mayores para experimentar los efectos que un principio experimentaba, tal situación influye en un consumo cada vez mayor y en la dificultad de dar por terminado el hábito (Treviño, et al., 2004).

La tolerancia se desarrolla en función de las características farmacológicas de la droga y de los efectos a nivel bioquímico que se producen en el organismo. Podemos hablar de dos grandes clasificaciones de la tolerancia, la innata y la adquirida (Jiménez & Olov, 2007):

- La tolerancia innata se produce con la disminución de los efectos de la droga desde la primera vez del consumo, consecuencia de factores genéticos, esta tolerancia además puede ser un factor de riesgo para desarrollar dependencia temprana.
- La tolerancia adquirida, que a su vez se clasifica en tres: la farmacocinética, que se produce por cambios en la distribución o metabolismo de la droga después de la administración repetida; la farmacodinámica, que se origina por cambios adaptativos como una disminución de la densidad o sensibilidad de los receptores; y la aprendida, esta ocurre gracias a que la administración de la sustancia ocurre ante determinadas señales ambientales, un aprendizaje de esta asociación, impide la manifestación completa de los efectos de la dosis, requiriéndose más sustancia. Esta última clasificación es la más utilizada.

Síndrome de abstinencia

Una vez que un fumador ha tomado la decisión de dejar de fumar o bien pasa largo tiempo sin acceso a la sustancia, se enfrenta ante un proceso que ocurre una vez que se ha dejado de administrar la dosis habitual de la droga al cuerpo, y es el síndrome de abstinencia, los síntomas de la abstinencia en el caso de fumadores comienzan al cabo de unas horas de haber recibido la última dosis de nicotina y alcanzan su plenitud entre las 24 y 48 horas. Los síntomas del síndrome de abstinencia nicotínico se caracterizan por estado

de ánimo depresivo o disfórico, insomnio, irritabilidad, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud, disminución de la frecuencia cardíaca y aumento del apetito o del peso, después de cuatro semanas los síntomas de abstinencia pueden comenzar a desaparecer pero el fumador se debe de mantener alerta ya que las ansias y la ansiedad por el consumo pueden mantenerse durante años (APA, 2002). El manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) establece los siguientes criterios diagnósticos de la abstinencia a la nicotina (López Ibor, 1996):

- a) Debe haber pruebas claras de un cese o reducción del consumo de nicotina después de un repetido, y habitualmente prolongado y/o a altas dosis, consumo de nicotina.
- b) Los síntomas y signos son compatibles con las características conocidas del síndrome de abstinencia de nicotina.
- c) Los síntomas o signos no se justifican por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de nicotina, ni tampoco por otro trastorno mental o del comportamiento.

La importancia del estudio del síndrome de abstinencia radica en que estos síntomas pueden aumentar la probabilidad de recaída (Lara-Rivas, Ramírez-Venegas, Sansores-Martínez, Espinosa & Regalado-Pineda, 2007).

Un último factor que hay que analizar y el cual se presenta entre los procesos de abstinencia y recaída es el “craving”, que es entendido como el deseo intenso por consumir una droga, este aparece inmediatamente tras la abstinencia y puede mantenerse durante un largo periodo de tiempo a diferencia del síndrome de abstinencia que tiene una duración más limitada de tiempo, es así que el “craving” se entiende como el deseo incontrolable de

consumir una droga el cual sin duda puede ser una importante causa de recaída. La evidencia empírica demuestra que son las situaciones emparejadas con la conducta de fumar las que provocan el estado motivacional del craving el cual surge por el deseo de experimentar los efectos estimulantes del tabaco (Muñoz, et al., 2004; Kadden, 2002).

Consecuencias para la salud

Si bien la nicotina es la principal sustancia activa del cigarrillo, durante la combustión se liberan otras sustancias como amoníaco y alquitrán que son venenos muy peligrosos, provocarían intoxicación y muerte de haber una liberación de estos gases al aire libre. El humo que se desprende del tabaco en combustión es por un lado aspirado activamente por el fumador y en menor medida por las personas que estén a su alrededor, por lo que de esta forma los efectos del cigarro afectan tanto a los fumadores pasivo como a los activos, y dependiendo de la duración del hábito sus efectos también pueden ser a corto y largo plazo.

Colombo y Ghignone (2005) mencionan que los efectos que se presentan en un periodo de tiempo corto después de haber iniciado con el consumo habitual de tabaco pueden ser obstrucción leve de las vías aéreas y disminución del crecimiento de la función pulmonar para el caso de los adolescentes, ahora bien, si el fumador se encuentra practicando algún deporte su rendimiento físico se verá disminuido, debido a que los pulmones tienden a comenzar a tener menor capacidad. En casos en los que el hábito de fumar se inicia desde la edad adolescente se ha encontrado que este se relaciona con problemas de conducta y consumo de otras sustancias como alcohol y marihuana.

En cuanto a los efectos a largo plazo, sin duda el más evidente es que tras un consumo prolongado y habitual los fumadores tienen más riesgo de morir que los no fumadores, la OMS (2017b) menciona que el tabaco se asocia con enfermedades que pueden llegar a provocar la muerte cada año a casi 6 millones de personas, de entre ellas, 5 millones son consumidores del producto y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno. Las causas de muerte más importantes relacionadas con el consumo de tabaco son: enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y cáncer (Samet, 2002).

Las enfermedades cardiovasculares asociadas al consumo de tabaco incluyen arterioesclerosis coronaria que puede resultar en ataques al corazón y ataque vascular cerebral mejor conocido como embolia, esta última se refiere a las consecuencias de hemorragias dentro del cerebro, o a la muerte del tejido cerebral producto de la oxigenación insuficiente, en menor impacto sólo dificultaría la circulación arterial en las piernas. La ingesta de nicotina también disminuye la concentración de colesterol y aumenta la concentración de lípidos aterogénicos lo cual trae como resultado un aumento en la tensión mural miocárdica y acentúa la tendencia a las arritmias cardíacas; incluso se menciona que durante el consumo de un solo cigarro se pueden percibir efectos transitorios de la liberación de catecolaminas: taquicardia, aumento del gasto cardíaco e hipertensión arterial ligera (Martínez & Rubio, 2002).

En el caso de las enfermedades respiratorias la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es el resultado de los casos más graves de adicción al tabaco. La EPOC se refiere a la pérdida permanente de la función pulmonar que tiene como complicaciones la reducción de la respiración, el deterioro de la capacidad de ejercicio y con frecuencia la

necesidad de terapia de oxígeno, esta enfermedad se caracteriza por el vaciado lento del pulmón ya que las vías respiratorias se estrechan y pierden elasticidad. Los médicos han comprobado la asociación entre síntomas respiratorios, infecciones respiratorias y en general un estado de salud disminuido, los estudios epidemiológicos transversales muestran la presencia de los principales síntomas respiratorios en fumadores: tos, expectoración, respiración asmática y deficiencia respiratoria.

Finalmente el cáncer pulmonar, que se refiere a tumores malignos que surgen en las vías respiratorias y en los alvéolos del pulmón. El pulmón es el sitio principal para el depósito de los carcinógenos del humo, pues es muy fácil que el humo inhalado entre en contacto con las vías respiratorias y los alvéolos pulmonares. Otros tipos de cáncer que ponen en riesgo la vida de los fumadores son: cáncer laríngeo, cáncer oral, cáncer esofágico, pancreático, de vejiga y de riñón. La OMS (2017 a) menciona que el consumo de tabaco es la causa del 72% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón.

En cuanto a los posibles efectos positivos que tiene la nicotina Husain y Mehta (2011) plantean que la nicotina produce una mejora en la memoria de trabajo, memoria episódica y la atención, dato que coincidiría con el argumento de muchos fumadores que dicen necesitar un cigarrillo para poder concentrarse, sin embargo, también hacen mención de que estos resultados deben de considerarse solo cuando se habla de administraciones agudas, porque son pocos los estudios que han analizado el caso de las dosis repetidas y no han encontrado mejores cognitivas constantes. Las evidencias de los efectos positivos de la nicotina apoyan la posibilidad de que la mejora en el aprendizaje y la memoria pueda contribuir a la dependencia a la nicotina (Kutlu&Gould, 2016).

Como se ha mencionado a lo largo de este capítulo, el consumo de tabaco trae consigo múltiples consecuencias que sin embargo en su mayoría tienen un impacto negativo en la salud del consumidor, y aún incluso de quienes no fuman pero rodean a los fumadores habituales, desafortunadamente el hábito de fumar no incide solo en la salud, sino que también tiene costos a nivel político y social pues según la OMS (2017b) aumenta el gasto sanitario y produce una reducción de la productividad, generando costos sustanciales para la economía de los países, a pesar de ello el consumo de tabaco no ha disminuido e incluso los gobiernos están preocupados por implementar políticas que combatan el consumo y con ello sus consecuencias, en el siguiente capítulo se hablará entonces de dichas políticas las cuales han surgido a raíz del impacto epidemiológico del tabaco.

CAPÍTULO 2. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE TABACO

A pesar de que la gran mayoría de las personas tienen o han escuchado por lo menos una vez información acerca de los daños que causa a su salud el tabaco, las tendencias de su creciente consumo son alarmantes, en el 2005 fumaban alrededor de todo el mundo 1 100 millones de personas y se espera que para el 2025 fumen 1 600 millones de personas (Colombo & Ghignone, 2005).

La ENA del 2011 (Encuesta Nacional de Adicciones) es una estrategia de la Secretaría de Salud del Gobierno Mexicano en colaboración con Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” que tiene el objetivo de actualizar las estadísticas de la problemática de consumo de drogas y así poder tomar decisiones dirigidas a su prevención y tratamiento, esta encuesta es representativa de toda la población de 12 a 65 años. A continuación se muestran los resultados más relevantes de las estadísticas sobre consumo de tabaco (Reynales-Shigematsu, et al., 2012):

Los datos de la ENA (2011) reportan una prevalencia de consumo activo de tabaco de 21.7% (17.3 millones de mexicanos fumadores) en la población de 12 a 65 años, de los cuales 31.4% son hombres (12 millones) y 12.6% mujeres (5.2 millones), de esos porcentajes 8.9% fuma diario (13.2% es hombre y 4.8% es mujer). La Ciudad de México presenta los consumos más altos del país (30.8%) seguido de Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Colima y Nayarit (con un 24.6%), la zona sur es la que presenta los porcentajes más bajos, Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco (13.7%). La encuesta muestra que el promedio de edad para el inicio de consumo para la población mexicana es

de 20.4 años, los hombres comienzan con su consumo a los 20 y las mujeres a los 21.7 años.

En nuestro país las personas que fuman diario consumen en promedio 6.5 cigarrillos al día, los hombres 6.8 y las mujeres 5.6. Un dato interesante que nos muestra esta encuesta es que 11.4% de los fumadores activos fuman su primer cigarrillo 30 minutos después de haberse despertado, y es que un tiempo tan corto entre el despertarse y consumir un cigarrillo es un indicador de una alta dependencia. En cuanto al gasto promedio que hacen los fumadores activos la encuesta nos dice que es de 397.4 pesos al mes, y los fumadores ocasionales gastan en promedio 80 pesos al mes. Y por último del total de los fumadores, 58.4% ha intentado dejar de fumar, por un lado interrumpiendo su consumo de manera súbita (57.2%) o disminuyéndolo gradualmente (17.6%) y un porcentaje menor sustituyó el hábito de fumar por otras actividades (4.2%).

Pero más recientemente en el 2015 se dieron a conocer los principales resultados de la *Global Adult Tobacco Survey* (GATS) la cual es una encuesta representativa a nivel nacional que utiliza un protocolo estandarizado en todos los países, entre ellos México, se plantea como objetivos mejorar la capacidad de los países para diseñar, implementar y evaluar los programas de control de tabaco. Los resultados para la población mexicana muestran que 16.4% (1 de cada 6 adultos) son fumadores actuales de tabaco, de los cuales la cuarta parte son mujeres, en promedio un fumador gasta 297.20 pesos al mes en cigarrillos, 7 de cada 10 dijo haber observado propaganda anti-tabaco en la televisión o radio, 98.1% de los adultos cree que fumar causa serios daños a la salud, y 93.4% apoya la prohibición de fumar en espacios cerrados públicos y de trabajo (Secretaría de Salud, 2016).

Ahora, en comparación del año 2009 al 2015, el consumo no mostró un cambio estadísticamente significativo (15.9% vs 16.4%), ni tampoco por sexo (hombres, 24.8% vs 25.2% y mujeres, 7.8% vs 8.2%), en cuanto a la edad de inicio del consumo en el 2009 se sabía que era de 17.6 años, y en el 2015 disminuyó a 16.5 años (hombres, 16.9 a 16.4; mujeres, 19.6 a 17.1), aunque tampoco es estadísticamente significativa esta disminución, por último, respecto al promedio de cigarros fumados al día, se redujo de 9.3 en 2009 a 7.7 en 2015 (hombres, 9.7 vs 8.0, y las mujeres, 8.4 vs 6.8), en este caso fue estadísticamente significativa en total y en los hombres pero no en las mujeres (Secretaría de Salud, 2016).

Respecto a la exposición al humo de tabaco ajeno, la GATS (2015) menciona que hubo una disminución de 18.6% al 17.0%, del 2009 al 2015, en la exposición al humo de tabaco ajeno en los adultos que trabajan en lugares interiores, sin embargo, esta disminución no fue estadísticamente significativa; entre los lugares públicos que sí se encontró una disminución significativa fue en edificios del gobierno (17.0% a 14.1%), restaurantes (29.6% a 24.6%) y en los bares y discotecas (81.2% a 72.7%), por el contrario, los lugares que mostraron un aumento en la exposición al humo de tabaco ajeno fueron: centros de prestación de servicios de salud (4.3% a 5.2%) y el transporte público (24.2% al 24.7%).

