



UNIVERSIDAD OPARIN S.C

CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 8794

PLAN 25 AÑO 08

Identificación del tipo de motivación presente en pacientes con trastorno por consumo de tabaco, a través de una escala Likert y la entrevista motivacional que acuden por primera vez a la clínica contra el tabaco y otras sustancias del Hospital General de México.

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
GONZALEZ SAUZA MELANNY NICOLE

ASESOR:
MTRO. ALFREDO MONTIEL LEMUS

Ecatepec de Morelos, Estado de México. Noviembre 2023



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.



UNIVERSIDAD OPARIN S.C.

CLAVE UNAM 8794

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS

**LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS
UNAM**

Presente:

Me permito informar a usted que el trabajo escrito:

“Identificación del tipo de motivación presente en pacientes con trastorno por consumo de tabaco, a través de una escala Likert y la entrevista motivacional que acuden por primera vez a la clínica contra el tabaco y otras sustancias del Hospital General de México”

Elaborado por:

Gonzalez	Sauza	Melanny Nicole	316662352
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Núm. de cuenta

Alumna de la carrera de: Psicología

Reúne los requisitos académicos para su impresión.

Ecatepec de Morelos, Edo. de México, noviembre de 2023


Mtro. Alfredo Montiel Lemus
Nombre y firma del Asesor
de la Tesis




Lic. Guadalupe Lilia Pérez Caballero
Nombre y firma del Director
Técnico

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a Dios por permitirme llegar a esta etapa de mi vida a pesar de vivir distintas situaciones hoy gracias a el pude lograr mi mayor meta ya que me ha dado la fuerza para seguir adelante.

A mis padres

Por ser mis guías a lo largo de mi vida, que diariamente me demuestran su cariño y afecto, por estar conmigo en mis mejores y peores momentos, al igual que todo su amor incondicional que me demuestran todos los días.

A mi hermana

Por siempre estar cuando más la he necesitado y por todo tu apoyo moral, al igual que soportaste mis desveladas y caprichos, quiero decirte que cada día me vuelvo más fuerte por ti y recuerda siempre que mejor siempre está por venir, no te des por vencida.

A mi mamá 2

Por estar al pendiente de mi desde que nací hasta ahora, por contemplarme como una de sus hijas y darme todo su amor y cariño, te amo mucho.

A Eduardo

Por todo tu apoyo que me has dado desde siempre de forma académica hasta la forma profesional, por tu cariño y por los momentos divertidos, eres mi primer ejemplo a seguir hasta el final de nuestros días.

A Vero

Por tu amor al igual que los momentos de diversión y de chisme, por estar cuando te he necesitado, brindarme tus consejos y mantenerme siempre bella, te quiero mucho.

A Rocío

Por hacerme ver que los sueños si se pueden hacer realidad, por motivarme para asistir a la escuela al igual que agradecerte por formar parte de mi crecimiento tanto personal como profesional, al igual que procuraste que siempre tuviera mi panza llena y por considerarme como tu hija, te quiero mucho.

A los Puchis

Por acompañarme en mis noches de desvelos y dar muchos ladridos para mantenerme despierta.

A Mtro. Alfredo Montiel Lemus

Por haberme brindado la oportunidad de poder trabajar en conjunto y también por darme de su tiempo al igual que dedicación para poder sacar este trabajo adelante. Gracias por su amistad y su tiempo para mí siempre.

A Dra. María Angélica Ocampo Ocampo

Por brindarme la oportunidad de llevar a cabo esta gran investigación en su clínica, al igual que permitirme trabajar con usted durante este año y por el cariño y la comprensión que me ha dado, parte de mi formación es gracias a usted.

Psic. César Popoca y Psic. Abraham Sánchez

Por todo su conocimiento que me brindaron en la clínica, por enseñarme a trabajar con los pacientes, a ser más responsable y profesional en mi trabajo, por ustedes le tengo tanto amor a la psicología clínica y a la TCC.

A mis profesores

Por toda su dedicación, esfuerzo y exigencia a lo largo de mi vida académica, estaré siempre agradecida con ustedes.

A mis amigos Liz, Germán, Rich, Gio, Sergio, Naye y Eri

Por llegar a mi vida cada uno en el momento indicado, por sus consejos, los momentos de billar, de comida de señoras, de fiestas, antros y por estar cuando más los necesito.

También a mis colegas Abril, Kam, Linda y July por todo lo vivido y lo que he aprendido de ustedes.

Dedicatoria para José Sauza Rico

Mi tesis te la dedico con todo mi amor y cariño por enseñarme que tengo que mantenerme fiel a mí misma siempre me llevará muy lejos, al igual que tenerme confianza. Fuiste inspiración y motivación para que hoy estuviera hablando del consumo de tabaco porque tú fuiste capaz de abandonarlo y gracias a eso ahora me permites transmitirlo a los otros, ya que tu decías preocúpate cuando no salga el sol y ahora lo creo, gracias papá te amo hasta donde quiera estés.

Índice

Introducción.....	2
1 CAPITULO I TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE NICOTINA	5
1.1 Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	5
1.2 Clasificación de las sustancias psicoactivas.....	8
1.3 Etiología y efectos biopsicosociales del consumo de sustancias.....	12
1.4 ¿Cómo se genera la adicción y dependencia al consumo de sustancias?	14
1.5 Modelos de abordaje del consumo de sustancias	17
1.6 Diagnósticos del consumo de sustancias.....	19
1.7 Tratamiento para los trastornos de consumo de sustancias.....	21
1.7.1 Prevención de Recaída (PR)	22
1.7.2 Terapia Breve Estratégica (BSFT por sus siglas en ingles).....	23
2 CAPITULO II CONSUMO DE TABACO	24
2.1 Antecedentes del consumo de tabaco.....	24
2.2 Epidemiología del consumo de tabaco en el Mundo y México.....	25
2.2.1 MPOWER	26
○ Monitor.....	26
○ Protect	26
○ Offer	26
○ Warn.....	26

o	Enforce	27
	Raise:	27
2.2.2	Epidemiología en México	27
2.2.3	Legislación de consumo de tabaco en México	27
2.3	¿Qué es el consumo de tabaco y el tabaquismo?	28
2.3.1	¿Qué es el tabaquismo?	29
2.4	Sustancias químicas del tabaco y su industrialización.....	31
2.4.1	Industrialización del tabaco.....	32
2.5	Nuevas formas de consumo de tabaco	33
2.6	Daños a la salud que genera el consumo de tabaco	34
2.6.1	Daños físicos a la salud	34
2.6.2	Daños a la salud mental.....	36
2.6.3	Daño Sociales por consumo de tabaco.....	39
2.7	Criterios diagnósticos del tabaco.....	41
2.7.1	DSM-5	42
2.7.2	CIE-11	43
2.7.3	Tipos de fumadores	44
2.8	Proceso de dependencia, tolerancia y abstinencia en el consumo de tabaco.....	45
2.8.1	Dependencia psicológica en fumadores.....	45
2.8.2	Tolerancia al tabaco.....	46
2.8.3	Abstinencia al consumo de tabaco.....	46

3	CAPITULO III ETIOLOGÍA PSICOLÓGICA DEL CONSUMO DE TABACO.....	48
3.1	¿Cómo se origina el consumo de tabaco?	48
3.1.1	Origen Bilógico	49
3.1.2	Origen Social	50
3.1.3	Origen Psicológico	52
3.2	Aprendizaje social y el consumo de tabaco.....	54
3.3	Papel del psicólogo y el trabajo multidisciplinario con el campo médico	56
3.3.1	Campo Psicológico	56
3.3.2	Campo Médico.....	58
4	CAPÍTULO IV CLÍNICA CONTRA EL TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS ADICTIVAS	61
4.1	Breve Historia de la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas.....	61
4.2	Tipo de tratamiento aplicado en la Clínica Contra el Tabaco.....	62
4.2.1	Antecedentes de la modificación de la conducta.....	63
4.2.2	Teoría Cognitiva	64
4.2.3	Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)	64
4.3	Técnicas utilizadas para la intervención en la Clínica contra el Tabaco basadas en el Modelo Cognitivo Conductual.....	65
4.4	Pruebas psicométricas y diagnosticas para el consumo de tabaco	66
4.4.1	Pruebas para medir ansiedad	67
4.4.2	Pruebas para medir depresión	67
4.4.3	Prueba para medir impulsividad	68

4.4.4	Pruebas para evaluar el consumo de tabaco	68
4.5	Hoja de primer contacto con el paciente	69
4.5.1	Datos del Interesado en entrar al programa de la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas	69
4.5.2	Historia y estado actual de consumo.....	71
4.5.3	Test de Richmond.....	73
4.5.4	La Consejería Breve como una influencia en la cesación de consumo de tabaco	75
4.5.5	Etapas de Cambio de Prochaska y DiClemente.....	78
5	CAPITULO V LA MOTIVACIÓN COMO PARTE DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL APLICADA A FUMADORES DE TABACO	82
5.1	Origen y definición de motivación.....	82
5.1.1	Definición de motivación	83
5.2	Teorías motivacionales	86
5.2.1	Teoría motivacional del instinto.....	86
5.2.2	Teoría de la reducción de impulsos (DRIVE).....	87
5.2.3	Teoría de la motivación humana	88
5.2.4	Teoría de la autodeterminación.....	90
5.2.5	Teoría de la autoeficacia.....	92
5.3	Motivación intrínseca y Motivación extrínseca.....	94
5.3.1	Motivación intrínseca	95
5.3.2	Motivación extrínseca	96

5.4	Proceso motivacional de Deckers	98
5.5	La entrevista motivacional.....	99
5.5.1	El espíritu de la entrevista motivacional	102
5.5.2	Concepto de entrevista motivacional.....	102
5.5.3	Principios de la entrevista motivacional.....	103
6	CAPITULO VI METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	105
6.1	Justificación	105
6.2	Población	106
6.3	Objetivo general.....	106
6.4	Objetivos particulares.....	106
6.5	Hipótesis de investigación.....	107
6.5.1	Hipótesis nula	107
6.5.2	Hipótesis alternativa.....	107
6.6	Variables.....	107
6.7	Tipo de investigación	107
6.8	Tipo de muestra	107
6.9	Lugar de escenario	107
6.10	Materiales	108
6.11	Instrumentos.....	108
6.12	Procedimiento.....	110
7	CAPITULO VI ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	

7.1	Variables demográficas de la muestra	111
8	CAPITULO VIII CONCLUSIONES	125
9	ANEXO 1	131
10	EMEI.....	131
11	ANEXO 2	133
12	Bibliografía.....	134

Introducción

El tabaco no te relaja, no te hace ver más maduro, no te otorga personalidad, ni llenar un vacío con él, por otra parte, abandonar el consumo ya no te hace esclavo de la muerte sino, te vuelve capaz de cualquier cosa. El uso de sustancias, específicamente el consumo de tabaco perjudica a 150 millones de mexicanos (ENCODAT, 2017), se contempla que en México fallecen alrededor de 118 personas a causas del consumo de tabaco, de acuerdo con una investigación realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública indica que el uso de tabaco ha provocado 16 mil 408 casos de cáncer y 94 mil 033 infartos (Adicciones, 2022).

Dicho tema ha generado gran relevancia hasta el punto de que se han creado distintas instituciones en México para que se erradique el consumo de tabaco, algunas de estas instituciones son; CAPA, CIJ, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, por mencionar algunas.

La Clínica Contra el Tabaco y otras sustancias adictivas, fue fundada como un programa de cesación de tabaco y como programa de educación para la salud en cuanto a la prevención del consumo. La corriente por trabajar depende del terapeuta, en el caso de la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas utilizan la corriente cognitiva conductual, la cual, permite al paciente ser capaz de encontrar interpretaciones flexibles, funcionales y adaptativas de cada acontecimiento que experimenta, en este caso por el consumo de tabaco.

Aquí se lleva a cabo un primer contacto con el paciente, es decir, llevar la atención a pacientes que tienen interés en abandonar el consumo de tabaco. Para esta investigación se utilizó la entrevista motivacional en pacientes que acuden por primera vez a la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas ya que esta tiene como objetivo que los pacientes genere la motivación necesaria para generar un cambio importante en la conducta del consumo de tabaco.

La motivación es un papel importante en los seres humanos ya que determina el actuar

de las personas para darle dirección y sentido para dirigirse hacia una meta, generalmente esta motivación tiende a surgir a partir de un aprendizaje o del juicio de un individuo para realizar una conducta que le cause satisfacción en tal caso que la persona tenga la motivación necesaria para erradicar su consumo de tabaco. Para poder realizar esta investigación se abordaron los siguientes temas que van a permitir fundamentar el desarrollo de esta investigación.

En el primer capítulo se abordará, de forma general, cuales son las sustancias que se utilizan por las personas, también explicar la clasificación de cada una de estas sustancias psicoactivas a partir del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM al igual que su clasificación si estas sustancias son consideradas legales o ilícitas, también como es el proceso de adicción y dependencia de consumo al igual explicar los modelos de abordaje a considerar, también se describirá el diagnóstico para el consumo de sustancias a partir del DSM y el CIE-11 y como es el tratamiento para abarcar las sustancias psicoactivas.

En el segundo capítulo se habla del consumo de tabaco tanto en el mundo como en México, como les su estructura a partir de sustancias químicas y como es que se ha industrializado el tabaco, se considera hablar también de las nuevas maneras de consumir tabaco en la sociedad, también se consideran los daños a la salud física, mental y social que ocurren por el consumo frecuente de tabaco, habla respecto a los criterios diagnósticos del trastorno por consumo de tabaco a partir del DSM y el CIE-11, al igual que explicar los tipos de fumadores, por último se explicará cómo es que se lleva a cabo el proceso de dependencia, tolerancia y abstinencia en el consumo de tabaco.

En el tercer capítulo se expondrá el origen biológico, social y psicológico del consumo de tabaco, a la influencia del aprendizaje social como un factor de que se ingiera la sustancia psicoactiva y también contemplar el papel del psicólogo y el trabajo multidisciplinario que se tiene con otras áreas relacionadas a la salud.

En el cuarto capítulo se hablará de la clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas,

sobre su origen, el tipo de tratamiento que se aborda para trabajar con la adicción, al igual que se expone el instrumento que permite obtener la información de los pacientes a partir del primer contacto por medio de la consejería breve y por último se describen las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente.

En el capítulo cinco, se exponen las teorías motivacionales en las cuales se explica el proceso de la motivación intrínseca y extrínseca, al igual que se expone el funcionamiento de la entrevista motivacional.

En el capítulo seis, se explica la metodología cómo lo es el objetivo particular y también los específicos, también se desarrollan las hipótesis de investigación, nula y alternativa, también cómo se desarrolla y se hace uso de los instrumentos para conocer las motivaciones de los pacientes que acuden por primera vez.

En el capítulo siete se describe el análisis y los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la evaluación para medir motivación extrínseca e intrínseca.

Ya que se ha explicado los capítulos de manera general se logró diseñar un objetivo general para dicha investigación con la finalidad de Detectar a partir de una Escala Likert el tipo de motivación que presentan las personas que acuden a la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas, para iniciar un tratamiento psicológico en conjunto con la Entrevista Motivacional.

CAPITULO I TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE NICOTINA

Es importante hablar del consumo de sustancias debido a sus nuevos usos e impactos en la sociedad tanto como jóvenes y adultos, debido al uso y abuso de estas se conoce que se puede presentar una alteración funcional tanto psicológica, física y socialmente, a lo largo de este capítulo vamos a entender sus clasificaciones, como es que se genera una adicción, un diagnóstico para el uso de las sustancias y el respectivo tratamiento para erradicarlo.

1.1 Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

Las sustancias (drogas) han generado un gran impacto a lo largo de la historia humana, de acuerdo con las cuestiones sociales la mayor parte del consumo se sitúa cuando la persona se encuentra en un entorno donde se manifiestan distintos estímulos que le permiten realizar la conducta de manera directa o indirecta. Puede generar daños a su área social afectando su relación familiar, problemas de pareja, conflictos entre amigos, escolares, de trabajo o problemas legales. En cuanto a la salud, los consumidores no se pueden percatar de manera inmediata del daño al cuerpo ya que este surge de forma progresiva y discreta afectado de manera física, neurológica, psicológica, siendo una probabilidad de causar un daño permanente en la persona.

El consumo de sustancias se ha remontado desde los inicios de las culturas autóctonas de América y Sudamérica y del Occidente, se consideraba funcional para encontrarse con su cosmos o cuestiones espirituales implicando aspectos religiosos, para encontrar una forma de sanar a los enfermos o invocar a los espíritus, generalmente quienes hacían uso de estas sustancias, eran los chamanes, brujos y sacerdotes. Con el tiempo y debido a la expansión y comercialización de las sustancias se modificó el uso para generar euforia, satisfacción y placer a los consumidores.

El cannabis utilizada en el siglo XVI por las clases bajas de acuerdo con Rubin, (1975y 1995) era conocido como “*el opio de los pobres*”. Existen indicios de cultivo en Europa por el siglo 25 A.C y en China en el año 4000 A.C al igual que la fermentación del consumo de bebidas, el cultivo donde tuvo más éxito fue en Norte América traído por los esclavos de color procedentes de África. A partir del siglo XX el consumo del cannabis se relacionó con las clases bajas y aún continuaba con el estereotipo de las personas de color ya que era de fácil acceso.

Mientras que el consumo de alcohol es utilizado desde el año 3000 A.C en Mesopotamia, se encuentran las primeras documentaciones del consumo de sustancias embriagantes y opios (cannabis). El consumo de tabaco es utilizado desde hace más de 10,000 años por los antiguos nativos de América, se consideraba valiosa ya que fue cosechada por todo este continente y con la llegada de los españoles se tiene el registro que ellos expandieron e hicieron uso de la comercialización y modificar el uso medicinal, religioso y ceremonial.

Durante el siglo XX se comienza a industrializar nuevas sustancias de uno farmacéutico para controlar distintos tipos de enfermedades, por ejemplo: pulmonares, cardiovasculares, disfunción eréctil, algunas sustancias psicoactivas como la morfina y la heroína fueron un factor importante para la creación de estos fármacos modificando su estructura molecular para producir otros efectos beneficiosos. El siglo XX es considerado el punto de inflexión en el consumo de drogas ya que en 1905 esnifar (aspirar) cocaína se volvía una cuestión popular porque esta droga era considerada uso exclusivo de las personas que pertenecían a la clase alta, el LSD 1960 ya era utilizado en la población con la finalidad de modificar la personalidad del individuo.

