



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**Relación entre el afecto positivo y negativo con el patrón de consumo en
una intervención telefónica para dejar de fumar**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
MARIANA NÚÑEZ LAURIANO

Dra. Jennifer Lira Mandujano
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Miembros del comité tutor
Dra. Sara Eugenia Cruz Morales
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Dr. Samuel Jurado Cárdenas
Facultad de Psicología
Dra. Marcela Beatriz González Fuentes
Facultad de Psicología
Dra. Lydia Barragán Torres
Facultad de Psicología

Ciudad de México, Septiembre 2020



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.

ÍNDICE

Resumen	3
Abstract	5
Introducción	5
Dependencia a la nicotina	7
La intervención telefónica para dejar de fumar	11
Factores de riesgo asociados al consumo y recaídas por tabaco: Afecto positivo y Afecto negativo	17
Método	26
Resultados	32
Discusión	35
Referencias	40

Relación entre el afecto positivo y negativo con el patrón de consumo en una intervención telefónica para dejar de fumar

Resumen

El consumo de tabaco se explica por reforzamiento, donde subyacen factores motivacionales como el afecto positivo y el afecto negativo. Se ha encontrado que el afecto negativo es mayor en personas con consumos altos y que no logran la abstinencia, mientras el afecto positivo bajo se relaciona con riesgo de recaída, aunque los resultados no son consistentes. OBJETIVO: Evaluar si los puntajes de afecto positivo y afecto negativo al iniciar y finalizar una intervención telefónica para dejar de fumar se asocian con el patrón de consumo al finalizar la intervención y al seguimiento 1 mes. MÉTODO: 14 participantes tomaron una intervención telefónica para dejar de fumar, la cual consta de 5 llamadas donde se abordan habilidades de afrontamiento, solución de problemas y estrategias de auto-control. Se evaluó el afecto positivo y el afecto negativo con el instrumento PANAS y se utilizaron auto-registros para monitorear el patrón de consumo. RESULTADOS: La media del patrón de consumo pasó de 4.89 a 0.71, ($p < 0.05$), el afecto positivo pre-test pasó de 31.1 a 37.5 en el seguimiento 1 mes y el afecto negativo de 24 a 21.8 en el seguimiento 1 mes, ($F(12) = 2.717$, $p = .106$). Se encontró una correlación de $-.602$ entre el afecto negativo seguimiento 1 mes y el patrón de consumo inicial ($p < 0.005$) y una correlación de $-.598$ entre afecto positivo post-test y patrón de consumo final. DISCUSIÓN: Se comenta el impacto del afecto positivo y el afecto negativo en el logro de la abstinencia en diferentes momentos de la intervención.

Palabras clave: Afecto positivo, afecto negativo, tabaco, abstinencia, intervenciones.

Abstract

Smoking is explained by reinforcement, where motivational factors such as positive affect and negative affect underlie. It has been found that negative affect is greater in people with high intakes and who do not achieve abstinence, while low positive affect is related to risk of relapse, although the results are not consistent. **OBJECTIVE:** To assess whether the positive affect and negative affect scores at the start and end of a telephone intervention to quit smoking are associated with the consumption pattern at the end of the intervention and at 1-month follow-up. **METHOD:** 14 participants took a telephone intervention to quit smoking, which consists of 5 calls where coping skills, problem solving and self-control strategies are addressed. Positive affect and negative affect were evaluated with the PANAS instrument and self-records were used to monitor the consumption pattern. **RESULTS:** The mean of the consumption pattern went from 4.89 to 0.71, ($p < 0.05$), the pre-test positive affect went from 31.1 to 37.5 in the 1-month follow-up and the negative affect from 24 to 21.8 in the 1-month follow-up, ($F(12) = 2.717$, $p = .106$). A correlation of $-.602$ was found between negative affect after 1 month and the initial consumption pattern ($p < 0.005$) and a correlation of $-.598$ between post-test positive affect and final consumption pattern. **DISCUSSION:** The impact of positive affect and negative affect on achieving abstinence at different moments of the intervention is discussed.

Key words: Positive affect, negative affect, tobacco, abstinence, interventions.

Introducción

El consumo de tabaco representa la primer causa de mortalidad prevenible en el mundo, se aproxima que para el periodo 2010-2050 habrá 400 millones de muertes relacionadas con el consumo de tabaco en todo el mundo y el 80% de estas muertes se producirán en países de bajos y medianos ingresos (Jha, 2012).

La WHO(WHO) (2018), señala que a nivel mundial el número de fumadores mayores de 15 años ha disminuido del 2000 al 2015 de 1 143 millones a 1 114 millones de personas, además se estima que para 2025 existan 1 095 millones de fumadores, aunque es una reducción considerable, no se muestran datos sobre el número de cigarros o la frecuencia de consumo.

En México la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016-2017) reportó que el 20.1% de la población de 12 a 65 años consume tabaco, o bien, 14 millones 206 mil personas entre los cuales el 9.8% (3 millones 602 mil) son mujeres y el 31.3% (10 millones 206 mil) son hombres. Del total de fumadores actuales, el 7.6% fuma diariamente (5.4 millones) y el 12.5% fuma de forma ocasional (8.8 millones) (Reynales-Shigematsu et al., 2017).

En promedio las personas que fuman diario consumen 7.3 cigarros al día, cifra que aumentó ligeramente en comparación al 2011, pues se consumían 6.5 cigarros en promedio. Actualmente las mujeres fuman en promedio 6.3 cigarros al día y los hombres 7.7 cigarros. Respecto a la edad de inicio, en promedio los mexicanos experimentan por primera vez con el consumo de tabaco a los 16.9 años, los hombres a los 16.2 años y en mujeres a los 18.1 años (Reynales-Shigematsu et al., 2017).

En cuanto a los resultados de los intentos por dejar de fumar, el 56.1% lo ha intentado por lo menos una vez en su vida, pero solo el 16.3% logró abandonar el consumo de tabaco, esto es 2.9 millones de personas, aunque un porcentaje importante, el 73.6% de los fumadores actuales en México está interesado en dejar de fumar en el futuro. De aquellas personas que tuvieron algún intento por dejar de fumar, el 3.5% recurrió al uso de farmacoterapia, la misma proporción acudió con algún profesional de la salud, 7.8% recurrió a la medicina tradicional, productos de tabaco sin humo u otros y el 85.1% mencionó haber usado la fuerza de voluntad. La Global Adult Tobacco Survey realizada en 2015 presentó resultados similares, pues menciona que 1 de cada 8 fumadores actuales en el mundo (13.55%) planeaban dejar de fumar dentro del mes siguiente y 21.8% estaban pensando en dejar de fumar dentro de los próximos 12 meses, la mayoría de los fumadores actuales (42.9%) estaban interesados en dejar de fumar algún día, pero no en los próximos 12 meses, 19.1% no estaban interesados en dejar de fumar y 2.6% no sabían (Organización Panamericana de la Salud & Instituto Nacional de Salud Pública 2017).

Respecto al impacto a la salud, entre las principales enfermedades relacionadas con mayor número de muertes asociadas al tabaco en adultos, se encuentran la enfermedad cardiaca coronaria y no coronaria, la EPOC, neumonía, influenza, cáncer de pulmón y otras nueve neoplasias (Pichon-Riviere et al., 2016).

El consumo de tabaco afecta a muchos órganos del cuerpo, por lo que las enfermedades relacionadas con él son numerosas, entre ellas se encuentran, infarto al miocardio, accidente cerebrovascular y enfermedades cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer, como de garganta, boca, pulmones, estómago, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tuberculosis, disminución de la función pulmonar y otros.

Además se ha encontrado que el riesgo de contraer diabetes es más alto en los fumadores y aumenta con el número de cigarrillos diarios, el consumo está asociado como factor de riesgo de demencia, con esterilidad en hombres y mujeres, disfunción eréctil, menstruaciones dolorosas y síntomas más graves durante la menopausia. También se sabe que las sustancias contenidas en el humo del tabaco debilitan al sistema inmune por lo que hace más probable contraer varias enfermedades como la artritis reumatoide y enfermedades gastrointestinales. Finalmente, no podemos dejar pasar las afectaciones cutáneas que genera el humo de tabaco, como la psoriasis, resequedad en la piel y envejecimiento prematuro (OMS, 2019).

