



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE DOS
INTERVENCIONES PARA DEJAR DE FUMAR EN UN
GRUPO DE MUJERES UNIVERSITARIAS”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

DIANA BERENICE BUSTAMANTE AGUILAR

Directora: Dra. Jennifer Lira Mandujano

Dictaminadores: Dra. Sara Eugenia Cruz Morales

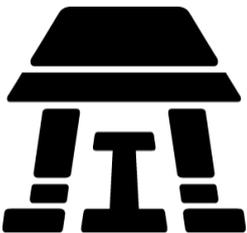
Dr. José Cristóbal Pedro Arriaga y Ramírez

Revisores: Mtra. Georgina Castillo Roberto

Dra. Susana Xóchitl Bárcena Gaona

Proyecto PAPIIT IN309619

“Efectividad de dos modalidades de intervención para dejar de fumar dirigidos a universitarios en un ensayo clínico aleatorio”



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2019



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 deriva del proyecto “Efectividad de dos modalidades de intervención para dejar de fumar dirigidos a universitarios en un ensayo clínico aleatorio” y se realizó gracias al apoyo financiero del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) clave: IN309619 cuya responsable es la Dra. Jennifer Lira Mandujano.

DEDICATORIA

A mi abuelita Mary

AGRADECIMIENTOS

A mi familia:

A mi mamá, por todo el amor, cariño y comprensión que me has dado, por enseñarme a ser fuerte, a fijar mis objetivos y trabajar hasta cumplirlos, por apoyarme en todo momento y ser un ejemplo de fortaleza y dedicación. Porque sin ti y todo el esfuerzo que haces para sacar adelante a mis hermanas y a mí yo no hubiera llegado hasta donde estoy... ¡Gracias mamita!

A mis hermanas Karina y Karla, gracias queridas hermanitas por aguantar mi estrés en los finales de semestre, por estar siempre conmigo y escuchar mis anécdotas, por compartir su vida conmigo.

A mi papá/tío por el cariño que me has dado, por quererme como a una hija y estar con nosotras siempre.

A mi prima Mari, mi sobrina Ais y a Clara, por estar conmigo en todo momento, por echarme porras y demostrar su cariño como familia.

A mi Alma Mater

A mi querida Universidad por permitirme estudiar en sus aulas, por formarme con una postura crítica, por permitirme ser parte de su comunidad y darme la oportunidad de crecer como persona y profesionalmente.

A la Dra. Jennifer Lira, por haberme permitido trabajar con usted, darme la confianza para ser parte de su equipo y colaborar en las diferentes actividades que enriquecieron mi conocimiento, por su apoyo, animarme a seguir adelante y a hacer trabajos con calidad, por sus correcciones y observaciones.

Agradezco a mis profesores de la carrera de quienes aprendí a formarme como una profesionalista a través de sus clases, especialmente gracias Lic. Moctezuma Salinas, Mtro. Jorge Salinas, Mtra. Esmeralda Ramírez, Mtro. Luis Zarzosa, Dra. Leticia Bautista y Dra. Ana Leticia Celis.

A Eréndira y Daniel, por su apoyo, sus consejos y observaciones durante la elaboración de este trabajo.

A mis amigos:

Daniel, por demostrarme que eres el mejor de los amigos que me pude haber encontrado, por estar conmigo en los buenos y malos momentos, por apoyarme y hacerme reír en cualquier circunstancia.

Aquetzali, por ser mi confidente desde hace ocho años, por escucharme y apoyarme en todo momento, por ser una gran amiga y compartir muchos momentos juntas. ¡Gracias compa!

Alo, por darme ánimos siempre, por estar conmigo y trabajar en equipo desde primer semestre de la carrera, por tu sinceridad y apoyo.

Tona, gracias por tu amistad y sinceridad, por tu apoyo cuando más lo necesité, por la confianza que me has brindado y por bromear y discutir desde CCH.

Ricardo, gracias por brindarme tu amistad, por tus consejos y por las pláticas que teníamos al salir de clases, por enseñarme a ver de manera diferente las cosas y a ser más tolerante.

Ale, gracias permitirme conocerte más, por los consejos que me has dado, por tu perseverancia y compañerismo.

Índice

Introducción.....	1
1. Panorama epidemiológico internacional y nacional del consumo de tabaco..	4
1.1 Consumo de tabaco en mujeres.....	7
2. Consecuencias en la salud y convenios para regular el consumo de tabaco.....	12
2.1 Consecuencias específicas del consumo de tabaco en mujeres.....	17
2.2 Fumadores pasivos.....	19
2.3 Estrategias para controlar la epidemia de tabaquismo.....	21
3. Intervenciones farmacológicas para dejar de fumar tabaco.....	24
3.1 Intervenciones nicotínicas.....	24
3.2 Intervenciones no nicotínicas.....	28
4. Intervenciones psicológicas para dejar de fumar e intervenciones combinadas.....	32
4.1 Resultado de las intervenciones para dejar de fumar en mujeres.....	36
Método.....	40
Resultados.....	44
Discusión.....	47
Referencias.....	50

Introducción

El consumo de drogas en México es un problema que ha ido aumentando con los años debido a la accesibilidad de la mayoría de las sustancias psicoactivas y de la falta de prevención en la familia, escuelas e instituciones de salud así como los factores de riesgo que van en aumento y probabilizan un acercamiento de los jóvenes a las drogas. Existe un mayor problema con las drogas legales debido a que la accesibilidad y aceptación social es mayor que la de otras drogas.

Una de las drogas legales de mayor consumo es el tabaco, a nivel mundial la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2017) menciona que el uso del tabaco mata a más de 7 millones de personas al año, lo que significa que cada día mueren 19,000 personas por enfermedades asociadas a su consumo o por la exposición al humo de segunda mano. En México el panorama no es muy diferente, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT) realizada por Reynales-Shigematsu, et al. en el 2017 menciona que en México se estima que mueren 43 mil personas por enfermedades atribuibles al consumo de tabaco, lo cual representa el 8.4% del total de muertes en el país.

A pesar de los esfuerzos que ha hecho la Organización Mundial de la Salud (OMS), el gobierno y las demás instancias para que la población deje de consumir tabaco los resultados en México no han tenido la eficacia deseada, ya que la ENCODAT (Reynales-Shigematsu, et al., 2017) menciona que el consumo de tabaco va en aumento y el primer contacto con esta droga se va dando a edades más tempranas, en especial en el caso de las mujeres ya que el número de fumadoras incrementa de manera acelerada en comparación con la de los hombres.

Entre los principales factores asociados al consumo de tabaco en la población femenina están la asociación del consumo de tabaco al afecto negativo, es decir estados de ánimo como la tristeza, ansiedad, enojo, soledad, inseguridad. Al mismo tiempo las mujeres han comenzado a consumir tabaco debido a la publicidad y los estereotipos que han promovido las industrias tabacaleras

mostrando a mujeres exitosas, sensuales, inteligentes, ejecutivas, actrices famosas fumando tabaco (Siqueira, Faibichew, De Paula y Arrabal, 2010).

Otro factor importante en el consumo de tabaco en la mujer son los síntomas de abstinencia específicos que presentan cuando suprimen o reducen su consumo presentando con mayor intensidad síntomas como sentirse triste o estar irritadas, además que las probabilidades de que aumenten de peso son mayores que en los hombres (Fernández, Alpizar, Gómez y Sandoval, 2008), lo anterior dificulta el éxito de las intervenciones para dejar de fumar que generalmente van dirigidas a cualquier población sin tomar en cuenta las características específicas del consumo de las mujeres y los factores asociados a su consumo.

El consumo de tabaco tiene consecuencias serias a la salud ya que se ha demostrado que las personas que lo consumen tienen mayores probabilidades de tener diferentes tipos de cáncer, enfermedades cardíacas, enfermedades respiratorias, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Compulsiva (EPOC), enfisema pulmonar, entre otros (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 2014). Por otro lado Chávez, Rivera, Leyva, Sánchez y Lazcano (2013) explican que el consumo de tabaco en mujeres además de las enfermedades que ya se mencionaron están en riesgo de padecer otro tipo de enfermedades ligadas a su género como: cáncer de mama, problemas de fertilidad, riesgo en el embarazo, dolores menstruales intensos, entre otros.

Por lo anterior, es importante realizar investigaciones que evalúen las actuales intervenciones para dejar de fumar así como proponer intervenciones que incluyan estrategias específicas de la comunidad de mujeres particularmente dirigida a estudiantes universitarias se sabe que en la universidad un porcentaje importante de mujeres (de 18 a 24 años) inician la licenciatura sin fumar y finalizan la misma como fumadoras ocasionales o con el consumo diario de cigarros (Morrell, Cohen y McChargue, 2010).

El presente trabajo tiene el fin de evaluar la eficacia de dos intervenciones para dejar de fumar en mujeres universitarias, una Intervención estándar, en este caso la Intervención Breve Motivacional para dejar de fumar que está dirigida a población general y una intervención para dejar de fumar dirigida a universitarias,

esto con el fin de comprobar que la integración de técnicas específicas que cubran las necesidades de las mujeres en este proceso para dejar de fumar facilitan la abstinencia y tienen mejores resultados que las intervenciones estándar.

Debido a lo anterior el contenido de los siguientes capítulos estará relacionado al consumo de tabaco a nivel mundial y nacional en población general y en mujeres de forma específica. El primer capítulo abordará la epidemiología del consumo de tabaco. En el segundo capítulo se describirán las consecuencias a la salud que se desarrollan por el consumo de tabaco para que de tal forma en el capítulo 3 y 4 se mencionen las principales intervenciones farmacológicas y psicológicas como opción para las personas que quieren dejar de consumir tabaco y la eficacia de éstas en población femenina. Por último se presentará el método, los resultados del análisis estadístico y las conclusiones de la presente investigación.

1. Panorama epidemiológico internacional y nacional del consumo de tabaco

En este primer capítulo se abordarán temas relacionados a la historia del consumo de tabaco y la epidemiología del consumo a nivel mundial y nacional con el fin de exponer la magnitud del problema que cada año cobra la vida de muchas personas. Asimismo se presentarán las estadísticas que señalan una diferencia entre el consumo de hombres y mujeres, agregando también los factores asociados al consumo en mujeres.

El tabaco o *Nicotina tabacum* es una planta que se distribuye en todo el mundo, es originaria de América y es una sustancia farmacológicamente activa con doble efecto: estimulante y sedante (Medina-Mora, 2010). Un cigarro de tabaco tiene más de 4.000 componentes químicos de los cuales una gran mayoría son cancerígenos como alquitranes, arsénico, creosota, cadmio, níquel, cloruro de vinilo, polonio 210, naftilamina, pireno, dibenzocridina, benzopireno, toluidina, uretano, formaldehído y químicos como acetona, metanol, naftalina, DDT, tolueno, amoníaco, butano, monóxido de carbono, nicotina (el componente adictivo) entre muchos otros (Rodgman y Perfetti, 2013).

El tabaco es una planta que se ha utilizado desde hace muchos años, se tienen registros de que los pueblos prehispánicos de América la utilizaban en rituales y también era empleado como remedio curativo ya que se creía que los malos espíritus habitaban los cuerpos de los enfermos y una de las curas era expulsar al espíritu por medio del humo del tabaco. Durante el tiempo del descubrimiento de América y la conquista, el tabaco al igual que muchos otros productos originarios de América comenzaron a migrar y ser comercializados al resto del mundo, principalmente en Europa (Moreno-Coutiño, 2012). Con el inicio de la comercialización del tabaco el número de fumadores y a la vez de enfermos de cáncer de pulmón, enfermedades respiratorias y otros padecimientos asociados al consumo de tabaco también aumentaron.

Medina-Mora (2010) señala que científicos interesados en las consecuencias a la salud del consumo de tabaco comenzaron a realizar investigaciones que evidenciaran una asociación del consumo de tabaco con diferentes padecimientos. Un ejemplo son las investigaciones de Wynder y Graham en 1950 en Estados Unidos quienes demostraron el daño que causan los químicos del tabaco a los pulmones, otro ejemplo es el trabajo de Doll y Hill que en 1950 demostraron una asociación entre el cáncer de pulmón y el tabaquismo (Chambers, 2005). Sin embargo, a pesar de los estudios que se han realizado y que demuestran que el consumo de tabaco trae consecuencias negativas a la salud como diversas enfermedades respiratorias y cardiovasculares además de la probabilidad de padecer muchos tipos de cáncer la población a nivel mundial no deja de consumirlo, cada vez las industrias tabacaleras mejoran sus estrategias publicitarias para incrementar sus ventas creando productos nuevos y atractivos para la población, dirigidos especialmente hacia los jóvenes. Es por eso que el tabaco se ha convertido en una de las drogas legales de mayor consumo, a nivel mundial la Organización mundial de la Salud (por sus siglas en inglés WHO, 2017) indica que el uso del tabaco está asociado a la muerte de más de 7 millones de personas al año lo que significa que cada día mueren 19,000 personas por enfermedades asociadas al consumo de tabaco o de la exposición al humo de segunda mano a nivel internacional. En los no fumadores el humo de tabaco causa cerca de 890 000 muertes prematuras al año por enfermedades como cáncer, enfermedades respiratorias o cardiovasculares (OMS, 2018).