Actualmente en el mundo se conoce que algunas de las sustancias mencionadas no se consideran legalizadas en algunas partes, sin embargo, su uso sigue siendo de alto impacto afectando a la salud del consumidor. Según el Informe Mundial Sobre las Drogas UNODC

(2022) se estima que en el año 2020 el cannabis fue utilizado por 209 millones de personas en el mundo representando al 4% de la población global, debido al impacto legal de esta sustancia, mientras que la sustancia más dañina para la salud es el Tabaco ya que ha representado el 5% de fallecimientos a nivel global. Mientras que en México y la Ciudad de México, de acuerdo con la ENCODE (2014) se observa que existe un porcentaje mayor de consumo de cannabis a nivel nacional con el 87.2% y en Ciudad de México un 84.8%, actualmente es la droga más consumida en México.

La definición de Sustancia Psicoactiva ha tenido múltiples modificaciones algunos nombres aún son válidos para referirnos a ellas ya sea de forma coloquial o profesional. En 1975 la Organización Mundial de la Salud define por primera vez el concepto de Droga Psicoactiva como *“toda sustancia que al ser introducida en el organismo modifica alguna de las funciones del sistema nervioso central”* (Kramer y Cameron, 1975). Mientras que el año de 1982 el concepto de Droga fue modificado por segunda vez definido como *“Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”* (OMS, 1982), estas se pueden producir de manera natural o sintética.

Una vez que se utilizó el término de droga inmediatamente se asoció con la palabra adicción también definida por la OMS (1984), por primera vez como drogodependencia, se define como *“un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética”* (pag.9), puede generar dependencia fisiológica y/o psicológica a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal, provocada por el abuso en el consumo, que causa una búsqueda ansiosa de la misma.

También se define droga como *“El uso constante y desmesurado de una droga, la cual involucra un proceso de reforzamiento conductual”* (Carlson, 2010, citado por Cortes 2018), es decir, cada que se realiza el consumo diariamente o en algún contexto la conducta se volverá repetitiva y generará dependencia. Actualmente es un término poco requerido para los

profesionales, es preferible utilizar el término sustancia psicoactiva, que de acuerdo con la OPS se define como *“diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento”* (OPS, 2019). Concepto del cual haremos mención a lo largo de los capítulos con la finalidad de hacer uso de esta nueva incorporación por parte de la OPS.

Estas sustancias por su origen pueden ser de tipo natural son las que no requieren algún proceso químico para su comercialización, mientras que las sintéticas son aquellas que pasan por modificaciones en el laboratorio para que pueda ser comercializada. Estas tienen la capacidad de modificar la percepción, el estado de ánimo y el comportamiento, si se consumen de forma excesiva afectan el sistema nervioso, inhibirá el cerebro, esto permitirá activar las neuronas dopaminérgicas para producir sentimientos de placer al consumir. De ahí, existan diferentes clasificaciones.

1.2 Clasificación de las sustancias psicoactivas

Los trastornos relacionados con sustancias se presentan como un comportamiento desadaptativo, de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5, menciona que existen 10 clases de diferentes sustancias; el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes, otras sustancias y el tabaco. Estos trastornos se dividen en dos grupos; Trastorno por Consumo de Sustancias (a) y los Trastornos Inducidos por Sustancias (b):

- a) Los primeros generan el uso persistente en los consumidores, presentan frecuentes recaídas y muestran un deseo intenso de consumo cuando están expuestos a estímulos relacionados con las drogas, generalmente se basa en un patrón patológico manifestando ansia y urgencia en cualquier momento, sin importar el ambiente donde se encuentre, se puede realizar este diagnóstico en cualquiera de las 10 clases de sustancias.

- b) Mientras que el segundo genera una intoxicación a corto plazo presentando alteraciones en la percepción, de la atención, del pensamiento, del razonamiento, de la conducta psicomotora y del comportamiento interpersonal, en cuanto más grande sea el consumo, más largo es el síntoma agudo de la intoxicación,
- c) En este apartado se incluye también trastornos mentales inducidos por medicamento, presentando reacciones de forma frecuente como una característica del Sistema Nervioso Central por la administración de medicamentos por distintos problemas médicos que pueda presentar el consumidor

De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC por sus siglas en inglés) señalan el uso el uso lícito o ilícito de las sustancias psicoactivas siendo un problema de salud a nivel mundial.

❖ **Drogas lícitas o legales**

En términos generales las drogas lícitas o legales son aquellas drogas que están legalmente disponibles o en caso de ser prescrita por algún médico y que se ha permitido su industrialización a gran parte del mundo, de modo que estas son bien vistas de manera cultural y social prenotándose como un elemento recreativo. Se reconoce una sustancia lícita al alcohol, nicotina, xantinas (cafeína, teobromina, teofilina), sustancias volátiles y psicofármacos.

❖ **Drogas ilícitas no legales**

Mientras que las ilícitas son aquellas que no están legalmente disponibles, ni producción, uso, transporte y comercialización son generalmente prohibidos. Se consideran de alta peligrosidad en uso y abuso, no son aceptadas a nivel social ni cultural, aunque sea de alto consumo en los países. Entre estas sustancias ilegales se encuentra el cannabis, opioides (opio, cocaína, heroína, morfina, fentanilo) de tipo anfetamínico (anfetaminas, metanfetaminas y éxtasis), entre otras.

Comúnmente en México de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y tabaco (ENCODAT) (2016-2017) se estimó que las edades de inicio de consumo de sustancias psicoactivas son en los hombres a los 17 y en mujeres a los 18 años, de acuerdo con el esquema social en México la mayoría de los adolescentes empiezan su consumo a razón social, haciendo uso de tabaco, alcohol y marihuana.

Las diez clases de sustancias (mencionadas anteriormente) pueden presentar efectos variados, todas afectan de distinto modo al Sistema Nervioso Central (SNC) el cual está conformado por el cerebro y la medula espinal, aquí se encuentran ubicadas las células nerviosas (neuronas) donde se permite transmitir la información. Nos permite procesar, memorizar, evaluar y dar una respuesta concreta a los estímulos externos, por lo general nos permite brindar reacciones precisas y rápidas.

Dentro de estas podemos considerar a aquellas sustancias lo estimulan, otras llegan a deprimir el sistema y su funcionamiento o en otro caso puede generar alucinaciones alterando la percepción y realidad del consumidor, a esto se le conoce como la clasificación de drogas estas no presentan un parámetro exacto sobre el SNC ya que de acuerdo con el nivel de consumo se presentará cierta dependencia física y psicológica. Se clasifican en; Estimulantes, Depresores y Alucinógenos.

❖ **Estimulantes**

Los estimulantes son las sustancias que incrementan la actividad del SNC influyendo a los neurotransmisores (dopamina, norepinefrina y serotonina) de forma que se produzca un estado de alerta, genera la productividad produce disminución en el apetito.

Según Jean Delay (1965) "en este grupo entran todas las sustancias que perturban la actividad mental y engendran una desviación delirante del juicio con distorsión en la apreciación de los valores de la realidad. Dichas drogas son generadoras de estados oníricos u oniroides, alucinaciones, estados de confusión o de despersonalización" (citado por Socorro Perrota, 2021).

Hace referencia a que estas son las responsables de que se genere un cambio psicológico que puede perjudicar directamente la realidad de la persona, enlazado con la forma de percibir su ambiente y todo aquello que le pueda rodear.

❖ **Depresores**

Las sustancias depresoras son aquellas que bloquean o inhiben el SNC, le provoca un estado de relajación y un estado de bienestar al consumidor ya que disminuyen el estado de alerta hacia el ambiente, reduce el funcionamiento cognitivo y la actividad física, aumenta la presión sanguínea, puede producir somnolencia, en un caso extremo se podría producir un coma o la muerte. Los neurotransmisores excitadores se bloquean y no permite que los receptores cumplan su función ya que ralentiza las funciones corporales hasta terminar con el efecto de la sustancia.

❖ **Alucinógenos**

En cuanto a los alucinógenos forman parte de las sustancias sintéticas, son aquellas que modifican el SNC generan cambios en la percepción, la memoria y en algunos casos cambios de comportamiento por la distorsión a la realidad. Pueden producir efectos alucinógenos que duramente 20 y 30 minutos, influyen dentro de la serotonina influyendo en el estado anémico, el sueño, el hambre o el comportamiento sexual.

En la siguiente tabla se muestra la clasificación de las sustancias psicoactivas de forma resumida lo que consiste y afecta el consumir en la cuestión biológica y psicológica.

Tabla 1

Clasificación de las sustancias psicoactivas

Agrupación de las drogas	Principales sustancias	Función	Efectos Bio-psicológicos
--------------------------	------------------------	---------	--------------------------

Estimulantes	-Anfetaminas -Cocaína - Tabaco (nicotina) -Xatinas (Cafeína)	Son aquellas sustancias que permiten activar el Sistema Nervioso Central (SNC), la actividad motriz y la cognición.	Pueden disminuir el apetito, presencia de presión arterial, tensión muscular, generar insomnio, ansiedad e irritabilidad.
Depresoras	Alcohol -Sedantes -Hipnóticos -Ansiolíticos -Opiáceos -Heroína - Benzodiacepinas	Son aquellas sustancias que disminuyen el Sistema Nervioso Central (SNC) que le permite al consumidor un completo estado de relajación, bienestar o sedación.	Actúan como calmantes o sedantes, desacelera la actividad cerebral, la atención, la coordinación motriz, el tono muscular y genera reacciones lentas.
Alucinógenos	-Cannabis -Inhalantes -LSD -Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP) (Espada & Lloret Irles)	Son aquellas que transforman las funciones del Sistema Nervioso Central (SNC) de forma que se generen ciertas distorsiones, ilusiones o alucinaciones, provocando una alteración en los procesos cerebrales. (Gómez, 2017, Citado por Paredes 2021)	Distorsionan la realidad del consumidor, altera sus sentidos, altera la percepción, aumenta los latidos del corazón y en un caso extremo se pueden producir malformaciones congénitas. Son sustancias que generan rápidamente tolerancia y dependencia psicológica. (Escohotado, 2000, citado por Sánchez 2019)

Nota: Como es que funciona cada sustancia y los efectos que provocan a los consumidores.

1.3 Etiología y efectos biopsicosociales del consumo de sustancias

Hablar de sustancias es un fenómeno complejo ya que como se ha descrito no solamente

afecta de forma física, sino, que también afecta las estructuras sociales, los intermedios y las cuestiones personales en general. Estas consecuencias forman parte de los determinantes de la salud que se definen como “*las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido en el sistema de salud*”. (OMS/OPS, 2008) Esto revela que todo factor a nivel mundial y local puede influir en la persona de acuerdo con su nivel económico, su nutrición, su inclusión en los grupos sociales expresan su factor de riesgo, esto va a influir en su sistema de salud permitirlas el acceso a los servicios de salud.

Dentro de los determinantes abarca las cuestiones biopsicosociales que van de acuerdo con las circunstancias de vida que tenga el consumidor, sus factores que pueda generar un daño a la salud y el apoyo de sus redes sociales.

→ Factores biológicos

Como se explicó anteriormente todas las sustancias afectan al Sistema Nervioso Central ya que a mayor consumo se deterioran las funciones cerebrales, afectando a la percepción, la memoria y al aprendizaje. Estos factores nos permiten entender que la conducta desadaptada del consumidor demuestra que el ingerir sustancias afecta directamente al cerebro, siendo el responsable de que exista una liberación de estas por medio de los neurotransmisores en especial las asociadas con la dopamina, estimulando sus circuitos para seguir realizando la conducta des adaptativa. Hay estudios que han demostrado que los hijos de consumidores tienen mayor riesgo de generar una adicción o dependencia a alguna sustancia psicoactiva, de acuerdo con Ibáñez Cuadrado (2008) por medio de un modelo multifactorial se puede estimar que los factores genéticos contribuyen a que 40-60% se desarrolle una adicción o sufrir otros trastornos que forman parte de otros grupos.

→ Factores Psicológicos

Estos factores pueden ser visibles a nivel emocional, cognitivo y también de manera conductual. Principalmente se conoce que puede existir una dirección bidireccional con las

patologías y el ingerir sustancias, ya que debido al estado emocional puede desarrollarse un posible trastorno depresivo mayor, ansiedad, bipolar, esquizofrenia, entre otros.

El consumir sustancias permite al usuario otorgarle una personalidad ya que por medio de la percepción y la comunicación son factores implicados para el aumento de consumo, puede llegar a generar sensaciones de satisfacción. En cuanto al pensamiento de manera general se presenta un sistema de creencias de acuerdo con el nivel de consumo, esto implica que se tenga una mala información respecto al uso de estas por el nivel cultural o social.

También se ve dentro del proceso de adicción y dependencia que están implicados en el nivel de consumo. La mayoría de las personas que pretenden cesar una sustancia comúnmente se presentan haciendo uso de una droga o policonsumidores, aquí influye el nivel de toma de decisiones y la motivación consigo.

→ Factores Sociales

El proceso de socialización es importante para cualquier individuo ya que en este punto se centran las interacciones sociales de modo que se vean involucrados: familiares, amigos, entre otros grupos que forman parte de la persona. Si el consumidor siempre se encuentra de forma presente en un ambiente social se verá condicionado a mostrar menos conciencia sobre el uso y abuso de las sustancias.

En este sentido el consumidor genera aprendizaje por medio de patrones repetitivos, ya que es influenciado por el medio, aquí experimenta modificaciones de conducta y podría aumentar el consumo, se considera el eje central del consumo. Cabe mencionar que las adicciones se vuelven multifactoriales ya que estos factores pueden formar parte de un interés en el consumidor y lo puede llevar a un abuso o dependencia de la sustancia.

1.4 ¿Cómo se genera la adicción y dependencia al consumo de sustancias?

Dentro de la adicción inciden factores de diferente tipo desde el punto de vista etiológico y desde sus efectos psicosociales reconocemos que trabajan de forma conjunta y que de alguna

forma una sustancia siempre detona más que la otra, esto forma parte del proceso de la adicción generando abuso y dependencia de una o más drogas.

Cuando hablamos de adicción hacemos referencia al uso compulsivo de la sustancia, donde el consumidor se encuentra por un periodo o de forma permanente intoxicada. Se distingue por generar efectos agradables y evitar que la persona presente dolores internos, implica una compulsión establece como conducta motivada por un intento de evitar un estado desagradable y dependencia en este se presenta la conducta motivada para lograr un estado interno de gratificación satisfaciendo las necesidades.

En cuanto a la dependencia se presenta como un malestar significativo en el consumidor, donde se genera una pérdida de manejo en el consumo de sustancias, hasta el punto de incluirla en las actividades cotidianas o suspenderlas por un tiempo indeterminado, según la CIE-10 (1992) se define como:

Un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto.

(Tomás & Iglesias, 2010)

La dependencia hace presencia dentro de la adicción de dos formas como dependencia física y psicológica:

→ **Dependencia Física**

Físicamente se presenta cuando se genera una ingestión de grandes cantidades durante un largo periodo, esto causa que nuestro cuerpo genere una tolerancia, esta se refiere *“La necesidad de consumir cada vez mayor cantidad de ellas para obtener el mismo efecto, porque la misma dosis tiene cada vez menor efecto a medida que pasa el tiempo”* (Sarason & Sarason, 2006), dependiendo de la sustancia que sea consumida se modifica las condiciones de cada

persona se brindara un resultado diferente de la exposición de la sustancia.

→ **Dependencia psicológica**

Inicia cuando ya existe suficiente sustancia en la sangre y con cada inhalación de esta produce un efecto de satisfacción, esto le genera una percepción de placer al consumidor.

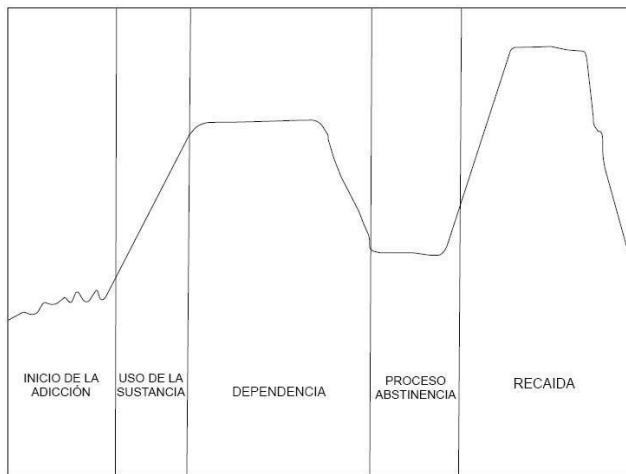
→ **Abuso de sustancias**

Se presenta cuando hay un uso continuo de la sustancia, le genera limitaciones al consumidor para realizar sus actividades o cumplir con sus obligaciones, puede presentar problemas legales recurrentes relacionados con el consumo de sustancias o romper con sus relaciones interpersonales.

El proceso de la adicción inicia con pequeños consumos, generando compulsión por el uso primerizo de sustancias si aumenta el consumo se genera la aparición del Craving que se define como " *aquella conducta marcada por la necesidad de consumo de sustancias y la falta de control sobre el mismo, asentada sobre una base neuroquímica. Recoge este término aspectos fisiológicos y psicológicos*". (Iglesias, 2010) Hasta el punto de generar la dependencia total presentando un deseo intenso el cuerpo no se siente con la satisfacción completa, aumenta

Figura 1

Proceso de la Adicción
el consumo y el placer, donde se presenta una tolerancia a las sustancias.



Como se muestra en la figura número 1, se explica cómo funciona el proceso de adicción, el inicio puede ocurrir por un patrón de repetición, probablemente de forma aprendida o consumo social ya que se puede incitar a la persona a consumir. Posteriormente se hace el uso-abuso de la sustancia en este proceso se contempla que el consumidor puede presentar o no policonsumo para encontrar satisfacción y tolerancia a la droga.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV define el policonsumo como:

La dependencia de varias sustancias que experimenta un individuo, reservándolo para aquellos casos en los que durante un periodo de 12 meses el sujeto consume repetidamente como mínimo tres grupos de sustancias (la cafeína y la nicotina no se incluyen), si no que predomine una de otra.

(American Psychiatric Association, 2000)

Si la persona prefiere o decide abandonar el consumo pasará por el proceso de abstinencia donde nuevamente se presentan malestares físicos de acuerdo con la droga/as ingeridas y psicológicos uno de ellos es la ausencia por el placer de consumir.

Por último, en ciertos casos se puede llegar a presentar la recaída de acuerdo con Marlatt (1993) se define como *“una situación de alto riesgo como cualquier situación que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta la probabilidad de recaída”*, debido a que la persona no es capaz de mantener el proceso de abstinencia, exponiéndose a situaciones de riesgo no encontrando el modo de afrontarlas e inicia nuevamente con el consumo.

1.5 Modelos de abordaje del consumo de sustancias

El consumo de sustancias se promueve dentro de distintas implicaciones, ya que nos permite hablar desde múltiples ángulos sobre las adicciones y generar nuevas aportaciones hacia estos modelos permitiendo no encontrarse con el reduccionismo. Describiremos el modelo

jurídico, médico y psicológico.