Dependencia a la nicotina

Además de las afectaciones a la salud, el tabaco genera dependencia, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) V* (American Psychiatric Association, 2002) menciona que la dependencia a la nicotina se refiere a un desorden recurrente y crónico caracterizado por una búsqueda y consumo compulsivo de la droga, pérdida del control sobre su consumo limitado y la emergencia de un estado emocional y físico negativo cuando no se consume la droga, lo anterior se expresa en los siguientes criterios los cuales deben presentarse en un lapso no mayor a 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes criterios:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes criterios:
 - a) el síndrome de abstinencia (malestar asociado por el no consumo propio de la sustancia).
 - b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes, que parecen causados por el consumo de la sustancia.

La dependencia a la nicotina comienza a gestarse en el cuerpo, por un proceso de neuroadaptación, que es un estado caracterizado por la necesidad de mantener niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo con la droga, la tolerancia y el síndrome de abstinencia (Hlin, Dani & Biasi, 2015).

Un indicador de dependencia es la tolerancia a la nicotina, este es un proceso en el cual el fumador requiere cada vez de dosis mayores para experimentar los efectos que en un principio experimentaba, tal situación influye en un consumo cada vez mayor y en la dificultad de dar por terminado el hábito. Esta se desarrolla en función de las características farmacológicas de la droga y de los efectos a nivel bioquímico que se producen en el organismo. Podemos hablar de dos grandes clasificaciones de la tolerancia, la innata y la adquirida (Jiménez & Fagerström, 2007):

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

El otro indicador de dependencia es el síndrome de abstinencia, este ocurre una vez que un fumador ha tomado la decisión de dejar de fumar o bien pasa largo tiempo sin acceso a la nicotina, los síntomas de la abstinencia en el caso de fumadores comienzan al cabo de unas horas de haber recibido la última dosis de nicotina y alcanzan su plenitud

entre las 24 y 48 horas. Los síntomas del síndrome de abstinencia nicotínico se caracterizan por un estado de ánimo depresivo o disfórico, insomnio, irritabilidad, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud, disminución de la frecuencia cardíaca y aumento del apetito o del peso, después de cuatro semanas los síntomas de abstinencia pueden comenzar a desaparecer pero el fumador se debe de mantener alerta ya que el malestar relacionado con la abstinencia por el consumo puede mantenerse durante años (American Psychiatric Association, 2002).

Además, el modelo fisiológico de adicción a la nicotina, enfatiza un rol clave de la nicotina como reforzador. Las acciones farmacológicas de la nicotina están mediadas por sus interacciones con los receptores de acetilcolina nicotínicos, que se encuentran en muchos sitios del cerebro y del resto del cuerpo. Múltiples subtipos de receptores nicotínicos están formados por diversas composiciones de subunidades, por lo cual, hoy se sabe que las acciones de refuerzo también dependen de la dosis, la vía de administración y aspectos temporales de la misma (Leslie, Mojica & Reynaga, 2013).

El efecto placentero producido por el tabaco se debe a la liberación de dopamina, además de liberar neurotransmisores de acetilcolina, noradrenalina, serotonina y, gracias a que la nicotina comienza su acción a través de los receptores colinérgicos-nicotínicos situados principalmente en las terminales presinápticas (Muñoz et al., 2011). Las regiones cerebrales donde están presentes los receptores nicotínicos son el hipocampo, neocorteza, gyrusrectus, corteza cerebral y rafe medio, pero su densidad es más alta en el núcleo accumbens, otras regiones donde su densidad es especialmente alta es en la corteza, el tálamo y núcleo interpenducular, amígdala, el septum, los núcleos motores del troncoencéfalo y el locus coeruleus. Se ha demostrado que la densidad de receptores

nicotínicos es mayor en el cerebro de los fumadores, esta es de hecho una de las modificaciones al sistema nervioso que ocurre no por su afinidad a la sustancia sino por la degradación de la misma (Jiménez & Fagerström, 2007).

La intervención telefónica para dejar de fumar

Como alternativas ante el incremento en el consumo de tabaco y a las afectaciones a la salud que este trae consigo, los profesionales de la salud han desarrollado estrategias que les permitan a los usuarios tener recursos para hacer cambios en su manera de fumar. Las intervenciones cognitivo-conductuales han demostrado ser efectivas para el logro de objetivos que permitan disminuir el riesgo y el impacto a la salud en el consumo de tabaco, estas tienen como objetivos esenciales fortalecer la motivación para el cambio, consolidar la decisión del usuario para dejar de fumar, ayudar a conseguir la abstinencia y prevenir la recaída, y en caso que ésta ocurra visualizarla como una situación de aprendizaje, de la cual puede encontrar nuevas alternativas que no le permitan recaer nuevamente (Becoña, 2014).

En un meta análisis realizado en el 2017 con el objetivo de evaluar la eficacia de intervenciones conductuales individuales para dejar de fumar frente a los manuales de ayuda y el consejo breve se encontraron 33 estudios, 27 fueron solo intervenciones psicológicas sin utilizar fármacos. Los autores concluyeron que la intervención cognitivo conductual es más efectiva que el consejo breve y que el material de auto-ayuda ya que aumenta la probabilidad de dejar de fumar de un 40% a un 80% (Lancaster & Stead, 2017), además, los autores también señalan que la adherencia y el éxito de este tipo de intervención se podría mejorar con seguimientos telefónicos que no intervengan con la rutina de las personas para que no tengan que trasladarse hacia varios lugares.

De hecho, como parte de las recomendaciones del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS), establece en el artículo 14, que se deben ofrecer líneas telefónicas para dejar de fumar mediante las cuales las personas puedan recibir asesoramiento de especialistas capacitados, en ese sentido, los asesores brindan a las personas que llaman, asistencia basada en evidencia que es fácilmente accesible en cualquier momento, en cualquier lugar y sin costo para el consumidor (WHO, 2003).

Además, la WHO (2014) menciona que cuando las líneas telefónicas para dejar de fumar se financian y se promueven adecuadamente, tienen la capacidad de llegar hasta 6% o más de los consumidores de tabaco. Las líneas telefónicas pueden ser una buena alternativa para hacer frente a los obstáculos de acceso y disponibilidad que limitan a los usuarios hacer uso de los tratamientos para dejar de fumar.

Las líneas para dejar de fumar son una alternativa de salud pública que ofrece ayuda a los consumidores de tabaco y reduce la prevalencia de consumo. En general cuentan con una serie de beneficios potenciales para diferentes segmentos de la población (WHO, 2014):

- Ser un recurso central que sirva como proveedor directo de servicios e información basada en evidencia.
- Servir como un portal para otros servicios de tratamiento del tabaco, incluyendo asesoramiento presencial, medicamentos y servicios de Internet basados en la comunidad.
- Potencialmente, alcanzar al menos 4–6% del total de consumidores de tabaco por año en un país.

- Ser promovido con relativa facilidad y, en general, cumplir con una amplia aceptación del público.

Desde la perspectiva de los proveedores de atención, las líneas para dejar de fumar pueden:

- Ofrecer a los proveedores un recurso de referencia fácil, conveniente, consistente y basado en evidencia para ayudar a sus pacientes.
- Aumentar la disposición del proveedor de atención médica para realizar intervenciones breves de rutina con los consumidores de tabaco.
- Aumentar el número de pacientes que intentan dejar de fumar y utilizan enfoques basados en evidencia como consejería y medicamentos para dejar de fumar.
- Ayudar a garantizar que los pacientes que toman medicamentos reciban instrucciones óptimas sobre su uso y asesoramiento, aumentando así la efectividad.

Desde la perspectiva del consumidor, las líneas para dejar de fumar pueden:

- Brindar ayuda que esté disponible en cualquier lugar, en cualquier momento, sin costo para el consumidor de tabaco.
- Ofrecer apoyo confidencial y personalizado, motivando y apoyando los intentos de dejar de fumar;
- La disponibilidad del servicio para dejar de fumar proporciona evidencia tangible de que la sociedad quiere ayudarlos a dejar de fumar, no castigarlos y estigmatizarlos, creando así un entorno propicio.
- Otorgar mayor difusión a los tratamientos para dejar de fumar y normalizar su uso.

De la misma forma que en el formato presencial el terapeuta o consejero cuenta con un papel fundamental, a pesar de la limitación de la distancia en las líneas telefónicas el terapeuta debe ser capaz de identificar barreras en los usuarios y transmitir el aprendizaje de estrategias que sean de utilidad para no fumar. En un principio el papel del terapeuta es proporcionar asistencia personalizada a la persona que llama, evaluar en qué etapa de cambio se encuentra y usar el enfoque y la estrategia de asesoramiento adecuados para mover al usuario en su disposición a cambiar o bien iniciar inmediatamente con una modificación a sus hábitos de consumo (Ramón et al., 2013).