De igual forma la Organización Mundial de la Salud (2018) señala que la mayoría de las muertes registradas asociadas al consumo de tabaco son en países con ingresos bajos y medianos debido a las tácticas mercadotécnicas de la industria tabacalera que se presenta a la población desde edades muy tempranas y que los invitan a consumir esta droga, así como la falta de presupuesto que designan algunos gobiernos al sector salud y la prevención y el tratamiento de adicciones.

Además de ser un serio problema de salud a nivel mundial, el consumo de tabaco también afecta otras áreas como la economía de los países pues a nivel

mundial se estima que el costo económico del hábito de fumar es de más de US \$ 1,4 billones al año: US \$ 400 000 millones en costos directos de la atención médica y US \$ 1 billón en costos indirectos por la pérdida de productividad como consecuencia por las muertes prematuras (OMS, 2018).

En México el panorama no es muy diferente, en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016-2017) realizada por Reynales-Shigematsu et al. (2017) mencionan que en México se estima que mueren 43 mil personas por enfermedades atribuibles al consumo de tabaco, lo cual representa el 8.4% del total de muertes en el país. Esta encuesta muestra estadísticas importantes que reflejan los índices de consumo de tabaco a nivel nacional afirmando que el 35.8% de mexicanos (14.9 millones) son fumadores actuales, de los cuales el 8.7% (3.8 millones) son mujeres y el 27.1% (11.1 millones) son hombres. En la población de 18 a 65 años el 20.1% fuma tabaco actualmente, el 9.8% son mujeres (3 millones 602 mil) y el 31.3% (10 millones 206 mil) son hombres, la edad promedio de consumo de tabaco es de los 19.4 años y la edad promedio de consumo diario en los adultos es de 21.2 años en las mujeres y 18.9 años en los hombres. De los fumadores mexicanos el 73.3% tiene interés en dejar de fumar, en el caso de las fumadoras un 74.3% tiene interés.

En cuanto a la población de 18 a 24 años que es la edad en la que se encuentra la población universitaria la ENCODAT (Reynales-Shigematsu, et al., 2017) también señala que la edad media de inicio de consumo experimental es a los 16 años en mujeres y a los 15.7 años en hombres, el 23.3% de esta población fuma actualmente y el promedio diario de consumo de tabaco es de 6.

Los datos que señalan las encuestas nacionales reflejan que la epidemia de tabaquismo es un problema que ataca a gran parte de la población pues hay niños de 12 años que tienen contacto con una droga sin importar que para menores de edad el consumo y venta de cualquier tipo de droga (legal o ilegal) sea un delito y que, a pesar de las estrategias que se han implementado a lo largo del país no se ha logrado un control sobre la epidemia ya que existe un gran número de consumidores activos cuyo consumo va aumentando año tras año.

1.1 Consumo de tabaco en mujeres

Investigaciones reportan que el consumo de tabaco en la mujer comienza a aumentar a partir de los años 40 en donde las mujeres empiezan a sustituir a los hombres en los trabajos durante la segunda guerra mundial (De la Rosa y Otero, 2003). Conforme pasó el tiempo las industrias tabacaleras fueron mejorando sus estrategias de venta utilizando a los nuevos medios de comunicación como el internet para promover su publicidad engañosa. La industria del tabaco investiga, utiliza y explota las cuestiones relacionadas con el género y sus cambios para promover y vender mayores cantidades de cigarros (Regueira, Suárez y Jakimczuk, 2010). De igual forma implementan estrategias relacionadas al acto de fumar y la libertad femenina promoviendo estereotipos e ideas como: emancipación, empoderamiento, fuerza y poder, elegancia. Su publicidad muestra a famosas cantantes fumando, actrices y mujeres en la política o ejerciendo puestos importantes, asociando la conducta de fumar a calificativos como sensualidad, esbeltez, modernidad, sofisticación, atractivo sexual e inteligencia.

Autores como De la Rosa y Otero (2003) señalan algunos factores que están asociadas al inicio de consumo de tabaco en las mujeres jóvenes:

- Estímulo y desafío (rebelión contra los padres o la sociedad, curiosidad, emoción).
- Formación de la propia identidad y necesidad de autoestima (sentirse bien, parecer más adulto y moderno, tener mejor apariencia).
- Pertenencia a un grupo (necesidad de ser aprobado y aceptado, y de evitar desaprobación o rechazo).

Entre los factores socioculturales que influyen en el consumo se encuentran:

- Aceptabilidad social, que ha aumentado últimamente en el caso de las jóvenes y mujeres.

- Influencia de los padres, mayor en el caso de las chicas y que es mayor ahora que muchas madres fuman.
- Influencia de los amigos, que se considera similar entre varones y mujeres.

Entre los factores personales que influyen en el consumo se encuentran:

- La imagen de sí mismo (fumar es frecuentemente presentado como un medio de alcanzar la madurez, la edad adulta y la popularidad, de ser moderno, sociable y, en el caso de las mujeres, femenina, delgada y atractiva)
- La autoestima, al igual que en el caso de los varones, las chicas con una baja autoestima tiene mayores probabilidades de empezar a fumar; de hecho, entre las adolescentes está extendida la creencia de que fumar calma los nervios, alivia el estrés y controla el estado de ánimo.
- Disponibilidad de medios económicos, la prevalencia de tabaquismo se asocia directamente con la cantidad de dinero semanal disponible.
- Conocimientos, creencias y actitudes respecto al tabaco.

De manera más específica Siqueira, Faibichew, De Paula & Arrabal (2010) señalan que las razones por las que el número de fumadoras va en aumento se debe a que las mujeres consumen tabaco para aliviar los estados de ánimo negativos como depresión, tristeza, angustia, ansiedad, soledad, enojo, frustración, entre otros.

Debido a lo anterior en investigaciones de epidemiología como la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2015 se observan descensos significativos en la prevalencia del consumo de hombres en comparación con las mujeres ya que 8.3% de mujeres de 25 a 44 años eran fumadoras en el 2009 y en el 2015 esta cifra aumentó al 10% (Reynales-Shigeatsu, Shmah-Levy, Méndez, Rojas-Martínez y Lazcano-Ponce, 2015).

Drope, Schluger, Cahn, Hamill, Islami, Liber, Nargis y Stoklosa (2018) reportan que casi mil millones de hombres a nivel mundial (el 35 % de los hombres

en países de altos recursos, y 50 % de los hombres en países en desarrollo) consumen tabaco y aproximadamente 250 millones de mujeres alrededor del mundo fuman a diario; el 22% de estas viven en países de altos recursos y el 9 % en países de medianos y bajos recursos. Aunque el consumo de cigarrillos en las mujeres en la mayoría de los países de altos recursos está disminuyendo, especialmente en Australia, Canadá y el Reino Unido, las tasas de consumo femenino de cigarrillos en varios países del sur, centro y este de Europa se mantienen estables. El aumento del consumo de tabaco entre las mujeres jóvenes de países en desarrollo es clave para la evolución de la epidemia. Los tres países con mayor consumo en mujeres son China, Estados Unidos e India.

Para el 2010 la Coordinación de la Red Latinoamericana y del Caribe de Mujeres para el Control del Tabaco informó que cerca de 250 millones de mujeres fuman habitualmente en los países latinoamericanos (Regueira, Suárez y Jakimczuk, 2010). En ese mismo año se tenía el registro que a nivel mundial los principales países en donde se encontraba una prevalencia mayor en mujeres consumidoras que en hombres en edades de 13 a 15 años de edad eran: Chile la población de mujeres (39%) fumadores era mayor que el de los hombres (28%), en Argentina mujeres (27%), hombres (21.2%), en Uruguay mujeres (22.9%), hombres (16.4%), en Cuba mujeres (13 %), hombres (8.7), en Bulgaria mujeres (31.6%), hombres (24.4), en Suecia mujeres (13%), hombres (5%), en Nueva Zelanda mujeres (20.6%), hombres (14.5%), perteneciendo la mayoría de estos países a América Latina (Nathoo & Greaves, 2013).

Aunque en México el consumo de tabaco en hombres sigue siendo mayor que el de las mujeres, el número de consumidoras no deja de ser relevante ya que se estima que un 8.7% (3.8 millones) de la población de consumidores de tabaco son mujeres (Reynales-Shigematsu, et al., 2017). Chávez et al. (2013) mencionan que el aumento de consumo de tabaco en mujeres se ha visto desde los años setenta y que con el paso de los años ha ido disminuyendo la edad de inicio de consumo, por tal motivo decidieron realizar un estudio con el fin de cuantificar la asociación entre género y el uso de tabaco y alcohol en jóvenes de Morelos, México. Los resultados de dicho estudio mostraron que en el caso de las mujeres el

consumo de tabaco está asociado a la época de “empoderamiento de la mujer” ya que al buscar los mismos derechos de los hombres y lograr una equidad con el otro sexo comienzan a seguir roles de género y conductas adictivas como las del consumo de tabaco y alcohol, de igual forma señalaron que las mujeres que presentaron características como vivir en una zona urbana y mostrar una asociación entre el rol de género y consumo de drogas incrementaron la probabilidad de consumo diario de tabaco. Concluyen los autores que los comportamientos machistas o rebeldes asociados con el tabaco pueden expresar un empoderamiento de la mujer en las participantes urbanas impulsado por la influencia de los medios de comunicación en su vida cotidiana. Finalmente, señalaron que las mujeres suelen fumar para enfrentar experiencias negativas.

Otro estudio realizado por Alvear, et al. (2014) demostró que hay un incremento en el consumo de tabaco en jóvenes universitarios que terminan la carrera en comparación de cuando iniciaron sus estudios profesionales, lo cual está relacionado a los datos que señalan Reynales-Shigematsu, et al. (2017) en la ENCODAT en donde la edad promedio de inicio de consumo de tabaco es a los 19.3 años. Asimismo, Avelar, et al. (2014) mencionan un aumento en el número de mujeres que consumen tabaco en comparación con otras generaciones.

Sánchez, et al. (2017) realizaron un estudio en dos estados de la república mexicana para ver si la zona geográfica intervenía en el consumo de drogas en jóvenes universitarios, los estados en donde realizaron el estudio fueron Yucatán y Coahuila obteniendo como resultado que el consumo de tabaco va en aumento y es independiente a la zona geográfica y al sexo, así mismo mencionaron que la condición de ser jóvenes es un factor de riesgo por sí mismo pues la cuestión cultural, social económica y sobre todo la búsqueda de identidad y el querer ser aceptados, pueden ser determinantes para que desarrollen prácticas de riesgo.

Los resultados de las investigaciones revisadas muestran datos relevantes sobre los factores que intervienen en el consumo de tabaco en las mujeres como la edad, los medios de comunicación, las experiencias negativas y la ideología actual sobre el “empoderamiento de la mujer” que las lleva a copiar conductas que antes

eran consideradas únicamente para hombres con el fin de buscar una igualdad con el otro género sin embargo la baja percepción del riesgo o de las consecuencias a largo plazo hacen que este consumo continúe aumentando y por lo tanto las personas con padecimientos asociados al tabaco también crezcan. En el siguiente capítulo se profundizará sobre los daños que provoca el consumo de tabaco en la salud, de igual forma se enfatizará en las consecuencias específicamente en mujeres.

2. Consecuencias en la salud y convenios para regular el consumo de tabaco

La OMS (2017) estima que el uso del tabaco mata a más de 7 millones de personas al año lo que significa que cada día mueren 19,000 personas por enfermedades asociadas al consumo de tabaco o de la exposición al humo de segunda mano.