- **Modelo Jurídico**

Este modelo representa la perspectiva jurídica orientada hacia el consumo de sustancias contemplando las consecuencias legales y delictivas, operando por medio del sistema judicial y legislativo se conoce que existe un comportamiento directo o indirecto vinculado con el uso de drogas. Se orienta en que el individuo tenga la responsabilidad de responder a través de una sanción legal por hacer uso o distribución de estas.

Se conoce que en México se consideran sustancias lícitas o legales: alcohol y nicotina, si la persona presenta la mayoría de edad (18 años) puede hacer uso de estas y son de fácil accesibilidad. Mientras que las sustancias ilegales o ilícitas hacen referencia el cannabis, cocaína, heroína, entre otras, puede causar una repercusión legal por hacer manejo de estas sustancias, estas no se consiguen fácilmente, ya que se distribuyen de forma ilegal por todo el país.

- **Modelo Médico**

Es considerada una enfermedad o atributo de la persona que la posee, hace énfasis en los efectos y consecuencias de la sustancia en el organismo, hace énfasis en aspectos importantes como el origen de otras patologías por el consumo o contemplado una modificación debido a factores genéticos, en este modelo se propone la prevención y divulgación de la información a familiares, amigos, consumidor o a la población en general.

En México se utiliza las campañas de salud para publicitar el no consumo de drogas como, por ejemplo; “la droga o la vida”, “Vivir sin drogas es vivir”, “di no a las drogas, di si a la vida”. (Romero & Ruiz)

- **Modelo Psicológico**

Se concibe a las adicciones como un problema hacia las personas que no cuentan con la capacidad de afrontamiento hacia los problemas interpersonales e intrapersonales, desde esta

perspectiva se estudia el consumo de sustancias y no únicamente del proceso de la adicción, contemplando los factores de personalidad, pensamiento, estructura motivacional que presenta para consumir. Considera importante la relación que tiene el individuo con la sustancia ya sea de tipo experimental, ocasional o controladas.

En este modelo se contempla a trabajar la conducta en el consumo y como se relaciona con el medio, se centra en trabajar sus actitudes, el autocuidado consigo mismo, el comportamiento que presente con sus relaciones interpersonales, la forma de cómo integrarse al medio y brindarle las herramientas psicológicas para que no continúe con el consumo frecuente.

1.6 Diagnósticos del consumo de sustancias

Como se ha hablado anteriormente estos trastornos se pueden abordar desde distintos modelos, pero específicamente en el modelo médico y psicológico, son útiles para brindar un diagnóstico el cual se define como un proceso en el que se identifica una enfermedad, afección o lesión por sus signos y síntomas (NIH, 2023), sin embargo, en el aspecto psicológico funciona como un proceso de investigación de un perfil con objetivos y con delimitantes.

En caso de que el paciente llegue a presentar una patología, se genera un diagnóstico correspondiente de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 o conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 dentro de la práctica clínica.

- **DSM-5**

El diagnóstico de consumo de sustancias se puede realizar sobre las 10 clases ya anteriormente mencionadas, de acuerdo con este manual todos los trastornos de este apartado comparten características similares en cuanto a los circuitos cerebrales y los efectos comportamentales generalmente haciendo referencia a las recaídas y el deseo intenso de consumir. Se presentan los siguientes criterios diagnósticos para estos trastornos:

- A. La persona consume grandes cantidades o lo hace durante un tiempo prologado.
- B. Se expresan deseos constantes de abandonar o regular el consumo y presenta recurrentes actos fallidos de disminuir el consumo o abandonar el mismo.
- C. Invierten la mayor parte del tiempo intentando conseguir sustancias o consumiéndola.
- D. En los casos más graves realizan sus actividades cotidianas en torno a la sustancia.

En este apartado también se entiende el deterioro social en el que se ve el incumplimiento de sus deberes (como el trabajo, académico, domestico), podrá presentar problemas recurrentes en su entorno social bajo los efectos de la sustancia o a tal grado de descuidar sus relaciones familiares a causa del consumo excesivo.

El DSM-5 clasifica a las sustancias por medio de códigos de acuerdo con la clase de sustancia que se corresponda, también se debe de anotar el nombre de la sustancia específica, por ejemplo (F12.20) Trastorno Moderado por consumo de Cannabis.

- **CIE-11**

En esta nueva clasificación del CIE se encuentra dentro los trastornos del comportamiento y del neurodesarrollo, en los trastornos debidos al consumo de sustancias y comportamientos adictivos se ha ido ampliando los tipos de sustancias a comparación del CIE-10 se incluye; cationonas sintéticos, MDMA o drogas relacionadas, Drogas disociativas. (Basarán, Flórez, Seijo, & Bobes García, 2019). Este los define como *“Trastornos mentales y del comportamiento que se desarrollan como resultado del consumo de sustancias predominantemente psicoactivas, lo que incluye los medicamentos, o comportamientos específicos y repetitivos de búsqueda de recompensa y de refuerzo”*. (OMS, 2021) Se clasifican en 14 grupos de sustancias psicoactivas, cumpliendo ciertas características en común para

encontrarse dentro de estos trastornos:

- A. El efecto de la sustancia se considera agradable y gratificante con el uso continuo.
- B. Las sustancias tienen la capacidad de producir dependencia al consumidor.
- C. El uso frecuente de la sustancia tiene la capacidad de causar daño físico y mental.

Nos indica la ausencia o presencia, gravedad del trastorno por consumo de sustancias un ejemplo para clasificar las sustancias es 6C40.2 Dependencia del alcohol, cabe de aclarar que estos trastornos se pueden clasificar como episodios nocivos ya que hacen referencia a la salud física y mental junto con el comportamiento presentes en cada uno de los grupos.

1.7 Tratamiento para los trastornos de consumo de sustancias

Como se ha mencionado anteriormente se puede brindar diagnóstico de acuerdo con una enfermedad o síntomas que presente la persona, partiendo de generar un diagnóstico le podemos brindar un tratamiento adecuado al consumidor de sustancias sea de forma médica o psicológica.

→ Tratamiento médico

El tratamiento se brinda de forma individual, de acuerdo con la patología que presenta el consumidor. Si se presenta en un estado agudo de consumo se utilizan los antisépticos administrados de distinta forma en Cannabis, Cocaína, Opiáceos, Alcohol y en consumidores de nicotina, esto con la finalidad de suprimir de forma gradual el consumo.

→ Tratamiento Psicológico

Este tratamiento dentro de los trastornos por consumo de sustancias se lleva a cabo por medio de la psicoterapia la cual se define como *“un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo”*. (American Psychological Association APA, 2012) Esto con la finalidad de que el paciente entable un buen rapport con su paciente a base de confianza. La psicoterapia se realiza con la finalidad de que se modifique conductas o patrones de estas, promover el crecimiento personal, desarrollar nuevas estrategias para resolución de problemas

y generar un cambio positivo en el desarrollo del usuario. De acuerdo con el tipo de formación del psicólogo es como se llevará a cabo el tratamiento a esto se le llama perspectiva psicológica donde se realiza una intervención utilizando diferentes técnicas en un contexto clínico. Las teorías psicológicas que abordan el tratamiento para adicciones son:

→ **Terapia Cognitivo-Conductual**

Este enfoque nos permite tratar el consumo de sustancias por medio de una intervención científica para trabajar los pensamientos e ideas irracionales, ya que permite que el usuario haga una resolución de problemas por sí mismo, esta terapia es flexible ya que permite adaptarse a las necesidades del paciente por medio del entrenamiento en habilidades de afrontamiento que tienen como base la teoría del aprendizaje social que le permite al usuario mejorar sus habilidades para enfrentar situaciones que lo pongan en riesgo.

1.7.1 Prevención de Recaída (PR)

Este es útil cuando el paciente no fue capaz de afrontar el problema y hay probabilidad de que pueda recaer, en caso de presente un buen afrontamiento ante los estímulos la probabilidad de que tenga una recaída es insignificante ya que ha sido satisfactorio. Este planteamiento permite al paciente ver, comprender y analizar en lo que consiste el consumo ya que aprende a identificar pensamientos y las emociones que se asocian al consumo y como poder afrontarlos.

→ **Terapia Sistémico Familiar**

Dentro de las intervenciones en adicciones esta terapia ha demostrado que el usuario aumenta su compromiso a abandonar el consumo y que genere una buena adherencia a cualquier tratamiento, después del mismo como consecuencia permite mejorar la comunicación y la relación familiar. De acuerdo con esta teoría la familia es el síntoma de que algún integrante sea consumidor de alguna sustancia ya que nos indica que algo dentro de este sistema no está funcionando adecuadamente.

1.7.2 Terapia Breve Estratégica (BSFT por sus siglas en ingles)

Esta terapia tiene como objetivo eliminar totalmente el consumo de sustancias por medio de corregir esos patrones de consumo, permite modificar la relación intrafamiliar. Esto con la finalidad que se cree un nuevo sistema por medio de la reestructuración permitiendo a sistema crear nuevas habilidades adaptativas y que generen nuevas herramientas para gestionar la conducta del consumidor.

→ Terapia Psicodinámica

Este es un modelo más exploratorio, de acuerdo con Klerman et.al (1984) para los tratamientos de trastornos adictivos se centra en las estrategias para detener el consumo o para mejorar el funcionamiento cerebral, se ha demostrado que esta terapia tiene una duración de quince meses probado con pacientes consumidores de cocaína y de alcohol. Actualmente no hay específicamente estudios controlados para concluir la efectividad de este tratamiento dentro de las adicciones.

Para esta investigación, expondremos la sustancia que genera más dependencia a los usuarios que es conocida como Nicotina o Tabaco comúnmente conocida por su presentación en forma de cigarrillo, es importante conocer cómo es que se ha generado el uso por todo el mundo, sus compuestos químicos, la importancia de conocer los daños físicos, mentales y sociales, inicio y mantenimiento de esta adicción e importancia de cómo es el papel del psicólogo y el trabajo multidisciplinario con otras ciencias.

CAPITULO II CONSUMO DE TABACO

2.1 Antecedentes del consumo de tabaco

El Tabaco es utilizado en gran parte del mundo formando parte de las sustancias más consumidas en las últimas décadas, como anteriormente se mencionó la nicotina forma parte de las sustancias estimulantes que se vuelven activadores del Sistema Nervioso Central, se conoce que esta sustancia también puede segregar dopamina en todo el cuerpo un factor de que se genere adicción rápida y dependencia a la sustancia.

La planta de tabaco es originaria de América hace más de 10.000 años, estas plantas son consideradas las primeras prácticas agrícolas formando parte de una nueva civilización moderna, se hizo una expansión de su cultivo por toda América desde México hasta Perú, principalmente era utilizada con fines ceremoniales y cultivos agrícolas. Posteriormente se modificó el uso de la planta, donde sus cultivadores la inhalaron ya que se consideraba que esta tenía poderes sobrenaturales, porque al momento de consumirla presentaban visiones.

El proceso de las inhalaciones se realizaba por medio de pipas hechas con hueso y en vasijas de cerámica, otras formas comunes de utilizar el consumo de tabaco era aspirarlo por la nariz, beberlo, masticarlo o chuparlo, en casos distintos el tabaco se consumía como puro enrollado en una hoja de esta, pero más grande o se podía modificar la hoja con una de maíz, el hombre se dedicó a esto hace aproximadamente 2,000 años.

En México la cultura azteca era llamada “curalotodo” por ser una planta medicinal y por tener propiedades que se consideraban mágicas para mejorar la salud, ellos hacían una mezcla entre la planta de tabaco y ámbar líquido, cuando esta sustancia se llegaba a ingerir su efecto era anormal debido a las visiones e impresiones sobrenaturales y placenteras con una sensación embriagante, ellos inhalaban el tabaco por medio de cañas de humo. A diferencia los mayas consumían el tabaco por medio de pipas talladas a mano haciendo referencia a animales de grandes ojos y antropomorfos, consideraban que las estrellas fugaces que destellaban en el cielo

eran parte de las colillas de cigarro arrojadas por los dioses, tenían la creencia que al exhalar el humo llegaría hasta el cielo para el dios de la lluvia, principalmente utilizaban la planta con fines religiosos y para uso medicinal. Ellos tenían tres dialectos para llamarlo: kurts, sig y may, mientras que los aztecas lo llamaron yetl, yoli y picietl.

El tabaco formo parte importante en el desarrollo social de las culturas ya que el inhalar o fumar el humo de tabaco era importante y considerado para utilizarse en alguna trascendencia como lo era; compromisos matrimoniales, bautizos o actos de iniciación a la pubertad o algún lazo de amistad.

Con la llegada de Cristóbal Colón en 1492 a las Antillas se hace el conocimiento inicial en Europa por medio de un escrito para el Rey Carlos V donde se describía los beneficios medicinales de la planta de tabaco. Para el año 1510 los hombres de Colón se llevaron semillas de esta a España, aquí fue el inicio de las importaciones de tabaco por el mundo iniciando por Europa, posteriormente por los otros continentes.

2.2 Epidemiología del consumo de tabaco en el Mundo y México

Como se ha mencionado con anterioridad la nicotina es utilizada desde hace 2,000 años este proviene de la planta de tabaco que es originaria de América desde la época colonial, el hombre la ha utilizado para poder inhalar las hojas de esta, dejando de ser cultivo y ceremonial. Con el paso del tiempo se propago a nivel mundial encontrándose en las principales causas de mortalidad y morbilidad.

El consumo es considerado como una epidemia de salud mundial, de acuerdo con la OMS (2013) un tercio de la población consumen tabaco, en cuestión de sexo, el 47% de los hombres y el 11% de las mujeres consumen alrededor de 14 cigarrillos al día, en general en el año 2013-2015 el 74% de la población en este año se esperaba cinco millones de muertes anuales a causa de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

También menciona que en el año 2020 el consumo de tabaco en los hombres es del

36.7%, mientras que en las mujeres es el 7.8% podemos notar una disminución en la población en el sexo femenino y el sexo masculino. Se conoce que más del 80% de personas en el mundo consumen tabaco, considera que más de 8 millones de personas fallecen al año y otras personas 1.2 millones se generan daños a su cuerpo por el humo ajeno.

2.2.1 MPOWER

Este plan fue elaborado bajo el Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco (CMCT OMS) se define como “*un tratado basado en pruebas que reafirma el derecho de todas las personas al máximo nivel de salud posible*” (OMS, 2009), tiene como objetivo unir a las poblaciones para combatir la epidemia de tabaquismo, proponiendo el Plan de Medidas de MPOWER ya que la meta final es que no haya ser humano expuesto al humo de tabaco.

Para que este plan MPOWER (por sus siglas en inglés) se aplique en los países se debe de realizar lo siguiente:

- **Monitor**

Es vigilar el consumo de tabaco, para obtener datos a nivel nacional respecto al consumo de tabaco en jóvenes y adultos.

- **Protect**

Es Proteger a la población del consumo de tabaco, promulgando y haciendo cumplir los espacios libres de humo.

- **Offer**

Es ofrecer ayuda para abandonar el consumo de tabaco, fortaleciendo los sistemas sanitarios para facilitar asesoramiento en cuanto al consumo.

- **Warn**

Es advertir de los peligros del consumo de tabaco, realizando campañas de publicidad anti tabáquica.

- **Enforce**

Es hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio como prohibir la publicidad y promoción directos del tabaco.

Raise: Es aumentar los impuestos al tabaco y asegurar que se ajusten periódicamente conforme a las tasas de inflación.

(Organization, 2008)

2.2.2 Epidemiología en México

En México de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones de 2011 señala que 17.3 millones de personas presentan un consumo diario tomando en cuenta al 21.7% de la población en general haciendo referencia a 15.6 millones de mexicanos los cuales 11 millones son hombres y 4.6 millones mujeres. También durante este año se evaluó los efectos nocivos del tabaco en personas no fumadoras el 30.2% de la población mexicana no fuma sin embargo se encuentra expuesta al humo ambiental.

El uso de tabaco y de la exposición al mismo tiene tendencia de consumo en el año 2016 de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) la prevalencia de los hombres es de 27.1% y en mujeres es de 6.4% que fuman de forma frecuente calculando alrededor de 14.9 millones de fumadores.

Podemos observar que hubo un incremento en el consumo de tabaco de forma general de acuerdo la encuesta de 2016, se ha reducido la edad promedio en la que la población inicia su consumo de tabaco en el 2011 se iniciaba a los 20.4 años y en el 2016 se reporta que el consumo se inicia a los 19.3 años, en cuanto a las estadística de los hombres en el 2011 iniciaban su consumo a los 20 años en 2016 a los 18.8 años, en mujeres para el año 2011 se mostraba que el consumo era de 21.7 años y disminuyo para el 2016 a los 21 años.

2.2.3 Legislación de consumo de tabaco en México

La ley federal para el control de tabaco fue propuesta en 2007 y fue aprobada en febrero

del año 2008 esto en el Sexenio del presidente Felipe de Jesús Calderón Hinojosa, con esta ley busca proteger a los mexicanos de los efectos del tabaco y que las personas puedan convivir en espacios 100% libres de humo de tabaco. Esta ley está vigente para todo el territorio nacional, también aplica en el control sanitario y la exposición al humo de tabaco.

De acuerdo con el artículo 5 de la ley general para el control del tabaco (2008), tiene como finalidad como factor principal proteger la salud de los y los no consumidores de tabaco ya que se tiene entendido que este ha sido un factor detonante para distintas enfermedades, también pretende fomentar educación para la salud para conocer los riesgos de consumo de tabaco y los daños a la exposición al humo.

En diciembre del año 2022, se implementa un nuevo cambio para esta ley entrando en vigor el día 15 de enero, esta ley tiene por objeto controlar y vigilar los productos de tabaco al igual que la fabricación y la publicidad, enfocándose en la regulación de este.

De acuerdo con esta modificación se implementa la prohibición total de publicidad en medios de comunicación visual, impresos, redes sociales como pueden ser los servicios de streaming y video juegos, anuncios en internet o en locales (bares o tiendas). Menciona también que en cuestión de comercialización tendrán que colocar una lista textual con el precio correspondiente.

Otra nueva consideración implementada ya que se hará una reubicación en los espacios libres de humo, para realizar zonas exclusivamente para fumar tabaco o cualquier producto que contenga nicotina.

2.3 ¿Qué es el consumo de tabaco y el tabaquismo?

Después de la modificación del uso de las hojas de tabaco a modo de inhalarlas, para el año 1942 se produjeron más 2 600 000 toneladas, ya en 1949 aparece el primer cigarrillo con filtro como una preocupación a la salud de los consumidores, ante esto la Organización Mundial de la Salud (OMS) designo el día 31 de mayo “El día mundial sin tabaco” para que los fumadores

lo abandonen debido a su alto consumo en el mundo.