Además, es importante que el consejero tenga un alto conocimiento sobre el proceso para dejar de fumar y que esté capacitado en la aplicación de estrategias de afrontamiento. Es el papel del consejero seguir los protocolos de tratamiento para dejar de fumar para asegurarse que el tratamiento sea efectivo y seguro (World Health Organization, 2014).

Se han utilizado fundamentalmente dos modalidades de llamadas para proporcionar consejo telefónico para dejar de fumar, proactiva y reactiva (Míguez, Vazquez & Becoña, 2000; WHO, 2014). La aproximación proactiva consiste en una o más llamadas que recibe el consumidor que se encuentra en proceso de dejarlo, por parte de un consejero entrenado, el cual puede ser un profesional de salud (psicólogo, trabajador social o enfermera), la finalidad de las llamadas que se realizan es apoyar y ayudar a solventar los problemas que tenga el fumador así como promover mayores niveles de adherencia. Por otro lado, la aproximación reactiva se caracteriza por ser el consumidor quien llama para solicitar información o asistencia, las líneas telefónicas de este tipo están continuamente disponibles, son de utilidad para ayudar a dejar de fumar, prevenir recaídas, proporcionar

información sobre tratamientos disponibles, direcciones de centros, mensajes grabados y consejería.

En una revisión realizada por Stead, Hartmann-Boyce, Perera y Lancaster (2013), se analizaron 12 ensayos con más de 30 000 pacientes donde se probó la efectividad de llamadas reactivas a una línea telefónica de apoyo para dejar de fumar, los resultados mostraron que cuando los usuarios recibieron una nueva llamada de asesoramiento tuvieron más probabilidades de dejar de fumar que los que solo recibieron materiales de autoayuda o asesoramiento/apoyo, las llamadas aumentaron el éxito relativo entre un 23 y 50%. También analizaron el efecto que tiene el asesoramiento telefónico en pacientes que no habían llamado a ninguna línea, se retomaron 51 ensayos, en donde se observó un efecto benefico pequeño de las llamadas telefónicas, lo que aumentó el éxito relativo entre el 20% y el 36%, equivalente a un aumento de 2 a 3 puntos porcentuales.

Respecto al número de llamadas sugeridas para las intervenciones, existe evidencia contradictoria sobre la efectividad, algunos estudios mencionan que usar múltiples llamadas (entre 4 y 6) produce mejores resultados que una sola llamada (Zhu et al., 1996), sin embargo, en un meta-análisis se reporta que no hay ningún efecto significativo de un incremento en el número de llamadas (Stead, Hartmann-Boyce, Perera y Lancaster, 2013).

Cabe mencionar que las líneas telefónicas poseen la virtud de conservar intactas las tareas y habilidades que tiene que demostrar el terapeuta o consejero en sesión, ya que no se pierde la posibilidad de seguir utilizando el estilo empático y no confrontativo, ayudar a desarrollar habilidades cognitivo-conductuales en solución de problemas así como estrategias de prevención de recaídas.

Recientemente se han realizado investigaciones en diferentes países, con el objetivo de evaluar esta alternativa de intervención a distancia, la mayoría con resultados muy positivos. Schuck et al. (2014) evaluaron la efectividad de una intervención telefónica para dejar de fumar en 256 padres fumadores que fueron reclutados de una escuela primaria, se evaluó la abstinencia puntual a los 7 días y el cumplimiento con terapia de reemplazo de nicotina y farmacoterapia. Los padres que tomaron la intervención telefónica tuvieron una mayor probabilidad de informar una abstinencia puntual en comparación de los que solo recibieron un folleto de auto-ayuda y tuvieron mayor probabilidad de utilizar alguna terapia de reemplazo de nicotina ($P < 0.001$), además, aquellos que no lograron dejar de fumar pero tomaron la intervención telefónica fumaron menos cigarrillos a los 3 meses y 12 meses de la evaluación ($P < 0.001$). Los autores concluyeron que la intervención con la línea telefónica fue efectiva pues ayudó a los usuarios a dejar de fumar y fue útil incluso para promover conductas de prevención.

Heydari et al. (2011), evaluaron la eficacia de una línea telefónica para dejar de fumar en Irán, médicos generales fueron capacitados para realizar llamadas en un programa que consistió de 4 sesiones semanales con un enfoque proactivo y reactivo, se evaluó el auto-reporte de abstinencia y aleatoriamente mediciones de CO en 148 casos, de los cuales 82.4% dejaron de fumar. La tasa de abstinencia sostenida después de 1,3, 6 y 12 meses fue de 59%, 41%, 31% y 18% respectivamente. En las conclusiones se menciona que estos resultados reflejan una disminución de la tasa de abstinencia a lo largo del tiempo que también se ha observado en los tratamientos presenciales, por lo que este tratamiento puede ser igual de eficaz que un tratamiento presencial.

Hasta ahora se ha mostrado una revisión de las intervenciones telefónicas y cómo estas se han comenzado a posicionar como una alternativa costo-efectiva más atractiva para los proveedores de servicios de salud, además se espera que los resultados en las tasas de abstinencia sean igual o mayores que en las intervenciones presenciales.

Factores de riesgo asociados al consumo y recaídas por tabaco: Afecto positivo y Afecto negativo

Las intervenciones para dejar de fumar son una alternativa para quienes tienen intención de realizar un cambio en sus hábitos de fumar, de hecho en la última Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco se reporta que el 56.1% de la población total fumadora ha tenido por lo menos un intento en dejar de fumar, sin embargo solo el 16.3% lo ha logrado (Reynales-Shigematsu et al., 2017), lo anterior puede ser un reflejo de las dificultades que presentan las personas en su intención de dejar de fumar.

Debido a las dificultades que se presentan al dejar de fumar, es importante que durante las intervenciones se consideren aquellos aspectos que son factores de riesgo para presentar caídas o recaídas en el consumo de tabaco, con el objetivo por supuesto, de brindar alternativas que permitan afrontar dichos factores.

Entre las variables que se han relacionado con mayores probabilidades de consumo o recaída en el caso de consumo de tabaco, se han encontrado, el nivel de auto-eficacia, el nivel de dependencia, número de intentos previos para dejar de fumar, el tiempo de abstinencia logrado previamente, si se tiene amigos fumadores, la exposición a señales relacionadas con fumar, el craving, la gravedad de los síntomas de abstinencia y no contar

con ayuda para dejar de fumar (Zhou, et al., 2009; Gökbayrak et al., 2015; Yong, Borland, Cummings & Partos, 2018).

Aunque existen varios factores motivacionales relacionados con el consumo de tabaco, existe un acuerdo respecto al control del apetito, la reducción del peso y la mejora en la socialización como motivaciones para iniciar y mantener el consumo de tabaco. En general todos los motivos mencionados pueden clasificarse como ejemplos de refuerzo positivo o negativo, por lo que se puede considerar que fumar produce resultados positivos o bien finaliza o evita los efectos negativos (Pomerleau et al., 2003).

La cantidad de situaciones que pueden influir en la conducta de fumar es bastante grande, sobre todo si consideramos que fumar puede ser visto como una respuesta de escape o evitación a estados aversivos del síndrome de abstinencia, luego, hipotéticamente por un proceso de generalización de estímulos, otros estados desagradables (enojo, tensión o aburrimiento) pueden también convertirse en estímulos discriminativos para fumar. En tales ocasiones, fumar funciona como un escape temporal (respuesta de afrontamiento) de varias situaciones aversivas. De igual forma, fumar puede ser visto como un reforzador primario y secundario, que además provee reforzamiento positivo y negativo según sea la situación (Baker, Brando & Chassin, 2004; Vinci et al., 2015).

El inicio, mantenimiento y posterior recaída en el consumo de tabaco se explica a través de procesos de reforzamiento, donde subyacen a su vez factores motivacionales como el afecto positivo (AP) y el afecto negativo (AN), los cuales a su vez han demostrado son predictores importantes del consumo de tabaco (Leventhal et al., 2013). Desde esta

perspectiva se propone que la conducta de fumar se mantiene porque tiene un rol importante en el manejo del afecto, mejora el afecto positivo y reduce el afecto negativo.

Específicamente el AN se puede definir como la experiencia de signos motivacionales de abstinencia, incluyendo irritabilidad crónica, dolor físico, dolor emocional, malestar general, disforia, alexitimia y pérdida de motivación por recompensas naturales (Shurman, Koob, Gutstein, 2010). Consistente con esta conceptualización, la literatura relacionada con los motivos para fumar y sus expectativas han demostrado que los fumadores atribuyen su consumo a la capacidad de calmarse mientras están estresados, más generalmente a la posibilidad de reducir el AN fumando (Baker, Brandon, & Chassin, 2004).