La mayoría de las muertes se asocian al padecimiento de enfermedades que fueron el resultado de un consumo de tabaco o de convivir con personas que consumían tabaco ya que el cigarro de tabaco cuenta con más de 7000 sustancias químicas, tras su combustión se detectan 6000 de las cuales 65 son posibles carcinógenos y 11 son agentes cancerígenos ya comprobados. El humo del cigarrillo presenta dos fases (particulada y gaseosa) y dos corrientes (principal y secundaria). La corriente principal es la que atraviesa el cigarrillo y llega hasta los pulmones del fumador; la corriente secundaria es la corriente de humo generada desde el extremo incandescente del cigarrillo (Bállen, Jagua, Álvarez, y Rincón 2006).

Los componentes de la fase gaseosa son:

- Monóxido de carbono
- Dióxido de carbono
- Carbonil sulfido
- Benceno (cancerígeno)
- Tolueno
- Formaldehido
- 3-Metilpirina
- Hidrazina
- Amonio
- Óxidos de nitrógeno
- N-Nitrosodimetilamina
- N-nitrosodietilamina

- N-Nitrosopirodina
- 1,3-Budidieno

Los componentes de la fase particulada son:

- Nicotina
- Fenol
- Amiliana
- 2-Naftilamina (cancerígeno)
- 4-Aminobifenil (cancerígeno)
- Benzo antraceno
- Benzo pireno
- A- Butirolactona
- N-Nitrososnormicotina
- Cadmio
- Niquel (cancerígeno)
- Polonio-210 (cancerígeno)

Las principales sustancias del tabaco que son reconocidas por estar relacionadas con diferentes problemas de salud son la nicotina, el monóxido de carbono y el alquitrán.

Nicotina

Molero y Muñoz (2005) explican que la nicotina es un alcaloide presente en la planta del tabaco (*Nicotiniana tabacum*). La dosis tóxica en humanos está entre 10 y 20 mg, y una dosis es letal en el rango entre 0,5 y 1 mg por kg de peso. Esta sustancia puede provocar, a través del sistema circulatorio, taquicardia, activación y/o depresión del sistema nervioso central (SNC), menor capacidad funcional cardíaca y otras alteraciones cardiovasculares, aumento de la presión arterial, incremento de plaquetas en sangre, apoplejía, entre otros. La nicotina es una sustancia altamente adictiva, lo cual la convierte en una droga que provoca graves alteraciones en el funcionamiento del organismo.

Brailowsky (2002) menciona que el principal mecanismo de acción de la nicotina se basa en la activación de receptores colinérgicos de tipo nicotínico; el alcaloide tiene la propiedad característica de estimular para después deprimir. La estimulación es como resultado de la ocupación del receptor nicotínico, mientras que la segunda resulta de su permanencia en el sitio, impidiendo la acción de la acetilcolina, a este proceso se le llama antagonismo por bloqueo. En cuanto al aumento de peso que mencionan algunos ex fumadores puede deberse al ahorro de energía que se logra al no tener la estimulación nicotínica, por lo que se puede producir más grasa, además que el consumo de tabaco inhibe la sensación de hambre, este efecto puede deberse a la disminución de la sensibilidad de las papilas gustativas y de las contracciones gástricas producidas por la nicotina.

La nicotina también induce la liberación de otras sustancias, como adrenalina, serotonina, vasopresina, betaendorfinas, adenocorticotrópica, cortisol, actúa como reforzador positivo directo, o sea, su consumo aumenta las posibilidades de que vuelva a ser consumido (Pérez, Pérez y Fernández, 2007).

Monóxido de carbono

Ruíz, Rodríguez, Rubio y Hardisson (2004) y Molero y Muñoz (2005) explican que el monóxido de carbono (CO) es un gas que se desprende de la combustión del cigarro de tabaco, es el principal responsable de los infartos de miocardio, muerte súbita, arteriosclerosis y enfermedades respiratorias crónicas relacionados con el tabaquismo y en los cigarrillos representa entre el 1,9 y el 6,3 % del humo. Su mecanismo de acción se basa en su extraordinaria forma de unirse a la sangre por la hemoglobina, formando carboxihemoglobina (COHb), que bloquea el transporte de oxígeno a los tejidos, impide la función respiratoria y el abastecimiento de oxígeno a las células del cuerpo.

Alquitrán

El alquitrán es un químico que se desprende de la combustión del papel y, en menor medida del propio tabaco. Contiene una gran variedad de componentes,

algunos son carcinógenos (ej., benzo-a-pireno) o cocarcinógenos, con un papel activo en la génesis de procesos tumorales en el organismo. Es el responsable del cáncer de pulmón, de otros cánceres y de diversas enfermedades respiratorias (Molero y Muñoz, 2005).

La Comisión Nacional contra las Adicciones (2015) menciona que entre las consecuencias negativas a corto plazo del uso del tabaco se encuentran:

- Tos
- Disminuye la capacidad de que los pulmones se oxigenen
- Cansancio y debilitamiento
- Aumenta el ritmo del corazón y la presión arterial, lo que puede producir ansiedad
- Mareo, náusea y dolor de cabeza
- Mal olor (aliento, cabello, ropa, manos)
- Quemaduras en la piel
- Pérdida de apetito

El tabaco es una droga que va matando lentamente porque la mayoría de sus efectos negativos a la salud se ven reflejados a largo plazo en enfermedades crónicas e incapacidades.

Dentro de las enfermedades que se ha demostrado que están asociadas al hábito de fumar están:

- Infecciones

El cigarro contiene una gran cantidad de radicales libres incluyendo especies derivadas de oxígeno y nitrógeno que pueden dañar directamente el epitelio de los órganos produciendo inflamación bronquial, daño directo al sistema ciliar que en conjunto pueden propiciar mayor susceptibilidad a infecciones como influenza, resfriado (Medina-Mora, 2010).

Por otro lado, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (2014) señala que hay las evidencias suficientes para inferir una relación causal entre el tabaquismo y enfermedades como:

- Cáncer de pulmón
- Cáncer de hígado
- Cáncer colorrectal
- Cáncer de próstata
- Cáncer orofaríngeo, laringe y de esófago
- Leucemia mielógena aguda
- Cáncer de estómago
- Cáncer de páncreas
- Cáncer de riñón y uretra
- Cáncer de vejiga

De igual forma es el causante de enfermedades crónicas como:

- La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- Enfisema pulmonar
- Daños en vías aéreas de los pulmones
- Asma
- Accidentes cerebrovasculares
- Ceguera, cataratas, degeneración macular relacionada con la edad
- Periodontitis
- Aneurisma aórtico
- Cardiopatía coronaria
- Neumonía
- Aumento en el riesgo de sufrir tuberculosis.
- Artritis reumatoide
- Enfermedades dentales como caries y fracaso de implantes dentales
- Enfermedades cardiovasculares

La OMS (2018) estima que mueren 18 millones de personas cada año a causa de enfermedades cardiovasculares asociadas al consumo de tabaco, el 80% de ellas en países de ingresos bajos y medianos.

2.1 Consecuencias específicas del consumo de tabaco en mujeres

Como ya se revisó en el primer capítulo el consumo de tabaco en mujeres va ascendiendo de manera rápida debido a factores individuales y sociales así como las dificultades que se le presentan a las mujeres para dejar de consumir como los síntomas de abstinencia al suspender la nicotina ya que éstos son diferentes a los que presentan los hombres (De la Rosa y Otero, 2004).

Chávez, et al. (2013) mencionan que el consumo de tabaco está asociado a enfermedades específicas del género femenino como

- Cáncer de mama
- Cáncer en cuello uterino
- Dolores menstruales más intensos

Además de padecimientos reproductivos como:

- Infertilidad asociada a la afectación de actividad hormonal
- Retrasos conceptivos
- Daños al ovario
- Menopausia temprana
- Riesgo de embarazo ectópico
- aterosclerosis

Por otro lado están las mujeres embarazadas que fuman y ponen en riesgo no solo su salud, sino también la vida y la salud del bebé que está por nacer ya que las toxinas que contiene el tabaco entran al torrente sanguíneo de la madre, pasan al cuerpo del bebé y esto puede impedir que reciba los nutrientes vitales y el oxígeno que necesita para crecer y desarrollarse. La American Cancer Society

(2015) indica que en las mujeres embarazadas el feto es afectado por los químicos del tabaco por lo tanto aumenta el riesgo de:

- Aborto espontáneo
- Parto prematuro
- Parto de bebés fallecidos
- Muerte súbita infantil
- Bajo peso al nacer
- Riesgo mayor de defectos cardiacos
- Labio o paladar leporino
- Problemas de audición

Debido al nivel de riesgo en que se pone el bebé y la madre los doctores advierten no consumir ningún producto de tabaco durante el embarazo y evitar estar cerca de personas que estén fumando.

El número de mujeres que consumen tabaco va en aumento ya que las características específicas que se han observado en ellas son las que hacen que les sea más difícil dejar de consumir tabaco que a los hombres. Una de estas características es que las mujeres metabolizan la nicotina más rápido que los hombres, otro factor por el que se les hace más difícil el abandono de este hábito es por los síntomas de abstinencia que se presentan con mayor intensidad en ellas cuando suspenden la nicotina en comparación con los hombres Fernández, Alpizar, Gómez y Sandoval (2008).

- Irritabilidad
- Aumento del apetito
- Depresión
- Ansiedad
- Desordenes del sueño
- Dificultad para concentrarse

El mantenimiento y crecimiento de esta epidemia de consumo de tabaco en las mujeres se debe también a la baja percepción de riesgo en la población, pues

tienen conocimiento de las consecuencias del fumar pero lo hacen pensando que ellas están muy lejos de terminar con alguna de esas enfermedades o que su consumo no es tan elevado como para desarrollarlas (Benowitz, Lessov-Schlaggar y Swan, 2006).

2.2 Fumadores pasivos

Tovar y López (2000) señalan que los fumadores involuntarios o fumadores pasivos son las personas que inhalan el humo de segunda mano, el cual es exhalado por los fumadores activos y es el resultado de la combustión del tabaco que expone alrededor de 4000 sustancias tóxicas y cancerígenas en el aire. Los fumadores involuntarios inhalan este humo por convivir o estar cerca de personas que fuman en su trabajo, casa o en la calle.

La OMS (2015) en su Informe sobre la epidemia mundial del consumo de tabaco señaló que a nivel global el humo ajeno causa alrededor de 890 000 muertes prematuras cada año. Por otro lado, la ENCODAT indica que más de 9.8 millones de mexicanos no fumadores reportaron estar expuestos al humo de manera indirecta en su hogar o en el trabajo mayor prevalencia en la zona urbana (Reynales-Shigematsu, et al., 2017).

La OMS, (2018) y Tovar y López (2000) indican que al estar expuestos al humo de segunda mano y los gases tóxicos que se desprenden, las personas que son fumadoras pasivas pueden desarrollar enfermedades como:

En niños:

- Trastorno en el desarrollo pulmonar
- Problemas de crecimiento
- Bajo peso al nacer
- Síndrome de muerte súbita
- Retraso en el desarrollo del tracto respiratorio

- Desarrollo de alergias
- Predisposición a infecciones respiratorias
- Otitis media
- Aumento de frecuencia cardiaca
- Enfermedad isquémica cardiaca
- Leucemia
- Reducción de la función pulmonar
- Asma
- Bronquitis.

En adultos:

- Enfermedad isquémica cardiaca
- Colesterolemia y trigliceridemia
- Tos
- Asma
- Cáncer de pulmón, laringe, esófago, labios, cérvix, mama, páncreas, estómago, disminución pulmonar
- Enfermedades respiratorias

Sin duda el consumo de tabaco es un problema para toda la población mundial, pues no están exentas las personas no fumadoras ya que los gases que se esparcen en el ambiente y son inhalados por el resto de la gente puede ocasionar el desarrollo de todas estas enfermedades que ya se mencionaron. Por tal motivo, los gobiernos a nivel mundial y específicamente la OMS ha promovido un conjunto de estrategias y convenios para que los países logren un control sobre la epidemia de tabaco, informando a los niños y jóvenes de los daños que produce, creando intervenciones para dejar de fumar, reducción del daño en personas que fuman y estableciendo normas para proteger a la población del humo de segunda mano (OMS, 2018).