Su uso a nivel mundial lo cataloga actualmente en las estadísticas principales de causas de mortalidad y morbilidad, provocando que se genere nuevas estrategias alrededor del mundo para erradicar el consumo de tabaco. Este se define como *“Consumo perjudicial que causa problemas físicos o psicológicos, síndrome de dependencia y síndrome de abstinencia y también informa que cualquier cantidad consumida de tabaco puede tener efectos secundarios peligrosos”* (Tost., 2009, pág. 51), si se consume de forma frecuente, puede llegar a afectar de forma grave los órganos en específico el pulmón generando distintas enfermedades crónicas, que se abordaran más adelante. De forma psicológica puede generar dependencia al tabaco, se le considera dependiente a la persona que consume 1 cigarro al día durante los últimos 6 meses.

También el consumo de tabaco se define como *“una planta adictiva que contiene nicotina, numerosos cancerígenos y toxico”* (OMS, 2008) en la actualidad se conoce que el tabaco contiene sustancias que producen un alto daño a la salud del consumidor y a consecuencia de la nicotina se presenta una alta dependencia al cigarrillo.

Se entiende por tabaco como *“Una droga estimulante del sistema nervioso central. Uno de sus componentes, la nicotina, posee una enorme capacidad adictiva y es lo que causa o produce una dependencia”* (Salud, 2015) recordando que el cuerpo entra en un estado de relajación momentáneo, el cual se vuelve satisfactorio a la hora de consumir y provoca el aumento de este.

2.3.1 ¿Qué es el tabaquismo?

El tabaquismo es un término para hacer referencia al uso y consumo de tabaco frecuente hasta el uso de generar dependencia a la sustancia, considerado como la mayor amenaza para el sistema de salud pública, porque puede perjudicar tanto a las personas consumidoras y a las no consumidoras de forma indirecta.

La Real Academia Española define al tabaquismo como:

“Med. Intoxicación producida por el abuso de tabaco” por medio de la intoxicación por el cuerpo desatando múltiples enfermedades de alto riesgo por mencionar algunas cardiovasculares, cáncer, EPOC o en caso de estar embarazada presentar complicaciones durante el mismo.

“Adicción al consumo de tabaco” recordando que la adicción es el uso constante de tabaco hasta el punto de generar dependencia total al tabaco, ya que el usuario inicia un proceso de adaptación a la sustancia. (RAE, 2019)

Por otro lado, De acuerdo con la OMS, el tabaquismo es definido como *“una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas.”* (Dra. Ascanio, García, & Barrenechea, 2009, pág. 12) Se considera crónica porque puede ser que el consumo sea alargado al o tener la decisión de abandonarlo. Haciendo referencia a las recaídas, cuando el consumidor se encuentra en un repetitivo comportamiento de volver a consumir la sustancia, este proceso es provocado por la nicotina que es un factor fundamental para que el fumador genere un consumo excesivo ya que el cuerpo puede generar cierta tolerancia a la sustancia.

Leone Aldo, Linda Landin y Aurelio Leone, definen el tabaquismo como:

La inhalación del humo del tabaco quemado que puede ocurrir ocasional o habitualmente como consecuencia de una adicción física a algunos químicos, principalmente a la nicotina, no puede ser plenamente aceptada hoy en día debido a diversos factores clínicos, biológicos, metabólicos, epidemiológicos, estadísticos y socioeconómicos. En esta evaluación faltan los factores que juegan un papel básico en la determinación del daño individual debido al tabaquismo. (Aldo, Landin, & Leone, 2010)

Es el proceso de inhalar y exhalar la sustancia en otros casos se puede consumir de diferentes formas como aspirar o masticar para producir distintos efectos, de acuerdo con las distintas sustancias que tiene el tabaco es la afectación que se producirá en el cuerpo.

2.4 Sustancias químicas del tabaco y su industrialización

Como ya se ha mencionado el tabaco contiene sustancias que son dañinas para la salud y que las personas consumidoras son propensas a generar dependencia al mismo, es importante mencionar que los cigarrillos de tabaco contienen más de 7,000 sustancias tóxicas presentes en el humo de tabaco, de las cuales 67 sustancias producen cáncer y 250 son nocivas para la salud del consumidor.

De acuerdo con Bello, Michalland, Soto y Cols (2005), Se conoce que hay cuatro sustancias presentes en el tabaco que generan adicción Nicotianina, Nicotinina, Nicotellina y la más destacada de todas e importante: la nicotina, la cual se define como *“una sustancia que se absorbe fundamentalmente, por inhalación, en los pulmones, o a través de la piel, comenzando su acción al unirse a los receptores colinérgicos- nicotínicos”* (Treviño, 2004).

La nicotina ejerce su función en el sistema nervioso central ya que sus receptores nicotínicos entran en contacto con las neuronas tanto acetilcolina, dopamina, norepinefrina, serotonina, glutamato como neurotransmisor de la sustancia. La dopamina ha demostrado un papel crucial en los procesos de reforzamiento implicados en la adquisición y consumo de nicotina (Balfour, 2005; Zhang, Liang, Siapas, Zhou y Dani, 2009) ya que es la responsable que el paciente se encuentre en un estado de satisfacción y que se genere el consumo frecuente.

Según Bello, Michalland, Soto y cols. (2005), otras sustancias que generan daño de forma crónica al consumidor se dividen en 3 subtipos:

- A. Cancerígenos
 - B. Irritantes y Tóxicos
 - C. Adictivos
- **Cancerígenos**

Las sustancias cancerígenas son localizadas en el alquitrán, esta forma parte las hojas de tabaco, presentando una textura viscosa, desprende un olor desagradable y fuerte. El polonio-

210 es uno de los compuestos que causa más daño a la salud ya que es de tipo Radionuclideo. Este un alquitrán que emite partículas radiactivas alfa, siendo una de las partículas más peligrosas para la salud tanto como para los fumadores y para los fumadores pasivos, ya que estas partículas se introducen a los pulmones al inhalar el humo de tabaco.

Otras sustancias que pueden llegar a producir cáncer son; Benzopireno (hidrocarburo), N- Nitrosornicotina, N´nitrosornicotina, N´nitrosopirrolidina (nitrosaminas específicas del tabaco), 4-aminobenfil, 2-napttilamina (Aminas aromáticas), benceno, cloruro de vinilo y ácido clorhídrico, por mencionar algunas.

➤ **Irritantes y Tóxicas**

Dificultan la respiración del fumador ya que comienzan a generar daño en los tejidos pulmonares bloqueándolos, esto le facilita que las partículas altamente dañinas entren con facilidad a nuestro cuerpo. En cuanto las sustancias tóxicas se generan de forma de gas, emanando monóxido de carbono, este produce una combustión de tabaco (CO y CO₂) rápida que alcanza altas temperaturas, algunas de las sustancias que se emanan son; acetona, amoniaco, benceno, cadmio, plomo, metanol, entre otras.

➤ **Adictivos**

Como se mencionó la sustancia más estudiada es la nicotina “es un alcaloide líquido natural liposoluble que se absorbe rápidamente, aunque ello depende del pH del medio.” (Ana, 1998) Esta sustancia tiene incoloro y alcalino, su principal característica es crear la dependencia, que se genere el consumo compulsivo y tolerancia al tabaco. Otras sustancias que son también responsables de crear una adicción son: Nornicotina, Anabasina, Miosmesina, Nicotirina, ácido nítrico, entre otras.

2.4.1 Industrialización del tabaco

La consolidación del cigarro inicia en el siglo XVIII durante este periodo se fabricaban los puros para masticar y liar, los tabacos más solicitados por los fumadores eran los cigarros

oscuros, su fabricación era en pequeños talleres familiares de forma artesanal. Para el año de 1872 se crea la primera máquina en Estados Unidos, de acuerdo con la Secretaria de Agricultura y Fomento (1942) y Anuario Estadístico de Naciones Unidas (1948) a nivel mundial se fabricaron 2, 464,743 cigarrillos, el proceso de industrialización fue lento para el año 1890 se llegó a fabricar 2, 500 millones de cigarrillos.

Según la Organización de las Naciones Unidas (2022) las compañías que son productoras de tabaco gastan más de 8.000 millones de dólares anualmente en mercadeo y publicidad, de acuerdo con esto se espera un crecimiento lento y constante a comparación del año 2021 que se invirtió en este sector 96.000 millones de dólares. La región más dedicada a cultivar el consumo de tabaco es Asia, de acuerdo con Orús A. (2022) en el año 2020 las 5 regiones en el mundo cultivaron alrededor de 3.2 millones de hectáreas la cual Asia cultivo dos millones, mientras que África y Sudamérica se sitúan entre segundo y tercer lugar.

2.5 Nuevas formas de consumo de tabaco

El tabaco se produce de forma generalizada e industrial, hoy en día ha evolucionado la manera de consumo y nombrado de múltiples formas, las industrias tabacaleras están enfocadas en colocar más nicotina para generar placer al consumidor, actualmente se abre un nuevo mercado enfocado en fabricar nuevos sistemas electrónicos para consumo de nicotina, el cual tiene más influencia en los adolescentes y jóvenes. Abordaremos la forma de consumo más común en cuanto a los Cigarrillos Convencionales, Cigarrillos Electrónicos y los Nuevos Sistemas Electrónicos para el consumo de Nicotina (SECN).

- **Cigarrillos Convencionales**

Se les conoce como tabaco reconstruido, el cual consiste en la elaboración del tabaco envuelto en forma de rollo, dependiendo de la empresa tabacalera es el nivel de diámetro que se utilizara para cada cigarrillo. La forma de ser inhalado es para que el cuerpo absorba la nicotina suficiente, cuando un fumador abandono el consumo de tabaco y nuevamente lo retoma,este

puede aspirar más cantidad de humo que su cuerpo alcanza a tolerar (OMS, 2008).

- **Productos de Tabaco Calentado (PTC)**

Estos Contienen y son productos de tabaco, tiene el mismo riesgo que un cigarrillo convencional, se define como “*emisor de aerosoles que contienen nicotina y sustancias tóxicas cuando se calienta el tabaco o se acciona el dispositivo que lo contiene*” (Organización de Mundial de la Salud, 2020) son productos donde se combustiona los adictivos (específicamente nicotina) disimulados con aromatizantes y estos son recargables con corriente eléctrica.

- **Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN)**

De acuerdo con el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, Instituto Nacionales de la Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, popularmente se le conocen como cigarrillos electrónicos o vapers, estos funcionan a base de pilas, diseñados para proporcionar a los consumidores nicotina con saborizantes en forma de vapor. Estos fueron fabricados con la finalidad de ser atractivos para los jóvenes ya que puede tener distintas formas de ser visto el cigarro, bolígrafo, pipa, USB o de cualquiera que pueda convertirse en un rasgo de distinción para los jóvenes (COFEPRIS, 2023).

2.6 Daños a la salud que genera el consumo de tabaco

Los nuevos Sistemas de Consumo de Nicotina (SCN) son los responsables de generar daños a la salud de forma directa a consumidores o indirecta aquellos que inhalan el humo ambiental, no obstante, se reporta que el tabaco mata a la mitad de sus consumidores incluida a la población adolescente e infantil, no solamente considerando la salud física sino, también, la salud mental y la salud social, por eso la importancia de promover planes para retroceder esta epidemia tabáquica por el mundo.

2.6.1 Daños físicos a la salud

El consumo de tabaco es considerado un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas en el mundo, todas las formas de tabaco son dañinas y perjudiciales a la salud (American

Cancer Society) el consumo excesivo es precursor de diversas enfermedades y al convertirse en eso se obtiene como resultado se requiere un tratamiento clínico. Estos efectos no solamente recaen en el consumidor, también en las personas que consumen de forma indirecta (fumadores pasivos) que más adelante se van a explicar, niños, adolescentes, y/o personas durante el embarazo.

2.6.1.1 Daños en los fumadores activos

La nicotina entra durante 8 segundos al cuerpo al ser inhalada, en este proceso la sustancia entra directamente a los pulmones, pasando por la sangre estimulando el corazón hasta llegar al cerebro para activas los neurotransmisores (dopamina). El Consejo Nacional contra las Adicciones CONADIC (1987) muestra que el consumo de tabaco genera enfermedades neoplásicas (cancerígenas), respiratorias, cardiovasculares, gastrointestinales y bucales, causas responsables que sufran una pérdida de años productivos de su vida. En el cuadro 2.1 se refleja la mayor parte de las enfermedades generadas por el consumo de tabaco que se desarrollan o se activan de forma progresiva en el organismo del consumidor.

Tabla 2

Enfermedades del consumidor

Neoplásicas	Respiratorias	Cardiovasculares	Gastrointestinales	Bucales
-Cáncer de pulmón -Cáncer de laringe -Cáncer de faringe -Cáncer de boca -Cáncer de esófago -Cáncer de estomago -Cáncer de páncreas -Cáncer cervicouterino -Cáncer de próstata -Cáncer Renal -Cáncer de vesícula	-Bronquitis Crónica -Enfisema Pulmonar -Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) -Asma	-Hipertensión arterial -Enfermedades cerebrovasculares - Derrame cerebral -Aneurisma -Hemorragia subaracnoidea	-Úlcera péptica -Gastritis	-Caries -Gingivitis -Halitosis -Leucoplasia -Estomatitis nicotínica

Nota: Consejo Nacional contra las adicciones CONADIC (1987) y Programa de Cesación del

Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel Terapia Breve Cognitivo Conductual (2007).

2.6.1.2 Daños a la salud física de los fumadores pasivos

Son aquellos daños que se le generan por el consumo de tabaco, es decir, personas que se encuentran alrededor de los fumadores y aspiran el humo de segunda mano encontrándose en convivencia y en contacto en el mismo. El Atlas del Tabaco (2010) menciona que también los fumadores pasivos pueden estar expuestos a mismas enfermedades que los consumidores de tabaco; cáncer de pulmón, accidente cerebrovascular, asma, irritación de vías respiratorias, EPOC, enfermedades alérgicas, entre otras.

2.6.1.3 Daños a la salud física a femeninas embarazadas

Se considera que existen repercusiones a la salud del feto ya que las consecuencias graves que se pueden presentar es que el feto al momento del nacimiento presente complicaciones o a causa del síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS por sus siglas en ingles), la madre del feto puede presentar desprendimiento de la placenta, ruptura prematura de las membranas, provocar un nacimiento prematuro o llegar a presentar un aborto espontaneo (Atlas del tabaco, 2010).

2.6.2 Daños a la salud mental

Es importante definir de principio lo que es la salud mental *“es un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo en su comunidad”* (Salud O. M., 2022), ya que el contrario es que el individuo no se encuentre en bienestar ni tenga la capacidad de afrontar situaciones cotidianas. El consumidor de tabaco no solamente presenta daños físicos como lo puede ser el cáncer o presentar un daño pulmonar, también puede perjudicar psicológicamente generando ansiedad, depresión, trastorno de la personalidad o presentar culpabilidad por no poder cesar el consumo.

Específicamente si el usuario inicia su consumo en la etapa de adolescencia interfiere con su desarrollo y búsqueda de su identidad, ya que es donde el individuo crea una imagen de

sí mismo frente a una confusión que se encuentra el individuo (Erickson, 1977) se encuentra en un momento donde cualquier estímulo que le permita formar parte de un grupo social es aceptado, en este caso el consumo de tabaco como un factor para formar parte de una identidad de fumador en la cual el adolescente, no percibe los grandes riesgos que genera tal consumo, si esta identidad persiste en la edad adulta le puede generar ausencia de compromiso y de crisis, permitiendo aceptar valores de otras figuras significativas hasta que logre generar una identidad nueva (Marcia, 1966).

De acuerdo con un modelo teórico propuesto en el año de 1967 las personalidades relacionadas con los consumidores de tabaco son la extroversión, neuroticismo y el psicoticismo.

2.6.2.1 Extroversión

En esta personalidad se entiende al fumador como un ser social, que presenta emociones positivas, maneja asertividad y un nivel alto de actividad (Eysenck HJ y Thomas, 1967), estos individuos se caracterizan por la presencia de cortical bajo, con alta estimulación e intentan generar modificación dentro de su entorno ingiriendo tabaco a comparación de una persona introvertida que no presenta tal grado de estimulación (Gilbert D. et al., 1997).

2.6.2.2 Neuroticismo

En esta personalidad se consideran aquellos fumadores que utilizan la nicotina como un reductor de estrés, dentro de esta categoría se comprende a la ansiedad, depresión, la hostilidad e ira como parte del neurótico, desatando trastornos de ansiedad y depresión. El usuario maneja como concepción que la nicotina reduce los niveles negativos ante un estímulo o situación que se presente en el día a día del consumidor, una característica específica es que se encuentra incapaz de autorregularse y busca regular su emoción y respuesta fisiológica con el consumo de tabaco (Gilbert D. et al., 1997).

2.6.2.3 Psicoticismo

En esta última personalidad Elenco HJ. (1990) a partir de una encuesta realizada en

Japón, propone que el fumador mantiene un carácter impulsivo, crea tendencias antisociales, presenta reducción de inhibición, presenta poca simpatía con su entorno y se encuentra en la búsqueda de estímulos que le generen cierta excitación, (estos datos de acuerdo con dicha encuesta realizada en una comunidad japonesa realizada por dicho autor).

Como se ha hecho mención este consumo de tabaco puede crear una comorbilidad alta en cuanto a los trastornos depresivos, bipolar, ansiedad y de personalidad, provocando una patología dual la cual se define como *“la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de drogas”* (Elisardo Becoña Iglesias, 2010), aquí la persona puede desatar un trastorno debido al consumo frecuente de la sustancia o por la dependencia a la misma nopercebe esta patología.

2.6.2.4 Depresión

Se identifica que en los trastornos antes mencionados el trastorno de depresión persiste en la población adolescente entre el 15 al 30% que hacen uso del consumo de tabaco, de acuerdo con esta investigación refiere que se ha incrementado el riesgo de tentativa de suicidio. (R., 2013) Se ha destacado que la depresión es uno de los factores de riesgo más consistentes en el consumo de tabaco como en el diagnóstico de depresión mayor y viceversa. (Breslau et al., 1993) En un estudio realizado por Breslau, Kilbey y Andreski (1993) mencionan que hay una relación lineal y bidireccional en el alto consumo de nicotina, de acuerdo con la dependencia al tabaco es la severidad de la depresión.

2.6.2.5 Ansiedad

Esta se define como *“un sentimiento de miedo y aprensión difuso, vago y muy desagradable”* (Irwing G. Sarason, 2006) también una emoción que nos pone alerta y nos permite actuar de manera conductual y fisiológica, si nos encontramos en una situación de alto estrés no permite que se interprete la información y se hace presente las distorsiones cognitivas.

Esto permite que el cuerpo genere conductas desadaptadas por ejemplo el fumar

haciendo asociación entre el consumo como una nueva manera de afrontamiento, debido a que se tiene la falsa creencia que el tabaco es inhibidor de la ansiedad o estrés, ya que solo crea un efecto momentáneo ya que solo aumenta el cortisol generando un efecto adictivo (Pomerleau y Pomerleau, 1991).