En este sentido, cuando una persona suprime el consumo de tabaco con el propósito de dejar de fumar se presentan de inmediato una serie de síntomas físicos y psicológicos que están relacionados con el síndrome de abstinencia y que pondrán a la persona en riesgo de caída y de una posterior recaída (Lira-Mandujano, Carrascoza y Cruz, 2010). Baker et al. (2004), proponen el que el AN es el componente principal del síndrome de abstinencia, por lo que el escape y la evitación del AN es el motivo principal para que se inicie nuevamente con el consumo.

Es claro que las personas podrían optar por tolerar el malestar físico y el estrés psicológico del síndrome de abstinencia, lo cual significaría renunciar al reforzamiento negativo inmediato que se obtiene a través del consumo de tabaco y elegir el reforzador positivo a largo plazo que implica no fumar y mejorar la salud (Lira-Mandujano et al., 2016).

Por otro lado, el AP es definido como la experiencia subjetiva de placer y estados de ánimo energizados que reflejan entusiasmo, excitación y alerta (Watson & Tellegen, 1985). Existe evidencia que refleja que el AP bajo contribuye a la conducta de fumar, lo cual supondría que el AP y el AN son constructos redundantes porque son polos opuestos, sin embargo, la evidencia también demuestra que el AP y el AN están mínimamente relacionados (Kassel, et al., 2007).

La administración aguda de nicotina tiene efectos positivos leves para mejorar el estado de ánimo, sin embargo, se desconoce si la nicotina mejora la capacidad de un fumador de experimentar AP durante la exposición a eventos típicamente placenteros, lo que sí es claro, es que la nicotina parece mejorar las propiedades gratificantes de estímulos no farmacológicos (Cook, Spring & McChargue, 2007). En este sentido, cuando una persona se encuentra experimentando un estado muy agradable relacionado con AP consume tabaco con el fin de hacer más agradable aún la situación en la que está fumando.

Mientras que los resultados del AN han sido más explorados, la contribución del AP a la abstinencia y la recaída no es muy clara. Lo que se conoce del AP es que está relacionado con el deseo y la motivación para fumar durante el consumo habitual (*ad libitum*), además los aumentos en el AP se han asociado con una disminución en el riesgo de recaída, por lo que podría jugar un papel protector en la abstinencia temprana (Bränström et al., 2010; Bujarski et al., 2015). En esta misma línea el AP alto desempeña un papel importante en el inicio y uso de riesgo del consumo tabaco, mientras que se espera que el AP bajo tenga una relación más fuerte con la recaída (Cheetham, 2010).

Lam et al., (2012) compararon los puntajes de afecto positivo y negativo de personas que habían participado en un estudio para dejar de fumar, los cuales se dividieron en tres grupos: personas en abstinencia, consumidores de tabaco y personas que recayeron. El afecto se evaluó con un cuestionario de auto-informe (PANAS) y a través de electrodos electromiográficos colocados en el rostro mientras los participantes visualizaban diapositivas afectivas (IAPS), todas las evaluaciones se realizaron a lo largo de 4 sesiones de tratamiento y al finalizar el mismo. Se encontró que las personas que se mantuvieron en consumo y no pudieron lograr la abstinencia inicial mostraron niveles de afecto significativamente diferentes al resto de los grupos, en específico, este grupo mostró un nivel significativamente mayor de AN, y más bajo de AP durante la post-evaluación.

Algunas investigaciones han otorgado un valor especial al AP como predictor del abandono en el consumo de tabaco, aunque otras investigaciones no muestran resultados muy concluyentes. Heffner, et al., (2018) realizaron un estudio para probar si el AP tiene un valor predictivo único de la abstinencia y la recaída, para ello 450 fumadores participaron en un ensayo para dejar de fumar y previo a participar en el ensayo se les evaluó con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), que evalúa cuatro factores; afecto deprimido, afecto positivo, actividad somática y dificultades interpersonales. Todos los dominios del cuestionario, predijeron una mayor probabilidad de dejar de fumar, sin embargo, el AP no presentó relación con tasas de abstinencia más bajas o menores probabilidades de recaída, dichos resultados no coinciden con las investigaciones que sugieren que el AP bajo tiene un valor predictivo para el cese y la recaída más allá de otros dominios de síntomas depresivos.

De igual manera, Klemperer, et al., (2020) realizaron un meta-análisis para probar si la abstinencia resulta en una disminución del AP. Los resultados muestran un tamaño del efecto medio que indica una disminución general del AP después de la abstinencia de tabaco, el 79% de los 24 ensayos analizados informaron que la reducción en el AP fue significativa. Los autores concluyen que efectivamente como lo anticipaban en su hipótesis, la abstinencia de tabaco se asocia con una disminución en el AP, sin embargo, aún queda por aclarar si los cambios en el AP y el AN ocurren independientemente.

Por otro lado, existe un gran número de evidencia que apoya que el AN tiene un mayor valor predictivo del consumo de tabaco y por lo tanto, de los posibles episodios de recaída. Vinci, Kinsaul, Carrigan y Copeland (2015) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar qué variables están relacionadas con la necesidad de fumar cuando se induce un estado de AN, durante el experimento los participantes eran expuestos a imágenes para inducir AN, durante cuatro intervalos de 5 min cada uno y al finalizar el ensayo se les aplicaba el instrumento PANAS para evaluar AP y AN, el Inventario de motivos de dependencia al tabaco de Wisconsin y tres preguntas para evaluar la urgencia por fumar. A partir de la sección de inducción hubo un incremento significativo en el AN de los participantes y se encontró que el refuerzo positivo fue el único motivo correlacionado con la necesidad de fumar.

En otro estudio Leventhal et al. (2013) evaluaron los niveles de afecto antes de una sesión prueba en la que los participantes fueron asignados al azar a dos condiciones: privación de nicotina por 12 horas o grupo de no privación y posteriormente se hicieron mediciones de afecto y urgencias por fumar. Los investigadores encontraron que el AN previo predijo el puntaje de AN durante la sesión de prueba y a su vez el deseo por fumar,

no hubo una asociación directamente proporcional entre el AP previo y el AP durante la prueba por lo que una vez que se controló su efecto, estas mediciones fueron eliminadas pues no se asociaban con la urgencia por fumar. Por lo tanto, se concluyó que el AN juega un papel más importante que el AP en la motivación para fumar.

También se ha encontrado que el AN puede predecir el éxito en la cesación a largo plazo Zuo, Rabinovich y Gilbert (2017), realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar la asociación entre el AN y la abstinencia por fumar a lo largo de 3 meses y 1 año. 140 personas participaron en el estudio, y posterior a evaluar su patrón de consumo durante dos semanas y media, completaron evaluaciones de auto-informe sobre AN durante 44 días a partir que iniciaron la abstinencia, durante ese periodo, los participante recibían incentivos financieros por mantener la abstinencia y parches de nicotina. Se encontró que un incremento en los valores de AN en cualquiera de sus dimensiones, se asociaba con menores probabilidades de abstinencia a los 3 meses y 1 año, además se observó una mayor disminución de los síntomas de AN durante el periodo de tratamiento entre los que lograron la abstinencia a 1 año. Los autores concluyen que el AN es un componente principal de la abstinencia al tabaco y es capaz de predecir la recaída, por lo que un objetivo clínico válido podría ser la reducción del AN durante los primeros meses de abstinencia.

Los resultados anteriores también coinciden con investigaciones como la de Garey et al., (2017) quienes han evaluado las características de las personas que buscan tratamiento para dejar de fumar, sus resultados demuestran que una reducción del AN por fumar predice una mayor probabilidad de iniciar un tratamiento, esto se explica debido a que los fumadores que informan una mayor reducción del AN cada vez que fuman, pueden

ser más propensos a acercarse a los tratamientos porque experimentan más angustia y problemas relacionados con el tabaco.

En cuanto al impacto que tiene el AP y el AN en los tratamientos para dejar de fumar, Garey et al. (2019), evaluaron el efecto independiente del AP y AN en los resultados de un tratamiento integrado para ansiedad y tabaco, los participantes fueron aleatorizados a dos modalidades de tratamiento, a) el tratamiento integrado de ansiedad y tabaco el cual incluyó componentes del tratamiento estándar, reestructuración cognitiva y ejercicios de psicoeducación para la prevención del pánico y b) el tratamiento estándar para dejar de fumar. El AN alto previo a iniciar el tratamiento se asoció con una mayor probabilidad de abandono temprano en comparación con la respuesta al tratamiento, no hubo diferencias significativas en el AP en ambos grupos. Finalmente los autores concluyeron que el AN antes de iniciar un tratamiento puede ser un indicador de riesgo de abandono.