2.3 Estrategias para controlar la epidemia de tabaquismo

Uno de los principales convenios a nivel mundial para el control de la epidemia de tabaco es el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS que fue adoptado en la 56ª Asamblea Mundial de la Salud en Mayo del 2003 y entró en vigor en Febrero de 2005 con la firma de 168 países. Este convenio marco es un acuerdo en donde los gobiernos se comprometen a realizar estrategias que protejan a la población del humo de tabaco y poner normas a la publicidad y las industrias tabacaleras. De manera general el CMCT se centra en los siguientes puntos (OMS, 2003):

- Protección contra la exposición al humo de tabaco
- Reglamentación del contenido de los productos de tabaco
- Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco
- Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco
- Educación, comunicación, formación y concientización del público
- Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
- Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco.

México firmó el 12 de Agosto del 2003 el CMCT y lo ratificó el 28 de Mayo del 2004, sin embargo entró en vigor a partir del 2005, en ese momento comenzaron a realizarse algunas propuestas por parte de la cámara de diputados para llevar a cabo los puntos que indicaba dicho convenio (Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión, 2008).

Un paso muy importante en México para proteger a la población del consumo de tabaco fue la elaboración de la Ley General para el Control del Tabaco que entró en vigor en el 2008 y estipula una serie de normas que tienen como base el CMCT de OMS (Cámara de diputados del H. congreso de la unión, 2008).

- Medidas relacionadas con la reducción de la demanda de tabaco.

- Investigaciones epidemiológicas sobre el control de tabaco que den estadísticos del número de fumadores, no fumadores, edad de inicio de consumo e información importante que sirva para realizar intervenciones y den cuenta de qué se debe de mejorar en las políticas relacionadas a la venta y al tratamiento para dejar de fumar.
- Ley de protección a los no fumadores en diferentes estados en donde existan multas para personas que fumen en lugares públicos y obligar a empresas, lugares de trabajo, restaurantes, escuelas e instituciones a prohibir el consumo de tabaco en sus instalaciones.
- Advertencias en los paquetes que presenten los efectos nocivos del tabaco.
- Prohibición total de la publicidad en medios de comunicación.

Como resultado de los monitoreos que se comenzaron a hacer con más frecuencia a partir de la publicación del CMCT y analizar los datos epidemiológicos de los países con respecto al consumo de tabaco y las enfermedades asociadas al mismo se detectó que era necesario reforzar e implementar más estrategias que ayudaran a combatir esta epidemia de tabaco. Es por eso que en el 2008 como respuesta a esto la OMS presentó las estrategias MPOWER (OMS, 2008) en la 61ª reunión de la Asamblea Mundial de la Salud en el 2008, éstas son implementadas a nivel mundial como un plan de medidas que tienen de base el CMCT (OMS, 2003) de la OMS y forma parte del Plan de acción de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles que se presentó en la Asamblea anteriormente mencionada.

El “Plan de medidas MPOWER” (por sus siglas en inglés) es un conjunto de 6 estrategias para reducir la demanda de tabaco, las estrategias son:

Monitor monitorear y vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención

Protect proteger a la población de la exposición al humo de tabaco

Offer ofrecer ayuda para dejar de consumir tabaco

Warn advertir sobre los peligros del tabaco

Enforce hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio

Raise Aumentar los impuestos al tabaco

La OMS señala que el monitoreo del consumo de tabaco a nivel mundial indica que el consumo ha disminuido en algunos países ya que cerca de dos terceras partes de los países que comprenden aproximadamente el 63% de la población mundial ha introducido el MPOWER y ha tenido un alto nivel de logro, cada año se van integrando nuevos países a desarrollar estas estrategias y controlar el consumo de tabaco en su población, sin embargo, es importante mencionar que no todos los países han instrumentado las seis estrategias que señala el MPOWER (WHO, 2017).

El 31 de Mayo es el día mundial sin tabaco, es un día en el que se informa a la población mundial las consecuencias en la salud por fumar tabaco así como las muertes que hay asociadas a éste y los beneficios de dejarlo. En algunos boletines informativos también se presenta información sobre los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) que en los últimos años se ha popularizado su uso ya que las personas que quieren dejar de consumir tabaco sustituyen a éste por los SEAN, la mayoría de las veces creyendo que son inofensivos. Sin embargo, la OMS (2018) informa que estos dispositivos de pilas que calientan una solución que genera un aerosol con nicotina y líquidos aromatizados también emiten varias sustancias químicas potencialmente nocivas y tóxicas perjudiciales para la salud ya que producen varios cambios patológicos importantes. La mezcla también contiene nicotina que puede tener efectos perniciosos para el embarazo y contribuir a las enfermedades cardiovasculares.

Este capítulo abordó temas relacionados a las consecuencias físicas del consumo de tabaco en la población, las cifras que mencionan las organizaciones a nivel mundial relacionadas al número de fumadores y de muertes asociadas al consumo de tabaco son alarmantes e indican que se tienen que redoblar esfuerzos para atacar este gran problema que cada día cobra la vida de muchas personas, para esto los profesionistas de la salud han desarrollado una serie de opciones para dejar de fumar. En el capítulo siguiente se hablará sobre las intervenciones farmacológicas nicotínicas y no nicotínicas como opción para dejar de consumir tabaco.

3. Intervenciones farmacológicas para dejar de fumar tabaco

Con el fin de brindar opciones a las personas que quieren dejar de fumar los profesionales de la salud han desarrollado varios programas para dejar de fumar, Lira-Mandujano y Cruz-Morales (2010) clasifican a estos programas como: 1) folletos de autoayuda y programas breves, 2) terapias farmacológicas nicotínicas, 3) terapias farmacológicas no nicotínicas, 4) programas psicológicos y 5) la combinación de dichos programas. En el presente capítulo se abordarán las intervenciones farmacológicas nicotínicas, mejor conocidas como Terapias de Reemplazo de Nicotina (TRN) en las que se proporciona nicotina en presentación de chicle, pastillas, parche, inhalador bucal o nasal a las personas que quieren dejar de fumar, con el fin de reducir o evitar que se presenten los síntomas de abstinencia por dejar de consumir tabaco. Por otro lado están las intervenciones no nicotínicas en donde se utilizan algunos medicamentos como el bupropión o la vareniclina para eliminar o reducir dichos síntomas y facilitar el proceso para dejar de fumar (Bello, 2011).

3.1 Intervenciones nicotínicas

La Asociación Americana contra el Cáncer (2017) menciona que la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) ha aprobado cinco tipos de TRN: el parche de nicotina, chicle de nicotina, inhalador de nicotina, spray de nicotina y las pastillas o grageas para que las personas que quieren dejar de fumar puedan utilizar alguno de estos productos con nicotina para disminuir los síntomas de abstinencia que se pueden presentar al suprimir el consumo de tabaco y poder llegar a la abstinencia.

A continuación se describen de manera general los productos con nicotina que son más frecuentes:

- **Chicle de nicotina**

Paz (2017) describe al chicle de nicotina como una goma de mascar de 2 o 4 mg de nicotina, el usuario debe mascar ligeramente el chicle, lo suficiente para permitir que la nicotina sea liberada, posteriormente se absorbe en la mucosa bucal, esto

tarda aproximadamente 10 min y se logra cuando el chicle se “descansa” en el interior de la mejilla a lo largo de la línea de la encía. El proceso se debe realizar un total de tres veces ya que la duración del chicle es de media hora, se recomienda de 3 a 8 chicles al día dependiendo la cantidad de nicotina o cigarros que consume el usuario (considerando que 1 cigarrillo es igual a 1 mg de nicotina aproximadamente), el sabor que libera el chicle es en ocasiones picoso.

De manera más específica, Jiménez, Riesco, Ramos, Barrueco, Solano, Granda, Grávalos, Ramos, Pérez y Fargestrôm (2008), señalan que de preferencia se deben prescribir chicles de 2 mg de nicotina para los fumadores con baja dependencia (3 o menos puntos en el test de Fagerström), a dosis de una pieza cada una o dos horas y chicles de 4 mg de nicotina para los que tienen un mayor grado de dependencia. La duración del tratamiento debe oscilar entre 8 y 12 semanas. De igual forma estos autores describen las ventajas que tiene el utilizar este tipo de terapia de reemplazo así como desventajas que se pueden presentar al utilizarlos:

Ventajas

- Alivio de los síntomas del síndrome de abstinencia a los 5-10 minutos después de su empleo.
- Es una forma fácil y rápida de obtención de nicotina por parte del fumador que está dejando de serlo.
- Escasa capacidad de producir dependencia.
- Su uso correcto alivia la ansiedad.
- La correcta utilización de chicles de nicotina duplica las posibilidades de éxito de un intento de abandono.
- Su uso es seguro (usarlo 5 años no aumenta el riesgo cardiovascular).

Desventajas

- Su incorrecta utilización puede acarrear molestias que provoquen su abandono precipitado.
- El consumo de café puede alterar el tiempo de absorción de la nicotina.

- Los pacientes controlan la cantidad de chicle que toman, y eso puede conducir a que utilicen menos piezas de las que realmente necesitan.
- Efectos adversos más frecuentes: indigestión, náuseas, flatulencia, diarrea, dolor de boca o garganta y úlceras en boca. Estos malestares pueden aparecer durante los primeros 15 días y después desaparecen.

En cuanto a eficacia de ese tipo de TRN el meta-análisis realizado por Hartmann, Chepkin, Ye, Bullen, y Lancaster (2018) indica que el chicle de nicotina resulta igual de eficaz que el resto de los tipos de TRN sin embargo, fue este sustituto de cigarro al igual que en el parche de nicotina en los que las personas reportaron mayores molestias.

- **Parche de nicotina**

Otro sustituto del cigarro de tabaco es el parche de nicotina, éste la libera a través de la piel y su venta no requiere de receta. Existen dos tipos de parche: el de 16 horas y el de 24 horas. El de 16 horas funciona para personas que fuman poco o tienen un nivel bajo de dependencia, en este caso, las dosis de nicotina son bajas: 5mg, 10mg y 15mg, este parche no libera nicotina durante la noche. El parche de 24 horas provee nicotina de manera más constante que el anterior y se utiliza durante todo el día y la noche, las cantidades de nicotina correspondiente a este tipo de parches es de 7mg, 14mg y 21mg. Los parches de nicotina liberan nicotina lentamente en contraste de otros tipos de TRN.

El parche de nicotina puede ser colocado en varias partes del cuerpo como el brazo o el cuello. Es importante mencionar que el uso de este tipo de terapia de reemplazo tiene ventajas y desventajas que se pueden presentar en los usuarios (Asociación Americana contra el Cáncer, 2017).

Ventajas

- Facilidad de cumplimiento del tratamiento.
- Reduce los síntomas del síndrome de abstinencia.

- Pico máximo de nicotina en plasma sobre las 4-8 horas, no produce adicción si se siguen las indicaciones de uso.
- Es efectivo aún sin consultar a un especialista.
- Es un producto de venta libre en farmacias.
- Aumenta la posibilidad de abstinencia si se acompaña de asesoramiento médico o psicológico.

Desventajas

- No es muy eficaz para controlar la ansiedad.
- Efectos secundarios más frecuentes: picor y quemazón en la zona de colocación del parche en el 35% de los pacientes, náuseas, insomnio, vértigo y menos frecuentemente tos, palpitaciones y sudoración.

El meta-análisis realizado por Hartmann et al. (2018) concluyó en que este tipo de TRN resulta igual de eficaz que el resto, sin embargo, los autores también señalan que la utilización de este producto no reemplaza ningún tipo de comportamiento que se hace al fumar un cigarro, de igual forma las personas que ocuparon este producto con nicotina presentaron molestias, principalmente relacionadas a irritaciones en la piel.

- **Inhalador con nicotina**

El inhalador de nicotina es un dispositivo con nicotina que se utiliza para reducir los síntomas de abstinencia al suprimir o reducir el consumo de tabaco ya que administra nicotina aspirando por medio de la boca, de manera similar a la forma de fumar un cigarro, fue diseñado de esa forma para satisfacer los aspectos de comportamiento del hábito de fumar. Existen presentaciones con 10 mg y 15 mg de nicotina (Wadgave y Nagesh, 2016).

Hartmann, et al. (2018) realizaron un meta-análisis en el que encontraron que las personas que utilizaron este dispositivo de nicotina mencionaron haber presentado algunas molestias al utilizar este tipo de TRN. Las ventajas y desventajas del inhalador de nicotina son:

Ventajas

- La forma en que se usa (inhalando la nicotina por la boca) es similar a la forma en la que se consume el cigarro de tabaco.
- Reduce los síntomas de abstinencia

Desventajas

- Irritación en la boca, garganta
- Tos
- Labios secos
- El tiempo en el que se absorbe la nicotina es más lento en comparación al cigarro de tabaco

A pesar de las desventajas de usar este tipo de TRN y que los resultados del meta-análisis realizado por Hartmann et al. (2018) concluyen en que las TRN tienen la misma eficacia, estos autores mencionan que el inhalador de nicotina tiene una ventaja importante sobre el resto de los tipos de TRN la cual es que la forma en la que se utiliza es semejante a la de consumir un cigarro.