2.6.3 Daño Sociales por consumo de tabaco

Debemos de tener en cuenta que el encontrarse en un medio social donde existe el consumo frecuente de tabaco puede impactar al individuo de forma directa o indirecta ya que si se tiene el constante uso de esta sustancia si puede considerarse como un factor de consumo. Específicamente para considerar el ambiente social del individuo debemos de considerar tres medios: familiar, comunitario y compañerismo.

2.6.3.1 Medio Familiar

Es un núcleo de los más estudiados en las adicciones ya que aquí es donde el usuario se desarrolla su personalidad, aprende valores a través de su experiencia ya que es el primer contacto social que se tiene. Según Leveridge, Stoltenberg y Beesley (2005) Si en un ambiente familiar se desarrolla un estilo de apego evitativo donde se muestran conductas de rechazo e inflexibilidad el desarrollo de su personalidad presentara características defensivas, aislamiento familiar, hostilidad y perdida de la cohesión, esto le va a facilitar al usuario ser un consumidor por la falta de atención y rechazo ya que buscan el consumo como un apoyo.

Los estilos de crianza son otro factor para tomar en cuenta, por ejemplo, en el estilo indiferente es donde el padre o madre es poco comprometido no hay exigencia paterna ni autonomía, no permitiendo que el hijo genere un medio de imitación por alguna figura ya sea materna o paterna, es más probable que exista una dependencia al consumo de tabaco cuando está presente este estilo de crianza. En otro caso también puede existir que los padres sean consumidores de tabaco, si lo hacen en presencia de sus hijos hay probabilidad de que asocien esa conducta de forma temprana.

2.6.3.2 Medio Comunitario

Cuando el individuo pertenece a lugares marginales de México tiende a modificarse el nivel de consumo ya que no se tiene fácil accesibilidad a dicha sustancia y el usuario busca el medio de poder conseguirla, hasta el punto de cometer actos delictivos desarrollando un nuevo estilo de vida (Becoña, 2002).

2.6.3.3 Medio de compañerismo (amistades)

Este medio trasciende de forma independiente de acuerdo con las experiencias de vida que tenga cada individuo ya que dependiendo al grupo que se forme parte puede ser un factor de riesgo si es que este grupo se presenta el consumo de tabaco fomentándolo como un nuevo estilo de vida.

Ya que en este medio se conoce que se inicia mayormente el consumo de sustancias debido a que los jóvenes quieren formar parte de un grupo social, posiblemente se inicie el consumo de forma experimental, este se caracteriza porque el usuario tiene curiosidad, emoción por probar algo nuevo y por mostrar necesidad de ser parte del grupo (Prado M., 2013).

Parte de lo anteriormente mencionado es parte del inicio y mantenimiento del consumo de tabaco ya que todo consumo tiende a ser una conducta que puede ser representada por el medio volviéndose un patrón repetitivo en el consumidor, por lo que hacemos referencia a los factores individuales, familiares y sociales. Para simplificar lo ya mencionado en el capítulo simplificaremos los riesgos que ocasionan el consumo de tabaco en la tabla número 3.

Tabla 3*Causas del inicio y Mantenimiento del consumo de Tabaco*

Factores Individuales	Factores Familiares	Factores Sociales
<ul style="list-style-type: none"> -Biológicos: Antecedentes familiares de consumo de tabaco (Prado M., 2013) -Baja Autoestima -Presentar Ansiedad -Presentar Depresión -Rasgos de Personalidad -Baja tolerancia a la frustración -Apatía 	<ul style="list-style-type: none"> -Consumo por parte de los padres -Estilos de crianza -Falta de comunicación -Indiferencia -Bajas expectativas -Abuso físico -Violencia Familiar 	<ul style="list-style-type: none"> -Fácil accesibilidad de cigarrillos -Pobreza -Asistir a lugares donde se consume tabaco -Compañeros fumadores -Rechazo por un grupo consumidor -Percepción social de la sustancia en la comunidad

Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel Terapia Breve Cognitivo Conductual (2007) y Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación (2010).

2.7 Criterios diagnósticos del tabaco

El consumo de tabaco tiene múltiples formas de clasificación de acuerdo de la bibliografía utilizada, es la forma en la que se va a diagnosticar el nivel de consumo, por ejemplo, hay algunos psicólogos que utilizan DSM-IV-TR que es la cuarta versión revisada de este manual, sin embargo, para este texto haremos uso del DSM-5 anteriormente mencionado con la finalidad de utilizar la nueva forma de diagnosticar, al igual que el CIE-11 el cual en esta nueva versión ha tenido mínimas modificaciones en cuanto a su 6 capítulo donde está localizado el consumo de tabaco.

2.7.1 DSM-5

Este manual define al trastorno por consumo de tabaco como un *“patrón problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos hechos de los últimos 12 meses”* (Association, 2014). Este trastorno se clasifica de acuerdo con los siguientes criterios diagnósticos:

1. El consumo de tabaco es frecuente y en cantidades superiores.
2. Deseo frecuente o esfuerzo por abandonar o controlar el consumo de tabaco.
3. Invierte tiempo para consumir o conseguir tabaco.
4. Deseo o necesidad de consumo.
5. Incumplimiento de los deberes del trabajo, escuela o el hogar.
6. Hace uso del tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes.
7. Abandono o reducción de actividades sociales o profesionales
8. Consumo recurrente que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo a pesar de saber que sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente causado por el tabaco.

Ya que se hayan identificado dos o más de los criterios se debe de especificar si el usuario se encuentra;

- ✓ En remisión inicial se da después de haberse identificado con todos los criterios del trastorno y se ha cumplido mínimo tres meses
- ✓ En remisión continuada después de haber presentado los criterios aquí el consumidor debe de tener un periodo de 12 meses o más de consumo,
- ✓ En terapia de mantenimiento el individuo ya está llevando a cabo un tratamiento y no se presenta algún criterio salvo a la excepción de la tolerancia y abstinencia

Para que se brinde un diagnóstico correcto para este manual se debe de especificar si es

leve, moderado o grave, por ejemplo, si se llegara a presentar un consumo moderado se debe diagnosticar como F17.20 trastorno por consumo de tabaco moderado ya que hay persistencia de 4 a 5 síntomas, si llegara a presentar más de seis síntomas se consideraría grave y en leve solo sería la presencia de dos síntomas (Association, 2014)

2.7.2 CIE-11

Los trastornos por consumo de nicotina se caracterizan por el uso y por las consecuencias que este tiene, explica que el tabaco puede ser consumido en distintas formas ya sea por cigarrillo electrónico, esnifar o masticar, la considera como una de las drogas más consumidas en el mundo. La forma de diagnosticar el consumo de tabaco puede ser por patrones nocivos o como dependencia a la nicotina. De acuerdo con la clasificación de los patrones nocivos se pueden presentar como episódico y continuo.

2.7.2.1 Patrón Nocivo de Consumo de Nicotina, Episódico

Se considera intermitente debido al daño causado a la salud física y mental, sus síntomas tienen que ser evidentes en un periodo de 12 meses más, el consumidor comienza a perjudicar la administración de forma que se aumente y otra característica es que el cuerpo presente efectos secundarios

2.7.2.2 Patrón Nocivo de Consumo de Nicotina, Continuo

Como su nombre lo dice se trata de un consumo frecuente (diario) de nicotina, se considera como un patrón continuo cuando se realiza esta actividad durante periodo de al menos un mes.

2.7.2.3 Dependencia a la nicotina

Este se caracteriza por el uso continuo de nicotina en un periodo de doce meses, pero el diagnostico se puede realizar si el consumo es continuo durante 3 meses, considera que la característica central es el impulso de consumo de nicotina, el usuario puede presentar tolerancia a los efectos generando un efecto de satisfacción al consumidor.

2.7.3 Tipos de fumadores

Como se ha abordado con anterioridad sabemos que el consumo de tabaco ya se considera un trastorno ya que hay un consumo perjudicial causando problemas físicos, psicológicos y daños sociales, para que se presente dicho trastorno tiene que haber un usuario consumidor de tabaco el cual es conocido como fumador, de acuerdo con la OMS existen tres tipos de fumadores: Fumador diario, ocasional y pasivo, también está el exfumador.

2.7.3.1 Fumador Diario

Es aquella persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos seis meses, hay otros que mantienen un consumo frecuente de dos o más cigarrillos al día (Dra. Ascanio, García, & Barrenechea, 2009). Este fumador presenta un alto nivel de consumo, se puede presentar de forma social o individual, cuando se comienzan a visualizar efectos sobre la salud, hay probabilidad de que abandone el consumo, pero pasando la enfermedad nuevamente retoma el consumo.

2.7.3.2 Fumador Ocasional

“Es la persona que ha fumado menos de un cigarrillo al día” (Dra. Ascanio, García, & Barrenechea, 2009), especialmente en un ambiente social por dar un ejemplo en una fiesta, su consumo se da de forma esporádica y de igual forma puede ser en un periodo de seis meses. Una característica específica es que este usuario no tiene conciencia que él ya es un fumador, debido a este motivo no ha dejado de consumir.

2.7.3.3 Fumador pasivo

“Es la persona que no fuma, pero que respira el humo de tabaco ajeno o humo de segunda mano o humo de tabaco ambiental” (Dra. Ascanio, García, & Barrenechea, 2009). El monóxido que imana el cigarrillo es altamente dañino para el no fumador ya que en la exhalación del humo de tabaco existe más nicotina y altos niveles de alquitrán. (Navarra, 2020)

2.7.3.4 Exfumador

“Es la persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses” (Dra. Ascanio, García, & Barrenechea, 2009) No ha consumido durante este periodo o hasta los 12 meses pasando por el proceso de abstinencia hasta que el cuerpo comience con la desintoxicación de la nicotina.

2.8 Proceso de dependencia, tolerancia y abstinencia en el consumo de tabaco

En el trastorno de consumo de tabaco se conoce que es la sustancia más utilizada representada por el 90% de consumo, los fumadores se destacan por fumar un cigarro al día durante los últimos seis meses, cuando se vuelven dependientes presentan un deseo intenso de consumo a tal punto de interferir con sus actividades cotidianas. El tabaco es una de las sustancias más adictivas, en el cual también se presenta dependencia y tolerancia a la sustancia o en caso de que se pretenda suspender el consumo de tabaco de forma indefinida o definida poder formar parte del proceso de abstinencia.

2.8.1 Dependencia psicológica en fumadores

Tanto en la dependencia física como en la psicológica se presenta la ansiedad como un síntoma ya que esta es constante e intensa por el deseo de consumo, cuando ya se ingiere la sustancia es un efecto de recompensa para satisfacer al sistema nervioso, presentado como un proceso en el cerebro la nicotina como un primer activador del neurotransmisor (dopamina) (Sarason & Sarason, 2006).

La dependencia psicológica en el consumo de tabaco se define como *“el conjunto de asociaciones aprendidas entre el fumar y determinadas circunstancias internas y externas asociadas al fumado”* (Brenes & Esquivel, 2016) dentro de las asociaciones podemos incorporar las creencias irracionales ya que son de cierta forma aprendidas inculcadas por el medio una de estas puede ser el mito de “fumar me causa un sentimiento de relajación” debido a que el tabaco es percibido como forma de confrontación ante una estrés o ansiedad acompañado de una

emoción intensa como puede ser la frustración ira, hostil, irritado o nauseas, posteriormente se presenta una conducta disfuncional en este caso ingerir tabaco.

2.8.2 Tolerancia al tabaco

Es la parte fundamental para que incremente la dependencia a la sustancia, porque permite a que el cuerpo eleve los niveles de nicotina en la sangre. Se define a la tolerancia como *“el aumento significativo de las dosis de la sustancia para conseguir efectos deseados, o como una reducción notable del efecto cuando se consume la dosis habitual”* (Association, 2014). El consumidor ya no está satisfecho con la con la cantidad ingerida y opta por aumentar el consumo, ya que puede notarse el efecto reducido tras el consumo continuo de la sustancia.

La tolerancia también se presenta de distintas maneras para cada persona debido a las características físicas como lo puede ser la coordinación, la depresión respiratoria motriz o la falta de sabor en los alimentos ingeridos y por otra parte los efectos del sistema nervioso central como es la falta de estimulación a la dopamina o serotonina.

2.8.3 Abstinencia al consumo de tabaco

A través del consumo constante la tolerancia es la principal característica para que suceda la dependencia, pero también es un factor que sea difícil poder cesar el consumo de tabaco, la abstinencia se define como *“un síndrome que ocurre cuando disminuye las concentraciones de la sustancia en la sangre en los tejidos en una persona a que ha sido una gran consumidora de manera prolongada”* (Association, 2014) se compone de características físicas cuando la persona intenta dejar de consumir, también viene acompañado de características psicológicas como puede ser el estado de ánimo, dificultad de concentración, ansiedad y trastornos del sueño como lo puede ser el insomnio o apnea del sueño. A continuación, se presenta en la figura número 2 explicando dichos procesos que se presentan en el consumo de tabaco:

Figura 2

Proceso de dependencia, Tolerancia y abstinencia en el consumo de tabaco



Nota: Se describe la función de cada proceso al igual que la similitud que tiene con la finalidad de entender mejor dichos procesos.

CAPITULO III ETIOLOGÍA PSICOLÓGICA DEL CONSUMO DE TABACO.

Como ya conocemos el consumo no solamente afecta a la salud física, sino que también la mental que consigo se le unen las relaciones familiares, sociales, de pareja, trabajo o escolares que se ven perjudicadas por el consumo de tabaco. Puede generar patologías duales con otros trastornos no relacionados con los trastornos por consumo de sustancias al igual que generar alteración en las funciones mentales superiores como lo es la sensación, percepción, atención y memoria, para conocer como estos factores afectan en la toma de decisión para abandonar el consumo.

Muchos de los fumadores se adentran por primera vez en un manejo terapéutico (Intervención Breve), debido a noticias sobre su salud, por recomendación de un conocido, familiar o amigo que le sea relacionado con el consumo de tabaco, aunque notodos se mantienen en el proceso para abandonar la sustancia.

Ahora bien, el consumo de tabaco origina desde la perspectiva neuropsicológica y la parte social que resulta un detonante importante para que se suscite el uso de la ya mencionada sustancia. Y por otra parte hablar acerca del proceso de aprendizaje social propuesta por Albert Bandura que explica como es el proceso de desarrollo en el medio específico y como es que se lleva a cabo la interacción social.

Por último, mencionar la importancia del trabajo multidisciplinario que se realiza para abarcar el abandono de consumo de tabaco, dicho trabajo permite que el usuario adquiera nuevas formas para poder cesarlo, en este caso desarrollar como lo abarca el campo médico y el psicológico.

3.1 ¿Cómo se origina el consumo de tabaco?

Inicialmente hay que mencionar que la neuropsicología nos permite identificar si un individuo presenta un deterioro cognitivo, realizando un diagnóstico inferencial, que nos va a permitir valorar si se produce algún daño cerebral. Esta área se define como la *“encargada del*

estudio de las relaciones existentes entre el cerebro y los procesos cognitivos, conductuales y emocionales con el fin de identificar, describir, evaluar, diagnosticar y rehabilitar todas aquellas alteraciones derivadas de las disfunciones del SNC” (González Fernández Santiago, 2003) nos permite identificar y evaluar los determinantes afectivos y conductuales que presenta los individuos por medio de test, cuestionarios, entrevista y pruebas psicológicas con la finalidad de establecer un diagnóstico.

El uso y consumo de tabaco se destaca por ser altamente adictivo debido a que la nicotina es la principal sustancia que genera la dependencia y la tolerancia, permite que el usuario haga uso frecuente de la sustancia hasta el punto de generar un proceso crónico, esto sucede ya que el cuerpo ha tolerado completamente la sustancia y el cuerpo se encuentra con la satisfacción necesaria produciendo un proceso cerebral por medio de la inhalación del humo, hasta llegar al momento del placer.

Este proceso inicia a través de un sistema de recompensa la nicotina da inicio a su proceso por medio de receptor nicotínico permite que funcionen como mediador químico de acetilcolina, sustancia que también forma parte de las más de 7,000 sustancias que componen el tabaco, ya activados este receptor permite la facilitación de que exista la liberación de neurotransmisores como lo son la serotonina, noradrenalina y dopamina (Muñoz Ángel Miguel, 2011). Se considera que el neurotransmisor que tiene a activarse más fácilmente es la liberación de la dopamina produciendo una sensación de placer.

3.1.1 Origen Biológico

Hace referencia también a la conducta adictiva, en este caso el consumo de tabaco es de mayor o menor de acuerdo con la susceptibilidad que se presente ante las sustancias, de acuerdo con la variabilidad se puede presentar de forma congénita, en otras palabras, el usuario puede desarrollar el consumo por un gen específico o por factores epigenéticos que se pueden presentar en el desarrollo perinatal (Pérez, 2011).

Se conoce que diversas enfermedades aumentan la probabilidad de desarrollarse cuando están relacionados con el consumo de tabaco, como, por ejemplo, hacer uso excesivo genera disfunción endotelial en las arterias que genera un aumento en la rigidez en la capa íntima y media modificando nocivamente el perfil lipídico (Cuero, 2020).

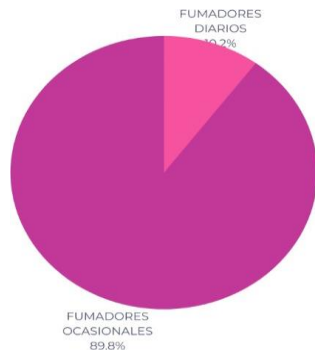
3.1.2 Origen Social

En este sentido se ha mencionado que los factores familiares, el medio comunitario y el medio de compañerismo (amistades) son una causa por la cual se puede iniciar el consumo de alguna sustancia ya que el individuo se encuentra influenciado por el medio y se está adaptando a nuevas conductas, al igual que el medio familiar siendo aquel que atribuye el modelo de crianza y la forma de desarrollarse en el medio.

Generalmente el consumo de sustancias se inicia en la etapa de adolescencia ya que se encuentran en un momento de aprendizaje de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco ENCONDAT (2017) Entre los 12 a 17 años inicia el consumo de tabaco, correspondiendo a 684 mil entre los cuales 210 mil son mujeres y 474 son hombres, solamente el 0.5% (74 mil) representa a los fumadores diarios, mientras que el 4.4% representa a los fumadores ocasionales a lo que corresponde a 711 mil adolescentes. En la figura número 3 se representa en forma de grafica el total de lo que representa el 0.5% y el 4.4%.

Figura 3

Fumadores diarios y ocasionales contabilizados



Nota: (ENCODAT, 2017) Representación gráfica de los fumadores diarios y ocasionales contabilizados en México en el año 2017.

Se muestra que el 10.2% representa a los fumadores diarios, mientras que los ocasionales son el 89.8% ambos representando a los fumadores actuales que 4.9% en México que representa a 684 mil mexicanos fumadores adolescentes.