Los avances en las investigaciones sobre AP y AN han permitido identificar nuevas oportunidades de mejora en las estrategias para dejar de fumar, ahora el reto es evaluar cómo los cambios en el AP y el AN que surgen una vez que los usuarios se insertan en los programas para dejar de fumar median los resultados de las intervenciones. Como se ha podido observar, los resultados de las investigaciones aún no son claros acerca de la relación que tiene el AP en el mantenimiento de la abstinencia, y si estos resultados dependen a su vez de los resultados del AN antes de iniciar los tratamientos.

En resumen con lo hasta ahora mencionado, se muestra cómo las intervenciones telefónicas se han posicionado como una alternativa costo-efectiva más atractiva y accesible para los proveedores de los servicios para dejar de fumar y los usuarios de las

mismas, también se ha comentado que entre los factores de riesgo para el consumo, mantenimiento y posterior recaída de tabaco, el AP y el AN tienen un rol predictor significativo, es por esta razón que en esta investigación se plantea la importancia de evaluar si el efecto de tomar un tratamientos telefónico influye en los resultados del AP y AN de los usuarios, y por supuesto en su consumo.

Se ha decidido realizar este estudio con un formato de intervención telefónico, pues aún no hay datos que aporten evidencia sobre el impacto que tienen las intervenciones a distancia en el AP y AN, a pesar de no contar con la facilidad de tener a los usuarios cara a cara, es relevante analizar el AP y AN en las actuales líneas telefónicas para dejar de fumar pues los resultados en otros países demuestran que se pueden convertir en la primera opción para los usuarios que quieren dejar de fumar. Por lo anterior, se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Evaluar si los puntajes de AP y AN antes y después de tomar una intervención telefónica para dejar de fumar se asocian con el patrón de consumo a lo largo de una intervención y en el seguimiento a 1 mes.

Objetivos específicos:

- Comparar los puntajes de AP inicial, final y en el seguimiento a 1 mes de la intervención.
- Comparar los puntajes de AN inicial, final y en el seguimiento a 1 mes de la intervención.

Método

Participantes

14 personas 8 mujeres y 6 hombres con una edad media de 28.6 años (18 mín y 63 máx) y con una edad media de inicio de consumo de 19.6 años, todos habían tenido por lo menos un intento previo por dejar de fumar. Todos ellos se comunicaron personalmente a la línea telefónica para solicitar informes y posteriormente integrarse a la intervención.

Criterios de inclusión: Estar interesados en participar en la intervención y contar con algún dispositivo de comunicación para realizar llamadas.

Criterios de exclusión: Estar consumiendo antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo, anticonvulsivos, esteroides o insulina, asistir al mismo tiempo a otro tratamiento para dejar de fumar o algún tratamiento psicológico, presentar dependencia a otras drogas y presentar trastornos relacionados con ansiedad o depresión.

Diseño

Este estudio fue un diseño de caso único con 13 réplicas, el cual según Kazdin (2001) cumple con las siguientes características: 1) control de la intervención, al tener condiciones de línea base y manipulación de variables independientes a través del retiro y presencia de la intervención, 2) evaluación del rendimiento a lo largo del tiempo y 3) búsqueda de configuraciones intra-caso con el fin de obtener predicciones acerca del comportamiento. En este tipo de estudios el sujeto es su propio control y las réplicas permiten obtener inferencias válidas y generalizables.

Instrumentos

- Entrevista inicial para obtener datos sociodemográficos, historia familiar y social, historia laboral y lugar de residencia, historia de consumo de tabaco, alcohol y drogas (Lira-Mandujano, Cruz-Morales & Ayala, 2012).
- Test de Fagerström para la dependencia a la nicotina (TFDN). El objetivo es identificar si la persona que fuma presenta una dependencia a la nicotina por medio de indicadores relacionados con frecuencia de consumo (número de cigarros por día), periodicidad y cantidad de droga utilizada en las primeras horas después de despertarse, el primer cigarro de la mañana y control del consumo (Heatherton et al., 1991, traducido y adaptado por Lira, 2002).
- Línea base retrospectiva (LIBARE). Permite evaluar el patrón de consumo de los 60 días previos (Sobell et al., 1980 adaptado por Lira, 2002).
- Prueba de Detección de consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST). Es una prueba rápida de tamizaje que identifica el uso de diez tipos diferentes de sustancias psicoactivas: tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, estimulantes de tipo anfetaminas, inhalables, sedantes, alucinógenos, opiáceos, y otras drogas. La prueba define una puntuación de riesgo para cada sustancia, clasificable en tres niveles: riesgo bajo (0-3 puntos), riesgo moderado (4-26 puntos) y riesgo alto (>26 puntos) (Hides et al., 2009; Humeniuk et al., 2008; Khan et al., 2011; Smith et al., 2010; WHO ASSIST Working Group, 2002)
- Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS). Su objetivo es evaluar el puntaje y nivel de afecto positivo y negativo durante la última semana y generalmente. Consta de 20 reactivos 10 para afecto positivo y 10 para afecto negativo, en una

escala Likert de 5 opciones de respuesta, el instrumento arroja puntuaciones que se agrupan en los siguientes rangos, 0-17 bajo, 18-34 moderado y 35-50 alto (Robles y Páez, 2003. Coeficientes de alfa de Cronbach de .85 a .90 para el afecto positivo, tanto semanal como general, y de .81 a .85 para el afecto negativo, tanto semanal como general).

- Auto-registro (Lira-Mandujano, Cruz-Morales & Ayala, 2012).
- Inventario de depresión de Beck (BDI). Permite evaluar sintomatología ansiosa en la última semana, contempla seis de los nueve diagnósticos establecidos en el DSM-III, que se miden en 21 ítems en una escala de cuatro puntos, cuya suma total fluctúa entre 0 y 63 puntos (Beck, Steer, & Brown, 1988, adaptado por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998).
- Inventario de ansiedad de Beck (BDI). Permite evaluar sintomatología ansiosa en la última a partir de una escala Likert que arroja una puntuación de 0 a 63 puntos que se puede categorizar entre mínimo, leve, moderado y grave (Beck, Steer, & Brown, 1988, adaptado por Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001).

Procedimiento

El primer paso que se siguió durante esta investigación, fue un trabajo de difusión a través de redes sociales, carteles y volanteo, las personas interesadas en participar en el programa para dejar de fumar se contactaban vía whatsapp y posteriormente se les enviaba una batería de instrumentos a su correo electrónico. Una vez terminada la evaluación iniciaban la intervención telefónica para dejar de fumar que consta de cinco llamadas en donde se abordan habilidades de afrontamiento, solución de problemas y estrategias de auto-control (Lira-Mandujano et al., 2019).

Las sesiones se distribuyeron de la siguiente manera:

- Admisión y evaluación: Los usuarios contestaban en línea la evaluación inicial y posteriormente se les hacía llegar la retroalimentación de sus resultados y el folleto de la primera llamada el cual sería discutido durante la misma.
- Llamada 1. Preparándome para dejar de fumar. En esta llamada el terapeuta marcaba al usuario a la hora acordada, posteriormente le daba retroalimentación de los resultados obtenidos de la evaluación. En cuanto al contenido de la llamada, se comentaba con el usuario sobre las consecuencias negativas a corto y largo plazo que comenzaba a presentar por su consumo de tabaco, las afectaciones a diferentes áreas de su vida, sus motivadores al cambio y las consecuencias agradables que probablemente mantenían su consumo. Antes de concluir la llamada el usuario tenía que elegir un día entre los próximos 4 días siguientes para dejar de fumar, día en el que también se realizaría la siguiente llamada.
- Llamada 2. ¿Cómo iniciar la abstinencia del consumo de cigarros? Durante esta llamada se enseñaba al usuario a identificar cuáles eran los factores desencadenantes de su consumo de tabaco, las consecuencias a corto y largo plazo de sus principales factores desencadenantes y a elaborar planes de acción para cada uno de ellos. La próxima llamada se realizaba de 3 a 4 días después.
- Llamada 3. Síntomas de abstinencia ¿Qué hago? durante esta llamada se comentaba con el usuario cuáles son los síntomas de abstinencia que pudiera comenzar a presentar, se le enseñaba a identificar los beneficios que para ese momento ya experimentaba o podría comenzar a experimentar, además, gran parte del contenido de esta llamada se destinaba a enseñar al usuario estrategias, estrategias de auto-

control para reducir el deseo por fumar, para el control de ansiedad y para evitar sustituir el consumo por alimentos. Para este momento si el usuario no había logrado la abstinencia se ofrecía la posibilidad de emplear la estrategia de REGINA (reducción de la nicotina).