En resumen, como se pudo observar cualquier tipo de TRN tiene sus ventajas y desventajas, así mismo Hartmann, et al. (2018) concluyeron en el meta-análisis que realizaron que cualquier tipo de TRN es eficaz ya que aumenta la probabilidad de dejar de fumar de un 50% a un 60% y no es necesario combinarla con otro tipo de TRN o terapia para tener esos porcentajes de efectividad. Los autores explicaron que el costo y la disponibilidad así como los inconvenientes de cada tipo de TRN están asociados a la preferencia de algún tipo de TRN por parte de las personas que quieren dejar de consumir tabaco.

3.2 Intervenciones no nicotínicas

Bello, (2011) explica que existen otro tipo de intervenciones en donde el usuario hace uso de fármacos que no contienen nicotina. Los medicamentos más utilizados y aprobados por la FDA porque han resultado eficaces para el tratamiento para dejar de fumar son el bupropión y la vareniclina. Estos fármacos ayudan a los

usuarios que comienzan con la abstinencia o reducción del tabaco a disminuir los síntomas que se pueden presentar.

- **Bupropión**

El bupropión fue el primer fármaco aprobado para dejar de fumar, es un antidepresivo que actúa principalmente a través de la inhibición de la reabsorción de dopamina en las vesículas sinápticas neuronales. También es un inhibidor débil de la recaptación de noradrenalina y no tiene ningún efecto sobre el sistema de serotonina. Se ha comprobado que este medicamento también ayuda a que se controle el peso cuando se suspende la nicotina y de igual forma disminuye la probabilidad de que los síntomas de abstinencia se presenten. Así mismo, se recomienda usar este fármaco para personas que quieren dejar de fumar y que han sido diagnosticadas con depresión o trastornos de ansiedad (Wilkes, 2008).

Hernández, Gutiérrez, Contreras y Alcántara (2010) señalan que el uso de bupropión para dejar de fumar tiene ventajas e inconvenientes que se mencionarán a continuación:

Ventajas

- Es eficaz para tratar la dependencia a la nicotina.
- Es eficaz tanto en fumadores con baja y moderada dependencia como en los de alta dependencia.
- Funciona para fumadores con antecedentes de depresión y alcoholismo ya que el bupropión está clasificado dentro de los antidepresivos.
- Bien tolerado en pacientes con enfermedad cardiovascular y en pacientes con EPOC.

Desventajas

- Puede ocasionar insomnio, sequedad de boca, náuseas, taquicardia, agitación, temblores, síntomas gastrointestinales.
- En dosis muy altas y sin control médico se pueden presentar convulsiones, alucinaciones, problemas de concentración y confusión.

Hughes, Stead, Hartmann, Cachill, y Lancaster (2016) realizaron un meta-análisis con estudios en donde compararon la efectividad de varios fármacos para dejar de fumar; concluyeron que la vareniclina y el bupropión son los medicamentos que presentan mayor eficacia en reducir el síntoma de abstinencia en personas que empiezan a dejar de consumir tabaco, sin embargo en el caso del bupropión se concluyó que resulta menos eficaz que la vareniclina y que en el caso de mujeres embarazadas fue el fármaco más utilizado durante el primer trimestre para ayudarlas a dejar de fumar y no se presentaron malformaciones en los bebés pero si la probabilidad de aborto espontáneo.

- **Vareniclina**

Peña y Zagoblin (2017) explican que la vareniclina es en la actualidad la terapia de primera línea en el tratamiento de dependencia a la nicotina debido a su mayor efectividad demostrada en ensayos aleatorizados. Este medicamento eleva los niveles de dopamina y alivia los síntomas de abstinencia que pueden aparecer al comenzar a disminuir el consumo de tabaco. De igual forma a través de la unión competitiva con los receptores, bloquea al menos parcialmente la activación dopaminérgica provocada por la nicotina en caso de una recaída, de esa manera los usuarios sentirían alivio al usarla y menos placer al fumar tabaco debido a la ocupación parcial de los receptores, facilitando la abstinencia y el abandono del hábito de fumar. Por otro lado, Camarelles (2013) explica que el uso de la vareniclina tiene ventajas y desventajas:

Ventajas:

- Disminuye los síntomas de abstinencia
- No es necesario combinarlo con otro medicamento o algún tipo de TRN para que sea eficaz

Desventajas:

- Nauseas
- Dolor de cabeza
- Trastornos del sueño
- Estreñimiento
- Vómitos

En cuanto a la efectividad de este medicamento Bruke, Hays y Ebbert (2016) realizaron un meta-análisis interesados en conocer la efectividad de la vareniclina sola y como complemento de la TRN, los autores concluyeron que la vareniclina es el medicamento que demuestra mayor eficacia en comparación con el bupropión o cualquier otro tipo de TRN y que la combinación de éste con la vareniclina aumenta aún más las probabilidades de éxito para dejar el cigarro.

El presente capítulo se centró en describir cuáles son las opciones farmacológicas nicotínicas y no nicotínicas que hay para dejar de fumar así como la eficacia que tienen en el proceso para dejar de fumar. Los autores que se revisaron explicaron que en cada una de éstas existe la probabilidad de que se presenten molestias físicas como consecuencia de su uso, estas molestias pueden estar relacionadas a que la gente al utilizarlas deserte de este tipo de intervenciones o simplemente no las considere como una opción. En el siguiente capítulo se revisarán las intervenciones psicológicas para dejar de fumar, se discutirá sobre su eficacia sola y combinada con alguna de las intervenciones farmacológicas.

4. Intervenciones psicológicas para dejar de fumar e intervenciones combinadas

Otro de los programas para dejar de fumar son las intervenciones psicológicas que han evolucionado y modificado sus técnicas con tal de mejorar la calidad de la intervención y elevar los índices de éxito de abstinencia en los usuarios. Becoña, Fernández del Rio, López, Martínez, Martínez, y Rodríguez (2014) explican que los tratamientos para las personas que querían dejar de fumar comenzaron a finales de los años 70 con los primeros tratamientos psicológicos basados en técnicas aversivas como fumar rápido o la saciación que resultaban exitosas en algunos casos pero que en otros ocasionaba problemas de salud, es por eso que posteriormente se empezó a utilizar técnicas que promovieran el desarrollo de habilidades y estrategias para poder afrontar situaciones asociadas al consumo de tabaco sin tener que recurrir al consumo de éste. Fue así como se comenzaron a diseñar y aplicar intervenciones psicológicas multicomponentes que utilizan técnicas de autocontrol, registro del consumo de cigarrillos, reducción gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán (RGINA), técnica en solución de problemas entre otras.

Actualmente los tratamientos psicológicos para dejar de fumar que han demostrado de modo sistemático su eficacia en los últimos 50 años tiene como base tres componentes principales: 1) técnicas motivacionales, para promover que el fumador cambie su conducta y que no abandone el tratamiento; 2) técnicas psicológicas de deshabitación, con las que se le entrena para el abandono del consumo de tabaco y el mantenimiento de la abstinencia; y 3) técnicas de prevención de la recaída, cuyo objetivo es evitar que la persona recaiga en el consumo una vez que se ha mantenido en abstinencia (Becoña, et al., 2014).

Un ejemplo de una intervención psicológica para dejar de fumar es la Intervención Breve Motivacional para Fumadores (Lira-Mandujano, González-Betanzos, Carrascoza, Ayala y Cruz-Morales, 2009) en la que se incluyen una serie de técnicas cognitivas y conductuales que les ayuda a los consumidores a afrontar

las situaciones de riesgo sin recurrir al consumo de tabaco. En un estudio realizado por Lira-Mandujano, et al. (2009) para evaluar la eficacia de la esta intervención se obtuvo como resultado que el patrón de consumo disminuyó en usuarios con dependencia grave a la nicotina y que en casos con dependencia baja o moderada se llegó a una abstinencia hasta de 6 meses. Así mismo, encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la línea base y el tratamiento específicamente entre la línea base y el seguimiento a los seis meses y línea base con el tratamiento.

Por otro lado, Lancaster y Stead (2017) realizaron un meta-análisis con el fin de evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas para dejar de fumar frente a los manuales de auto ayuda y el consejo breve. Los autores encontraron 33 estudios de los cuales 27 incluían intervenciones psicológicas para dejar de fumar sin utilizar como apoyo algún tipo de fármaco, al final concluyeron que la intervención conductual es más efectiva que el consejo breve y el material de auto ayuda ya que aumenta la probabilidad de dejar de fumar entre un 40% y 80%.

Con relación a la eficacia de las terapias psicológicas Livingstone-Banks, Norris, Hartmann y West, (2019) realizaron un meta-análisis con el fin de analizar las investigaciones que aplican intervenciones psicológicas, farmacológicas nicotínicas y no nicotínicas que ayudaran a las personas que ya habían dejado de fumar a no recaer. Como resultados obtuvieron que el apoyo psicológico al igual que el consumo de vareniclina daba una certeza moderada de que no iban a volver a consumir, el bupropión, por otro lado, resultó con una certeza baja al igual que la TRN.

Además de las intervenciones psicológicas también se ha optado por combinar esta opción para dejar de fumar con un tratamiento farmacológico nicotínico o no nicotínico para incrementar los índices de abstinencia en los consumidores de tabaco, Stead, Koilpillai, Fanshawe y Lancaster (2016) realizaron un meta-análisis en la base de Registro Especializado del Grupo Cochrane de Adicción al Tabaco para analizar la eficacia de intervenciones que utilizaran

cualquier tipo de TRN, fármacos como bupropión, nortriptilina o vareniclina e incluyeron intervenciones psicológicas solas y combinadas con algún tipo de terapia farmacológica. Los investigadores encontraron 53 estudios que cumplieron las condiciones anteriores, tras analizar esos estudios los autores concluyeron que las intervenciones en donde administraron fármacos como vareniclina o bupropión combinado con una intervención psicológica con técnicas de modificación de conducta elevó el éxito de mantenerse en abstinencia del 70% al 100% llegando a una abstinencia hasta a los seis meses después de haber finalizado el tratamiento, así mismo Stead, et al. (2016) explican que el uso de la intervención psicológica sola es efectivo para dejar de fumar y que en el caso de la TRN el asesoramiento psicológico es de ayuda para asegurar el éxito en el tratamiento.

Por otro lado, Lira-Mandujano (2009) realizó una investigación en población mexicana con el fin de evaluar la efectividad de un programa de intervención breve motivacional para fumadores solo y combinado con terapias sustitutivas con nicotina en donde participaron 71 personas quienes fueron asignadas aleatoriamente en cinco condiciones diferentes: programa de intervención breve motivacional para fumadores (PIBMF), inhalador con nicotina, chicle con nicotina, PIBMF combinado con el uso de inhalador con nicotina, PIBMF combinado con el uso de chicle con nicotina. Como resultado los participantes que estuvieron en el grupo de combinación de PIBMF e inhalador de nicotina fueron los que tuvieron mayor abstinencia al final del tratamiento y en el seguimiento a los seis meses; el PIBMF solo también demostró ser efectivo ayudando a los usuarios en dejar de fumar pues los participantes que pertenecieron a esa condición también reportaron una abstinencia al final del tratamiento y en el seguimiento. Ningún tratamiento demostró ser más efectivo que otro pues no hay evidencia estadísticamente significativa al comparar la línea base, la fase de tratamiento y el seguimiento entre los grupos, sin embargo, al comparar los gastos en cada una de las intervenciones, en las que no se requiere algún tipo de fármaco resulta más económico que el resto.