Durante la etapa de la adolescencia se reconoce como el momento donde el individuo se desarrolla de forma cognitiva generando una modificación en el proceso de información, también adquiere un juicio, hasta iniciar con la toma de decisiones o que generar un razonamiento, por otra parte, desarrollan su motivación, una nueva búsqueda de emociones. Mientras que su cuerpo pasa por cambios físicos relacionados con la modificación hormonal, al igual que el cambio en tono de voz, por mencionar algunos. El adolescente se encuentra en la búsqueda constante de una identidad propia y tener necesidad de formar parte de un medio que le acepte.

Que exista un consumo de sustancias (en este caso tabaco) permite que el adolescente se encuentre en periodo de vulnerabilidad y se vea influenciado por su medio, ya que no mantiene la dimensión, ni cuenta con herramientas que le permitan saber que el consumo es de alto riesgo para la salud, por eso es importante mencionar que la cultura y las características del medio son de importancia ya que son determinantes importantes para que se inicie con el consumo temprano de tabaco.

Algunas de las características que se consideran para que exista el consumo de tabaco en el medio social del adolescente son:

➤ **Necesidad de Reafirmación**

Como su nombre lo dice el adolescente pretende confirmar su identidad por medio de su imagen y a como tienden a ser percibidos por los demás, para que suceda lo ya mencionado se espera a que inicie con nuevas conductas que le permitan la convivencia con su medio ya sea en alguna reunión nocturna (una fiesta) o actividades que involucre hacer uso del consumo de tabaco (Maturana, 2011).

➤ **Necesidad de Transgresión**

Los padres que aplican el estilo permisivo de crianza con sus hijos son accesibles y no hay limitaciones, en caso de que estos padres hayan sido criados por un modelo autoritativo, ellos en su estilo de criar a su hijo modifican las conductas no deseadas y el pensamiento impartido culturalmente por una generación anterior. En cuanto a un estilo autoritario, provoca que el adolescente se sienta inseguro, insatisfecho o rebelde, si la transgresión se hace presente en este estilo, habría la posibilidad que los padres tomen acciones a la defensiva, la cual puede dar como resultado en los adolescentes conductas violentas, destructivas o que tengan relación con el consumo de tabaco (Mauri, 2015).

➤ **Necesidad de Conformidad Intergupal**

Aquí surge el intercambio de información en cuanto a la familia, interés personal o el contacto que se intenta transmitir de uno al otro, en este punto el adolescente intenta construir el “yo” por medio de un grupo ya que pretende adquirir una personalidad. El yo se presenta como una identidad para el adolescente, que le permite desarrollar sus funciones como la percepción, el manejo de información, el razonamiento y tener el control sobre los mecanismos de defensa.

Debido a las relaciones intrapersonales algunos adolescentes se sienten impulsados a generar la experimentación con el consumo ya sea de tabaco, alcohol, marihuana, entre otras (Maturana, 2011).

➤ **Susceptibilidad frente a las presiones del entorno**

Los adolescentes pueden ser influenciados también por campañas publicitarias asociadas con el consumo de sustancias, ya sea con imágenes determinadas enfocadas a la sustancia psicoactivas o con anuncios publicitarios tanto en la televisión o a través de las redes sociales, este factor puede ser una consecuencia para que exista la curiosidad y se comience a propagar el consumo a temprana edad (Maturana, 2011).

3.1.3 Origen Psicológico

Existen determinantes que permiten que el adolescente adopte una actitud debido a su

nueva identidad que ha adquirido con su medio social dentro y fuera de su núcleo familiar, esta actitud puede componerse a partir de rasgos afectivos, cognitivos y conductuales. En la cuestión afectiva se ha investigado que el consumo de sustancias está asociado a la ansiedad y con los niveles de ira se presenta la dificultad de regular o generar nuevos afrontamientos en cuanto a la cuestión emocional.

La autoestima es parte del proceso de consumo de tabaco ya que se puede generar autovaloración a una conducta desviada y que la poca motivación que tenga el individuo no le sea funcional para una conducta no problemática, sino que le será de beneficio a conductas contrarias y que las consecuencias puedan repercutir a futuro (María Angeles Luengo Martín, 1999).

3.1.3.1 Percepción

Uno de los factores importantes para los fumadores es la imagen que proyectan el consumo de tabaco para algunos significa sentirse “Elegantes”, otros se sienten “Adinerados” o consideran que el consumo es importante para regular el nivel estrés que llevan en su día a día ya sea en un ambiente laboral o hacer uso de la sustancia en presencia de un grupo de fumadores. Por ello entendemos a la percepción como *“un conjunto de procesos y actividades cognitivas relacionados con la estimulación de los sentidos, mediante las cuales se obtiene información respecto al entorno y a las acciones que se efectúan en él”* (Prada, 2015). Por este medio el ser humano realiza la selección de estímulos presentes en el ambiente por medio de la atención, también nos permite captar la realidad de forma estructurada brindando un significado.

En 1975 Luria A. menciona que la percepción integra los objetos y los agrupa de acuerdo a la información que le va a llegar al usuario por medio del movimiento de su ocular y la forma sonora en cómo llega la información, pasado este proceso se coteja los datos a partir de representaciones anteriormente formadas para generar un proceso de formulación de hipótesis que permite anunciar de forma impulsiva una suposición con la información percibida, a partir de

estos rasgos captados como un conjunto por el individuo, se puede tomar una decisión ante el objeto que ha percibido.

La percepción se caracteriza por ser objetiva y generalizada, tiende a ser constante y permite obtener información de forma constante y de forma amplia ya que el objeto puede modificar la forma de acuerdo con el ambiente o ante múltiples condiciones y se genera la capacidad de tomar una decisión en la elaboración de una hipótesis sobre el objeto que se ha percibido (Robles, 2008).

3.1.3.2 Toma de decisiones

Hablar de una decisión es elegir una entre varias alternativas, basado en la información que tiene el usuario al momento generar una elección implica que el individuo identifique las posibles opciones, generar una evaluación las posibles consecuencias que puede conllevar cada alternativa, evaluar la probabilidad de cada consecuencia y por último generar una elección entre cada opción (Furby, 1992). Llevar a cabo una decisión también implica que la motivación tanto intrínseca y extrínseca (serán explicadas en el capítulo 5) El proceso de la toma de decisión inicia en la corteza prefrontal, ya que aquí es donde se almacena la información, desempeñando el procesamiento de información emocional y lo afectivo (Bechara, 2023).

En cuanto a los adolescentes su proceso de decisión está relacionado con sus amistades, sus estudios y la familia, se encuentran en su búsqueda constante evaluando información para poder elegir o rechazar alternativas (Gambara Hilda, 2002). En relación con el consumo los jóvenes elaboran una decisión de riesgo ya que los jóvenes no cuentan con la información exacta de lo que conlleva el consumo de tabaco como lo son los riesgos a la salud física y las consecuencias a largo plazo al igual que los daños a la salud mental y los daños sociales debido al consumo.

3.2 Aprendizaje social y el consumo de tabaco

Albert Bandura fue un psicólogo y pedagogo ucraniano interesado por el aprendizaje

social y la autoeficacia. En su teoría del aprendizaje social explica que el ser humano aprende cosas nuevas y le permite desarrollar nuevas conductas mediante la observación del medio y de los otros individuos, demuestra que el principal factor en el aprendizaje es la enseñanza. De acuerdo con Bandura el aprendizaje por observación o también conocido como aprendizaje vicario, comprende cuatro pasos:

- 1. Proceso de Atención:** Menciona Bandura (1969) antes de que alguien o algo pueda ser modelo, el sujeto debe advertirlo. En otras palabras, es necesario conocer que la atención tiene que estar sujeta a realizar una pausa para que pueda procesarse de alguna forma el aprendizaje respecto al objeto o lo que se quiere aprender, solamente si resulta llamativo o interesante para el individuo.
- 2. Procesos de retención:** *“son los procesos en virtud de los cuales la conducta moldeada es modificada bajo formas de memoria por el observador”* (Arancibia, 1990) el individuo debe ser capaz de recordar a todo aquello que se le ha prestado atención, almacenando la información en el lóbulo parietal representada como una imagen mental para que posteriormente se represente como parte de nuestro comportamiento.
- 3. Reproducción:** *“Supone la modelación supone una traducción de las representaciones simbólicas (cognitivas) de los estímulos modelados en desempeñar una conducta real modelada”* (Arancibia, 1990) hablamos de su capacidad física y mental que tiene que pasar el individuo para poder ejecutar una conducta y repetir el comportamiento.
- 4. Motivación y reforzamiento:** *“Se determina aquello que se modela, aquello que se ensaya y la cual la conducta se emite”* (Arancibia, 1990) se puede generar cuando estamos en constante observación con personas que son recompensadas o no por realizar o no una conducta, para que el individuo se motive o se niegue

a repetir una conducta.

Como ya se mencionó anteriormente, al individuo también variables como las normas culturales y los dichos agentes de socialización como lo son la familia, las amistades o el medio pueden enseñar a un individuo nuevas conductas, en el caso de consumo de tabaco, por ejemplo, un niño de 5 años de edad puede observar que su padre ante una situación estresante o una emoción negativa enciende inmediatamente un cigarro para afrontarlo, por ende el niño comprende que ante una situación de ese tipo se puede afrontar por medio del consumo de tabaco.

Si un adolescente tiene una expectativa en cuanto a la sustancia y no tiene presente las consecuencias del consumo, conocer los efectos del tabaco, ya que tiene la percepción que el tabaco puede atenuar un malestar personal (como lo puede ser la ansiedad y depresión) o generar la estimulación fisiológica (relajamiento muscular momentáneo, formando creencias de acuerdo con el medio y un esquema cognitivo muy resistente a generar un cambio.

Distintos profesionales pueden generar un abordaje para cesar el consumo de alguna sustancia desde distintas perspectivas, para esta investigación es importante hacer hincapié en el campo psicológico y el campo médico para abarcar terapia farmacológica funcional para cesar el consumo de tabaco.

3.3 Papel del psicólogo y el trabajo multidisciplinario con el campo médico

Ser multidisciplinario conlleva un trabajo en equipo con varias disciplinas para brindar una solución a un problema, tienen un mismo objetivo en común generando una comunicación de emisor y receptor. Que un paciente tenga dependencia al tabaco conlleva una pérdida importante de su autonomía y parte de sus pensamientos distorsionados propician el consumo acompañado con impulsividad, riesgo y si cuenta o no con alguna red de apoyo.

3.3.1 Campo Psicológico

De acuerdo con el Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas De EE.UU. (2009) creo una

guía la cual está conformada por intervenciones por medio de tratamientos que han sido efectivos para el abandono de adicciones, con el objetivo que el terapeuta sea un guía para que el paciente identifique el origen de su adicción y que pueda adaptar nuevas conductas de autocuidado y seguridad para que puedan generar un proceso de abstinencia, además de que la información recabada funciona para trabajar con la gestión emocional del paciente. La mayoría de los tratamientos propuestos por el NIDA y que también son utilizados en la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas son de origen Cognitivo Conductual.

1) Programa Cognitivo Conductual para el tratamiento de la adicción al tabaco

Aquí el terapeuta brinda la información sobre el consumo de tabaco, como parte del tratamiento se hace uso de los autorregistros y gráficas para representar el nivel de consumo, al igual que hacer uso de la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina, en caso de que los pacientes abandonen el consumo de tabaco se llevarán a cabo un tratamiento con estrategias para controlar el síndrome de abstinencia y también utilizar el programa de prevención de recaídas (Becoña, 2007).

2) Técnicas de autocontrol

Estas permiten orientar al usuario para que conozca su conducta problema y sea capaz de generar un afrontamiento y mantener el cambio hacia una nueva conducta, esta trabaja con las ideas, creencias, pensamientos y las atribuciones erróneas que tiene el individuo haciendo una evaluación conductual que tienen la persona (Elisardo, 2003).

3) Terapia de Grupo

También utilizada en la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas permite que el paciente por medio de dinámicas pueda cesar el consumo de tabaco, con ayuda de otros consumidores van generando una red de apoyo por medio de estrategias, técnicas de control de consumo de tabaco y habilidades para generar un afrontamiento ante el medio, con la finalidad de que el usuario pueda modificar el estilo de vida que tenga (Ocampo, 2022).

4) Prevención de Recaídas

El terapeuta identifica situaciones en paciente que le sean un alto riesgo para la recaída, posteriormente se genera un registro y el análisis funcional que tiene el usuario ante la sustancia considerando las habilidades cognitivo-conductuales que ha adquirido para las situaciones de posible riesgo como puede ser por medio de estrategias cognitivas, comportamentales al igual que el entrenamiento en solución de problemas, estrategias que el usuario haya considerado útiles durante el proceso terapéutico para abandonar el uso de tabaco (Iglesias, 2010).

De acuerdo con el terapeuta se realizará un espacio o mencionar durante las sesiones la importancia de llevar una adherencia adecuada al tratamiento, además de realizar la gestión emocional como una estrategia para que no se dificulte el abandono de sustancia, esta adherencia al tratamiento también puede llevarse en conjunto con un tratamiento médico en caso de que se considere necesario.

3.3.2 Campo Médico

Como ya se ha mencionado anteriormente el tabaco es la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo el cual es responsable de más de 6 millones de muertes anuales (G.B.D, 2017), la Us Preventive Services Task Force (2015) hace la recomendación de hacer uso de tratamiento farmacológico para todas las personas fumadoras de tabaco ya que han demostrado que son altamente eficaces y seguros. La terapia sustitutiva con nicotina, estos han demostrado una eficacia en la abstinencia de 6 a hasta los 12 meses, no obstante, se recomienda llevar un acompañamiento psicológico de preferencia con terapia cognitivo-conductual o intervención breve.

Algunos de estos tratamientos son:

a) Goma de Nicotina

Son chicles elaborados de 2 a 4 gramos de nicotina, el médico sugiere al inicio del tratamiento iniciar con el de 2 gramos y si el paciente presenta una alta dependencia a la nicotina

brindar el de cuatro gramos, se recomienda no exceder de los 25 chicles de 2 gramos al día, ni de 15 de 4 gramos, este tratamiento se tiene que disminuir de forma gradual después de utilizarlo tres meses. El usuario debe de masticar el chicle hasta percibir un sabor “picante”, posteriormente debe de ser colocado entre la encía y la pared bucal comprimiendo por 30 minutos, este se absorbe por la pared bucal (Baraona, 2017).

b) Parches de Nicotina

Estos pueden utilizarse durante dos periodos uno de 24 y otro de 16 horas se dosificaran de acuerdo a las semanas que sean utilizados por ejemplo las cuatro primeras semanas se administraran 21 gramos, después se disminuirá la dosis a 14 gramos y en las últimas semanas a 7 gramos, a comparación de los parches de 16 horas que las primeras semanas se administra 15 gramos a modo de disminuir cada dos semanas de 10 hasta llegar a los 5 gramos, este parche debe ser colocado por el médico y se coloca en una piel sana, sin bello colocado en el brazo superior o en la cadera, en las mujeres se sugiere no colocarlo en el pecho (Baraona, 2017).

c) Bupropión

Se administra 150 mg durante 3 días, posteriormente la misma dosis, pero dos veces de forma diaria en un lapso de 7 a 12 semanas, se recomienda utilizar este tratamiento antes de abandonar el consumo de tabaco, este tratamiento dobla la tasa de abstinencia de un periodo de 6 a 12 meses situándose entre el 18% y el 36% de eficacia (Baraona, 2017).

d) Nortriptilina (Palemor, Aventyl HCL)

La dosificación inicia con 25 mg al día, aumentando hasta los 75 a 100 mg al día durante un periodo de 12 semanas, llegando a prolongar su tratamiento hasta los 12 meses, el paciente tiene que hacer elección de una fecha para que abandone su consumo de tabaco después de haber iniciado el tratamiento, puede ser en un periodo de 10 a 28 días, se recomienda que si el paciente presenta algún efecto secundario como aturdimiento o manos temblorosas evite realizar actividades como por ejemplo conducir (Baraona, 2017).

La intervención psicológica junto a la farmacoterapia resulta más eficaz para modificar las conductas adictivas en pacientes, ya que ambos se van complementando a modo que los pacientes puedan directamente generar un control y habilidades para afrontar el medio y no recaer en las sustancias, no en todas las instituciones se lleva un tratamiento de este tipo ya que la efectividad con la terapia cognitiva se considera basta para algunos pacientes.

En la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas se lleva a cabo el tratamiento cognitivo conductual, el cual va a permitir que personas que tienen adicción a alguna sustancia les resulte menos complicado cesar su consumo, por medio de técnicas conductuales efectivas y pruebas psicométricas que apoyaran a generar una evaluación del paciente.

CAPÍTULO IV CLÍNICA CONTRA EL TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS

ADICTIVAS

4.1 Breve Historia de la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas

Sabemos que el tabaco es una de las sustancias más adictivas debido a sus 7,000 componentes específicamente incluyendo la nicotina que es la parte fundamental para que se genere dicha adicción ya que el cuerpo comienza a generar tolerancia a la sustancia, debido a este impacto, en México se han realizado distintas propuestas y normas para erradicar el consumo. Específicamente en Ciudad de México se creó una institución llamada “Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas” (dentro del Hospital General de México); que tiene como objetivo brindar tratamiento psicológico para dar herramientas para que los fumadores puedan cesar el consumo de tabaco.

En el año 1981 se inició un programa de investigación para la cesación del consumo de tabaco por medio de técnicas educativas, conductuales el cual llevo a cabo con el Instituto Nacional de Psiquiatría con tres instituciones gubernamentales: Hospital General de México, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias e Instituto Nacional de Perinatología con el objetivo de establecer el perfil de los fumadores y evaluar el tratamiento. En cada institución se aplicó un tipo específico de intervención que ha dado como resultado nuevas formas de abordar esta problemática de salud pública.

En el Instituto Nacional de Perinatología se realizaron estudios con población de mujeres embarazadas de alto riesgo a quienes se le aplicaron técnicas de la corriente Cognitivo Conductual en sus distintos niveles; cognitivo, fisiológico y emocional (Marta Isabel Díaz, 2012) apoyado de la educación para la salud.

Por su parte en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), En el departamento de Investigación y Tabaquismo y EPOC, se creó la Clínica de Ayuda para dejar de

Fumar en 1982 (Investigación en Tabaquismo y EPOC, 2018). Realizaron una investigación sobre el un hallazgo que implica que a la vitamina C como un favorecedor ante el síndrome de abstinencia para cesar el consumo de tabaquismo (Cicero, Puente, Vergara, Sánchez, Ramírez, Domínguez, 1989).

En el Hospital General de México, el servicio de Neumología y Cirugía de Tórax se llevó a cabo una investigación con pacientes de padecimiento cardiorrespiratorio para la aplicación de técnicas para educar a la salud y reestructuración cognoscitiva, la cual se vio suspendida debido al terremoto de septiembre del año 1985, se retomó hasta el año 1986 con una segunda fase donde se agrega la incorporación de la administración del tabaco masticable con nicotina con los pacientes que recibieron reestructuración cognitiva.