En cuanto a los porcentajes de mortalidad en las enfermedades la tasa respecto al sexo indica el 110.8 para hombres y 81.1 para mujeres en enfermedades del sistema circulatorio; en neoplasias, la tasa es de 14.1 hombres y 9.1 mujeres; en enfermedades respiratorias 30.4 hombres y 32.6 mujeres. Los hombres presentan mayores tasas de incidencia respecto a las mujeres, a excepción de las enfermedades respiratorias, sin embargo, en el caso de las mujeres las repercusiones para el embarazo son graves pues la

tasa de embarazos es de 52.2% para las mujeres no fumadoras o fumadoras leves, en comparación con las mujeres que fuman con un 34.1% (Secretaría de Salud, 2012). Cabe mencionar que el porcentaje de adultos que cree que fumar causa enfermedades graves fue alto y se mantuvo igual entre 2009 y 2015 (98.1%). Además, se observó un aumento estadísticamente significativo en la proporción de adultos que cree que la exposición al humo de tabaco ajeno causa enfermedades graves, pasando de 95.6% en 2009 a 96.5% en 2015 (Secretaría de Salud, 2012).

Por otro lado, debido a las características de la población adolescente, esta es blanco de mayor atención para la prevención del consumo de tabaco, la ENA hace un análisis especial para el caso de jóvenes de 12 a 17 años, los datos muestran que el porcentaje de consumidores activos es de 12.3 (1.7 millones) de los cuales 16.4% son hombres (1.1 millones) y 8.1% son mujeres (539 mil), la prevalencia de ex fumadores es de 9.9% (1.3 millones de adolescentes) y el 77.8% (10.5 millones) nunca ha fumado, en cuanto a las tendencias de consumo por regiones, estas siguen el mismo patrón que la población general. Los fumadores activos iniciaron su consumo aproximadamente a los 14.1 años tanto hombres como mujeres; estos fumadores adolescentes consumen diario en promedio 4.1 cigarrillos al día (4.2 los hombres y 3.6 las mujeres). A diferencia de la población general, un porcentaje menor para el caso de los adolescentes (7.1%) fuman el primer cigarro en los primeros 30 minutos después de despertar.

Finalmente, respecto a la cesación del consumo, se observó un incremento estadísticamente significativo en los intentos para dejar de fumar, pues entre los fumadores adultos, pasó de 49.9% a 56.9% del 2009 al 2015, haciendo comparaciones por género, los

hombres presentaron un aumento en los intentos de abandono, de 47.2% a 57.0%, en cambio las mujeres presentaron una disminución de 57.4% a 56.4%

Ante este panorama de epidemia que presenta el consumo de tabaco la OMS (2017b) impulsó el Convenio Marco para el Control del Tabaco que entró en vigor en febrero del 2005, este convenio sienta las bases para que los países apliquen y gestionen programas de control para hacer frente a la epidemia creciente de tabaquismo.

Éste convenio establece seis medidas de control para reducir el consumo y los efectos del tabaco los cuales se resumen en el acrónimo MPOWER (Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce y Raise) (Gutiérrez, 2012):

- Monitorear el consumo de tabaco y las medidas de prevención, por lo que México implementó la creación del Observatorio Mexicano para el Control de Tabaco y así proteger a la población del humo de tabaco.
- Proteger de la exposición al humo de tabaco ajeno, impulsando una legislación federal para que México sea 100% libre de humo de tabaco. Reforzar el monitoreo y la vigilancia del cumplimiento de las legislaciones locales ya existentes.
- Ofrecer asistencia a las personas que deseen dejar de fumar a través del tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico que en México tendrían que estar a cargo del IMSS, ISSSTE y Seguro Popular.
- Advertir de los peligros del tabaco. En nuestro país se busca implementar las directrices de empaquetado y etiquetado de todos los productos de tabaco a fin de adoptar el empaquetado genérico.

- Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio y aumentar los impuestos al tabaco. México prohíbe la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco, además de que se pretende asegurar la sanción efectiva al comercio ilícito, la venta a menores y al menudeo, así como adoptar medidas integrales para prevenir la interferencia de la industria tabacalera en las políticas de salud pública.

Actualmente hay 180 países suscritos que representan más del 90% de la población mundial.

Gracias a los progresos que ha impulsado el Convenio Marco para el Control del Tabaco se ha logrado durante la última década proteger al 40% de la población mundial gracias al menos a una medida del MPOWER, sin embargo, el aumento de impuestos al tabaco es la medida que menos ha tenido impacto, debido a que más del 80% de los países no aplican estos impuestos, a pesar de que está demostrado que aumentar de manera significativa los impuestos al tabaco reduce su consumo y cuenta con la ventaja de ser una medida poco costosa (OMS, 2017b).

Con menor impacto, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) desde el 2001 ha planteado los objetivos de lograr que menos personas se inicien en el fumar, que los que fuman abandonen más temprano esta dependencia, mejorar los servicios de tratamiento para quienes desean dejar de fumar y proteger a los no fumadores de la exposición al humo del tabaco (CONADIC, 2017). Ante estas disposiciones es que resalta la importancia de centrar la atención sobre las estrategias de intervención que permitan

dotar de apoyo y herramientas a aquellas personas que se planteen el objetivo de dejar de fumar, de dichos planes de intervención es que se hablará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3. TIPOS DE INTERVENCIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

Debido al impacto de las consecuencias no sólo en la salud, también consecuencias económicas, sociales y familiares que el consumo de tabaco ha traído en los consumidores, actualmente tiene la categoría de pandemia, es por esta razón que el sector salud ha doblado sus esfuerzos para brindar alternativas de tratamiento para la atención de las personas que desean dejar de fumar, entre estas opciones se encuentran el tratamiento nicotínico y no nicotínico y el tratamiento psicológicos de los cuales se hablará a continuación.

Intervenciones psicológicas

Los tratamientos psicológicos se extiende y popularizan en los años 70, antes de esa época el primer intento terapéutico del que se tienen datos es el “plan de cinco días para dejar de fumar” que, sin embargo, no llegó a obtener grandes resultados favorables (Becoña, 2003). Los tratamientos psicológicos intervienen en los elementos conductuales pues parten de la idea de que la eliminación duradera de la conducta de fumar va más allá de superar el síndrome de abstinencia, este tipo de tratamientos rara vez se han aplicado solos, habitualmente siempre son parte de “paquetes” médicos que están en combinación con atención farmacológica, sin embargo, no por ello su efectividad individual es baja (Moreno, Herrero & Rivero, 2003).

La entrevista motivacional y la terapia cognitivo-conductual (TCC) forman parte de las estrategias terapéuticas que se utilizan comúnmente en las intervenciones para dejar de fumar. En la entrevista motivacional se recurre al diálogo para motivar y apoyar el cambio

de una conducta en su mantenimiento a largo plazo, por su parte, el individuo en la intervención es conducido para que identifique sus situaciones de peligro y diseñe estrategias para afrontarlas.

La entrevista motivacional se diferencia de otros estilos de entrevista en que las estrategias no son de confrontación con el fumador. La motivación se puede entender como el deseo de cambio y que como estado varía de un momento a otro o de una situación a otra, en el caso de las personas que fuman se entendería la motivación como el deseo por abandonar el tabaco, o bien, la probabilidad de que una persona inicie y se comprometa con una estrategia específica para dejar de fumar (Jiménez & Olov, 2007).

En este sentido es importante comprender que la motivación surge de un contexto interpersonal, siendo un producto de la interacción de las personas que puede emerger del círculo familiar, las amistades, compañeros de trabajo, medios de comunicación, personajes de prestigio social y otros (Jiménez & Olov, 2007). El hecho de que la motivación sea un estado que dispone al cambio implica que esta sea un factor clave dentro del proceso para dejar de fumar.

Desde esta perspectiva para que una persona cambie de conducta debe tener un deseo por cambiar, ya que tendría que existir una discrepancia entre la conducta actual y sus valores personales, poseer confianza en conseguir el cambio y estar preparado para ello (Jiménez & Olov, 2007). Además, ya que la motivación puede ser entendida como un estado, el modelo de Prochaska y DiClemente es útil para entender el proceso por el que pasa la motivación del fumador que desea dejar su consumo: durante la precontemplación, aumenta la duda y la percepción de los riesgos y problemas de la conducta actual, en la

contemplación se valoran las razones para cambiar y los riesgos de no hacerlo por lo que aumenta la autoeficacia, posteriormente llegaría la determinación la cual ayuda al paciente a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio, luego la acción, más tarde el mantenimiento y finalmente la recaída que en caso de que aparezca, ayuda al fumador a renovar su proceso de contemplación, determinación y acción sin que aparezca un bloqueo o derrota por haber recaído (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velazquez&Rossi, 1991)

Es así como la entrevista motivacional como recurso dentro de las intervenciones para dejar de fumar trata de ayudar al usuario a desarrollar sus propias habilidades, animarlo al cambio respecto a un estilo de vida no saludable apoyando en explorar y resolver las posibles dudas o ambivalencias que surgen cuando se tiene la inquietud de hacer un cambio. El objetivo de la entrevista motivacional no es centrarse en el pasado sino más bien en los intereses y preocupaciones actuales de la persona por lo que se trata más de un método de comunicación que un conjunto de técnicas a usar, en general, se diferencia de otros estilos de entrevista en las que se usa estrategias de confrontación (Jiménez &Olov, 2011).

Por medio de una revisión de los ensayos controlados aleatorios en los que se ofrecieron intervenciones motivacionales o sus variantes a los fumadores para ayudarlos a abandonar el hábito de fumar se encontró que el metanálisis de las intervenciones motivacionales versus el asesoramiento breve o la atención habitual produjo un aumento moderado pero significativo del abandono del hábito (RR [riesgo relativo] 1,27; IC [intervalo de confianza] del 95%: 1,14 a 1,42). Los análisis de subgrupos indicaron que la intervención motivacional fue efectiva cuando se administró por los médicos de la atención

primaria (RR 3,49; IC del 95%: 1,53 a 7,94) y por los consejeros (RR 1.27; IC del 95%: 1,12 a 1,43), y cuando se realizó con sesiones de mayor duración (más de 20 minutos por sesión) (RR 1,31; IC del 95%: 1,16 a 1,49), gracias a dichos resultados se puede concluir que las intervenciones motivacionales pueden ayudar a los fumadores a abandonar el hábito (Lai, Cahill, Qin, & Tang, 2010).

Por otro lado en la TCC se enseña al individuo a utilizar estrategias que le permitan resistirse a la urgencia de fumar, además se combinan métodos cognitivos como, identificación de situaciones de riesgo y métodos conductuales como, distracción, evitación y relajación (Jiménez & Olov, 2007).

Las terapias cognitivo conductuales han logrado posicionarse sobre otros enfoques psicoterapéuticos ante los gerentes de la salud a la hora de optimizar los servicios y las políticas sanitarias relacionadas al apoyo de personas fumadoras. Se muestra a continuación un bosquejo de las estrategias usadas para los programas de tratamiento cognitivo conductuales más usados en el ámbito de las drogodependencias (Becoña y Cortés, 2016).

- Prevención de recaídas de Marlatt y Gordon. Consiste en la identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída, autoregistro y análisis funcional del uso de drogas, entrenamiento en habilidades cognitivo-conductuales de afrontamiento ante situaciones de riesgo como evitación, escape, distracción, autoinstrucciones, activación física, comportamientos alternativos y habilidades asertivas, también se utilizan estrategias para afrontar el craving y los pensamientos asociados al consumo, afrontamiento de caídas o consumos aislados y entrenamiento en solución de problemas.

- Terapia cognitiva de Beck. Se refiere al establecimiento de rapport con el usuario, psicoeducación sobre la relación causal entre cogniciones, afecto, conducta, craving y consumo de drogas, establecimiento de metas realistas y específicas, manejo del craving y los impulsos de consumo. Se centra la atención en comprender mejor la experiencia subjetiva de la persona y describirle técnicas que puedan ayudar al paciente a afrontar mejor sus impulsos, se evalúan, examinan y prueba la veracidad de las creencias adictivas con el fin de poder reemplazarlas por creencias de control. Se realiza identificación de signos de alarma para poder enfrentar situaciones de crisis, se utilizan técnicas cognitivas como reatribución de responsabilidad y registro diario de pensamientos. Finalmente, también se utilizan técnicas conductuales como programación y control de actividades, experimentos conductuales, repaso conductual, entrenamiento en relajación, asignación de actividades entre sesiones y resolución de problemas.
- Programa cognitivo-conductual para el tratamiento de la adicción al tabaco de Becoña. En este programa se otorga al usuario información sobre el tabaco, se llevan autorregistros y se hace una representación gráfica del consumo. Incluye diferentes técnicas como la de desvanecimiento de la reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, técnicas de control de estímulos, estrategias para controlar el síndrome de abstinencia de la nicotina, feedback fisiológico del consumo (monóxido de carbono en el aire aspirado) y estrategias de prevención de la recaída entre las que se encuentran entrenamiento en asertividad, solución de problemas, cambio de creencias erróneas, manejo de la ansiedad e ira, ejercicio físico, control del peso y autorreforzamiento.

Como ya se puede observar, la terapia cognitivo conductual está compuesta de múltiples estrategias que incluso cuentan con sus propias técnicas. El entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento es una estrategia que consta de múltiples componentes, esta se basa en el hecho de que la persona que no tiene habilidades adecuadas para afrontar situaciones sociales o interpersonales puede tener dificultad para enfrentarse a situaciones de alto riesgo, algunos de los componentes que se incluyen dentro de la intervención son el entrenamiento en habilidades para rechazar el consumo, desarrollo de habilidades de escucha y conversación, entrenamiento en solución de problemas, comunicación no verbal, entrenamiento en asertividad, rechazo de peticiones, expresión de sentimientos, aceptación y realización de críticas e incluso reforzar la conducta de los demás (Becoña y Cortés, 2016).

Otra estrategia utilizada durante las intervenciones es la terapia de exposición a señales, los planteamientos de esta estrategia parten del condicionamiento clásico que señalan que los estímulos que preceden a la conducta de consumo de forma repetida se asocian con el consumo y son capaces de elicitar el deseo por el consumo (Becoña y Cortés, 2016). El uso de la exposición a señales implica poner al individuo en contacto con el estímulo que provoca la respuesta que elicita el consumo con el objetivo de producir su habituación, la extinción de la respuesta de deseo y así proveer de nuevas oportunidades de establecer nuevas asociaciones (Ruiz, Díaz y Villabos, 2012).