Pérez, Secades, y Duarte (2007) realizaron un estudio con el fin de conocer el coste-efectividad de tres tratamientos psicológicos con y sin la utilización de

productos de reemplazo de nicotina, en su estudio participaron 164 fumadores (66 hombres y 98 mujeres), el promedio de cigarrillos diarios de la muestra fue de 10, un nivel de dependencia promedio de cinco evaluado con el cuestionario de dependencia de Fargeström, una edad promedio de 42.7 años. Los participantes se asignaron aleatoriamente a una de las siguientes condiciones: consejo breve, autoayuda más seguimiento telefónico y tratamiento psicológico intensivo. Además, dentro de cada condición los participantes se distribuyeron en dos subgrupos: tratamiento psicológico solo frente a tratamiento psicológico más TRN de Nicotina utilizando parches de nicotina (TSN). Lo que encontraron fue que en cada uno de los tres niveles de intervención conductual no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el uso y no uso de parches de nicotina, las intervenciones psicológicas solas tuvieron porcentajes de adherencia mayores a las terapias psicológicas combinadas con los parches además que el costo era más económico ya que por ejemplo en el caso del consejo breve el costo de esta terapia combinada con parches aumentaba 50 veces, de igual forma las intervenciones conductuales resultaron ser más eficaces solas que combinadas con algún tipo de TRN, por tal motivo los autores concluyen que las terapias psicológicas solas resultan más eficientes y económicos que los tratamientos combinados.

Stead, et al. (2016) explicaron que las intervenciones combinadas han sido utilizadas debido a que se dice que tienen una alta eficacia en la abstinencia del consumo de tabaco que el resto de las intervenciones solas, sin embargo, tanto Pérez, et al. (2007) como Lira-Mandujano (2009) mencionan que no es indispensable combinar dos tipos de intervenciones para lograr la abstinencia de tabaco, ya que la mayoría de ellas resulta igual de eficaz; de igual forma concuerdan en que las intervenciones psicológicas con componentes conductuales tienen mayores ventajas al tener un menor costo ya que la mayoría de las veces se ofrecen en centros de salud de manera gratuita y también obtuvieron resultados que reflejan una adherencia al tratamiento sin pagar por productos de nicotina de elevado costo. A diferencia de ellos, Stead, et al. (2016) indicaron que el porcentaje de abstinencia elevó de 70 a 100% al incluir fármacos como vareniclina o bupropión a las intervenciones psicológicas lo cual está relacionado con los resultados de Livingstone-Banks, et al. (2019) en donde mencionan que el utilizar

algún fármaco para dejar de fumar a la par de una intervención psicológica ayuda a mantener la abstinencia.

4.1 Resultado de las intervenciones para dejar de fumar en las mujeres

Como se pudo observar son varias las opciones que se tienen para poder dejar el hábito de fumar, desde intervenciones solas hasta combinadas que tras hacer evaluaciones de eficacia demuestran que tienen éxito en la mayoría de la población que fuma, sin embargo, Perkins y Scott (2008) encontraron diferencias entre las tasas de abstinencia entre sexos al realizar un meta-análisis para determinar si había diferencias en la abstinencia a largo plazo con el uso de parches de nicotina en hombres y mujeres. Perkins y Scott (2008) obtuvieron como resultado que las mujeres tienen menos beneficio a largo plazo al usar los parches de nicotina que los hombres. De igual forma explican que es posible que el consumo de tabaco de la mujer esté más asociado a otros factores que a la dependencia a la nicotina a diferencia de los hombres, por tal motivo recomiendan que en intervenciones con mujeres se utilice el parche de nicotina más apoyo psicológico así como proporcionar y desarrollar intervenciones para dejar de fumar que atiendan a necesidades específicas de las mujeres.

Raichi, et al., (2015) también realizaron una investigación en donde obtuvieron información relevante relacionada a las diferencias entre los resultados de las intervenciones entre hombres y mujeres, en este caso los investigadores realizaron un estudio con el objetivo de analizar la eficacia de un tratamiento para dejar de fumar multicomponente en 314 pacientes de un hospital que el 91,4% presentaban un nivel de dependencia medio o alto; como resultado obtuvieron que el tratamiento combinado de tratamiento psicológico mas algún tipo de TRN eleva las tasas de abstinencia a los 12 meses a un 37% a diferencia de la intervención psicológica sola que tiene un porcentaje de 16 a los 12 meses. Los autores no encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar las tasas de abstinencias entre hombres y mujeres, lo que atribuyen a que la intervención multicomponente brinda estrategias psicológicas y a la vez farmacológicas para facilitar el éxito para las características específicas de hombres y mujeres.

Otro estudio en el que tampoco se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de éxito entre hombres y mujeres fue la investigación elaborada por Marqueta, Nerín, Gargallo y Belmonte (2017) con el fin de determinar si existían diferencias entre hombres y mujeres en el éxito del tratamiento para dejar de fumar utilizando intervención cognitivo-conductual grupal con duración de 3 meses y algún tipo de TRN o fármaco. Los resultados obtenidos hasta el seguimiento a los 12 meses muestran que la tasa de éxito más altas de abstinencia fue en los hombres, sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las tasas de éxito entre los sexos. Los autores explicaron que posiblemente no obtuvieron diferencias estadísticamente significativas porque la intervención cognitivo-conductual que se les proporcionó a los participantes incluía estrategias específicas para mujeres relacionadas a reducir la aparición de afecto negativo, técnicas de control de peso y técnicas de afrontamiento de situaciones negativas. Así mismo concluyeron que el éxito en los programas de intervención conductual y de intervenciones farmacológicas es similar entre hombres y mujeres pero que el proceso en el que llegan a la abstinencia es diferente. Con relación a las diferencias de las tasas de abstinencia entre hombres y mujeres Marqueta, et al. (2017) explicaron que aunque no se hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas se reportaron tasas de éxito más altas en la abstinencia de los hombres que en las mujeres; los autores consideran que esto puede estar relacionado a que las mujeres fuman para reducir el afecto negativo y los síntomas de abstinencia se incrementan en comparación de los hombres.

El estudio realizado por Martínez, et al., (2016) que tuvo por objetivo analizar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los índices de recaídas en hombres y mujeres que habían logrado la abstinencia tras terminar un tratamiento psicológico cognitivo conductual. Se les evaluó en seguimientos al mes 1, 3, 6 y 12 y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo de los participantes, los autores explican que esto puede estar influido por la intervención que recibieron los participantes pues éste incluía estrategias para el

auto-control, relacionado al estado de ánimo, solución de problemas, control de peso y manejo de ansiedad y es posible que las mujeres específicamente se hayan beneficiado de este tipo de estrategias para disminuir la probabilidad de recaída.

En cuanto a las diferencias en las tasas de éxito entre mujeres y hombres el único que encontró diferencias al complementar la intervención psicológica con TRN (parches) en las personas que participaron en su estudio fueron Perkins, et al. (2008) quien reportó que los hombres tuvieron tasas de abstinencia más altas que las mujeres a diferencia de Raichi, et al. (2015) y Marqueta, et al. (2017), quienes no encontraron diferencias significativas en las tasas de éxito entre hombres y mujeres, al combinar una intervención psicológica acompañada de TRN.

Finalmente en un meta análisis realizado por Torchalla, et al. (2012) con el objetivo de identificar las estrategias y la eficacia de las intervenciones para dejar de fumar dirigidas a mujeres encontraron un total de 39 estudios en los cuales los terapeutas abordaron las cuestiones de peso y los aspectos no farmacológicos del hábito de fumar, enseñaron estrategias para controlar el estado de ánimo y el estrés, los terapeutas fueron consejeros, proporcionaron asesoramiento por teléfono y distribuyeron folletos, videos y libros específicos sobre el consumo de tabaco en mujeres. Torchalla, et al. (2012) concluyeron que las intervenciones para dejar de fumar dirigidas a mujeres son más eficaces al demostrar tasas de abstinencia más altas en el género femenino, por tal motivo explican que es importante hacer intervenciones específicamente para mujeres para reducir las barreras para el ingreso al tratamiento y satisfacer mejor las preferencias individuales de las fumadoras elevando de ese modo las tasas de abstinencia a mayor duración.

En este capítulo se indagó en las intervenciones psicológicas para dejar de fumar, solas y combinadas con una intervención farmacológica, los estudios que se presentaron demostraron que en la mayoría de los casos las intervenciones psicológicas fueron más o igualmente eficaces que las intervenciones combinadas con algún fármaco o intervenciones farmacológicas solas. En el caso de las mujeres en las investigaciones que se presentaron en este capítulo, solo en el

estudio de Perkins, et al. (2008) reportaron diferencias significativas en las tasas de éxito entre hombres y mujeres al aplicar una intervención psicológica combinada con parches, estos mismos autores recomiendan realizar intervenciones dirigidas a mujeres que les brinden estrategias que cubran sus necesidades específicas para dejar de fumar, el resto de los autores que no obtuvieron diferencias significativas entre hombres y mujeres explicaron que las intervenciones psicológicas que se les proporcionó a sus participantes contenían estrategias que cubrían las necesidades específicas del consumo y los síntomas de abstinencia que presentan las mujeres. Es importante realizar estudios que evalúen la efectividad de las intervenciones para dejar de fumar para demostrar el impacto de las técnicas que se implementan en la población específica y evaluar si realmente están ayudando a las personas a dejar de fumar. A partir de lo anterior el objetivo de la presente investigación fue evaluar la eficacia de la Intervención Breve Motivacional para dejar de fumar en comparación de una intervención cognitivo conductual para dejar de fumar dirigida específicamente a estudiantes universitarias en un grupo de mujeres universitarias.

Objetivo:

Evaluar la eficacia de dos intervenciones para dejar de fumar en un grupo de mujeres universitarias.

Método

Participantes:

Diez fumadoras, estudiantes universitarias las cuales fueron asignadas aleatoriamente a dos condiciones experimentales (cinco participantes a la intervención cognitivo conductual para dejar de fumar dirigida específicamente a estudiantes universitarias y cinco participantes a la Intervención Breve Motivacional para dejar de fumar).

Criterios de inclusión

- Participantes del sexo femenino que estén interesadas en dejar de fumar
- Que tengan un consumo de más de cinco cigarros diarios durante el último año, que no hayan tenido un periodo de abstinencia mayor a tres meses durante el último año.
- Ser estudiantes universitarias.

Criterios de exclusión

- Presentar dependencia a otras drogas
- Tener historia de cáncer
- Consumir los siguientes medicamentos: antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo, anticonvulsivos, naltrexona, esteroides o insulina.
- Estar en tratamiento psicológico o en alguna otra intervención para dejar de fumar

Instrumentos

Entrevista inicial: se utilizó para obtener los datos sociodemográficos, historia familiar y social, historia laboral y lugar de residencia, historia de consumo de tabaco, alcohol y drogas (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998)

Test de Fagerström para la dependencia a la nicotina (TFDN): El objetivo fue identificar si la persona que fuma presenta una dependencia a la nicotina por medio de indicadores relacionados con frecuencia de consumo medio con base en el número de cigarros por día y cantidad de droga utilizada en las primeras horas después de despertarse, el primer cigarro de la mañana y control del consumo (Fagerström, 1978, adaptado por Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991)

Cuestionario breve de confianza situacional (CBCS): El objetivo de este instrumento fue 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)

Inventario de depresión Beck (IDB): El objetivo fue obtener el nivel de sintomatología de depresión que tiene una persona (Beck, Steer y Carbin, 1988, adaptado por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998)

Inventario de Ansiedad Beck (IAB): El objetivo de este instrumento es identificar el nivel de sintomatología de ansiedad que presenta una persona. (Beck, Epstein, Brown, y Steer, 1988, adaptado por Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001)

Línea Base Retrospectiva (LIBARE): conocer el patrón de consumo en función de número total de días de consumo, número total de cigarros consumidos, promedio de consumo por día, porcentaje de días de abstinencia, de bajo consumo y de consumo excesivo en los últimos 60 días (Sobell, Brown, Leo y Sobell, 1996; adaptado por Lira, 2002).

Escala de estados de disposición al cambio y al anhelo de tratamiento (SOCRATES 8D): nos muestra el nivel de disposición al cambio a partir de tres categorías: reconocimiento, ambivalencia y acción (Miller, 1999 adaptado por Cuevas, Luna, Vital y Lira, 2005).

Cuestionario de Consecuencias de Fumar (CCF): Está constituido por 55 reactivos que evalúan las posibles consecuencias de fumar, 10 factores: seis factores sobre efectos positivos de fumar, tres factores sobre efectos negativos y un factor que contiene tanto consecuencias positivas como negativas de fumar (Copeland, Brandon y Quinn, 1995).