Para el año 1988 se construyó la Clínica Contra el Tabaco del HGM, no solamente con la finalidad de cesar el consumo de tabaco, sino, también como un programa de educación para la salud abarcando la prevención de consumo más vulnerable como lo son niños y jóvenes (Ocampo & Cicero-Sabido, 2012).

4.2 Tipo de tratamiento aplicado en la Clínica Contra el Tabaco

Como se ha mencionado en capítulos anteriores existen diferentes corrientes psicológicas que proponen diferentes formas de abordar el consumo de sustancias con la finalidad que el paciente modifique una conducta des adaptativa, que en este caso es el consumo y pueda desarrollar nuevas herramientas y estrategias que le permitan generar un cambio positivo en el usuario. En dicha clínica se lleva a cabo un tratamiento cognitivo conductual para cesar el consumo de sustancias en este caso tabaco, este tratamiento se fundamenta en la modificación conductual y la teoría cognitiva.

- **Modificación Conductual**

Se define como *“la aplicación sistemática de principios de aprendizaje y de psicología experimental con el objetivo de eliminar, disminuir o cambiar conductas que son no son*

adaptativas" (Mairal, 2014). Como parte del tratamiento para trabajar con este tipo de conductas que son aprendidas a partir de los principios básicos del aprendizaje (Martonell, 1996), específicamente se encuentra centrada en modificar aspectos de la personalidad o de rasgo, su intensidad, frecuencia o la duración (por ejemplo, una persona de 44 años fumadora de 20 cigarrillos diarios desde hace 15 años).

Mantiene también un interés por generar un análisis de la conducta ya que busca identificar la funcionalidad entre lo que se suscita un acontecimiento social y la conducta del individuo en particular al encontrarse en dicho ambiente.

Por ello es importante conocer algunos de sus antecedentes.

4.2.1 Antecedentes de la modificación de la conducta.

El fisiólogo ruso Iván Pavlov descubrió una serie de principios ligados al aprendizaje que se denomina condicionamiento clásico. Planteado como una serie de cambios de estímulo que se considera como un proceso de aprendizaje que se produce a través de una asociación entre un Estímulo Incondicionado (EI) y respuesta Incondicionada (RI), se presenta como una proximidad de un estímulo y una respuesta, por ejemplo, un niño se encuentra en la cocina y toca una olla caliente que se encontraba en la estufa, al tocarla sufre una quemadura, generando una asociación con el dolor, posteriormente si se encuentra nuevamente en la cocina comprende que no debe de tocar las ollas que están al fuego ya que una quemadura causa dolor, a esto se le conoce como respuesta condicionada que se presenta a partir de un estímulo condicionado en este caso el dolor emerge un aprendizaje para el niño en este caso no tocar las ollas calientes en la cocina, siendo esta la respuesta condicionada.

4.2.1.1 Condicionamiento Operante

Este tipo de condicionamiento fue establecido por el psicólogo americano Frederic Skinner se interesa para trabajar con las conductas involuntarias que se presentan en un medio desencadenado por eventos externos sino de forma voluntaria, si esta conducta es seguida

incrementa la probabilidad de que se genere un reforzamiento, tiene como paradigma Estimulo (E), Respuesta (R) y un Reforzador (R) o Consecuencia, este último juega un papel importante al igual que el concepto castigo. Un refuerzo se define como *“un evento cuya ocurrencia aumenta la probabilidad de que cierto estímulo evoque una respuesta determinada”* (Sarason & Sarason, 2006) en otras palabras permite que el individuo repita una conducta deseada o no.

En dicho caso se presentan dos tipos de reforzadores los positivos y los negativos, con los primeros se espera un aumento de probabilidad con una respuesta apropiada, ofreciendo algo agradable al usuario. En cuanto a los reforzadores negativos permite que probablemente aumente una respuesta apropiada se presente cuando se reduzca o se termine con algo desagradable de forma rápida para que ocurra la conducta que se desea.

Por el contrario, cualquier estímulo agresivo que tiene como consecuencia que se disminuya o que no se presente una conducta en el futuro, por ejemplo, quitar el celular a un niño por reprobado cuatro materias.

4.2.2 Teoría Cognitiva

Es un modelo terapéutico propuesto por Aaron T. Beck quien menciona que la conducta presentada de la persona es el resultado de pensamientos y cogniciones a través de sus percepciones, creencias, ambiente. En el caso de apoyar a los consumidores de sustancia se tiene la finalidad de reducir la intensidad y frecuencia para reducir los impulsos de consumo y explorar de forma individual las creencias que presenta la persona. Por otro lado, también se enseña técnicas específicas para controlar el consumo (Beck, 1999).

4.2.3 Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Esta forma de terapia fue desarrollada en 1967 por el psicólogo clínico Albert Ellis quien menciona que el pensamiento y las emociones que presentan los seres humanos no son dos procesos distintos, sino que van unidos de una forma significativa. En cuanto a las emociones y pensamientos que son ejemplados como el “debo” y “tengo” (Ocampo, Magallan, Hernández, &

Aguirre, 2007) son conductas relacionadas con creencias, que hacen alusión a que son la completa realidad. Ellis creó un paradigma A-B-C donde A es un acontecimiento activador por el cual tuvo que pasar el usuario, B es las creencias irracionales que se presentan “debo y tengo” ya que se vuelve una palabra absolutista y exigente y en cuanto a C es la consecuencia el cual es el producto entre el acontecimiento y el pensamiento o creencia, se representa por medio de una emoción o una conducta de adaptativa.

4.3 Técnicas utilizadas para la intervención en la Clínica contra el Tabaco basadas en el Modelo Cognitivo Conductual.

Las técnicas que se utilizan para que los pacientes de dicha clínica puedan cesar el consumo de tabaco en un tratamiento basado en lo cognitivo conductual para mantener la efectividad en el abandono de consumo, uno de los beneficios de las técnicas por mencionar es de alta efectividad tanto en terapia individual y terapia grupal.

- **Entrenamiento en Inoculación Conductual**

Este entrenamiento se hace a partir del paradigma estímulo-respuesta como estímulo se tiene como antecedente su historia de familia que hay fumadores a su alrededor, sin embargo, el repite esta conducta inadaptada y le da sentido erróneo a su consumo como solucionador de problemas. La idea de la inoculación es que el paciente pueda cesar su consumo a través de la técnica de Reducción Gradual de Nicotina y Alquitrán (RGINA) ya que como su nombre lo indica, se basa en un proceso gradual o paulatino para reducir el consumo de tabaco.

- **Autorregistro-monitoreo**

De acuerdo con el Manual de la Clínica Contra el Tabaco (2007) es una herramienta que permite cambiar o manejar la conducta del fumar debido a que el usuario realiza una autoobservación en los niveles de consumo que maneja y toma a conciencia de qué modo está llevando esa conducta des adaptada. A continuación, se muestra la figura número 4 la cual muestra el formato utilizado para realizar el auto monitoreo.

Figura 4

Auto-monitoreo utilizado en la Clínica Contra el Tabaco

UNIVERSIDAD CENTRAL DE CHILE

REGISTRO DE MONITOREO

NOMBRE: _____ FECHA: _____

HORA	¿QUÉ SUCEDE A MI ALREDEDOR QUE DESEO FUMAR?	¿QUÉ ESTOY SINTIENDO O PENSANDO?	NIVEL DE DESEO (DE 0 A 100)	¿QUÉ HAGO PARA ABSTENERME DE FUMAR?

Nota: (Ocampo, Magallan, Hernández, & Aguirre, 2007) Es brindado a los pacientes para que puedan registrar el momento en el que están realizando su consumo de tabaco.

- **Escritura emocional autorreflexiva y cartas de despedida**

Se ha adaptado como una técnica de revelación emocional y como una reflexión junto con un compromiso a largo plazo (Ocampo, Magullan, Hernández, & Aguirre, 2007) con la finalidad de que el paciente realice una narrativa donde exprese sus emociones y expresar características o motivos por el cual abandona el tabaco, se les comenta los pacientes que lo más recomendable antes de escribir dicha carta, es importante haber abandonado el consumo o cumplir con la fecha que se han fijado para realizarlo.

4.4 Pruebas psicométricas y diagnosticas para el consumo de tabaco

Para comenzar es importante conocer que el objetivo de una prueba psicológica es el generar una evaluación del comportamiento, la capacidad mental y características de la personalidad que pueda presentar un usuario, son funcionales para todo tipo de campo psicológico algunas para asesoría, psicólogos educativos, industrias, organizaciones gubernamentales o militares. Específicamente en el campo clínico permite elaborar un diagnóstico y brindar un tratamiento acorde a este. También permite evaluar cambios

cognoscitivos a partir de un programa de intervención de forma psicoterapéutica (Aiken, 1996).

Dentro de la Clínica se aplican pruebas para conocer si los pacientes presentan Ansiedad, Depresión, Impulsividad o para corroborar si el usuario presenta dependencia de alguna sustancia.

4.4.1 Pruebas para medir ansiedad

➤ Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Esta prueba fue desarrollada por Aaron Beck en el año 1988, específicamente para evaluar la ansiedad clínica en adultos y en adolescentes, es una escala de tipo Likert conformado por 21 ítems que miden el estado de gravedad actual. Clasifica los niveles de ansiedad como mínimo, leve, moderada o grave (Psicólogos, 2013, págs. 3-12).

Se asigna una puntuación a mínimo de 0-7 puntos, 8-15 puntos a leve, 16-25 puntos como moderado y para grave es de 26- 63 puntos.

➤ Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

Fue elaborada por Charles D. Spielberger y Rogelio Díaz Guerrero publicada en 1970, se administra de forma autónoma para el aplicado, para un tiempo de resolución de 5 a 8 minutos, se tiene como finalidad medir dos dimensiones de la ansiedad estado- rasgo cada uno con 20 ítems. En cuanto al estado se refiere al cómo se siente en el momento la persona, mientras que el rasgo es la ansiedad que se presenta generalmente (Corea, 2016).

4.4.2 Pruebas para medir depresión

✓ Inventario de depresión de Beck II (BDI)

Esta prueba fue elaborada por Aaron Beck la versión original se elaboró en 1961 y la segunda versión en 1996 es una prueba que tiene como objetivo identificar y medir los síntomas de gravedad de depresión en adolescentes y adultos. Está compuesta por 21 ítems a partir de los criterios que propone el DSM-IV para diagnosticar trastornos depresivos.

✓ Escalas del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D)

Se creó en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos en el año 1997 por Radloff, siendo una herramienta que nos permite detectar depresión en Adultos, consiste en 20 ítems que hace hincapié en la última semana respecto a rasgos depresivos (Aguilera R, 2004).

4.4.3 Prueba para medir impulsividad

La prueba utilizada para medir Impulsividad es Barratt la cual fue desarrollada en 1959 por Matthew S, Stanford, para el año 1983 se realizó una nueva revisión la cual consisten en 30 ítems los cuales estaban compuestos por impulsividad motora, cognitiva e impulsividad no planeada, tiene la finalidad de medir el comportamiento que se construyó a partir de la impulsividad que se encuentra en la personalidad. (Chahín-Pinzón, 2015). La impulsividad según Stanford (1959) se define como *“un rasgo de personalidad complejo, relacionado a una tendencia a realizar acciones motoras rápidas, no planeadas y con frecuencia ineficientes e incorrectas”*. Principalmente se enfoca en evaluar la toma de decisión, la forma de actuar ante los estímulos y las planeaciones u organizar los futuros actos que se presenten en el medio del individuo.

4.4.4 Pruebas para evaluar el consumo de tabaco

Dentro de la Clínica Contra el Tabaco se utilizan múltiples pruebas para evaluar e identificar el nivel de consumo de drogas, en este espacio solamente abarcaremos las pruebas relacionadas con el uso de nicotina (Tabaco).

- **Test de Fargerström o Test de dependencia de la nicotina**

Elaborada en 1978 por Karl Olv Fargerström dedicado a la psicología y empeñado para erradicar con el consumo de tabaco, esta prueba está diseñada para calificar el nivel de dependencia física a la nicotina a través de 6 ítems dando a cada pregunta un valor de 0 a 1 dependiendo si se encuentra identificado con dicha pregunta, la puntuación puede ser de 0 como no dependencia hasta el 10 que es alta dependencia (Presas, 2018).

- **Test de Russell**

Fue creada por Russell, Peto y Patel en 1974 considerada una escala de auto aplicación para el consumidor, evaluando motivos por el cual la persona está fumando. Está compuesta por 24 ítems basados en una escala Likert con 3 categorías donde 0 no sucede en absoluto, 1 sucede poco, 2 sucede bastante o 3 sucede mucho. Considerada como mínima puntuación 0 o una máxima de 72 (Presas, 2018).

4.5 Hoja de primer contacto con el paciente

Es un instrumento que permite recabar información personal del usuario respecto al consumo de sustancias y porque motivo quiere cesarlo, creado en el año 2011, este tiene sus bases en las Normas Oficiales Mexicanas 028 SSA y 168 SSA. Esta hoja lleva por nombre Solicitud de Informes, Educación para la Salud, Programa Médico Psicológico Contra el Tabaquismo y aplica para toda persona que esté interesada en abandonar el consumo por medio del tratamiento brindado en la Clínica Contra el Tabaco, dicha información puede ser solicitada por algún familiar por ausencia del fumador o algún conocido de este. Cuando acude la persona interesada se realiza una intervención a partir del consejo breve que permite apoyar al usuario a iniciar el tratamiento, dicha hoja recolecta los siguientes datos:

4.5.1 Datos del Interesado en entrar al programa de la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas

Primero debemos de recabar su número de expediente o conocido como ECU, forma parte del CARNET que es implementado en el Hospital General de México que identifica al paciente con siete dígitos con la finalidad de comprobar que pertenece a esta institución. Se presenta el caso donde los familiares de pacientes externos a la clínica están interesados en conocer el tratamiento, por lo que solicitan informes de este y se hace uso de esta hoja.

Es importante colocar la fecha y hora en la cual se brindaron informes, ya que esto permite estadísticamente a la clínica conocer cuanta afluencia de pacientes tienen interés en cesar el

consumo ya sea de tabaco o alguna sustancia.

Aunque el CARNET del paciente contenga datos generales del paciente como su nombre o fecha de nacimiento, es importante permitir que el paciente haga mención de dichos datos ya que se le realiza un examen mental para conocer si el paciente se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona, esta se definen como *"un procedimiento que se presenta en un formato jerárquico, al que recurre el psicólogo para explorar el estado mental de la persona al valorar las áreas del funcionamiento"* (Mtra. Cristina Heredia y Ancona, 2012).

Nos permite conocer si en este caso el futuro paciente conoce no presenta algún daño neurológico a modo que se encuentre desorientado. En la figura número 5 se muestra la estructura de la primera parte de la Hoja.

Figura 5

Datos generales del usuario

DATOS DEL INTERESADO EN ENTRAR AL PROGRAMA DE LA CLÍNICA CONTRA EL TABAQUISMO.		
CARNET: _____	FECHA: _____	HORA: _____
NOMBRE: _____	TELÉFONO: _____	
DIRECCIÓN: _____		
CORREO ELECTRONICO: _____	EDAD: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____

Nota: (México Patente nº Protocolo de Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, 2003)

conocer los datos generales del interesado.

Otra pregunta que permite indagar respecto a su ingreso a la clínica es ¿Cómo se enteró del servicio de la clínica?, debido a que la Clínica se encuentra dentro de un hospital de tercer nivel, otras unidades pueden realizar referencia para que sus pacientes puedan cesar su consumo. Al igual que el motivo de consulta puede estar asociado a anteriores hospitalizaciones o bien por indicaciones médicas, aunque otros usuarios pueden presentarse por otro tipo de motivación o necesidad que tenga. Estas preguntas se reflejan a continuación:

Figura 6

Motivos para iniciar el tratamiento

CÓMO SE ENTERÓ DEL SERVICIO DE LA CLÍNICA: _____
QUÉ LO MOTIVO A BUSCAR AYUDA: _____

Nota:(México Patente nº Protocolo de Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, 2003).

Aquí el paciente expone el motivo/s por el cual pretende iniciar el tratamiento, este espacio también puede ser un factor para identificar en qué etapa de cambio se encuentra el usuario, las cuales serán expuestas más adelante.

4.5.2 Historia y estado actual de consumo

En segunda instancia se busca conocer el cómo ha sido su consumo del usuario desde el día uno y en caso de haber más de una sustancia, se deberá indagar, con la finalidad de identificar cual es la Droga de impacto, la cual se define como *"aquella que genera más consecuencias negativas en el paciente y le impulsa a buscar ayuda"* (Reyes, Vega, Sagarduy, & Ramírez, 2022), también permite identificar que sustancia es la que disfruta más el consumidor o que frecuenta más a comparación de las otras.

Ya teniendo dicha droga de impacto, se continúa preguntando su actual consumo y desde cuándo se está consumiendo esta cantidad, estos datos nos van a permitir conocer si el usuario ha permanecido con la cantidad de su consumo inicia o si ha incrementado hasta el punto de generar dependencia.

Existen casos donde la persona llega en abstinencia o de manera remitente de consumo de sustancias, aquí la intervención se torna distinta ya que solamente su tratamiento psicológico va enfocado al mantenimiento y brindar estrategias al usuario para continuar en dicho proceso. Continuando con los consumidores ya que han especificado su cantidad y el tiempo que lleva con la misma, se indaga respecto a su mínimo y su máximo de consumo. Por ejemplo, usuario

de 53 años, con un consumo de 35 años, actualmente mantiene un consumo mínimo de 10 cigarros al día y como máximo una cajetilla de 24 cigarros al día, por medio del índice tabáquico para el riesgo de EPOC se multiplica el número de cigarrillos por día y el número de años como fumador el resultado dividido entre 20, podemos notar que la persona del ejemplo tiene un Índice tabáquico de 17 que se considera un consumo moderado.

Posteriormente corresponde averiguar el significado que el usuario tiene respecto a su consumo, para Saussure (2007) el significante provoca que el individuo tenga un significado correspondiente, es decir fomentando una nueva idea. El primero se define como *“es la traducción fónica de un concepto”* (Medina, 2015) mientras que el significado hace referencia a *“correlato mental de la significante”* (Medina, 2015) ambos permiten realizar un intercambio entre el pensamiento y el lenguaje, entonces se identifica que para que surja el significado que tenga el usuario sobre su consumo tiene que pasar por el proceso del signo lingüístico ya mencionado. También es importante tener en consideración que tan placentero es consumir, preguntar esto ayuda a conocer si el usuario encuentra satisfactorio el consumo y si le será complicado poder abandonar la sustancia.