- Llamada 4. ¿Qué pasa si vuelvo a fumar?. En esta llamada se revisaba el mantenimiento de la abstinencia a partir del contenido de la montaña de la recuperación, se evaluaban los planes de acción y se elaboran planes de acción a largo plazo.
- Llamada 5. Esta llamada se realizaba dos semanas después de la llamada anterior y tenía como objetivo revisar con el usuario el mantenimiento de la abstinencia y las consecuencias asociadas. Se abordaban los principales beneficios experimentados por dejar de fumar, los obstáculos que se habían presentado, las estrategias efectivas y los factores que aún eran de riesgo.
- Una vez terminada las llamadas de intervención, 1 llamada de seguimiento al 1 mes después de la llamada 5, donde además de aplicar nuevamente la evaluación, se monitoreaba cómo seguía el usuario y cómo había enfrentado los obstáculos que se hubieran presentado, en caso de existir.

Análisis de datos

Para poder conocer las características generales de la muestra primero se realizaron análisis descriptivos acerca del nivel dependencia a la nicotina, la media de consumo de cigarros y la media en los niveles de ansiedad y depresión.

Posteriormente se realizaron pruebas de correlación de Spearman para determinar la relación que existía entre los puntajes de AP antes y después de la intervención y el patrón de consumo de pre-test, post-test y seguimiento a 1 mes, los mismo análisis se realizaron pero ahora considerando el AN.

Finalmente, para evaluar si existían diferencias entre los puntajes cada una de las cuatro mediciones de AP y AN que se realizaron en la intervención telefónica, se realizó un análisis de varianza de medidas repetidas.

Resultados

Los datos descriptivos de la muestra que conformó el estudio aparecen en la Tabla 1, como se puede observar la media de dependencia fue baja, la ansiedad pasó de moderada en la evaluación inicial a leve en el seguimiento, lo mismo que en depresión.

Tabla 1

*Características de la muestra a lo largo del tratamiento
(n=14)*

	$\bar{X}$ (DE)
Fagerström	3.71(2.40)
BAI inicial	18.71(12.27)
BAI final	13(11.23)
BAI seg 1 mes	15.79(14.8)
BDI inicial	18.36(9.8)
BDI final	9.93(8.9)
BDI seg 1 mes	11.57(12.43)

Nota: BAI=ansiedad, BDI=depresión

Se realizaron análisis de correlación de Spearman para evaluar la relación entre el AP y AN inicial y final con el patrón de consumo pre-test, post-test y seguimiento a 1 mes, en la Tabla 2 se muestran las correlaciones más altas encontradas, ambas fueron correlaciones negativas, entre el patrón de consumo inicial y final y el AP y AN en el post-test y seguimiento 1 mes

Tabla 2.

Correlación entre el patrón de consumo y el AP y AN

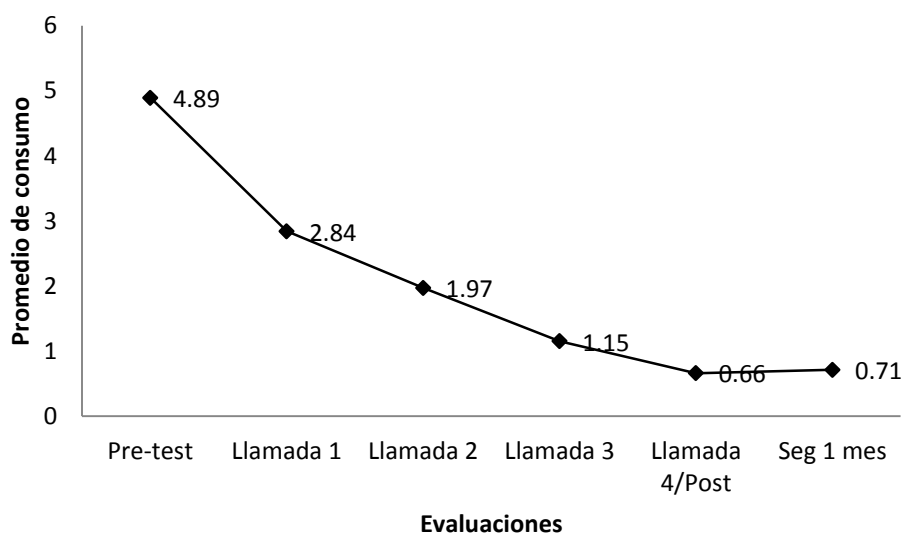
	<i>r</i>	<i>p</i>
Patrón de consumo AN seg 1 mes Inicial	-.602	.023*
Patrón de consumo AP post-test final	-.598	.024*

* $p < .05$

Además se realizaron análisis independientes del patrón de consumo y del AP y AN. En primer lugar, en la Figura 1 se muestra la media del patrón de consumo en las diferentes fases del tratamiento, en donde se refleja que todos los participantes disminuyeron su consumo a lo largo del post-test y el seguimiento al primer mes, antes de iniciar la intervención el patrón de consumo mínimo fue de 0.3 y el máximo de 11.33, al finalizar la intervención el patrón de consumo mínimo de 0 y el máximo fue de 5.7, mientras que en el seguimiento patrón de consumo máximo de 4.6. De manera global, la media del patrón de consumo durante el pre-test fue de 4.89, la media del post-test fue de 0.66 y la media del seguimiento a 1 mes fue de 0.71. El ANOVA de medidas repetidas arrojó que existen diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones de pre-test, post-test y seguimiento a 1 mes ($F(1)=10.61$, $p=.006$), con un 44% de la varianza explicada.

Figura 1

Medias en el patrón de consumo en las diferentes fases de evaluación

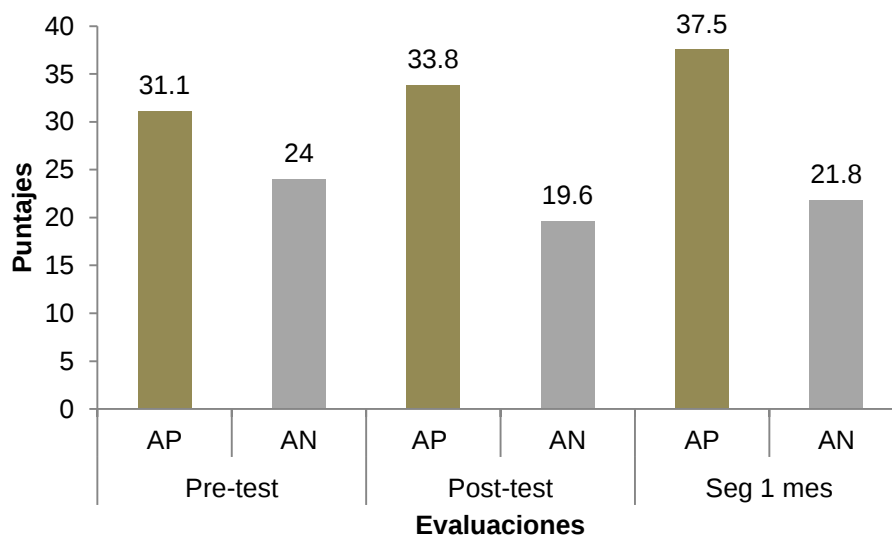


En cuanto a los puntajes de AP y AN, en la Figura 2 se muestra la media de los puntajes obtenidos de las tres evaluaciones realizadas, cabe mencionar que las puntuaciones

del instrumento PANAS se agrupan en los siguientes rangos, 0-17 bajo, 18-34 moderado y 35-50 alto, con lo anterior se puede observar que el AP fue incrementando a lo largo de las evaluaciones de un rango medio a alto y el AN por su parte presentó una disminución que sin embargo se mantuvo en el mismo rango de bajo en las tres evaluaciones. Se realizó un ANOVA de medidas repetidas para evaluar las diferencias entre los puntajes de AP y AN de las diferentes mediciones, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de AP y AN de las mediciones pre-test, post-test y seguimiento 1 ($F(12)=2.717, p=.106$), resultados que podría explicarse por poca variación entre los puntajes de cada medición o bien por el tamaño de la muestra elegido.

Figura 2

Comparación de los puntajes de AP y AN, pre-test, post-test y seguimiento 1 mes



Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo evaluar si los puntajes de AP y AN antes y después de tomar una intervención telefónica para dejar de fumar se asocian con el patrón de consumo a lo largo de una intervención y en el seguimiento a 1 mes.