Materiales:

- Hoja de registro de síntomas de abstinencia: con el fin de identificar los síntomas que presenta la persona debido a la abstinencia de tabaco.
- Hoja de registro de consumo de cigarros: con el objetivo de saber la cantidad de cigarros que se consumen e identificar el aumento o decremento del consumo.
- Formato de consentimiento Informado
- Folletos correspondientes a la Intervención Breve Motivacional para Dejar de Fumar
- Folletos correspondientes a la Intervención para dejar de fumar dirigida a mujeres universitarias

Procedimiento:

Por medio de difusión en ferias de la salud de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y la difusión en diferentes espacios de la misma, se invitó a estudiantes consumidoras de tabaco a participar en un programa para dejar de fumar, las personas interesadas tuvieron una primera cita de evaluación, en la que se realizó la entrevista inicial sobre su historia de consumo de tabaco. En ésta sesión se firmó el "Consentimiento informado" en el que se explicó claramente las características de la investigación y se les pidió su consentimiento firmado para participar en la investigación.

Las fumadoras que cumplieron con los criterios de inclusión se seleccionaron de forma aleatoria a las siguientes condiciones:

- a) Intervención Breve Motivacional para Dejar de Fumar (IBMDF) (Lira Mandujano, Medina-Nolasco y Cruz-Morales, 2008).

La cual estuvo constituida por cuatro sesiones y se utilizaron tres folletos de trabajo y auto-reportes de consumo. La intervención tuvo 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.

b) Intervención para dejar de Fumar dirigida a estudiantes Universitarias:

Esta intervención estuvo constituida por cinco sesiones en las que se emplearon como estrategias: entrevista motivacional, técnicas de regulación emocional, técnicas de autocontrol, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, técnicas de exposición y técnicas de relajación las cuales se trabajaron en un cuaderno de actividades, autorregistros de consumo y una escala de emociones (deprimida, feliz, enojada, tranquila, ansiosa, relajada). Cabe señalar que en las dos condiciones experimentales se obtuvo el nivel de monóxido de carbono exhalado y se aplicaron instrumentos de evaluación al inicio, al final de la intervención y en seguimientos a un mes, tres y seis meses de finalizada la intervención.

Análisis de resultados

Para poder realizar los análisis estadísticos se utilizó el SPSS versión 21, primeramente para conocer los principales datos descriptivos de la muestra como edad media, edad media de inicio de consumo de tabaco, promedio del nivel de dependencia.

Por otra parte, se tomaron las cifras del consumo de cigarros de las usuarias de los auto registros que ellas entregaban semanalmente para posteriormente obtener la media de consumo al inicio de la intervención, al final de la intervención, en el primer seguimiento (un mes después de haber terminado la intervención), en el segundo seguimiento (tres meses después de haber terminado la intervención) y en el tercer seguimiento (seis meses después de haber concluido la intervención).

Resultados

La muestra del presente estudio fue de un total de 10 mujeres, con una edad media de 21 años, de todas las estudiantes solo el 20% tenía un empleo de medio tiempo (ver Tabla1).

Tabla 1.
Datos sociodemográficos de la muestra

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Edad	18-20 años	6	60
	21-23 años	3	30
	Más de 23 años	1	10
Situación laboral	Estudiante	8	80
	Trabajo de medio tiempo	2	20

En cuanto a la historia del consumo de tabaco, la edad media de inicio de consumo fue de 14 años, la edad mínima reportada fue de 11 años y la máxima de 18 años, el 50% de la muestra tenía de 3 a 5 años de fumar regularmente, el mayor número de años de fumar regularmente fue de 9, el 90% de las participantes obtuvieron niveles de dependencia bajo y solo un 10% obtuvo un nivel medio. Todas las participantes mencionaron haber intentado dejar de fumar aunque sea una vez (ver Tabla 2).

Tabla 2.
Historia del consumo de tabaco de la muestra

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Edad de inicio de consumo	11-13 años	4	40
	14-16 años	5	50
	17-18 años	1	10
Años de fumar regularmente	0-2 años	3	30
	3-4 años	5	50
	Más de 5 años	1	10
Vive con fumadores	Si	7	70
	No	3	30
Nivel de dependencia	Bajo	9	90
	Medio	1	10
Intentos anteriores para dejar de fumar	1 – 2	7	70
	3-4	2	20
	5 o más	1	10

Para cumplir con el objetivo general se realizó un Análisis de Varianza Mixto (ANOVA Mixto) para comparar la media del consumo de cigarrillos de las participantes de ambas intervenciones en cinco evaluaciones: al inicio de la intervención, al final de la intervención, en el primer seguimiento (un mes después de la última sesión de la intervención) segundo seguimiento (a los tres meses de la última sesión de la intervención) y tercer seguimiento (a los seis meses de la última sesión de la intervención).

Los resultados del ANOVA Mixto muestran que no hubo diferencias significativas entre las medias del consumo de cigarrillos de la IBMF y las medias de la intervención dirigida a universitarias en ninguna de las evaluaciones $F(1,8) = .27, p = .612$.

Tampoco se encontraron diferencias en la interacción entre las intervenciones y las evaluaciones, $F(4,32) = 1.56, p = .208$, es decir, no existieron diferencias significativas en las intervenciones en el consumo de cigarrillos en ninguna de las evaluaciones. Se observaron cambios semejantes en las usuarias independientemente al tratamiento al que fueron asignadas.

Con relación a las evaluaciones, sí se encontraron diferencias significativas en la media del consumo de cigarrillos de tabaco al inicio de la intervención, al final, al mes, a los tres meses y a los seis meses de haber concluido la intervención en cada grupo, $F(4,32) = 7.68, p = .000$. Para saber específicamente en qué evaluaciones se encontraban las diferencias estadísticamente significativas se realizó una prueba post hoc con ajuste de Bonferroni en donde se observó que había diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación inicial $M = 2.97$ y la evaluación final $M = 1.31$ ($p = .011$), la evaluación inicial y el primer seguimiento $M = 3.31$ ($p = .002$) y la evaluación final y el primer seguimiento ($p = .039$). Las diferencias significativas entre estas evaluaciones demuestran que hay un cambio verdadero en el número de cigarrillos que consumían las usuarias al inicio, al final del tratamiento y que éste aún se mantuvo hasta un mes después de haber concluido la intervención a la que fueron asignadas.

En la figura 1 se pueden observar las medias del consumo de cigarros en cada una de las evaluaciones, tanto en la intervención IBMDF como de la intervención dirigida a universitarias, aunque no se demostró una diferencia significativa en el consumo de cigarros entre las evaluaciones y las intervenciones, en la figura 1 se pueden observar diferencias en la media del consumo de cigarros en el primer, segundo y tercer seguimiento en cada intervención, siendo las usuarias de la IBMDF las que presentan medias más bajas de consumo de cigarros en las evaluaciones posteriores a la intervención.

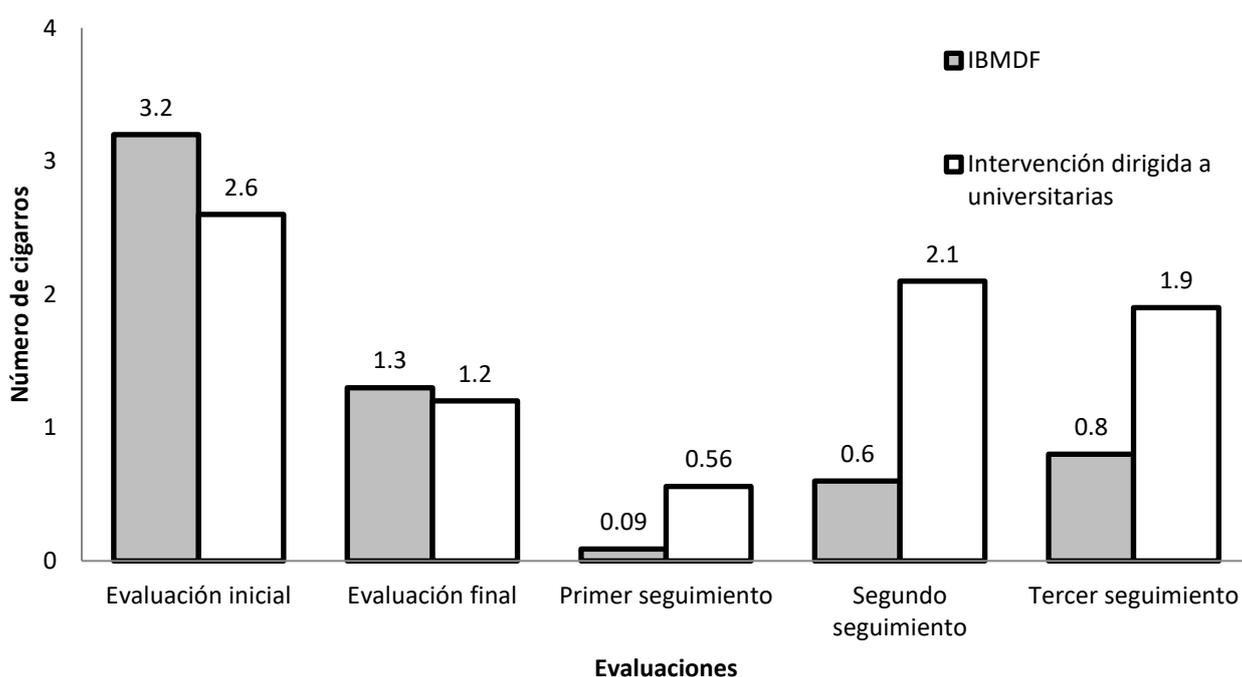


Figura 1. Media del número de cigarros de la muestra en cada intervención en las diferentes evaluaciones.

Discusión

La presente investigación se realizó con el fin de evaluar la eficacia de dos intervenciones para dejar de fumar en universitarias. Los resultados que se obtuvieron indicaron que no se encontraron diferencias significativas entre las intervenciones y tampoco se obtuvo una diferencia significativa en la interacción de las intervenciones con las evaluaciones, es decir tanto la IBMDF como la intervención dirigida a universitarias fueron igual de eficaces, estos resultados difieren de los que mencionan Torchalla, et al. (2012) quienes tras haber realizado un meta-análisis con el fin de evaluar la eficacia de intervenciones dirigidas a población femenina encontraron que las intervenciones para dejar de fumar dirigidas a mujeres resultaron más eficaces en comparación con las intervenciones estándar o las intervenciones farmacológicas ya que estas intervenciones dirigidas a población específica atiende a las necesidades particulares de la población y se centran en proporcionar técnicas que ayudan a las mujeres a afrontar los síntomas de abstinencia que se presentan en las mujeres al suspender o reducir el consumo de tabaco, así como afrontar las situaciones asociadas a su consumo.

Por otro lado, sí se encontraron diferencias significativas entre las evaluaciones en ambas intervenciones, las diferencias se encontraron en la evaluación inicial en comparación con la evaluación final, la evaluación final en comparación con el primer seguimiento y la evaluación inicial en comparación con el primer seguimiento, siendo esta última un resultado muy relevante ya que muestra que ambas intervenciones resultan eficaces al modificar el patrón de consumo de las usuarias, el cual disminuyó significativamente de la evaluación inicial al primer seguimiento a un mes. Estos resultados son similares a los encontrados por Martínez, et al. (2016) quienes al comparar las tasas de abstinencia entre hombres y mujeres no encontraron diferencias estadísticamente significativas tras haber aplicado una intervención multicomponente que contenía técnicas de autocontrol relacionado al estado de ánimo, solución de problemas, control de peso y manejo de ansiedad, de igual forma, estudios realizados por Raichi, et al. (2015) y Marqueta, et al. (2017) en los que combinaron una TRN y una intervención cognitivo conductual que se componía de técnicas como manejo

de ansiedad, control de peso y técnicas enfocadas al estado de ánimo no encontraron diferencias significativas en las tasas de abstinencia al final de la intervención. En ambos casos los autores explicaron que el contenido de las intervenciones y la combinación de intervención psicológica con TRN pudieron haber ayudado a las mujeres a afrontar los síntomas de abstinencia.

Si bien la IBMDF (Lira-Mandujano, et al., 2008) no es una intervención dirigida específicamente a población femenina, las técnicas que la conforman como: técnicas de autocontrol, solución de problemas y el modelo de prevención de recaídas pudieron haber sido componentes importantes que ayudaron a las mujeres a afrontar los síntomas de abstinencia y las situaciones específicas por las que ellas consumían tabaco y posiblemente por eso no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre ésta y la intervención dirigida a universitarias. Sin embargo, es importante mencionar que un factor limitante del presente estudio fue el tamaño de la muestra que fue pequeño, ya que, al ser un estudio centrado en población universitaria no se consideraron los horarios que ellas tienen para acudir a una intervención presencial, pues la mayoría además de las actividades en su facultad realizan prácticas profesionales en otras instituciones teniendo horarios libres muy limitados, lo que les dificulta la asistencia a una intervención presencial para dejar de fumar y este es un factor importante por el que las estudiantes desertan sin haber concluido la intervención para dejar de fumar.