Otra opción es el manejo de contingencias que se basa en que el consumo de drogas es una conducta operante que es mantenida por sus consecuencias y por lo tanto puede ser modificada, dentro de esta estrategia se hacen arreglos contingenciales en los que se

administran reforzamientos o castigos a la conducta de fumar o no hacerlo (Moreno et al., 2003).

El opuesto a las estrategias contingenciales es el control de estímulos, la cual es una técnica que deriva del condicionamiento clásico, se trata de dejar de fumar ante los estímulos discriminativos ya sean internos o externos que estén asociados con la conducta de fumar, lo anterior se puede lograr a través de fumar a intervalos fijos, ir reduciendo las situaciones de consumo, o bien, fumar en situaciones muy concretas que no sean reforzantes (Moreno et al., 2003).

Entre otros tipos de tratamientos psicológico, quizá los menos comunes son los tratamientos con técnicas aversivas, los cuales tienen como objetivo la eliminación de los aspectos placenteros del fumar mediante la asociación de la conducta con una estimulación desagradable, entre estas técnicas encontramos: la técnica de fumar rápido, la saciación y retención del humo (Becoña, 2004).

En general, la intervención clínica psicológica, está compuesta por tres fases, la fase de preparación en la que se trata de motivar a la persona a que deje de fumar, la fase de abandono en la que se le ayuda a dejar de fumar y finalmente la fase de mantenimiento en la que se entrena a la persona para que sea capaz de mantener la abstinencia a lo largo del tiempo. Los elementos que favorecerán al tratamiento pueden ser una alta motivación, el estar preparado para el cambio, una autoeficacia moderada o alta y disponer de una buena red de apoyo social (Becoña, 2003).

Intervención farmacológica

La farmacoterapia es una alternativa que ha surgido gracias a los avances de la medicina. Como apoyo farmacológico para dejar de fumar existen dos modalidades terapéuticas consideradas de primera línea entre las que se encuentran la terapia sustitutiva de nicotina (TSN) y los tratamientos de segunda línea que comprenden algunos antidepresivos como el bupropión, antagonistas adrenérgicos, antagonistas opioides y ansiolíticos (Martínez, González, Barrando, Fernández & Paredes 2004).

La TSN se define como la administración de nicotina a un fumador que quiere dejar de serlo por una vía distinta a la del consumo de cigarrillos y en cantidades suficientes para aminorar los efectos del síndrome de abstinencia. Se ha planteado que este tratamiento debe recomendarse para todos los fumadores que superen entre los 10-15 cigarrillos en todo el día, excepto ante la presencia de situaciones médicas graves, la duración recomendada es de 4 a 12 semanas (Larger y López, 2002). En México es el tratamiento con más popularidad, y comenzó a tener mayor difusión en la década de 1980 gracias a las campañas de promoción en los medios de comunicación masivos como la televisión. En el mercado mexicano existen tres tipos de terapia de reemplazo: los chicles, los parches y los inhaladores orales que administran nicotina. Al respecto de este tipo de intervenciones aún quedan dudas entre los investigadores sobre sus efectos secundarios por lo que la mayoría sugiere combinarlos con una terapia psicológica (Sansores, Ramírez-Venegas, Espinosa-Martínez & Sandoval, 2002).

El bupropión por su parte es el primer tratamiento farmacológico no nicotínico aprobado para el tratamiento del tabaquismo. La dosis recomendada es de dos tabletas de

150 mg al día, iniciándose con un solo comprimido al día durante 3 días y posteriormente pasar a los 300 mg, es recomendable que este tratamiento se inicie entre 7 y 15 días antes del día elegido para el abandono, los beneficios que provee es que reduce los síntomas del síndrome de abstinencia y el craving o deseos incontrolables por lo que su uso logra un éxito en la abstinencia entre un 30 y 40% (Larger y López, 2002). Como posibles contraindicaciones está el aumento de aparición de convulsiones en pacientes con factores de riesgo que posean un umbral de convulsiones más bajo (Jiménez & Olov, 2007).

La vareniclina es otro tratamiento farmacológico el cual tiene un efecto antagónico con afinidad para los receptores nicotínicos, estos efectos antagónicos se muestran con el aumento de la tasa de abstinencia a lo largo del tiempo por hasta 8 meses, entre los efectos adversos más frecuentes mencionados por las personas tratadas con este fármaco se encuentran la aparición de náuseas que ocurren aproximadamente en un tercio de participantes medicados, su intensidad es de leve a moderada, también se presenta cefalea, insomnio y pesadillas (Jiménez & Olov, 2007).

En lo que corresponde a los tratamientos farmacológicos de segunda línea, estos pueden ser a través del uso de antagonistas que eviten el refuerzo positivo y los efectos subjetivos que obtiene el sujeto fumando como la mecamilamina bloqueador de los receptores nicotínicos y la naltrexona, antagonista opioide que ha demostrado buenos resultados en disminuir el deseo por fumar. Los agonistas como la clonidina que disminuye la actividad simpática en el locus cerelus y algunos otros tratamientos que son de tipo antidepressivo como nortriptilina y el bupropión. Hoy por hoy es claro que existe una asociación de estados de ánimo negativos y la conducta de fumar (Goldstein & Miron, 2003).

A pesar de que es común la utilización de tratamientos farmacológicos aislados o bien, intervenciones psicológicas, los tratamientos combinados psicológico-farmacológico nacen a partir que se plantea que a pesar que la utilización única de un tratamiento psicológico ha demostrado tener buenos resultados a nivel mundial (Martínez, et al., 2004). El complemento con el tratamiento farmacológico permite cubrir un aspecto sumamente importante del fenómeno de la adicción que es la neurobiología, ya que no hay que olvidar que si bien se puede trabajar a nivel psicológico con el usuario, a nivel cerebral se seguirán secretando sustancias que dificultan el logro de la abstinencia.

CAPÍTULO 4. RELACIÓN ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y RECAÍDA EN FUMADORES

El fenómeno de la adicción a la nicotina ha adquirido mucha importancia en parte por los esfuerzos que ha hecho el sector salud para concientizar a la población sobre las repercusiones del consumo de tabaco y también porque aún no existe total claridad teórica que permita brindar una solución definitiva a la problemática, si bien se han empezado a observar una mayor concientización acerca del consumo del tabaco, al mismo tiempo se han reportado incrementos en el consumo, ahora una de las preocupaciones de la profesionales de la salud es aminorar las dificultades que presentan los usuarios cada vez que deciden incorporarse en tratamientos para dejar de fumar y mantener la abstinencia a largo plazo

El 49.9% de los fumadores han intentado dejar de fumar pero sólo el 10.9% de éstos lo consiguen y de hecho son las mujeres quienes lo logran con más efectividad con 14.7% a diferencia de los hombres que sólo 9.6% lo logran, en otras palabras 1 de cada 5 fumadores intentaron exitosamente dejar de fumar (Secretaría de Salud, 2012), estos datos son muestra que dejar de fumar es un proceso complicado para quienes se lo proponen, pues quienes logran la abstinencia son muy pocos, sin embargo, como indicio de recaída las estadísticas solo muestran quienes sí logran la abstinencia o quienes no, por lo que es importante que se realicen análisis sobre las recaídas en usuarios que se encuentran participando en intervenciones para dejar de fumar.

Estrategias de afrontamiento

La importancia del afrontamiento radica en que es una habilidad que permite hacer frente a situaciones de conflicto que puedan dificultar a los consumidores de tabaco el mantenerse sin fumar (Secades&Fernández, 2001).

El concepto de afrontamiento comenzó a ser utilizado en la década de los setenta bajo una propuesta psicoanalítica que se refería a los mecanismos de defensa maduros que permitían hacer frente a las condiciones adversas, pero es con Lazarus y Folkman en la década de los 80 que dicho concepto adquiere importancia y el significado con el que actualmente se le conoce (Parker y Endler, 1996, citado por Gómez-Fraguela, Luengo-Martín, Romero-Triñanes, Villar-Torres & Sobral-Fernández, 2006).

La propuesta de Lazarus y Folkman (1987) está centrada en la dimensión de estrés a través de su Modelo Transaccional del Estrés en el que se entiende que el estrés psicológico es el resultado de una relación entre el individuo y el ambiente que es evaluada como amenazante y que por ello pone en peligro el bienestar del individuo. El Modelo Transaccional otorga un importante papel al afrontamiento que es entendido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo

El proceso por el que se desencadena una respuesta de afrontamiento dependerá de la evaluación que se haga de la condición estresante que se esté vivenciando, por ejemplo, el modelo nos menciona que existen dos tipos de evaluación, la primaria y la secundaria. La evaluación primaria consta de tres posibles opciones: una evaluación irrelevante, en la que

dado que el suceso no implica ningún tipo de valor, no existe ningún interés por las consecuencias, una evaluación positiva, la cual genera emociones agradables ya que se perciben las consecuencias del evento como positivas y una evaluación estresante, que trae consigo una valoración que puede ser de daño o pérdida, de amenaza o desafío. Por su parte la evaluación secundaria parte de los resultados que se obtengan de hacer cierta acción, en otras palabras, la percepción de los resultados una vez que se actúe ante determinada situación estresante (Lazarus y Folkman, 1987).

Es así como el afrontamiento será el resultado de una revaloración de la situación que se realiza en la evaluación inicial a partir de la información nueva que se recibe del entorno, por lo que ocurrirá un cambio que tendrá como resultado un esfuerzo de tipo cognitivo o conductual en el individuo por cambiar la situación estresante (Gutiérrez, 2012). Por otro lado, las características del afrontamiento dependerán de la percepción que tenga el individuo sobre el control que tiene sobre la situación, por ejemplo, si se percibe que sobre la situación se tiene poco control, el afrontamiento estará entonces dirigido al aspecto emocional, y en caso contrario el afrontamiento se dirigirá al problema o a la acción (Cedillo y Muñoz, 2005).

El afrontamiento dirigido a la emoción es un proceso que se encarga de disminuir el grado de afectación emocional causado por un evento estresante, las estrategias que se incluyen en este modo de afrontamiento son, de evitación (se ignora la situación o desaparece temporalmente de sus pensamientos), la minimización, la atención selectiva, las comparaciones positivas, el distanciamiento. Todas estas estrategias se caracterizan por generar una modificación en la forma en que se interpreta la situación (Lazarus y Folkman, 1984).

Por su parte el afrontamiento dirigido al problema está orientado a la manipulación de la situación que desencadena el malestar, en esta categoría encontramos, la definición del problema, la búsqueda de soluciones alternativas en base a su costo y beneficio y la aplicación de soluciones (Lazarus, 1991).

Lazarus (1991) realizó una descripción de diferentes tipos de estrategias de afrontamiento las cuales se muestran a continuación:

- Afrontamiento dirigido al problema, son conductas que se dirigen a confrontar activamente una situación problemática y tienen efectos positivos en el bienestar de la persona.
- Búsqueda de apoyo social, se refiere a esfuerzos para buscar apoyo informativo de una red de apoyo social que pueda proveer de solidaridad, consejo, atención, información, auxilio y protección.
- Pensamiento mágico, son fantasías voluntarias conscientes que realiza una persona para solucionar un problema, pero sin tener una participación activa.
- Distanciamiento, en este tipo de estrategia el sujeto evade todo contacto con el problema y su solución, para de esta manera reducir la angustia que este provoca.
- Dirigirse a lo positivo, el objetivo es centrar los esfuerzos en crear resultados positivos enfocándose al crecimiento personal, lo cual se logra a través de visión positiva hacia los demás y en general una sensación de optimismo.

- Reducción de la tensión, es el grado en que las personas usan conductas para promover o poner en riesgo la salud e incrementar o decrementar su bienestar físico, otra opción es la creación de paraísos artificiales para mitigar la realidad.
- Autocrítica, la persona realiza conductas de autocastigo y crítica hacia sí mismo, lo que da como resultados sentimientos de culpa.
- Introyección, se refiere a los esfuerzos del sujeto para regular sus sentimientos y acciones. Guardan para sí mismos los afectos y sentimientos causados por el problema.
- Confrontación, comprende intentos de solucionar la situación mediante acciones directas, agresivas o arriesgadas.
- Aceptación de la responsabilidad, implica reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
- Planificación, implica pensar, desarrollar acciones y tomar decisiones que resuelvan el problema.
- Escape-evitación, esta estrategia implica el empleo de un pensamiento irreal (incluso conductas como beber, comer o usar drogas) que impiden confrontar con una situación problemática.

Si bien las estrategias de afrontamiento van dirigidas a hacer frente de alguna manera a un problema, no siempre es posible que se haga uso de ellas, pues existen limitantes que no lo permiten. Las condiciones personales son un tipo de limitantes que hacen referencia a los valores y creencias internalizadas, dichas condiciones personales

determinan cuando ciertas conductas y/o sentimientos son apropiados o no, tal como lo menciona Gutiérrez (2012), quien también expresa que las condiciones ambientales son otro tipo de limitante ya que en ocasiones el entorno impide el uso apropiado de los recursos para hacer frente a las amenazas. Finalmente se encuentra el grado de amenaza, el cual dependerá de la evaluación de los recursos disponibles y de las condiciones que limitan su aplicación, es decir, cuanto mayor es la amenaza, más desesperadas tienden a ser las estrategias de afrontamiento interfiriendo en el funcionamiento cognitivo y la capacidad de procesamiento de la información.

Técnicas de afrontamiento

En la intervención psicológica se hace uso de técnicas de afrontamiento que tienen por objetivo desarrollar en el usuario habilidades o competencias para aplicarlas ante los primeros indicios que advierten de una reacción de estrés. En este apartado se describen las técnicas más utilizadas durante los procesos terapéuticos.

El entrenamiento en autoinstrucciones es una técnica en la que se plantea enseñar a la persona a modificar sus autoverbalizaciones compuestas por pensamientos desadaptativos que se presentan antes, durante o después de enfrentarse a una situación aversiva, con esta técnica se espera que el cambio en el diálogo interno facilite y conduzca a un cambio en las respuestas de las personas (Olivares, Macia, Rosa, Olivares-Olivares, 2013).