Los resultados obtenidos demuestran que en la muestra que conformó este estudio y que se integró en un programa telefónico para dejar de fumar, se encontró una correlación negativa moderada entre el patrón de consumo inicial y el AN del seguimiento a 1 mes, así como una correlación negativa moderada entre el patrón de consumo final y el AP del post-test. Se esperaba además que estos resultados se explicaran en concordancia con el comportamiento individual de las variables de interés, patrón de consumo y AP-AN, sin embargo, el comportamiento del AP y AN por separado fue diferente, vale la pena analizar los resultados de cada uno.

Comenzando por el AP, se puede observar que este tiende a incrementar en cada una de las evaluaciones realizadas, a pesar que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones de AP, es clara la correlación cuando se comparan los puntajes de AP con el patrón de consumo, pues a medida que el patrón de consumo fue decreciendo, los puntajes de AP fueron incrementando, en este sentido, al finalizar la intervención aquellos usuarios con patrones de consumo altos tenían a su vez puntajes de AP bajos. Este resultado coincide con los obtenidos por Lam et al. (2012), en donde observó que las personas que participaban en estudios para dejar de fumar y no podían lograr la abstinencia mostraban niveles más bajos de AP durante la post-evaluación.

Los resultados de otras investigaciones no han sido consistentes en esclarecer el papel que juega el AP en el consumo de tabaco, en específico, en qué fase del proceso adictivo es donde tiene mayor injerencia, por un lado, hay autores que argumentan que es durante la abstinencia que una disminución del AP podría predecir una recaída, (Cheetham, 2010 & Bujarski 2015), Klemperer et al., (2020) por ejemplo, a través de estudios de meta-análisis reporta que la abstinencia de tabaco se asocia con una disminución en el AP, lo cual en concordancia con otros autores podría explicar la dificultad de mantener la abstinencia a largo plazo. De igual manera, este estudio aporta evidencia que apoya la importancia del AP en el logro de la abstinencia o bien la disminución del patrón de consumo.

Respecto al AN, los puntajes parecen mostrar un decremento a través de las evaluaciones, sin embargo, en la evaluación del seguimiento a 1 mes se presenta un incremento que nos permitiría hipotetizar que en seguimientos posteriores el AN podría seguir incrementando. Cuando comparamos los cambios en el patrón de consumo con el AN, encontramos una interacción interesante, pues en el seguimiento a 1 mes cuando algunos usuarios habían mantenido la abstinencia o bien patrones de consumo menor a 1 cigarro, a su vez mostraron incrementos en sus puntajes de AN.

Los resultados anteriores coinciden con los autores que establecen que el AN es un componente importante del síndrome de abstinencia, el incremento de AN cuando los usuarios se encontraban en abstinencia da muestra de la aparición de síntomas físicos y psicológicos relacionados con el cese en el consumo de tabaco, estos a su vez podrían informar del riesgo latente de una recaída (Lira-Mandujano, Carrascoza & Cruz, 2010). Es además interesante, comentar que el incremento del AN en el seguimiento puede ser

muestra también de un mantenimiento de los síntomas de abstinencia que puede presentarse a largo plazo (American Psychiatric Association, 2002).

Además se encontró una correlación negativa moderada entre el patrón de consumo inicial y el AN del seguimiento a 1 mes, lo cual refleja que aquellos usuarios que antes de iniciar la intervención tenían patrones de consumo bajos, obtuvieron niveles de AN más altos durante el seguimiento 1, y por el contrario, aquellos que tenían patrones de consumo más altos en el seguimiento a 1 mes sus niveles de AN fueron más bajos, aunque estos resultados no son significativos, muestran una interacción que no se esperaba y podrían reflejar que los usuarios que tienen menores patrones de consumo antes de iniciar la intervención tendrían más probabilidad de recaer, probablemente a que previamente no han experimentado síntomas de abstinencia, en cambio, aquellos que presentan patrones de consumo más altos, probablemente están más motivados por dejar de fumar y tienen experiencia previa con el cese en el consumo, sin embargo, estas conclusiones tendrían que estar apoyadas por análisis que consideren los intentos previos por dejar de fumar y el tiempo de abstinencia logrado previamente (Yong, Borland, Cummings & Partos, 2018).

En resumen, los resultados obtenidos de este estudio, aportan evidencia de los cambios que se presentan en el patrón de consumo y el AP-AN en una intervención telefónica para dejar de fumar, dicha intervención permitió obtener cambios en el patrón de consumo de los usuarios, quienes tuvieron reducciones significativas de su consumo o bien en otros casos, lograron la abstinencia, además incrementos en el AP, en especial en quienes lograron patrones de consumo más bajos.

Estos resultados reflejan la importancia clínica de favorecer un aumento del AP a través de las intervenciones a distancia para dejar de fumar, que permita el logro de la abstinencia y un mantenimiento de la misma a través del tiempo. Por otro lado, si bien la intención no es que puntajes altos de AP compitan para decrementar el AN, ya que la evidencia dice que estos son constructos que no están correlacionados, por lo que un usuario podría presentar puntajes altos de ambas variables, sí es importante que las intervenciones impacten en cambios que favorezcan la abstinencia y disminuyan la probabilidad de recaída. Respecto al AN, la recomendación recae en evaluarlo previo al logro de la abstinencia y lo largo de la misma, y dotar a los usuarios de herramientas que permitan hacer frente al síndrome de abstinencia, sobre todo una vez que han concluido la intervención.

En cuanto a las limitaciones de estudio, un factor importante que pudo haber favorecido en la obtención de resultados no significativos es un tamaño de la muestra pequeño, además también habría que considerar el momento de la evaluación de la aplicación del instrumento PANAS, pues los resultados podrían cambiar respecto a si se evalúa antes o después de las sesiones de intervención.

En conclusión, este estudio arroja evidencia en torno a la dirección que presenta el AP y el AN en comparación con el patrón de consumo, sin embargo, como recomendaciones para estudios futuros, es importante considerar como covariables los intentos previos por dejar de fumar y el tiempo máximo de abstinencia que se ha logrado, con el fin de esclarecer si estas variables influyen en los puntajes de AN que se obtienen una vez que se concluye una intervención. Además adquiere importancia seguir analizando la evolución del AP-AN en posteriores seguimientos para confirmar si la tendencia del AP

sigue incrementando y la de AN tiende a incrementar en los seguimientos posteriores a la conclusión de la intervención.

REFERENCIAS

- Abdul-Kader, J., Airagnes, G., D'almeida, S., Limosin, F. & Le Faou, A. L. (2018). Les outils du sevrage tabagique en 2018. *Revue de Pneumologie Clinique*, 74(3), 160-169.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSMIV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Texto revisado*. Masson. Recuperado de: <http://www.psicomed.net/principal/dsmiv.html>
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R & Fiore, M. C. (2004). Addiction Motivation Reformulated: An Affective Processing Model of Negative Reinforcement. *Psychological Review*, 111, 33-51.
- Baker, T. B., Brandon, T. H. & Chassin, L. (2004). Motivational influences on cigarette smoking. *Annu. Rev. Psychol.*, 55, 463-491.
- Becoña et al. (2014). El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del Psicólogo* 35(3), 161-168.
- Bränström, R., Penilla, C., Prez-Stalbe, E. J. & Muñoz, R. F. (2010). Positive affect and mood management in successful smoking cessation. *American Journal of Health Behavior*, 34(5), 553-562.
- Bujarski, S., Roche, D. J., Sheets, E. S., Krull, J. L., Guzman, I. & Ray, L. A. (2015). Modeling naturalistic craving, withdrawal, and affect during early nicotine abstinence: A pilot ecological momentary assessment study. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 23(2), 81.