Por lo anterior, se sugiere realizar intervenciones dirigidas a población específica atendiendo a las necesidades de la misma, en el caso de las universitarias además de incluir técnicas de autocontrol de emociones, control de peso y control de estrés y ansiedad adaptar este tipo de intervenciones presenciales a intervenciones telefónicas o por internet en donde no se requiera un contacto cara a cara para poder realizar la intervención, facilitar el acceso y disminuir el número de desertoras.

De igual forma se recomienda hacer un análisis de comparación entre las medidas de los niveles monóxido de carbono ya que en este estudio solo se analizaron las medias del consumo de tabaco que se obtuvieron de los auto

registros de las usuarias, una medida biológica fiable para medir el consumo de tabaco.

Por otro lado, además de hacer propuestas de intervención para personas que ya consumen tabaco también se recomienda realizar intervenciones a nivel de prevención primaria en el que se brinden estrategias a los jóvenes para afrontar las situaciones de estrés y ansiedad y tácticas de manejo emocional para que la probabilidad de que consuman alguna droga disminuya.

Finalmente se recomienda continuar haciendo investigación relacionada a la evaluación de intervenciones dirigidas a poblaciones específicas con el fin de mejorar la eficacia de éstas y contribuir a que las personas que quieren dejar de fumar logren llegar a la abstinencia y se mantengan el mayor tiempo posible.

Referencias

- Alvear, M., Yamamoto, L., Morán, C., Rodríguez, A., Fernández, H. y Solís, C. (2014). Cambio 2007-2010 de la prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas en estudiantes. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(4), 5-13.
- American Cancer Society (2015). Los efectos del tabaco durante el embarazo o la lactancia. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer/tabaco-y-cancer/efectos-de-fumar-durante-el-embarazo-o-la-lactancia.html>
- Asociación Americana contra el Cáncer (2017). Terapias de reemplazo de nicotina para tratar el tabaquismo. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/saludable/mantengase-alejado-del-tabaco/guia-para-dejar-de-fumar/terapia-de-reemplazo-de-nicotina.html#referencias>
- Bállen, M., Jagua, A., Álvarez, D. y Rincón, A. (2006). El cigarrillo: implicaciones para la salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 54(3), 191-205.
- Becoña, E., Fernández del Rio, E., López, A., Martínez, U., Martínez, C. y Rodríguez, R. (2014). El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del psicólogo*, 35(3), 161-168.
- Bello, S. (2011). Tratamiento del tabaquismo. *Revista Chilena de Cardiología*, 30(3), 230-239.
- Benowitz N., Lessov-Schlaggar C. & Swan G. (2006). Female sex and oral contraceptive use accelerate nicotine metabolism. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 79(5), 480-8, DOI: [10.1016/j.clpt.2006.01.008](https://doi.org/10.1016/j.clpt.2006.01.008)
- Brailowsky, Simón (2002). *Las sustancias de los sueños*. Fondo de Cultura Económica, Colección la ciencia para todos Número 130, 355 p.

Bruke, M., Hays T. y Ebbert, J. (2016). Varenicline for smoking cessation: a narrative review of efficacy, adverse effects, use in at-risk populations and adherence. *Patient Preference and Adherence*, 2016 (10), 435-441.

Cámara de diputados del H. congreso de la unión (2008). Ley General para el Control del Tabaco. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCT_150618.pdf

Camarelles, F. (2013). Individualización del tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 20 (8), 441-501. DOI: 10.1016/S1134-2072(13)70632-7

Chambers, D. (2005). Sir Richard Doll. *British Medical Journal*, 1 (1) 295-331 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7511.295>

Chávez, R., Rivera, L., Leyva, A., Sánchez, M. y Lazcano, E. (2013). Orientación al rol de género y uso de tabaco y alcohol en jóvenes de Morelos, México. *Salud pública de México*, 55 (1), 43-56.

Comisión Nacional contra las Adicciones. (2015). ¿Qué es el tabaco? (Tríptico). México: Secretaría de Salud.

De la Rosa, L. y Otero, M. (2003) Mujer y Tabaco. *Cardiovascular risk factors* 2(4), 245-255.

De la Rosa, L. y Otero, M. (2004). Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales. *Trastornos Adictivos*, 6(2), 113-124.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (2014). Las consecuencias del tabaquismo en la salud: 50 años de progreso; Informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los EE. UU. Recuperado de: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/50th-anniversary/pdfs/executive-summary-spanish.pdf

- Drope, J., Schluger N., Cahn, Z., Hamill, S., Islami, F., Liber, A., Nargis, N. & Stoklosa, M. (2018). The Tobacco Atlas. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies. p. 58 Recuperado de: https://s27854.pcdn.co/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes.pdf
- Fernández, C., Alpizar, G., Gómez, P. y Sandoval, L. (2008). Mujer y drogas. México: Centros de Integración Juvenil.
- Hartmann, J., Chepkin, S., Ye, W., Bullen, C. & Lancaster, T. (2018). Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5 (146), 1-174. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub5
- Hernández, M., Gutiérrez, A., Contreras, C. y Alcántara, M. (2010). Efectos del bupropión sobre depresión, ansiedad y abstinencia a nicotina. *Archivos de Neurociencias*, 15(4), 260-266.
- Hughes, J., Stead, L., Hartmann, J., Cachill, K. & Lancaster, T. (2016). Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1 (31), 1 - 174, DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.
- Jiménez, C., Riesco, J., Ramos, A., Barrueco, M., Solano, S., Granda, J., Grávalos, J., Ramos, L., Pérez, A. & Fargestrôm, K. (2008). Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. *Archivos de Bronconeumología*, 44(4), 177-227. DOI: 10.1157/13119541
- Lancaster T, Stead LF. (2017). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub3.
- Lira-Mandujano, J. (2009). *Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores y terapias de sustitución con nicotina: resultados de un ensayo clínico aleatorio controlado* (Tesis doctoral): UNAM, Recuperada de: http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/P388DIS2DLPSB2B9PA6GPTF5HSH6Q4QJM35V43LU58HITU4SYQ-23015?func=full-set-set&set_number=004396&set_entry=000007&format=999

- Lira-Mandujano, J. y Cruz-Morales, S. (2010). *Efectividad de la combinación de las terapias farmacológicas y las intervenciones cognitivo-conductuales para dejar de fumar: Una revisión*, pp. 429-485. En: Lepe, L., Vargas. y Orozco, M. Fondo Editorial Morevallando. Horizontes de la Psicología. México: UMSNH.
- Lira-Mandujano, J. González-Betanzos, F., Carrascoza, C., Ayala, H. y Cruz-Morales, S. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Mental*, 32(1), 35-41.
- Livingstone-Banks. J., Norris, E., Hartmann-Boyce, J., West R., Jarvis, M. & Hajek, P. (2019) Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD003999.pub5.
- Marqueta, A., Nerín, I., Gargallo, P. y Belmonte, A. (2017). Diferencias de género en el éxito al dejar de fumar: resultados a corto y largo plazo. *Adicciones*, 29(1), 13-21.
- Martínez, U., Fernández, E., López, A., Rodríguez, R., Martínez, C. y Becoña, E. (2016). La recaída en fumadores que dejan de fumar con un tratamiento psicológico ¿una cuestión de sexo?, *Acción psicológica*, 13(1), 7-20.
- Medina-Mora, E. (2010). Tabaquismo en México: ¿Cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año?. México: El Colegio Nacional, p. 3-34.
- Molero, A. y Muñoz, J. (2005). Psicofarmacología de la nicotina y conducta adictiva. *Trastornos adictivos*, 7(13), 137-152. DOI: 10.1016/S1575-0973(05)74521-9
- Morrell, R., Cohen, L. & McChargue, D. (2010). Depression vulnerability predicts cigarette smoking among college students: Gender and negative

reinforcement expectancies as contributing factors. *Addictive Behaviors*. 35(6), 607–611. DOI: 10.1016/j.addbeh.2010.02.011.

Nathoo, T., Poole, N. & Greaves, L. (2013). *Women and tobacco: a Casebook*. Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 110 p. Recuperado de: <http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2014/08/WomenandTobaccoCasebookFINAL.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2003). *Convenio Marco de las OMS para el Control de Tabaco*. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=8F7D52C86E351CA44D98D7C4FB0FB93F?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud (2008). *MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo*. Recuperado de <http://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo*. Recuperado de: https://www.who.int/tobacco/global_report/2015/summary/es/

Organización Mundial de la Salud (2018). *El tabaco rompe corazones. Elija salud, no tabaco*. Recuperado de: <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2018/es/>

Paz, M. (2017). *Terapia de reemplazo de nicotina*. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*. 33, 206-208.

Peña, P. y Zagoblin, M. (2017). *Vareniclina*. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33, 212-215.

Pérez, F., Secades, R. y Duarte C. (2007). *¿Son eficientes los tratamientos psicológicos para dejar de fumar?*. *Trastornos Adictivos*, 9(1), 21-30.

- Pérez, N., Pérez, H. y Fernández, E. (2007). Nicotina y adicción. Un enfoque molecular del tabaquismo. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6(1) s/p
- Perkins, K., & Scott, J. (2008). Sex differences in long-term smoking cessation rates due to nicotine patch. *Nicotine and Tobacco Research*, 10(7), 1245–1250. doi:10.1080/14622200802097506
- Raich, A., Martínez, J., Marquilles, E., Rubio, L., Fu, M. y Fernández, S. (2015). Smoking cessation after 12 months with multi-component therapy. *Adicciones*, 27(1), 37-46.
- Regueira, G., Suárez-Lugo, N. y Jakimczuk, S. (2010) Estrategias para el control del tabaco con perspectiva de género en América Latina. *Salud Pública de México*, 52(2), 315-320.
- Reynales-Shigematsu LM., Guerrero-López, C, Lazcano-Ponce E., Villatoro-Velázquez J., Medina-Mora, M., Fleiz-Bautista C., Téllez-Rojo M., Mendoza-Alvarado, L., Romero-Martínez, M. Gutiérrez-Reyes, J., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila, M., Tena-Tamay, o C., Alvear-Sevilla, C. y Guisa-Cruz, V. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_TABACO.pdf
- Reynales-Shigematsu LM. Zavala-Arciniega L, Paz-Ballesteros WC, Gutiérrez-Torres DS, García-Buendía JC, Rodríguez-Andrade MA, Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. México Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Rodgman, A & Peretti, T. (2013). *The chemical components of tobacco and tobacco smoke*. CRC Press, 2331 p.

- Ruíz, M., Rodríguez, I., Rubio, C. y Hardisson, A. (2004). Efectos tóxicos del tabaco. *Revista de toxicología*, 21(2), p. 64-71.
- Sánchez, A., Andueza, M., Santana, A., Hoil, J. y Cu Farfán, J. (2017). Características sociodemográficas y perfil de consumo de tabaco y drogas en estudiantes de dos universidades de México. *Revista Biomédica*, 1(28), 11-27.
- Siqueira, E., Faibichew G., De Paula, U. & Arrabal, F. (2010) Women and smoking: Risks, impacts, and challenges. *Jornal Brasileiro de Pneumología*. 37(1), 118-128
- Sociedad Americana de Cáncer. (2017). Terapia de Reemplazo de Nicotina para tratar el tabaquismo. *American Cancer Society*. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/saludable/mantengase-alejado-del-tabaco/guia-para-dejar-de-fumar/terapia-de-reemplazo-de-nicotina.html>
- Stead, L., Koilpillai, P., Fanshawe, T. & Lancaster, T. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-118. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub3.
- Tovar, V. y López, F. (2000). Fumadores involuntarios: Exposición pasiva al humo de tabaco en el ambiente. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en México*, 13(4), 233-239.
- Torchalla, I., Okoli, C., Bottorff, J., Qu A., Poole, N. & Greaves, L. (2012). Smoking cessation programs target to women: a systematic review. *Women Health*, 52 (1), 32-54. DOI: 10.1080/03630242.2011.637611.
- Wadgave, U. & Nagsh, L. (2016). Nicotine Replacement Therapy: An Overview. *International Journal of Health Sciences*, 10(3), 425-435.
- Wilkes, S. (2008). The use of bupropion SR in cigarette smoking cessation. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 3(2), 45-53.

World Health Organization. (2017). WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies. Recuperado de:<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf?sequence=1>