El procedimiento de aplicación del entrenamiento en autoinstrucciones tiene múltiples variaciones dependiendo del objetivo que se persiga, sin embargo, entre los procedimientos más comunes se encuentran, la autorregulación ante tareas, en la que se

utiliza el aprendizaje por modelado para cambiar el discurso interno mientras se realiza una tarea controlada. La autorregulación en el afrontamiento de una situación aversiva, es otro tipo de procedimiento en el que se evalúan las exigencias de una situación determinada para poder planificar una respuesta, controlar pensamientos, imágenes y sentimientos negativos, así es como se pretende hacer frente a las emociones disfuncionales (Olivares, Macia, Rosa, Olivares-Olivares, 2013).

El entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) es otra técnica relacionada a las respuestas de afrontamiento, solo que en este caso, el procedimiento en inoculación de estrés considera que la exposición de forma gradual a intensidades inicialmente bajas de estrés durante un proceso de entrenamiento, servirá para desarrollar habilidades y destrezas de afrontamiento que podrán ser utilizadas ante situaciones con mayor intensidad de estrés (Olivares, Macia, Rosa, Olivares-Olivares, 2013). Esta técnica suele ser muy amplia ya que entrena el manejo y aplicación de otras estrategias, las cuales se enmarcan en tres fases: 1) conceptualización, donde se evalúa y reconceptualiza el problema, 2) adquisición y entrenamiento, en esta fase se pueden utilizar la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas, el entrenamiento autoinstruccional e incluso el entrenamiento en habilidades conductuales, y 3) aplicación/consolidación, aquí se hace uso de la desensibilización sistemática, donde se utiliza un listado jerarquizado de situaciones que en la vida real producen estrés o ansiedad, entonces con ayuda de la imaginación (en algunos casos puede realizarse en vivo) la persona va experimentando cada situación y poniendo en práctica las técnicas anteriormente aprendidas (Meichenbaum, 1987).

Finalmente, dentro de las técnicas más utilizadas, encontramos el entrenamiento en manejo de ansiedad (EMA), el cual se aplica para la disminución de la ansiedad específica

aunque también puede ser utilizado para actuar sobre problemas de ansiedad generalizada en los cuales el EIE no suele ser tan efectivo (Deffenbacher, 1988). Su objetivo es enseñar al paciente a reconocer las primeras señales cognitivas, emocionales y fisiológicas de una respuesta de ansiedad para poder poner en marcha habilidades que controlen estas respuestas, esta técnica se resume en los siguientes pasos: 1) explicación terapéutica del proceso y del problema, 2) práctica dirigida, en la que el terapeuta instruye al paciente en desarrollar una escena o imagen relajante que sea capaz de inducir relajación y tranquilidad, 3) entrenamiento en técnicas de relajación como la relajación sistemática de Jacobson y la respiración profunda, 4) una vez que el usuario ha aprendido a relajarse el siguiente paso es practicar el desarrollo de una escena de ansiedad que implique una experiencia real asociada con una intensidad moderada de estrés, 5) el posterior entrenamiento consistirá en guiar al paciente entre el desarrollo de un estado de relajación, luego la exposición de la escena de ansiedad y finalmente un estado de relajación, 6) el último paso se enfocará en que el terapeuta transfiera el control al paciente, de modo que sea él quien sea capaz de controlar los estados de relajación y estrés (Olivares, Macia, Rosa, Olivares-Olivares, 2013).

Modelos explicativos del proceso de recaída

La conceptualización de recaída tiene dos vertientes, por un lado puede ser explicada a través del modelo de enfermedad y por otro lado, a través del modelo de aprendizaje. El modelo de enfermedad establece que la recaída es cualquier utilización de drogas tras haber iniciado la abstinencia, que se debe a una condición interna la cual implica indefensión del individuo ante circunstancias que están fuera de su control por lo que al mismo tiempo implica fracaso. En cuanto al modelo de aprendizaje,

esteconceptualiza a la recaída como un proceso que comienza con un consumo tras un periodo de abstinencia y que puede ser seguido o no de un regreso a la forma de consumo habitual, es ocasionado como un fallo en el proceso de autocontrol, condicionado a partir de la historia de aprendizaje del individuo por lo que no implica fracaso, sino que forma parte del proceso de abandono del hábito (Goldstein&Miron, 2003).

Además de los modelos descritos existen modelos explicativos que abordan de manera más específica el proceso de recaída (Laborda, et al., 2002):

- a) Modelo de Aprendizaje Social. Tiene como base la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1986), propone una asociación entre las características de la persona, su conducta y el ambiente en el que se encuentra inmerso, de esta forma un evento de recaída sería explicado a través de una interrelación de variables que rodean a la persona.
- b) Modelo Bioconductual. La recaída se puede producir por diferentes efectos biológicos por ejemplo, de condicionamiento clásico (las situaciones en las que regularmente se consumía suscitan los mismos efectos que el consumo o similares), de contracondicionamiento (en este caso los eventos relacionados con el consumo suscitan efectos contrarios a los del consumo, por ejemplo de displacer) y los efectos propios del síndrome de abstinencia.
- c) Modelos de Estado. Este modelo está representado por Prochaska, Di Clemente y Norcross (1992) quienes proponen que la conducta de dejar de fumar es un proceso en el que la persona pasa por diferentes estadios: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. La recaída será un estadio más del proceso y

se produce cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la conducta de no fumar fallan. Según Goldstein y Miron (2003), este modelo plantea un marco conceptual donde es necesario plantear objetivos intermedios distintos a la consecución de la abstinencia inmediata.

- d) Modelo de Prevención de Recaídas. Según Marlatt (1996), la falta de habilidades de afrontamiento ante situaciones de estrés aumenta la probabilidad de que se produzca una recaída, como consecuencia aumentan las expectativas positivas sobre el consumo y disminuye la autoeficacia. Desde este modelo la recaída es vista como una falla en el intento de una persona por alcanzar la abstinencia total, sin embargo, forma parte de un proceso de transición donde se puede o no regresar a los niveles de consumo iniciales. Larimer, Palmer y Marlatt, (1999) mencionan que ya que son las situaciones de alto riesgo las que ponen en jaque el autocontrol de la persona, la terapia de prevención de recaídas comprende un amplio rango de estrategias destinadas a disminuir el riesgo de reinicio de la conducta adictiva, así como la disminución de su intensidad en caso de que el paciente retome el hábito.

A partir del planteamiento propuesto por Marlatt (1996), se establece entonces una diferenciación entre caída y recaída (o también entendido como lapso y prolapso), que permite ver a dichos eventos no como una situación desafortunada, sino como un proceso de aprendizaje que no necesariamente implica fracaso, la caída entonces, se refiere al consumo durante un día o dos después de un periodo de abstinencia que posteriormente se recupera, mientras que las recaídas se refieren a cuando después de un periodo de abstinencia se regresa al patrón de consumo inicial que se mantiene durante más de siete días.

Factores asociados a la recaída

El énfasis que se ha puesto en el mantenimiento de la abstinencia aun cuando ya se ha dado por terminado un tratamiento, ha impulsado a la Prevención de Recaídas como un complemento útil y factible de ser usado en diferentes modalidades de intervención clínica por ejemplo en terapias cognitivo-conductuales, programas de doce pasos y farmacoterapia (Hendershot, Witkiewitz, George & Marlatt, 2011).

El modelo original de Prevención de Recaídas de Marlatt (1985), parte del supuesto básico de que los eventos de recaída son precedidos por una situación de alto riesgo que pueden ser por ejemplo, estados emocionales o cognitivos (afecto negativo, disminución de la autoeficacia), contingencias ambientales (señales condicionadas de fármacos, lugares o condiciones específicas) o estados fisiológicos. Ahora bien, estas situaciones pueden sufrir variaciones a través de comportamientos, individuos y dentro del mismo individuo al pasar el tiempo (Marlatt, 1996).

Este modelo establece una propuesta que aborda cómo ocurren los determinantes inmediatos de la recaída, en dicha propuesta se plantea que ante una situación de alto riesgo, serán las respuestas de afrontamiento las que determinen una recaída, por ejemplo, una respuesta de afrontamiento inefectiva podría decrementar la autoeficacia y presentar expectativas de consumo positivas para el consumidor, lo cual daría paso a una caída o primer consumo, posteriormente al efecto de violación de la abstinencia y la percepción de los efectos positivos del tabaco incrementarían la probabilidad de recaída. Por el contrario, una respuesta de afrontamiento efectiva daría paso al incremento de la autoeficacia y con

ello al decremento de la probabilidad de recaída (Larimer, Rebekka, Palmer y Marlatt, 1999).

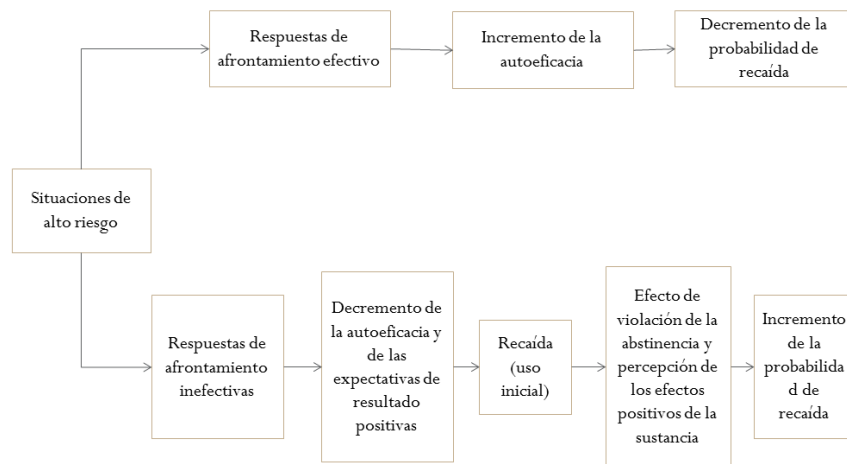


Figura 1. Esquema original del Modelo cognitivo conductual de Recaída (Marlatt y Gordon, 1985).

A su vez, en este modelo también establecen una taxonomía de Disparadores de Recaída la cual se divide en dos categorías (Marlatt y Gordon, 1985).

Categoría I. Determinantes Intrapersonales-Ambientales:

- a) Estados emocionales negativos. Ejemplos de ello son frustración, enojo, miedo, ansiedad, depresión, soledad, etc.
- b) Estados físicos/fisiológicos negativos. Reacciones físicas o fisiológicas desagradables o dolorosas asociadas al uso de la sustancia u otros estados físicos negativos como dolor o enfermedad que no se encuentran asociados con el consumo.

- c) Incremento de estados emocionales positivos. Uso de la sustancia para incrementar sentimientos de placer, alegría, celebración, etcétera o experimentar los efectos estimulantes de la droga.
- d) Prueba de control personal. Uso de la sustancia para probarse a sí mismo que puede tener un uso moderado, probar los efectos de un tratamiento o el compromiso con la abstinencia.
- e) Tentación o urgencia de consumo. Uso de la sustancia como respuesta a tentaciones o deseo intenso. La tentación puede surgir en presencia de señales asociadas al consumo (por ejemplo, ver un paquete de cigarrillos) o en ausencia de señales, cuando la necesidad o tentación de uso viene “de repente”.

Categoría II. Determinantes Interpersonales:

- a) Problemas interpersonales. Experimentar sentimientos desagradables. Pueden ser desencadenados por conflictos con otras personas como discusiones, peleas, celos, discordias, disputas, etc.
- b) Presión social. Respuesta a la presión directa o indirecta que ejerce otra persona o grupo en el individuo para consumir.
- c) Aumento de experiencias sociales placenteras. Uso de la sustancia en una situación interpersonal, para incrementar sentimientos de placer, celebración y/o excitación sexual.

Los elementos anteriores son eventos que probabilizan que ocurra una recaída, sin embargo, el Modelo de Prevención de Recaídas toma en consideración otros elementos

más, los cuales le dan soporte al modelo y deben de ser considerados para comprender completamente esta postura (Hendershot, Witkiewitz, George & Marlatt, 2011):

- a) Toma de decisiones. El proceso decisional es un concepto clave ya que un consumidor activo de tabaco se enfrentará a múltiples situaciones de elección las cuales serán determinantes para lograr el mantenimiento de la abstinencia o bien para volver a consumir, el resultado dependerá de la decisión que él tome.
- b) Autoeficacia percibida. Es concebida por Bandura (1986) como un mediador cognitivo de la conducta, se define como un juicio que emite una persona acerca de las capacidades con las que cuenta para alcanzar metas. Un programa de intervención debe de tomar en cuenta una mejora en la autoeficacia como un elemento esencial para la prevención de recaídas de modo que el usuario a lo largo del tratamiento vaya sintiendo más confianza en sus capacidades y evidentemente esto aumentará si se logran periodos de abstinencia cada vez más largos.
- c) Efecto de violación de abstinencia (EVA). Marlatt (1996) estableció este concepto para explicar las reacciones consecuentes a la recaída, el efecto de violación se caracteriza por la aparición de culpa, conflicto y en general sentimientos de remordimiento por haber recaído, el requisito previo para que se pueda desarrollar el EVA es que la persona debió haber estado seriamente comprometida con el mantenimiento de la abstinencia.
- d) Las creencias. Cuando una persona ha sido dependiente de una sustancia o se encuentra en un proceso de recuperación se puede enfrentar a un sin número de estímulos que desplieguen en él creencias que lo hagan reaccionar de forma

impulsiva cediendo a la presión y tentación, sin duda estas creencias propician un conflicto entre el deseo y la abstinencia.

- e) Situaciones o estímulos de alto riesgo. Estos estímulos pueden ser internos, emocionales negativos y positivos, estados físicos negativos, control personal, deseos intensos y tentaciones, o externos como conflictos interpersonales y presión social hacia el consumo.

Otros factores que aunque son menos considerados, no deben pasar desapercibidos son los demográficos (edad, sexo, profesión, nivel socioeconómico, nivel educativo, raza, estado civil), historia de consumo (años, marca y dosis, intentos previos de abandono, motivos para fumar y no fumar, recaídas previas) y biológicos (dependencia, genética, efectos del consumo en el organismo, reactividad, factores bioquímicos, peso) (Laborda, et al., 2002).