- Cheetham, A., Allen, N. B., Yücel, M. & Lubman, D. I. (2010). The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clinical psychology review*, 30(6), 621-634.
- Cook, J. W., Spring, B. & McChargue, D. (2007). Influence of nicotine on positive affect in anhedonic smokers. *Psychopharmacology*, 192(1), 87-95.
- Decker, S. E., Morie, K. P., Malin-Mayo, B., Nich, C. & Carroll, K. M. (2018). Positive and negative affect in cocaine use disorder treatment: Change across time and relevance to treatment outcome. *The American journal on addictions*, 10.1111/ajad.12716. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/ajad.12716>
- Garey, L., Kauffman, B. Y., Manning, K. F., Taha, S. A., Schmidt, N. B., Neighbors, C. & Zvolensky, M. J. (2019). The effect of positive and negative affect on early treatment milestones in the context of integrated smoking treatment. *Journal of addiction medicine*, 13(1), 47.
- Gökbayrak, N. S, Paiva A. L, Blissmer, B. J. & Prochaska J. O. (2015). Predictors of relapse among smokers: transtheoretical effort variables, demographics, and smoking severity. *Addictive Behavior*, 42, 176-179. doi:10.1016/j.addbeh.2014.11.022
- Heffner, J. L., Mull, K. E., McClure, J. B. & Bricker, J. B. (2018). Positive Affect as a Predictor of Smoking Cessation and Relapse: Does It Offer Unique Predictive Value among Depressive Symptom Domains? *Substance use & misuse*, 53(6), 980–988. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1387569>

- Heydari, G., Jianfar, G., Alvanpour, A., Hesami, Z., Talischi, F. & Masjedi, M. R. (2011). Efficacy of telephone quit-line for smokers in iran: 12 months follow up results. *Tanaffos*, 10(3), 42-48.
- Jha, P. (2012) Avoidable deaths from smoking: a global perspective. *Public Health Reviews* 33, 569-600. <https://doi.org/10.1007/BF03391651>
- Jiménez, R. C. A. & Fagerström, O. K. (2007). Tratado de tabaquismo. 2ªEd. Madrid: Ergon
- Kassel, J. D., Evatt, D. P., Greenstein J. E., Wardle M. C., Yates M. C. & Veilleux J.C. (2007) The acute effects of nicotine on positive and negative affect in adolescent smokers. *Journal Abnormal Psychology* 116(3), 543-553. doi:10.1037/0021-843X.116.3.543.
- Kazdin, A. E. (2001). Métodos de investigación en psicología clínica (3ª.ed.). México: Pearson Educación.
- Klemperer, E. M., Hughes, J. R., Peasley-Miklus, C. E., Callas, P. W., Cook, J. W., Streck, J. M., & Morley, N. E. (2020). Possible New Symptoms of Tobacco Withdrawal III: Reduced Positive Affect—A Review and Meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research*. En prensa. doi:10.1093/ntr/ntaa044
- Lam, C. Y., Robinson, J. D., Versace, F., Minnix, J. A., Cui, Y., Carter, B. L., Wetter, D. W. & Cinciripini, P. M. (2012). Affective reactivity during smoking cessation of never-quitters as compared with that of abstainers, relapsers, and

continuing smokers. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 20(2), 139–150. <https://doi.org/10.1037/a0026109>

Lancaster, T. & Stead, L. F. (2017). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*, 3 Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub3.

Leslie F. M., Mojica C. & Reynaga. D. D. (2013). Nicotinic receptors in addiction pathways. *Molecular Pharmacology* 83, 753–758.

Leventhal, A. M, Greenberg J. B, Trujillo M. A, et al. (2013). Positive and negative affect as predictors of urge to smoke: temporal factors and mediational pathways. *Psychological Addictive Behavior*, 27(1), 262-267. doi:10.1037/a0031579

Lira-Mandujano, J., Carrascoza, V. C. A. & Cruz, M. S. E (2010). El efecto negativo en el síndrome de abstinencia a la nicotina. *Anuario de investigación en adicciones*, 11(1). 1-8.

Lira-Mandujano, Cruz-Morales S. E & Ayala V. H. E. (2012). Intervención Breve Motivacional para Fumadores (1 Ed). México: Secretaría de Salud

Lira-Mandujano, J., González-Betanzos, F., Carrascoza Venegas, C. A., Ayala V. E., & Cruz-Morales, S. E. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud mental*, 32(1), 35-41.

Lira-Mandujano, J., Míguez, M. C., & Cruz-Morales, S. (2016). Negative Reinforcement in the relationship between negative affect and smoking relapse: A review. En A. M. Columbus (Ed), *Advances in Psychology Research* (pp. 79-93). Nueva York: *Nova Science Publishers*.

Lira-Mandujano, Míguez. M. C. & Cruz-Morales. (2016). Negative reinforcement in the relationship between negative affect and smoking relapse: A review. In *Advances in Psychology Research*, Volumen 115. ISBN: 978-1-63484-887-9 Editor: Alexandra M. Columbus, pp. 79-93. Nova Science Publishers, Inc.

Míguez M. C., Vázquez F. L. & Becoña E. (2000). El consejo telefónico aplicado al tratamiento de fumadores. *Adicciones* (12)2, 235-343.

McLaughlin, I., Dani, J. A. & De Biasi, M. (2015). Nicotine withdrawal. *Current topics in behavioral neurosciences*, 24, 99–123. https://doi.org/10.1007/978-3-319-13482-6_4

Muñoz, M. Á., Sanjuan, R., Fernández-Santaella, M. C., Vila, J. & Montoya, P. (2011). Aspectos neuropsicológicos del craving por la nicotina. *Adicciones*, 23(2), 111-123. Recuperado de: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/154>

OMS. (2019). El tabaco y el cuerpo humano. Consultado el 28 de abril del 2020: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324847/WHO-NMH-PND-19.1-spa.pdf?ua=1>

- Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (2017). Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2015. Cuernavaca, México: INSP/OPS.
- Pichon-Riviere, A., Bardach, A., Augustovski, F., Alcaraz, A., Reynales-Shigematsu, L. M., Pinto, M. T ... & Munarriz, C. L. (2016). Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40, 213-221.
- Pomerleau, O. F., Fagerström, K., Marks, J., Tate, J. & Pomerleau, C. (2003). Development and validation of a self-rating scale for positive and negative reinforcement smoking: The Michigan Nicotine Reinforcement Questionnaire. *Nicotine & Tobacco Research* 5(5), 711-718.
- Ramón, J. M., Nerin, I., Comino, A., Pinet, C., [Abella, F.](#), [Carreras, J. M.](#)... & Marqueta, A. (2013). A multicentre randomized trial of combined individual and telephone counselling for smoking cessation. *Preventive Medicine*, 57(3), 183-188.
- Reynales-Shigematsu, L. M., Zavala-Arciniega, L., Paz-Ballesteros, W. C., Gutiérrez-Torres, D. S., García-Buendía, J. C., Rodríguez-Andrade, M. A... & 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%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>

- Schuck, K., Bricker, J. B., Otten, R., Kleinjan, M., Brandon, T. H. & Engels, R. C. (2014). Effectiveness of proactive quitline counselling for smoking parents recruited through primary schools: results of a randomized controlled trial. *Addiction*, 109(5), 830-841.
- Shurman J, Koob G. F & Gutstein H. B. (2010). Opioids, pain, the brain, and hyperkatifeia: a framework for the rational use of opioids for pain. *Pain Medicine* 11(7), 1092-1098. doi:10.1111/j.1526-4637.2010.00881.
- Stead, L. F., Hartmann-Boyce, J., Perera, R & Lancaster, T. (2013). Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*, 8. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub3
- Villardaga, R., Heffner, J. L., Mercer, L. D. & Bricker, J. B. (2014). Do counselor techniques predict quitting during smoking cessation treatment? A component analysis of telephone-delivered Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour research and therapy*, 61, 89-95.
- Villalobos, J. A., Calleja, N., Aguilar, A. & Valencia, A. (2015). Un modelo estructural de la dependencia al tabaco en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 25(1), 103-109.

- Vinci, C., Kinsaul, J., Carrigan, M. H. & Copeland, A. L. (2015). The relationship between smoking motives and smoking urges experienced in response to a negative affect induction. *Addictive behaviors*, 40, 96-101.
- Watson, D, & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin* 98, 219–235.
- WHO. (2014). *Telephone Training Tobacco Quit Line Counsellors: Counselling*. Francia: WHO Document Production Services, 1-129.
- WHO. (2018). WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025. Second edition. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2003). Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Recuperado el 02 de mayo del 2020: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf>
- Yong, H. H, Borland, R, Cummings K. M. & Partos T. (2018). Do predictors of smoking relapse change as a function of duration of abstinence? Findings from the United States, Canada, United Kingdom and Australia. *Addiction* 113(7), 1295-1304. doi:10.1111/add.14182
- Zhou, X., Nonnemaker, J., Sherrill, B., Gilseman, A. W., Coste, F. & West, R. (2009). Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive behaviors*, 34(4), 365-373.

Zhu, S-H., Stretch, V., Balabanis, M., Rosbrook, B., Sadler G. & Pierce J. P. (1996).

Telephone counseling for smoking cessation: effects of single-session and multiple session interventions. *Journal of consulting and clinical psychology* 64(1), 202-11.

Zuo, Y, Rabinovich, N. E. & Gilbert D. G. (2017). Negative affect subtypes and craving

differentially predict long-term cessation success among smokers achieving initial abstinence. *Psychopharmacology (Berl)* 234(5), 761-771.
doi:10.1007/s00213-016-4509-1