A su vez el modelo de prevención de recaídas plantea estrategias de intervención específicas con enfoques cognitivo y conductuales que se enfocan en los determinantes inmediatos de la recaída así como un automanejo global de las estrategias enfocadas a hacer frente a los antecedentes encubiertos de la recaída (Larimer, Rebekka, Palmer y Marlatt, 1999):

- Identificación y afrontamiento en situaciones de alto riesgo. Es importante que como primer paso la persona identifique las situaciones de alto riesgo en los que pueda experimentar dificultad para enfrentarse a ella o bien o deseos por fumar, estas situaciones pueden identificarse a partir de las situaciones de consumo común o bien de los antecedentes sobre recaídas pasadas, los cuestionarios de auto-reporte

son otra herramienta de mucha ayuda. Es así que dentro de las primeras estrategias que se enseñan a los usuarios se encuentra de la identificación de señales asociadas con el riesgo de consumir de modo que se puedan evitar dichas situaciones. La segunda estrategia supone el evaluar al usuario en su capacidad de hacer frente a situaciones problemáticas y a partir de ello enseñar nuevas estrategias de afrontamiento como rechazar invitaciones a fumar en situaciones sociales, habilidades de comunicación asertiva, meditación, manejo del estrés y autoinstrucciones positivas.

- Aumento de la autoeficacia. Esta estrategia contempla poder descomponer una tarea o un objetivo en tareas menores que pueden ser organizadas a través del tiempo, ya que el dominio de pequeñas tareas está estrechamente relacionado con un aumento en la autoeficacia.
- Eliminación de mitos y efectos placebo. Dicha eliminación ocurre a través de la reestructuración cognitiva, de la presentación de hallazgos de investigaciones anteriores o bien de la presentación de experiencias pasadas de pacientes, para ello se indaga sobre las expectativas de consumo pues cabe mencionar que regularmente estas están relacionadas con efectos que ocurren porque el consumidor de tabaco cree en ellos, no porque sean precisamente cambios físicos ocasionados por la sustancia.
- Manejo de la caída. A pesar de las precauciones y la preparación, muchos usuarios comprometidos con la abstinencia experimentarían una caída después de iniciada la abstinencia. Esta estrategia plantea un contrato entre el usuario y el terapeuta para establecer un límite en el uso de la sustancia en caso de que ocurra la caída y poder

ponerse en contacto con el terapeuta tan pronto haya ocurrido la caída para evaluar la situación y las situaciones que desencadenaron la recaída.

- Reestructuración cognitiva. Es una estrategia muy importante que se utiliza a lo largo de todo el proceso, pero es de suma importancia al momento de dejarle claro a los usuarios que la recaída no debe verse como un fallo en el proceso de dejar de consumir o mantenerse abstinente y así no crear sentimientos de derrota o debilidad.
- Estilo de vida global y estrategias de autocontrol. El autocontrol global y las estrategias están designadas a modificar el estilo de vida del cliente para incrementar el balance así como identificar y afrontar aquellos antecedentes de la recaída encubiertos.
- Balance en el estilo de vida y adicción positiva. Dirigir los factores del estilo de vida asociados con el incremento del estrés es un importante primer paso para aprender el manejo de estrategias globales. Las actividades relacionadas con estas estrategias consideran automonitoreos de la vida diaria, identificación de cada actividad como un “querer y un “deber” y es que muchos usuarios plantean que dejaron de realizar actividades que para ellos resultaban placenteras y comenzaron a sustituirlas por su consumo, en ese sentido la implementación de adicciones positivas (ejercicio, meditación, yoga) puede ser de gran utilidad.
- Técnicas de control de estímulos. Esta técnica es relativamente simple pero puede ser usada para decrementar las urgencias y el deseo intenso por el consumo de sustancias asociadas a estímulos, particularmente durante los primeros periodos de la abstinencia. El primer paso incluye la eliminación de todos aquellos estímulos que se encuentren en la casa o la oficina y que estaban asociados con el consumo de

cierta sustancia adictiva, como los ceniceros o cajetillas, otras señales condicionadas que pueden ser más sutiles son la música, la habitación de los usuarios, alguna comida del día, por lo que cabría el intento de por un tiempo sugerir al usuario cambiar ciertos hábitos.

- “Mapas carreteros” para la recaída. Esta técnica consiste en el ensayo de varias posibles situaciones de riesgo y cómo es que se actuaría ante cada situación, el objetivo es que el usuario posea un argumento para poder enfrentar cada escenario.

Aun cuando hay situaciones ante las que se pueden generar planes de acción para evitar estar en la situación sin ningún tipo de apoyo, algunas veces el deseo o urgencias por la sustancia es inevitable y es necesario encontrar estrategias de afrontamiento que permitan a los usuarios tener una alternativa de acción. Al respecto, Kadden, et al., (2003) proponen algunas estrategias como involucrarse en actividades distractoras, externar sus deseos hablando con alguien de su confianza, permanecer con el deseo, esta estrategia estaría encaminada a controlar dicho deseo, experimentarlo y espera hasta que pase, desafiar los pensamientos y cambiarlos.

Investigaciones relacionadas con estrategias de afrontamiento y recaída

Al analizar el inicio y mantenimiento en el consumo de sustancias psicoactivas como lo es el tabaco, es evidente que aparezcan diversas variables relacionadas con dicho hábito. La importancia de dedicar tiempo al estudio de las estrategias de afrontamiento deriva de que dicho factor es clave para el entendimiento del modelo de prevención de recaídas (Marlatt, 1996), además de que el afrontamiento se caracteriza por ser una habilidad propia de la persona y con capacidad de controlarla.

El estudio de las estrategias de afrontamiento ha mostrado que las estrategias de afrontamiento pueden llegar a ser hasta un 91% de exitosas, sin embargo aún no se sabe con exactitud cómo es que las respuestas de afrontamiento reducen la probabilidad de recaídas, aunque, se ha demostrado que el afrontamiento momentáneo reduce los impulsos o deseos entre los fumadores. Por otro lado, se ha demostrado que el número de respuestas de afrontamiento es más predictivo de recaídas que el tipo de estrategia de afrontamiento usada (O' Conell, Hosein, Schwartz, Leibowitz, 2007).

Los jóvenes han sido un sector de la población en la que la investigación en adicciones se ha centrado debido a que consideran que los cambios físicos y psicológicos que se experimentan en dicha etapa los colocan como un sector en riesgo. Wills y Hirky (1996, citado por Gómez, Fraguera, Luengo-Martín, Romero-Triñanes, Villar-Torres y Sobral-Fernández, 2006) al analizar las motivaciones que empujan a los jóvenes a consumir drogas encontraron que son tres las principales: regular los estados emocionales desagradables, olvidarse de los problemas que les preocupan y buscar soluciones mágicas a sus problemas, es interesante notar que estos motivos coinciden con los propósitos a los que se orientan las estrategias de evitación, es así como estos autores también plantean que el consumo de sustancias psicoactivas puede ser visto como una conducta de evitación, sin embargo, hay que considerar que el empleo de estas estrategias en vez de reducir el estrés probabiliza su incremento y el retorno al consumo.

Las investigaciones mencionadas se relacionan con el consumo de tabaco y las estrategias de afrontamiento y nos dan información del porqué del consumo de muchas personas, sin embargo, existen menos investigaciones enfocadas a la relación entre el afrontamiento y la recaída cuando se está intentado dejar de fumar, lo cual nos brindaría

información acerca del cómo hacen frente a ciertas situaciones las personas que buscan abandonar su consumo.

Shiffman fue de los primeros autores en realizar investigación relacionando las variables de afrontamiento y recaída, en 1996 realizó una investigación en la que categorizó el tipo de respuestas de afrontamiento realizadas por exfumadores en relación con las crisis de recaída. Las respuestas de afrontamiento se dividieron en afrontamiento conductual (consumir comida, realizar actividad física, relajación, escape de situaciones de riesgo) y afrontamiento cognitivo (pensar las consecuencias positivas de no fumar, voluntad), los exfumadores podían llamar a una línea telefónica cada vez que presentaran una “crisis de recaída” en la cual reportaban cuál era la situación de “tentación” y cómo es que esperaban actuar. Las primeras recaídas ocurrieron después que los participantes habían estado abstinentes por un periodo de 5.6 días, mientras que las tentaciones ocurrieron 1.8 días antes, los participantes reportaron niveles altos de afrontamiento en 99% de las tentaciones y 81% en las recaídas. Se encontró que las estrategias de afrontamiento conductuales no eran tan efectivas como las estrategias cognitivas (la estrategias conductuales no mostraron un patrón consistente), aún la combinación de ambos no aumentaba la efectividad, probablemente a la pobre acción de las estrategias conductuales. Lo anterior se puede deber a que los participantes pueden ser capaces de identificar las estrategias cognitivas en retrospectiva cuando ya han sobrevivido a una tentación (Shiffman, Paty, Gnys, Kassel&Hickcox, 1996).

En otro estudio en el que se analizaron las diferencias individuales en el contexto de fumar durante los episodios de recaída, en lo que respecta a las estrategias de afrontamiento se aplicó el Cuestionario sobre las Formas de Afrontamiento (WOC) y el Inventario Diario

de Afrontamiento (ICD) a un grupo de 105 fumadores quienes registraban sus eventos de recaída a través de un diario electrónico, se encontró que más del 80% de los participantes quienes recayeron habían intentado una respuesta de afrontamiento durante la recaída, por lo que concluyeron que los hombres y mujeres más eficaces en aplicar estrategias de afrontamiento podían ser más exitosos en la defensa ante una recaída cuando se enfrentan a esta, pero son propensos a recaer cuando fallan en el intento de cualquier enfrentamiento (Shiffman, Hickox, Paty, Gnys, Richards & Kassel, 1997)

Más recientemente, Brodbeck, Bachmann y Znoj (2015) realizaron un estudio en el que analizaron cómo el afrontamiento ante el estrés y el afrontamiento ante la “tentación” o urgencias de fumar se asocian con las recaídas, además de explorar si distintas estrategias de afrontamiento predicen el riesgo de recaída y niveles de urgencia menores.

Se hizo uso de la evaluación momentánea ecológica (EMA) con dispositivos móviles para evaluar los niveles de urgencia (tentación) y recaídas. Se utilizaron cuestionarios en línea para medir las conductas de fumar y las variables de afrontamiento (Inventario de Afrontamiento para situaciones Estresantes y Escala de estrategias de cambio propio para fumadores actuales) al inicio del estudio, así como el comportamiento de fumar en un seguimiento de tres meses. La muestra se conformó de 243 individuos, entre 20 y 40 años. El análisis de regresión muestra que el afrontamiento se asoció principalmente con un menor riesgo de recaída pero no con menores niveles de urgencia.

Las estrategias de afrontamiento se dividieron en afrontamiento ante el estrés (orientación a tareas, calmarse/retirada, comer/ir de compras, reunión/convocatoria de amigos) y afrontamiento ante la tentación (evaluación de riesgos, compromiso de cambio,

control de estímulo, apoyo de otros, retirada/distracción). Se encontró que "calmarse" y el "compromiso con el cambio" predijeron un menor riesgo de recaída y también una relación más débil entre los niveles de urgencia y recaída. El "control de estímulo" predijo un menor riesgo de caída y menores niveles de urgencia, por el contrario, la "orientación a la tarea" y la "evaluación del riesgo" estaban relacionados con un mayor riesgo de recaída y mayores niveles de urgencia, el afrontamiento de la desvinculación, es decir, "comer o ir de compras", "distracción" y "movilizar el apoyo social" no afectaron el riesgo de recaída. En el seguimiento a tres meses "calmarse" y el "control de estímulos" mantuvieron una frecuencia baja de consumo.

Refiriéndose a la distinción entre el estrés-afrontamiento y la tentación-afrontamiento, ambos tipos de estrategias contribuyeron a prevenir recaídas, pero el afrontamiento ante las "tentaciones" generalmente tenía efectos más fuertes. A pesar de que se pudo observar que el afrontamiento conductual fue menos efectivo que el afrontamiento cognitivo, la efectividad de ciertas estrategias variaba mucho por lo que los autores hacen hincapié en analizar distintas estrategias de afrontamiento por separado en lugar de colapsarlas en amplias categorías.

De los diferentes programas que existen resaltan las intervenciones breves en tratamiento a usuarios que abusan pero tienen una dependencia a las sustancias como lo es el modelo de prevención de recaídas, Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz y Ayala (2008) realizaron un estudio en el que se desarrolló y evaluó un programa de intervención breve para adolescentes entre 14 y 18 años de edad que consumían alcohol en exceso y otras drogas, pero sin cumplir los síntomas físicos de la dependencia, lo que estos autores encontraron en su investigación es que la ausencia de una estrategia efectiva se relaciona

con la aparición de una recaída, caracterizada por la pérdida de control del sujeto. En cuanto a las estrategias más utilizadas por los participantes, encontraron que la evitación y la búsqueda de apoyo obtuvieron altos puntajes, los autores mencionan que cobra importancia la estrategia de evitación de situaciones aversivas y la búsqueda de apoyo social para enfrentar de manera efectiva estas situaciones, así como las situaciones de presión social de los amigos para consumir en situaciones agradables.

Como ya se ha expresado a lo largo de este apartado, las estrategias de afrontamiento juegan un papel muy importante en el modelo de Prevención de Recaídas, y en general en los modelos de adicción, tal es el caso que en las intervenciones psicológicas se ha destinado estrategias específicas que permitan a los usuarios adquirir mayores habilidades de afrontamiento, y en las investigaciones, los científicos están centrando su atención en el papel protector que juegan las estrategias de afrontamiento ante la recaída y ante eventos específicos como lo es la tentación o urgencias de fumar.

Es importante que se preste atención en continuar haciendo investigación relacionada con los factores que se asocian a la recaída ya que si bien es cierto que hoy en día la información cada vez más difundida de los efectos nocivos de la nicotina para la salud ha motivado a que más fumadores se acerquen a solicitar tratamientos que les permitan dejar de fumar es muy importante que se doblen los esfuerzos para evitar que los procesos de recaída generen sentimientos de derrota y fatiga en los fumadores que pudieran provocar el abandono de las intervenciones. A partir de lo mencionado anteriormente es que el objetivo planteado para esta investigación es determinar el nivel de correlación que existen entre las estrategias de afrontamiento y la recaída en universitarias que asisten a una intervención cognitivo conductual para dejar de fumar.

Objetivo general:

Determinar el nivel de correlación que existen entre las estrategias de afrontamiento y la recaída en universitarias que asisten a una intervención cognitivo conductual para dejar de fumar.

Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de correlación que existen entre las estrategias de afrontamiento y la recaída en universitarias que asisten a una intervención cognitivo conductual para dejar de fumar.
- Comparar los puntajes del CSI obtenidos antes y después de la intervención de las usuarias que concluyeron la IBMF.

MÉTODO

Participantes

14 mujeres que tenían una edad promedio de 21.5 años y se encontraban cursando alguna licenciatura en la Facultad de estudios Superiores Iztacala, UNAM a las cuales se les invitó personalmente a participar en una intervención para dejar de fumar.

Los criterios de inclusión para seleccionar a las participantes es que fueran fumadoras interesadas en dejar de fumar y estudiantes de licenciatura, y se excluyó a las mujeres que estuvieran consumiendo algún medicamento como antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo, anticonvulsivos, naltrexona, esteroides o insulina, que estuvieran asistiendo a algún otro tratamiento para dejar de fumar, que presentaran dependencia a otras drogas (mariguana, cocaína, inhalables, alcohol, etcétera).

Diseño

Cuasiexperimental pretest-posttest de un solo grupo, en el que se realizó una evaluación antes y después de una intervención, lo cual permite determinar los cambios que genera la variable independiente sobre la dependiente (Sampieri, 1997).

Instrumentos

- Entrevista inicial para obtener datos sociodemográficos, historia familiar y social, historia laboral y lugar de residencia, historia de consumo de tabaco, alcohol y drogas (Ayala, et al., 1998).
- Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), este instrumento obtiene información cualitativa, donde la persona describe la situación estresante, y

cuantitativa, donde se responde a la frecuencia de utilización de determinadas estrategias de afrontamiento según una escala Likert, así como al grado de eficacia percibida en el afrontamiento. Consta de 40 ítems que corresponde a ocho Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social, Expresión emocional, Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica (Cano, Rodríguez y García, 2007).

- Test de Fagerström para la dependencia a la nicotina (TFDN). El objetivo es identificar si la persona que fuma presenta una dependencia a la nicotina por medio de indicadores relacionados con frecuencia de consumo (número de cigarrillos por día), periodicidad y cantidad de droga utilizada en las primeras horas después de despertarse, el primer cigarrillo de la mañana y control del consumo (Heatherton et al., 1991, traducido y adaptado por Lira, 2002).
- Cuestionario breve de confianza situacional (CBCS). El objetivo es obtener el grado de confianza del paciente en cada una de las ocho categorías o situaciones de riesgo relacionadas con el consumo de tabaco (Ayala et al., 1998, traducido y adaptado por Lira, 2002).
- Hojas de registro de consumo de cigarrillos y de registros de síntomas de abstinencia(Lira-Mandujano, Medina-Nolasco y Cruz-Morales, 2008)

Procedimiento

Se hizo una invitación a las estudiantes que se encontraban fumando dentro de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala a participar en una intervención cognitivo conductual para dejar de fumar.

Una vez que alguna universitaria aceptaba participar, esta asistía a la Intervención Breve Motivacional para Fumadores (IBMF) (Lira-Mandujano, et al., 2008) que consta de seis sesiones y tiene como sustento la teoría cognitivo social, utiliza como estrategia principal la entrevista motivacional, la aproximación de prevención de recaídas, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, solución de problemas y técnicas de autocontrol.

- Sesión de Admisión. Se le otorgaba a las usuarias un formato de consentimiento informado y a través de la entrevista inicial se determinaba si era candidata o no a la intervención.
- Sesión de Evaluación. Se realizaba la aplicación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), el Test de Fagerström para la dependencia a la nicotina (TFDN), el cuestionario breve de confianza situacional (CBCS), los inventarios de ansiedad, de depresión y el primer autoregistro y folleto para trabajar en la sesión 1.
- Folleto “Tomar la decisión de dejar de fumar”. Al inicio de todas las sesiones se revisaba el registro de consumo y síntomas de abstinencia. Posteriormente se realizaba un balance decisional sobre las ventajas y desventajas de continuar o dejar de fumar a partir de los resultados de la evaluación, además de elegir la forma en la que se llegaría a la abstinencia (reducción gradual o abstinencia brusca).

- Folleto “Identificación de mis situaciones relacionadas con fumar”. La usuaria identificaba las situaciones que precipitan el consumo de tabaco, realizando un análisis funcional de su conducta, identificando los antecedentes y las consecuencias de su consumo.
- Folleto “Planes de acción para dejar de fumar”. A través de la solución de problemas la usuaria planteaba opciones para cada situación de riesgo y desarrollará un plan de acción con las opciones más factibles y realistas para llegar a la meta de abstinencia.
- Evaluación final. Se realizaba un cierre del programa a través de un resumen de todo lo visto en sesiones anteriores, en caso de que la usuaria no hubiese logrado la abstinencia se agendaba sesiones extra. Finalmente se realizaba la aplicación de los instrumentos aplicados en la sesión de evaluación inicial.

Análisis de datos

Con ayuda del programa SPSS se realizó estadística descriptiva para conocer las características generales de la muestra y además, el promedio de los niveles de dependencia a la nicotina de las participantes, el consumo promedio de cigarrillos, las situaciones que presentan porcentajes de confianza altos y bajos, al igual que en el caso de las estrategias de afrontamiento.

Por otro lado se utilizó la información de los registros individuales para realizar una base de datos sobre las recaídas de cada usuaria, entendiendo la recaída como el regreso al patrón de consumo habitual que se mantiene durante más de 7 días después de haber estado en un periodo de abstinencia de 24 horas (Marlatt y Gordon, 1996). En cuanto a las

estrategias de afrontamiento, estas fueron obtenidas a través de las respuestas proporcionadas por las usuarias en el folleto número 3 y posteriormente categorizadas según las categorías que aparecen en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI).

Posteriormente se realizó una prueba de correlación de Spearman para determinar la relación que existía entre las variables de estrategias de afrontamiento y recaída. Finalmente se empleó un análisis de regresión que permitió hacer una estimación de cómo ambas variables se predicen.

RESULTADOS

Para cumplir el objetivo de esta investigación, se trabajó con una muestra de 14 mujeres, las cuales comenzaron a fumar aproximadamente a los 15 años. La media del patrón de consumo inicial fue de 2.9 (mínimo 0.65 y máximo 7.5), 1 la media de intentos por dejar de fumar y se obtuvo una media de 4 años de consumo (mínimo 1 y máximo 8). A continuación se presenta un análisis descriptivo sobre el número de estrategias y el tipo de estrategias más mencionadas por las usuarias, posteriormente se presenta una descripción del porcentaje de recaídas y caídas que se presentaron durante la intervención, posteriormente se presenta, un análisis de correlación y de regresión simple aplicado a la variable de estrategias de afrontamiento contra caídas y recaídas y se concluye con el análisis descriptivo del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) aplicado antes y después de la intervención.

Para los análisis de esta investigación se retomó la información obtenida del Folleto 3 “Mi plan de acción para dejar de fumar” donde se les pedía a las usuarias que identificaran tres situaciones principales en las que hubiera una gran probabilidad de que ellas fumaran, se encontró con un 87.5% de las situaciones en las que se presentó mayor frecuencia en la probabilidad de consumo eran ante los momentos agradables con otros, por ejemplo, ir a fiestas o conversar entre amigos.

En ese mismo ejercicio se les solicitaba que con lo aprendido en sesiones anteriores propusieran una estrategia de afrontamiento para sus situaciones de riesgo, en dicho ejercicio, aunque las usuarias tenían la oportunidad de proponer una estrategia para cada situación, algunas propusieron la misma estrategia para todas las situaciones, tal como se

puede ver en la Figura 2, en la que se observa que el 42.9% de la población mencionó que utilizaría sólo una estrategia, el 35.7% utilizaría dos estrategias y el 21.4% utilizaría tres estrategias.

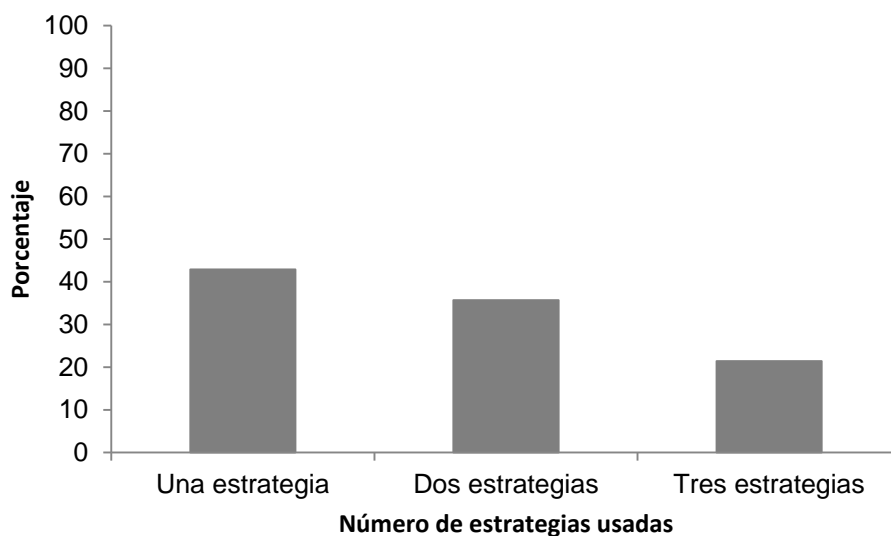


Figura 2. Se muestra el porcentaje de estrategias que las participantes mencionaron que podrían utilizar

El tipo de estrategias que las usuarias podrían utilizar se obtuvieron de las respuestas que proporcionaron en el Folleto 3, las cuales se categorizaron en una de las ocho tipos de estrategias, retomadas de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989): resolución de problemas (REP), autocrítica (AUC), expresión emocional (EEM), apoyo social (APS), reestructuración cognitiva (REC), evitación de problemas (EVP) y retirada social (RES). En la Figura 3 se observa que la estrategia con mayor frecuencia es la evitación de problemas con un 52%, posteriormente la reestructuración cognitiva con apenas 16%, el apoyo social y la resolución de problemas obtuvieron un 12% de uso, la retirada social y la expresión emocional un 4% y la autocrítica y el pensamiento desiderativo no fueron mencionados por nadie.

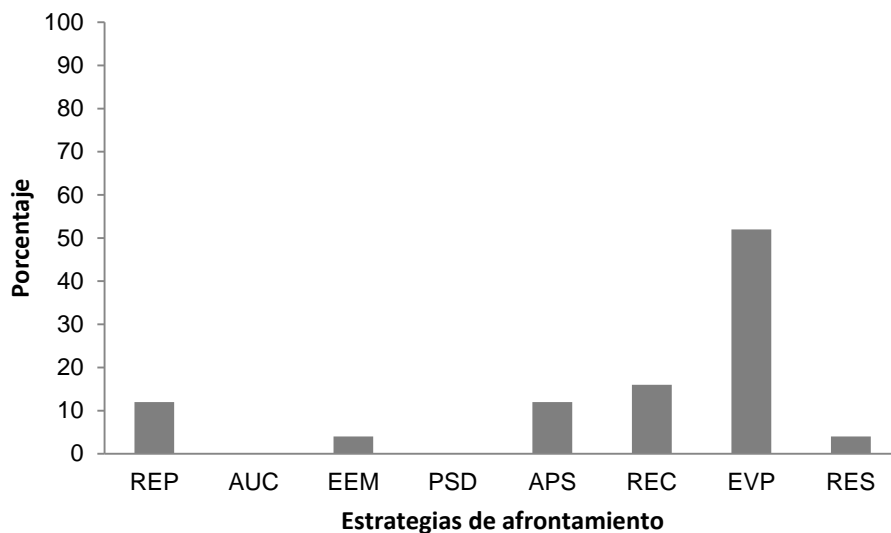


Figura 3. Se muestra el porcentaje de uso de cada una de las estrategias de afrontamiento.

En cuanto a las recaídas, estas se contabilizaron de los autorregistros de consumo, y se consideró como recaída el regreso al patrón de consumo habitual que se mantiene durante más de 7 días después de haber estado en un periodo de abstinencia de 24 horas (Marlatt y Gordon, 1996), los casos que no coincidieron con estas definición fueron considerados como caídas. En la Figura 4 se puede observar que las usuarias presentaron un mayor número de caídas que recaídas, respecto al número de caídas, 28.6% presentó dos caídas y 21.4% seis recaídas, en cambio en las recaídas, la mayor parte de las usuarias, 64.3% no tuvo ninguna recaída y apenas el 21.4% tuvo una.

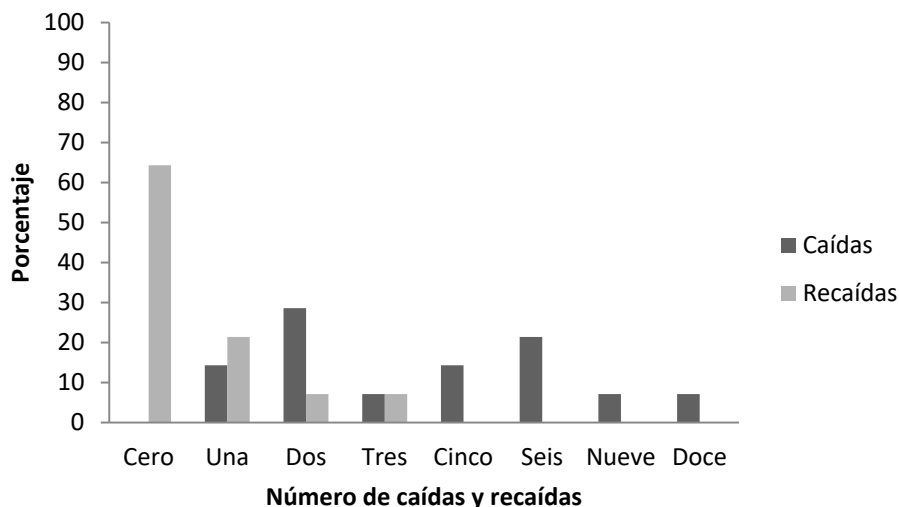


Figura 4. Se muestra el porcentaje de caídas y recaídas que tuvo la muestra durante la intervención

Como se puede observar en la Tabla 1, a través de un análisis descriptivo, se encontró que la estrategia de afrontamiento que tuvo un mayor número de recaídas fue la evitación de problemas con un total de 3, seguida de resolución de problemas con un total de 2, por otro lado, la expresión emocional y el apoyo social fueron las estrategias con menos recaídas, sólo una, durante toda la intervención, la retirada social no presentó recaídas y por su parte la autocrítica y el pensamiento desiderativo no fueron utilizadas por ninguna participante. A través del análisis de correlación de Spearman se encontró que entre el número de recaídas y las estrategias de afrontamiento existe una correlación baja negativa que no es significativa ($r = -0.171, p < .05$) y en el caso de la estrategia de Evitación de problemas se encontró una correlación moderada negativa que de igual forma no fue significativa, ($r = -.444, p < .05$).

Tabla 1. Correlación entre las estrategias de afrontamiento y el número de recaídas

Estrategias de afrontamiento	Número de recaídas	R
Resolución de problemas	2	.025
Autocrítica	0	-----

Expresión emocional	1	.444
Pensamiento desiderativo	0	-----
Apoyo social	1	.025
Reestructuración cognitiva	0	-.184
Evitación de problemas	3	-.444
Retirada social	0	-.202

Para cumplir con los objetivos específicos, además de realizar análisis de correlación del número de recaídas también se realizó con el número de caídas. Como se puede observar en la Tabla 2, la evitación de problemas fue la estrategia con un mayor número caídas, sin embargo se presentó una correlación baja y no significativa ($r = .210$, $p < .05$), por otro lado, la resolución de problemas mostró una correlación moderada aunque no significativa ($r = -.528$, $p > .05$), y por el contrario el apoyo social también mostró una correlación moderada y significativa ($r = -.528$, $p < .05$). Finalmente al correlacionar el número de estrategias con el número de caídas se encontró una correlación media significativa ($r = -.560$, $p < .05$).

Tabla 2. Correlación entre las estrategias de afrontamiento y el número de caídas

Estrategias de afrontamiento	Número de caídas	R
Resolución de problemas	3	-.528
Autocrítica	0	-----
Expresión emocional	0	-.210
Pensamiento desiderativo	0	-----
Apoyo social	1	-.659*
Reestructuración cognitiva	19	.060
Evitación de problemas	38	.210
Retirada social	5	.070

* $p < 0.05$

Posteriormente se desarrolló un análisis en regresión lineal simple el cual se muestra en la Tabla 3 con el propósito de evaluar si en el caso de las variables que correlacionaron de manera significativa era posible encontrar relaciones de predicción. Se sometieron a

análisis de regresión, la estrategia de Apoyo social y el número de estrategias usadas, pero sólo el número de estrategias resultó predictiva significativamente en un 17% de un menor número de caídas.

Tabla 3. Análisis de regresión simple para las estrategias de afrontamiento más significativas y para el número de estrategias usadas

	β	R^2	R^2 ajustada	Cambio en R^2	F del cambio	F
Apoyo social	-3.939	.270	.209	.270	4.441	4.441
Número de estrategias usadas	-1.641	.017	-.065	.017	.211	2.392*

* $p < 0.05$

En la Figura 5 se muestra una comparación de los puntajes totales para cada tipo de estrategia de afrontamiento antes y después de que las usuarias participaran en la Intervención Breve Motivacional para Fumadores, en la Figura 5 se puede observar que a excepción de las estrategias de Autocrítica y Pensamiento desiderativo todas las demás estrategias mostraron un aumento en el puntaje total después de haber concluido la intervención. El apoyo social fue la estrategia que mostró un mayor aumento después de la intervención ya que pasó de tener un puntaje de 9.29 a 12.75, al igual que la reestructuración cognitiva que presentó un aumento de 8.93 antes de la intervención a 11.08 al finalizar la misma.

Las estrategias que decrementaron su puntaje total fueron la Autocrítica con una disminución de 9.14 a 7.67 y el Pensamiento desiderativo de 15.29 a 13.75. Por otro lado, se observó que en la evaluación inicial la estrategia de afrontamiento que reportó mayor uso entre las usuarias fue el Pensamiento desiderativo y al finalizar su participación en la intervención la Resolución de problemas con un puntaje total de 15. Sin embargo, al

comparar las medias de cada par de estrategia con la prueba Wilcoxon no se encontraron diferencias significativas para ningún par.

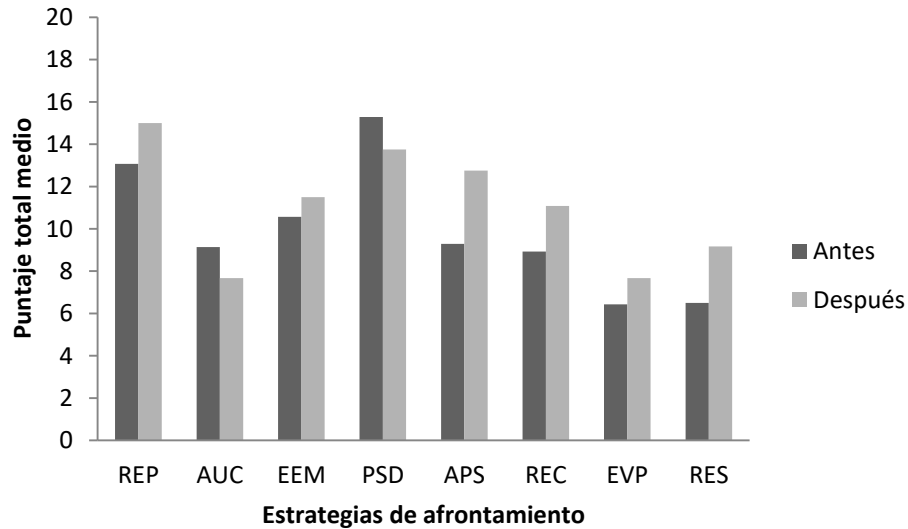


Figura 5. Se muestra una comparación del porcentaje total de estrategias utilizadas antes y después de haber participado en la intervención.

Finalmente, se realizó un análisis de correlación de spearman entre los puntajes medios obtenidos en el Cuestionario de Confianza Situacional y los puntajes de caída y recaídas, en este análisis se encontró una correlación media con la categoría de Conflicto con otros, para el caso de recaídas: $r=-0.549$, $p<0.05$, y en caídas: $r= -0.574$, $p<0.05$, de hecho en un inicio fue una de las situaciones que presento menores porcentajes de confianza para resistir el consumo, sólo 77.73

DISCUSIÓN

El objetivo que guió esta investigación fue el de determinar el nivel de correlación que existe entre las estrategias de afrontamiento y la recaída en universitarias que asisten a una intervención cognitivo conductual para dejar de fumar. Los resultados que se obtuvieron muestran que el número de estrategias de afrontamiento se correlaciona negativamente con el número de caídas, por lo que podríamos inferir que entre más estrategias de afrontamiento posea una persona menos episodios de caída presentará, además hay que mencionar que la categoría de estrategias que se correlacionaron significativamente con menos caídas fue el Apoyo social, cabe mencionar, que así como el apoyo social otras categorías vieron un aumento de frecuencia durante la evaluación final, un caso muy notorio fue la Resolución de Problemas.

Los resultados anteriores coinciden con lo mencionado por Shiffman, Hickox, Paty, Gnys, Richards y Kassel, (1997) quienes analizaron las diferencias individuales en el contexto de fumar durante los episodios de recaída y encontraron que los fumadores tanto hombres como mujeres, que son capaces de aplicar estrategias de afrontamiento son más exitosos en el afrontamiento ante recaídas, sin embargo, los investigadores también mencionaron que aquellos participantes que fueron capaces de aplicar estrategias de afrontamiento al mismo tiempo fueron más propensos de recaer cuando fallaban en el intento de cualquier afrontamiento, o dicho de otro forma, cuando alguna de sus estrategias no les funcionaba. En lo que respecta a esta investigación, se encontró que todas las participantes que mencionaban usar más estrategias, presentaban menos recaídas, sin embargo, quienes hicieron uso de sólo una categoría de estrategias tuvieron entre 1 y 9 caídas lo cual puede dar muestra de que el empleo de las estrategias de afrontamiento no

determina que no se presenten caídas y que estas puedan dar lugar a recaídas por lo que es necesario trabajar en el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento.

Que una persona capaz de aplicar estrategias de afrontamiento sea más exitosa para hacer frente a las recaídas se explica a través del hecho de que una respuesta de afrontamiento efectiva se relaciona con un incremento en el nivel de autoeficacia por lo que entonces se vería disminuida la probabilidad de recaer y por el contrario si la persona es capaz de emitir respuestas de afrontamiento pero estas son inefectivas, disminuirá su eficacia y sus expectativas positivas lo que por ende llevaría a un reinicio del consumo (Marlatt, 1996).

En esta investigación se encontró que quienes presentaron mayor número tanto de recaídas como de caídas mencionaron que les sería funcional utilizar estrategias de Evitación, y por el contrario, quienes presentaron menor número de recaídas y caídas mencionaron al Apoyo social como la estrategia de mayor utilidad. Estos resultados coinciden con los reportados por Martínez, Pedroza, Salazar y Vacio (2014), quienes en un estudio en el que se trabajó con alcohol, en lo que se refiere al Apoyo social, los autores mencionan que esta estrategia puede fungir como retroalimentación o consejo de personas significativas para las usuarias, así como apoyo emocional que favorece la autoestima y sensación de control, facilitando la ejecución de las estrategias de afrontamiento. En cuanto al empleo de estrategias de Evitación, se considera que estas probabilizan el incremento y el retorno al consumo de sustancias adictivas, ya que en vez de reducir el estrés probabilizan su incremento (Wills y Hirky, 1996, citado por Gómez-Fraguela, Luengo-Martín, Romero-Triñanes, Villar-Torres y Sobral-Fernández, 2006).

Por otro lado, también se encontró en esta investigación que un mayor número de estrategias se correlacionó negativamente con un menor número de caídas, Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, (2012) mencionan al respecto que entre mayor número de estrategias y tipos de estas es menos probable que se presente una recaída, ante esta afirmación cabe hacer la puntualización de que en esta investigación también fue muy determinante el tipo de estrategias que utilizaban, por ejemplo, quienes mencionaron la categoría de Evitación como estrategia, era la única estrategia de la que mencionaban podían hacer uso, o bien no recurrían a ningún otro tipo de estrategia, más tarde se reportaron mayor número de caídas en estas usuarias, caso contrario sucedió con la estrategia de Resolución de problemas, Lazarus y Folkman (1987) mencionan que un número elevado de estrategias para enfrentar situaciones estresantes no es garantía de un manejo adecuado de las mismas, por el contrario la efectividad de una estrategia de afrontamiento está relacionada con un adecuado manejo de la situación de riesgo.

Para futuras investigaciones se sugiere que se profundice más en el impacto que tienen el número de estrategias de afrontamiento en comparación con el tipo de estrategias de afrontamiento, esto quiere decir que las investigaciones deberían analizar si los usuarios consumidores de tabaco son más hábiles para afrontar situaciones de riesgo cuando hacen uso de un gran número de estrategias o bien, cuando hacen uso de sólo ciertas estrategias pero que pueden considerarse como efectivas, al respecto aún existen divergencias entre los autores, pues mientras algunos apuestan por el poder predictivo de un mayor número de estrategias (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, 2012) otros establecen una categorización de las mismas, por ejemplo en funcionales y no funcionales, o bien cognitivas y conductuales, pues proponen que ciertas estrategias de afrontamiento son más

efectivas que otras (Brodbeck, Bachmann y Znoj, 2015; Shiffman, Paty, Gnys, Kassel&Hickcox, 1996).

Entre las limitaciones que se presentaron en este estudio se encontraron la inconsistencia en el llenado de los autorregistros de consumo por parte de las usuarias, ya que muchas los olvidaban o bien no registraban algunos días, por lo que dichos días se tenían que registrar de forma retrospectiva ya estando en sesión, esto pudo dar lugar a olvidos por parte de las usuarias de cuántos eran los cigarros exactos que consumían, es por ello que se sugiere que próximas investigaciones puedan hacer uso de dispositivos electrónicos que faciliten el llenado de los autorregistros.

Otra clara limitación, es que este estudio para este estudio no se pudo hacer una comparación con usuarias que no hubiesen experimentado ninguna caída y recaída lo cual hubiera permitido tener un punto de comparación para realizar análisis más exactos del papel que juegan las estrategias de afrontamiento para predecir episodios de recaída, para próximas investigaciones es importante que se considere esta dificultad y que se hagan esfuerzos por incluir a usuarios que no al parecer pueden lograr la abstinencia sin ningún tipo de tropiezo.

Además para seguir aportando información a este tema se propone que las próximas investigaciones trabajen estas mismas variables con poblaciones diferentes, por ejemplo hombres y usuarios con diferentes niveles de dependencia, así como trabajar con poder analizar a la variable de estrategias de afrontamiento en función de las auténticas estrategias que emplean los usuarios ante las situaciones de riesgo y no las que “dicen” que emplean, ya que esa situación se observó en esta investigación, el hecho de que una vez que la

situación ya se había presentado, las usuarias no siempre empleaban las estrategias que mencionaban anteriormente.

El Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (Lira-Mandujano, González-Betanzos, Carrascoza, Ayala y Cruz-Morales, 2009) se fundamenta en el fortalecimiento de la autoeficacia y el modelo de prevención de recaídas que mantiene el cambio de la conducta de consumo del usuario durante y después de la intervención, para el programa adquiere gran importancia que el usuario aprenda a conceptualizar la recaída como un proceso de cambio y no como un fracaso, es así que el programa permite que las usuarias adquieran habilidades para enfrentarse a situaciones de riesgo y no derrotarse en caso de que se presente una caída o recaída.

En esta investigación al comparar los porcentajes del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Cano, Rodríguez y García, 2007), las usuarias mostraron un aumento en las estrategias que mencionaron haber utilizado antes y después de la intervención (las cuales estaban organizadas en diferentes categorías que constituyen el Inventario de Estrategias de Afrontamiento), de hecho, en la evaluación final la estrategia que puntuó más alto fue la Resolución de problemas, misma que tuvo una correlación media con el número de caídas, en resumen, el aumento en este tipo de estrategias es un indicador del aumento de la autoeficacia y explica a su vez la disminución en caídas y recaídas, así mismo da prueba del valor en el impacto que generó la IBMF en las usuarias (Marlatt y Gordon, 1996).

Por lo anterior, es importante que se continúen realizando estudios que se centren como fue el caso, en el proceso de recaída por el que pasan las personas que intentan dejar de fumar ya que permiten esclarecer un poco más cuáles son las posibles dificultades a las

que se enfrentan los usuarios, por ejemplo, en esta investigación se pudo observar un claro contraste entre las estrategias que los usuarios mencionaban utilizar en el CSI en comparación con aquellas que decían utilizarían durante una situación de riesgo ante fumar, conocer este tipo de situaciones puede permitir a los profesionales en psicología indagar en aquello que impide que los usuarios lleven a la práctica las estrategias de afrontamiento adecuadas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2002). *DSMIV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Texto revisado*. Masson. R Recuperado de: <http://www.psicomed.net/principal/dsmiv.html>
- Ayala, et al., (1998). Manual de auto ayuda para personas con problemas en su forma de beber. México: Porrúa. UNAM.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive perspective*. EnglewoodCliffs, NJ: Princeton-Hall.
- Becoña, E. (2004). Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Monografía Tabaco. Adicciones*, 16(2), 237-263. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Cristina_Pinet/publication/28302350_Tabaco_y_patologia_afectiva/links/5485eb040cf2ef344789ccdb.pdf#page=238
- Becoña, E., López, A., Fernández del Río, E., Martínez, Ú., Fraga, J., Osorio, J.,...& Domínguez, M. N. (2011) ¿Tienen una personalidad distinta los adolescentes consumidores de psicoestimulantes? *Psicothema*, 23(4). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72722232004/>
- Becoña, I. E y Cortés, T. M. (2016). Programas de psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamientos psicológicos. En [*Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*](#). Barcelona: SOCIDROGALCOHOL.
- Becoña, I. E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del psicólogo*, (85), 6. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=870729>
- Beck, et al., (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five yearsof evaluation. *Clinical Psychology Rewiew*, 8, 77-100.
- Beck, et al., (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6),893–897.
- Brodbeck, J., Bachmann, M. S., &Znoj, H. (2013). Distinct coping strategies differentially predict urge levels and lapses in a smoking cessation attempt. *AddictiveBehaviors*, 38(6), 2224-2229. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com.pbidi.unam.mx:8080/science/article/pii/S0306460313000403?via%3Dihub>
- Cano García, F. J., Rodríguez Franco, L., & García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de psiquiatría*, 35(1), 29-39. Recuperado de:
- Cedillo, P. J & Muñoz, P. M. A. (2005). *Modos de afrontamiento al estrés y asertividad relacionado con la deserción de un tratamiento para adicciones* (Tesis de

- Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México. D. F. Recuperado de: <http://132.248.9.195/pdtestdf/0341015/Index.html>
- CIJ (2010). Prevención de Recaídas. Centros de Integración Juvenil Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Recuperado de: <http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/materialdidacticotrataamiento/manualprevrecaidas.pdf>
- Collins, S. E., Witkiewitz, K., Kirouac, M., & Marlatt, G. A. (2010). Preventing relapse following smoking cessation. *Current cardiovascular risk reports*, 4(6), 421-428. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12170-010-0124-6>
- Colombo, E & Ghignone, S. (2005). Tabaquismo. *Archivos argentinos de pediatría*, 103(5), 464-475. Recuperado en 03 de enero de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S032500752005000500014&lng=es&tlng=es.
- CONADIC. (2017). México contra el tabaquismo. Recuperado de: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pie/mexicocontratabaquismo.html>
- Coronel, M. (2015, 5 de abril). Tabaco mexicano con los días contados. *El economista*. Recuperado de: <http://eleconomista.com.mx/columnas/salud-negocios/2015/04/05/tabaco-mexicano-dias-contados>
- De Micheli, A. & Izaguirre, A. R. (2005). Tabaco y tabaquismo en la historia de México y de Europa. *Revista de Investigación Clínica* 57(4), 608-613. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000400014
- Deffenbacher, J. L. (1988). Cognitive-relaxation and social skills treatments of anger: A year later. *Journal of Counseling Psychology*, 35(3), 234. Recuperado de <http://psycnet.apa.org.pbdi.unam.mx:8080/journals/cou/35/3/234>
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velazquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 295. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/59/2/295/>
- Goldstein, A., & Miron, J. M. (2003). *Adicción: de la biología a la política de drogas*. Barcelona: Medicina STM.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo-Martín, Á., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P., & Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/337/33760305/>

- Guerri, C. (2012). Bioquímica de las adicciones. *Sociedad Española de Bioquímica y Biología Molecular*, 172(1), 1-7. Recuperado de: http://www.sebbm.com/pdf/172/dossier172_intro.pdf
- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M & Hernández-Ávila M. [Consumo de tabaco en México 2000-2012: los beneficios de su reducción](#). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ConsumoTabaco.pdf>
- Gutiérrez, C. D. (2012). *Manual de aplicación y corrección del inventario de estrategias de afrontamiento para mujeres (CSI-R)* (Tesis de Licenciatura). Universidad de Sotavento, Orizaba, Ver. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2013/Presenciales/0703027/Index.html>
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 6(1), 17. Recuperado de: <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-6-17>
- Hughes, J. R. (2007). Smokers who choose to quit gradually versus abruptly. *Addiction*, 102(8), 1326-1327. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2007.01948.x/full>
- Husain, M., & Mehta, M. A. (2011). Cognitive enhancement by drugs in health and disease. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(1), 28-36. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com.pbidi.unam.mx:8080/science/article/pii/S1364661310002482?np=y>
- Jiménez, R. C. A & Olov, F. K. (2007). Tratado de tabaquismo. 2ºEd. Madrid: Ergon
- Kadden, R. (2002). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Dependence: CopingSkills Training. Recuperado de: <http://www.bhrm.org/guidelines/GBT-Kadden.pdf>
- Kadden, R, Carroll, K, Donovan, D, Cooney, N, Monti, P, Abrams, D, Litt, M & Hester, R. (2003). Cognitive-behavioral coping skills therapy Manual. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Kutlu, M. G., & Gould, T. J. (2016). Effects of drugs of abuse on hippocampal plasticity and hippocampus-dependent learning and memory: contributions to development and maintenance of addiction. *Learning & Memory*, 23(10), 515-533. Recuperado de: <http://learnmem.cshlp.org.pbidi.unam.mx:8080/content/23/10/515.full#sec-7>
- Laborda, M. Q., Carreras, J. M., & Sánchez, L. (2002). Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones*, 14(1), 65-78. Recuperado de: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/514>

- Lai, D. T., Cahill, K., Qin, Y., & Tang, J. L. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 1. Recuperado de: <http://www.cochrane.org/es/CD006936/las-intervenciones-motivacionales-ayudan-los-fumadores-dejar-el-habito>
- Lara-Rivas, G., Ramírez-Venegas, A., Sansores-Martínez, R. H., Espinosa, A. M., & Regalado-Pineda, J. (2007). Indicadores de síntomas de abstinencia en un grupo de fumadores mexicanos. *Salud Pública de México*, 49, 257-262. Recuperado de: http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S003636342007000800016&script=sci_arttext
- Larger, B. F & López, M. F. (2002). *Manual de drogodependencias para profesionales de la salud*. Barcelona: Ediciones Lu.
- Larimer, M. E., Palmer, R. S. & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 151-160. Recuperado de: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/151-160.pdf>
- Lazarus, R. S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Editorial Planeta.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality*, 1(3), 141-169. Recuperado de: <http://eds.b.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=b55cdedb-0b4d-48d0-81a7-05eeca00d2da%40sessionmgr102>
- Li, H. C. W., Chan, S. S., & Lam, T. H. (2015). Smoking among Hong Kong Chinese women: behavior, attitudes and experience. *BMC Public Health*, 15(1), 183. Recuperado de <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1529-4>
- Lira, M. J. (2002). *Desarrollo y evaluación de un programa de tratamiento de la dependencia a la nicotina*. Tesis de Maestría. FES- Iztacala. UNAM.
- Lira-Mandujano J, Medina-Nolasco V, Cruz-Morales SE. Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (PIBMF). *Anuario de Investigación en adicciones* 2008; 6: 5-20.
- Lira-Mandujano, J., González-Betanzos, F., Carrascoza Venegas, C. A., Ayala, V., Héctor, E., & Cruz-Morales, S. E. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud mental*, 32(1), 35-41. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000100005
- López Ibor, J. J. (1996). *CIE 10. Pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en la Atención Primaria de Salud*. Madrid: Ed. Meditor, 22. Recuperado de: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_ind.html

- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., & Lizasoani, I. (2003). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Segunda Edición*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Mackinlay, H. (2011). La agroindustria del tabaco en México y la formación de la empresa paraestatal Tabamex: 1920-1972. *Polis*, 7(2), 213-262. Recuperado de: <http://polismexico.izt.uam.mx/index.php/rp/article/view/113/105>
- Marlatt, G. A & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Marlatt, G. A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91, 37-49. Recuperado de: <http://eds.b.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/detail/detail?sid=7dcfebd3-6c2d-4e2a-b3e0f2a139c7d1eb%40sessionmgr103&vid=0&hid=122&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2I0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104792927&db=c8h>
- Martínez, M. K. I, Pedroza, C. F. J, Salazar, G. M. L & Vacio, M. M. A. (2014). Estrategias de enfrentamiento y número de recaídas en el proceso de cambio de adolescentes que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 40(3). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/593/59335812002>
- Martínez, P. A. S., González, M. P. G. P., Barrondo, S. M., Fernández, M. T. B., & Paredes, B. (2004). Tratamiento farmacológico. Psicofármacos. *MONOGRAFÍA TABACO*, 16(suplemento 2), 275. Recuperado de: <http://www.grupotabaco.com.ar/download/varios/MONOGRAF%C3%8DA%20TABACO.pdf#page=276>
- Martínez, R. M & Rubio, V. G. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. Ediciones Díaz de Santos: Madrid.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Moreno, A. J. J., Herrero, G. de O. F. J. & Rivero, G. A. (2003). *Tabaquismo "Programa para dejar de Fumar"*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid Área de Salud y Consumo Departamento de Alcoholismo y Tabaquismo.
- Muñoz, M. Á., Sanjuan, R., Fernández-Santaella, M. C., Vila, J., & Montoya, P. (2011). Aspectos neuropsicológicos del craving por la nicotina. *Adicciones*, 23(2), 111-123. Recuperado de: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/154>
- NIDA (2010). Adicción al tabaco. *¿Cómo produce sus efectos el tabaco?* Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/como-produce-sus-efectos-el-tabaco>
- Olivares, R. J, Macià, A. D, Rosa, A. A. I, Olivares-Olivares, P. J. (2013). *Intervención psicológica: estrategias, técnicas y tratamientos*. Madrid: Pirámide.

- OMS (2017a). Cáncer. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- OMS (2017b). Tabaco. Recuperado de: <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. Recuperado de <https://academic-oup-com.pbidi.unam.mx:2443/ntr/article-lookup/doi/10.1093/ntr/ntu226>
- Pérez, M. M. L. (2008). El consejo médico para dejar de fumar como apoyo terapéutico en pacientes de VIH/sida de la UNEME CAPSITS Toluca. Recuperado de: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/consejomedico.pdf
- Perkins, K. A., Gerlach, D., Vender, J., Meeker, J., Hutchison, S., & Grobe, J. (2001). Sex differences in the subjective and reinforcing effects of visual and olfactory cigarette smoke stimuli. *Nicotine & Tobacco Research*, 3(2), 141-150. Recuperado de: <https://academic.oup.com/ntr/article-abstract/3/2/141/1121176>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102. Recuperado de: <http://eds.b.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=fbee0548-bfc5-4de8-9c3c-ae5062e71d2f@sessionmgr4009>
- Reynales-Shigematsu, L. M., Guerrero-López, C. M., Lazcano-Ponce, E., Villatoro-Velázquez, J. A., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., & Guisa-Cruz, V. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Recuperado de: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/2968-encuesta-nacional-de-adicciones-2011-tabaco.html>
- Rubio, M. H & Rubio, M. A. (2006). Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias* 19(4), 297-300. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/iner/v19n4/v19n4a13.pdf>
- Ruiz, F. M. A, Díaz, G. M. I y Villalobos, C. A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Bilbao: Desclée
- Samet, J. M. (2002). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud Pública de México*, 44, 144-160. Recuperado de: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636342002000700020&script=sci_arttext&lng=e
- Sansores, R. H., Ramírez-Venegas, A., Espinosa-Martínez, M., & Sandoval, R. A. (2002). Tratamientos para dejar de fumar, disponibles en México. *Salud Pública de*

México, 44, s116-s124. Recuperado de:
http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0036-36342002000700017&script=sci_arttext&tlnq=e

Secades Villa, R., & Fernández Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72713303/>

Secretaría de Salud (2012). Perfil Epidemiológico del Tabaquismo en México. Recuperado de: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/Monografias7_Tabaquismo_Mex_julio12.pdf

Secretaría de Salud (2016). Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2015 Global AdultsTobaccoSurveyMexico 2015. Recuperado de: http://omextad.salud.gob.mx/contenidos/encuestas/gats2015/ENCUESTA_GAT_S_2015.pdf

Shiffman, S., Hickcox, M., Paty, J. A., Gnys, M., Richards, T., & Kassel, J. D. (1997). Individual differences in the context of smoking lapse episodes. *Addictive behaviors*, 22(6), 797-811. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460397000634>

Shiffman, S., Paty, J. A., Gnys, M., Kassel, J. A., & Hickcox, M. (1996). First lapses to smoking: within-subjects analysis of real-time reports. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(2), 366. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/64/2/366/>

Tortora, G. J. D., Tortora, B. J., & Derrickson, B. (2006). *Principios de anatomía y fisiología* (No. 611: 612). México: Médica Panamericana.

Treviño, L. J., Fernández, M. T. B., González, M. P. G., Martínez, P. A. S., & Bousño, M. (2004). La nicotina como droga. *Monografía Tabaco*, 16 (suplemento 2), 143. Becoña, 2003. Recuperado de: <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/publicaciones/tabaco.pdf#page=144>