Para la Clínica Contra el Tabaco y Otras Sustancias Adictivas la salud tanto física como psicológica de los futuros pacientes es de gran importancia, ya que algunos son referidos de otras especialidades o presentan inquietud sobre el daño que puede generar el consumo de tabaco a la misma, debido a esto se pregunta para su estado de salud, ¿Cómo considera su actual consumo de cigarros? Aquí el usuario debe de responder si lo considera sin riesgo, poco riesgoso, mucho riesgo o si es demasiado riesgo.

En la próxima figura se percibe el estado actual del paciente en cuanto al consumo de tabaco o de alguna sustancia y que tanto considera que es su estado de salud.

Figura 7

Estado actual de Consumo

QUÉ LO MOTIVO A BUSCAR AYUDA: _____
ACTUALMENTE CUÁNTO CONSUME _____ DESDE CUÁNDO _____ MÍNIMO/MÁXIMO POR DIA: ____/____
QUÉ SIGNIFICA SU CONSUMO PARA USTED: _____
QUÉ PLACENTERO ES CONSUMIR PARA USTED: () Nada () Poco () Mucho () Demasiado
PARA SU SALUD CÓMO CONSIDERA SU ACTUAL CONSUMO DE SUSTANCIAS:
() Sin riesgo () Poco riesgoso () Mucho riesgo () Demasiado riesgo

Nota: (México Patente nº Protocolo de Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, 2003)

conocer los motivos por los cuales quiere abandonar el consumo y cuál es su nivel de consumo.

4.5.3 Test de Richmond

Esta prueba permite conocer las razones que tiene el fumador para abstener su consumo, está elaborado con la Escala Likert de 0 a 3 puntos, en la cual se hace una excepción con el número 0 ya que su puntuación se marca como uno (Presas, 2018). Contiene 4 preguntas que permite obtener como puntuación máxima 10 puntos donde se clasifica de acuerdo con su nivel de motivación en cuanto a la puntuación 0 a 3 se considera nulo, 3 a 5 es dudoso, de 6 a 7 es moderado y de 8 a 10 se considera alta.

La Solicitud de Informes también contiene dicha prueba de Richmond con una modificación y adaptación, se agregan tres preguntas que permiten conocer en qué tiempo pretende dejar de consumir, en dicho caso se agregan más respuestas para responder el ítem de acuerdo con el tiempo que se quiere cesar el consumo en la hoja aparecen las siguientes respuestas; Nunca, El día de hoy, En tres días, En una semana, En quince días, En un mes o en más de un mes. Apartir de esta pregunta se puede identificar que tan motivado o dispuesto se encuentre el usuario para cesar el consumo.

Otra pregunta que se incluye a la hoja de informes es si el futuro paciente se encuentra preparado para abandonar el consumo en este caso de tabaco. Para esta pregunta podemos

identificar si el usuario está dispuesto a cesar completamente el consumo, puede que responda de forma cerrada (Sí o No) o también puede expresar el motivo por el cual ya está preparado.

Posteriormente en la figura número 8 podemos observar la modificación de una pregunta a oración donde el paciente se sienta identificado y pueda responder en que tiempo está dispuesto a cesar su consumo.

Figura 8

Modificación del Test de Richmond

CUÁNDO LE GUSTARIA DEJAR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> El día de hoy <input type="checkbox"/> En tres días <input type="checkbox"/> En una semana <input type="checkbox"/> En quince días <input type="checkbox"/> En un mes <input type="checkbox"/> Más de un mes
CUÁNDO CONSIDERA/PIENSA DEJAR EL CONSUMO: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> El día de hoy <input type="checkbox"/> En tres días <input type="checkbox"/> En una semana <input type="checkbox"/> En quince días <input type="checkbox"/> En un mes <input type="checkbox"/> Más de un mes
SE CONSIDERA PREPARADO PARA CESAR EL CONSUMO: _____

Nota: (México Patente nº Protocolo de Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, 2003)

permite conocer el nivel de disposición que tiene el usuario para abandonar el consumo.

Para finalizar con la hoja de solicitud de informes se realiza una pregunta relacionada con el logro definido como “*hacer algo mejor*” (McClelland, 1989) ya sea motivado por su mediosocial o personal, por ejemplo, un consumidor de tabaco pretende dejar de fumar porque su pareja se lo pidió debido a que es un factor de problemas en la relación y dejar de hacerlo es beneficio para la relación. Los usuarios exponen que es lo que necesitan para abandonar el consumo de tabaco, ya sea una palabra como “Fuerza de voluntad” o “Apoyo” mencionando múltiples factores para ir en búsqueda del éxito para cesar el consumo.

Por último, preguntar al usuario ¿Qué espera del tratamiento? Da oportunidad de conocer como es la percepción que tiene respecto a las sesiones futuras, algunos se muestran confundidos ya que la Clínica se encuentra dentro de un Hospital de Tercer Nivel consideran que solamente se lleva a cabo una intervención un tratamiento médico y no con tratamiento psicológico. Para este punto se explica el tipo de tratamiento que se lleva a cabo es dual el cual

se compone de una parte psicológica en el cual con el apoyo del modelo cognitivo conductual poder abordar dicha adicción y en parte médica, esta última permite conocer cómo se encuentra el estado de salud de los pacientes por medio de estudios como lo son: placa de tórax, muestra de flemas, electrocardiograma y una prueba de capacidad pulmonar. Dichos estudios son interpretados por los médicos neumólogos del Hospital General de México y si llegará a haber una afectación brindará un tratamiento adecuado.

Figura 9

Logro y Tratamiento

QUÉ NECESITA PARA LOGRARLO: _____
QUÉ ESPERA DEL TRATAMIENTO: _____

Nota: (México Patente nº Protocolo de Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, 2003).

4.5.4 La Consejería Breve como una influencia en la cesación de consumo de tabaco

La Solicitud de informes no solamente permite recabar información, sino que también permite generar una intervención para persuadir al usuario a que tome un tratamiento. Esta intervención se realiza por medio de la consejería la cual se define como *“el intercambio de información y mensajes verbales, o como toda intervención comportamental para la cesación del tabaco”* (Alba LH, 2013) teniendo como objetivo poder brindar la información respecto al consumo de tabaco clarificando los beneficios que tiene el abandonarlo. Este consejo en la Clínica se brinda de forma individual y está intervención puede ser de forma presencial, video llamada o por llamada telefónica dicha consejería puede tener duración de 10 a 15 minutos. La intervención breve nos permite 2 tipos de estrategias para poder abordar a los usuarios 5As y 5Rs:

4.5.4.1 Estrategia de 5As

- 1. Averiguar:** Conocer e identificar su estado actual de consumo y registrarlo, se puede utilizar alguna de las preguntas para indagar ¿Cuánto se encuentra fumando?, ¿Cuál es su mínimo y su máximo de consumo por día? O ¿Ha tenido intentos para dejar de fumar? entre otras.

2. **Asesorar:** Aconsejar sobre la importancia de abandonar el consumo de tabaco, brindando información acerca de los beneficios de abandonar esta conducta siendo específico para cada usuario de acuerdo con sus características.
3. **Apreciar:** Este punto implica realizar una valoración detallada para determinar su dependencia, la etapa de cambio de Prochaska y DiClemente para identificar en la cual se encuentra y por esta investigación a realizar integrar el tipo de motivación por el cual pretende cesar su consumo.
4. **Ayudar:** Elaborar un programa de tratamiento en el caso de que el usuariotenga la disposición de abandonar el consumo, ya sea que puede recibir orientación o apoyo social.
5. **Arreglar:** Realizar un plan de seguimiento con el paciente, se hace acorde unmes después de la fecha de abandono, en caso de que un paciente presente una recaída, generar un plan acorde a las circunstancias presentes.

(Ana Morán Rodríguez, 2011)

4.5.4.2 Estrategias de 5Rs

1. **Relevancia:** Solicitar al paciente que participe expresando su opinión respecto al abandono de consumo puede ser información que le motive a cesar su consumo como ejemplo problemas relacionados con la salud.
2. **Riesgos:** Alienta al paciente para que reconozca los puntos negativos a la salud pueden ser riesgos ambientales, a largo plazo o riesgos que pueden suceder de forma inmediata.
3. **Recompensas:** Conversar con el usuario respecto a los obstáculos que se le pueden dificultar para abandonar el consumo y recabar ventajas de este.
4. **Resistencias:** Hablar respecto a los obstáculos que se le dificultan al usuario para dejar de fumar, o si presenta cierto temor a los síntomas de abstinencia o

algún síntoma que se presente.

- 5. Repetición:** Evaluar la disposición para abandonar el consumo, utilizando la entrevista motivacional cada que el paciente se encuentre desmotivado para seguir con su consulta.

(Philippa Moore, 2017)

Para la Clínica resulta importante que los usuarios se abstengan de consumir alguna sustancia, por eso esta intervención breve que se realiza tiene también como finalidad generar un aprendizaje respecto al consumo de sustancias en este caso de tabaco y que se presente un análisis para que se pueda tomar una decisión para que se pueda iniciar el tratamiento paracesar el consumo. Para que suceda esto se utilizan otras dos estrategias que nos permiten brindar al futuro paciente información funcional que le permita generar dicho análisis, las estrategias son la Educación para la Salud y la Psicoeducación.

4.5.4.3 Educación para la Salud

Se define como *“Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva”* (Salud, 2003) permite fortalecer nuevas capacidades de autocuidado y para el cuidado de los otros. Tiene como finalidad promover nuevas formas de poder vivir, brindar información general respecto a las enfermedades o propagar una reducción de conductas (Ibarra, 2022), en tal caso relacionado con las sustancias. Permite que la ciudadanía transmita a otros la valiosa información por medio de la comunicación con el otro y que surja cierta participación de su parte para generar una concientización a sus cercanos.

A partir de esto en las instancias primarias, secundarias y terciarias se promueve a la salud con distintas campañas que permiten al individuo disfrutar y ser consciente de la salud. Según la Organización Mundial de la Salud OMS (1998) la Promoción de la Salud se define como:

Las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad

de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que permita promover y mantener una buena salud.

(OMS, 2017)

Permite que el desarrollo de las comunidades e individuales de la salud a partir de los determinantes de la salud para que exista un buen alcance de la distribución de la información y de recursos para alcanzar cierto equilibrio en las instituciones y organizaciones para el bienestar de todo el país.

4.5.4.4 Psicoeducación

Esta estrategia surge a partir de un trabajo de George Brown en 1972 a partir de un trabajo donde hubo participación de personas diagnosticadas con esquizofrenia quienes aprendieron cuidados para llevar su enfermedad. La psicoeducación se define como:

Un proceso en el cual un facilitador (profesional del área de la salud) detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y abordaje de un padecimiento desde su entorno, situación que implica también la consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

(J.J. Cuevas-Cancino, 2017)

Tiene la finalidad de que el usuario pueda generar un planteamiento para solucionar problemas que surgen a partir de un acontecimiento estresante que se presenten en la vida cotidiana y le es difícil generar una resolución. Se caracteriza por ser un modelo en el cual se puede abordar de forma individual, familiar o grupal, se utiliza como una herramienta de cambio ya que abarca desde los procesos cognitivos, biológicos y sociales para que el individuo tenga una mejor calidad de vida (Daniela Godoy, 2020).

4.5.5 Etapas de Cambio de Prochaska y DiClemente

A partir de las estrategias ya mencionadas y con el apoyo de la intervención breve el psicólogo puede generar un diagnóstico de acuerdo con el respecto a su consumo que presente

o en tal caso que se presente una patología dual (como se mencionó en el capítulo 2). Es importante que se identifique también en qué etapa de cambio de Prochaska y DiClemente se encuentra ya que esto nos permite conocer los procesos comportamentales y los cambios de motivación que presentan los consumidores de sustancias.

En 1983 James Prochaska y Cario DiClemente desarrollaron el Modelo Transteórico de Cambio de Comportamiento, el cual explica el espontaneo cambio de los comportamientos en los individuos y se define como *“un conjunto de actuaciones de tipo conductual y cognitivo que utiliza el fumador para modificar sus cogniciones, sus emociones o su conducta de fumar”* (Ferrero Barrueco M., 2009). Con respecto a las etapas de cambio observaron que los usuarios logran cambios a través de la motivación generando un nuevo rol activo modificando las conductas contempladas como un problema. Dichas etapas de cambio son: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción Mantenimiento y Recaída.

- **Precontemplación**

En esta etapa la persona no tiene intención de cambiar, aunque tenga conciencia que es de riesgo la conducta de fumar, se encuentran renuente a realizar algún tipo de cambio conductual, debido a que pueda encontrarse sin esperanza, avergonzado, a la defensiva o iracundo, usualmente este proceso debe de oscilar en un periodo de 6 seismeses (Gustavo A., 2000).

- **Contemplación**

Es la etapa donde el usuario ya tiene una intención de cambio, ya que ha examinado su patrón actual de consumo y que ha podido generar un análisis de riesgo beneficio que conlleva el consumo de tabaco, aquí hace presencia la ambivalencia donde se llegan a presentar pensamientos para modificar la conducta o como para no hacerlo, generandoun proceso de toma de decisión (Gustavo A., 2000).

- **Preparación**

Aquí la persona ya se encuentra decidido a generar un cambio, adquiriendo un compromiso por medio de la toma de decisión y la modificación en sus conductas realizando cambios a corto y largo plazo aproximadamente en los próximos 30 días, la tarea del terapeuta es apoyar al usuario a reforzar la autoeficacia siendo accesible, apropiado y efectivo (Gustavo A., 2000).

- **Acción**

Los usuarios comienzan con cambios objetivos implementando su plan para lograr los objetivos que se han establecido, las personas que han decidido llegar a esta etapa con una valoración precisa entre los pros y los contras de generar un cambio y modificando la conducta, en tal caso abandonando el consumo de tabaco, demostrando un nivel mayor de autoeficacia. Se reconoce esta etapa porque los usuarios pueden presentar una recaída o por el contrario mantenerse sin consumo (Gustavo A., 2000).

- **Mantenimiento**

Se genera un nuevo patrón de conducta por un periodo de seis meses o hasta dos años a través de estrategias que le apoyen a mantener el cambio y que sean útiles para evitar una recaída o que se presente un desliz. En esta etapa se disminuye la intensidad de consumo o la necesidad de volver al consumo. El mantenimiento también se caracteriza por ser observable ya que el usuario ha generado nuevos hábitos, analizar las situaciones de alto riesgo, manejo de emociones y practicar las habilidades de afrontamiento (Gustavo A., 2000). Estas habilidades le permiten al individuo pensar y generar acciones que le permitan manejar las situaciones difíciles considerando que las emociones negativas y positivas permiten el paso a generar las habilidades, algunos de estos puntos se desarrollarán de forma más amplia en el capítulo 5.

- **Recaída**

Una recaída se presenta cuando la persona se ha mantenido un tiempo sin consumir la

sustancia, pero se expone a una situación de riesgo y no es capaz de utilizar las estrategias de afrontamiento para mantener la abstinencia, el psicólogo ayuda al usuario a comprender el proceso de recaída o reforzar la confianza para que pueda generar un nuevo cambio y otra planeación para que le pueda ser funcional (Torres, Dra. Lydia Barragán, 2014).

Estas etapas son funcionales para poder identificar si el paciente se encuentra dispuesto al cambio en cuanto a sus comportamientos directos e indirectos, permitiendo al psicólogo generar una intervención breve para que el paciente tome la decisión de iniciar el tratamiento y que en parte pueda cesar su consumo. En la figura número 10 podemos notar que aparte de la impresión diagnóstica que se asigna de acuerdo con el DSM-5 o CIE-11 y la etapa motivacional se desarrolla de acuerdo con las características que presenta el consumidor, en caso de ser necesario colocar una observación que se haya presentado durante la intervención breve.

Figura 10

Etapa motivacional

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA, ETAPA MOTIVACIONAL Y OBSERVACIONES:

Nota:(México Patente nº Protocolo de Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, 2003)

aquí se describe la impresión diagnóstica, en qué etapa motivacional se encuentra y si llega a existir una observación se anota.

Dichas etapas de cambio son funcionales también y contempladas para la entrevista motivacional, para conocer si la persona se encuentra dispuesta a generar un cambio en su conducta adictiva y poder llevar a cabo un tratamiento de acuerdo con la etapa y el principio motivacional en el que se encuentre el individuo.

CAPITULO V LA MOTIVACIÓN COMO PARTE DE LA ENTREVISTA

MOTIVACIONAL APLICADA A FUMADORES DE TABACO

En anteriores capítulos se ha mencionado sobre la importancia de la motivación como parte de un proceso cognitivo y como parte del aprendizaje social ya que el individuo se encuentra motivado por el ambiente y se espera que cierta conducta sea reforzada, podemos notar que la motivación es parte del ser humano ya que es una necesidad para que la conducta se presente, esta puede ser desarrollada por factores individuales ya sean biológicos o adquiridos con el paso de su desarrollo.

En el presente capítulo se desarrollará la importancia de la motivación, su función en los seres humanos y sus diferentes tipos, al igual que la importancia de la entrevista motivacional, los principios por los cuales se rige y las estrategias que están presentes dentro de la entrevista, un punto importante que esta entrevista, para el desarrollo de esta investigación será aplicada para el primer contacto con el paciente que acude a la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas.

5.1 Origen y definición de motivación

Desde los antiguos griegos se hace uso de este concepto, Platón propone que la motivación surge a partir de la psique haciendo una tripartita a partir de tres aspectos. En el aspecto primitivo consiste en que la persona tenga satisfechos sus deseos corporales como lo es satisfacer hambre y el sexo, los aspectos competitivos hace referencia a los estándares sociales los cuales eran entendidos como las personas completamente hornadas o las avergonzadas y en el aspecto calculador hace referencia a la capacidad que tiene cada individuo para tomar decisiones, al igual que poder hacer uso de la razón y poder generar una elección, estos aspectos los consideraba importantes ya que a partir de esto se podía explicar distintos aspectos de la conducta humana.

Para Aristóteles también considerado como un antiguo griego menciona que el motivo o la razón de nuestras acciones son la causa de nuestro comportamiento, también explico la psique tripartita de Platón utilizando una terminología distinta llamada nutritiva, sensible y racional. En la primera hace referencia a aquel individuo que piensa de forma irracional y animal refiriéndose a los impulsos corporales que permite sustentar la vida, el aspecto sensible se refiere a como el cuerpo es regulado por medio del placer y del dolor, por último el aspecto racional, menciona que es único en los seres humanos ya que son los únicos que pueden generar ideas, con pensamiento intelectual y capaces de tener voluntad, a partir de la observación concluyo que las conductas de los seres humanos están relacionadas con los sentimientos de afecto dirigiendo al comportamiento.

5.1.1 Definición de motivación

Ahora con lo explicado anteriormente podemos asegurar que la motivación está presente en cada individuo y está presente de forma social, por ejemplo, en el ámbito deportivo, organizacional, escolar o de forma individual para generar un crecimiento personal para que la persona mantenga toda su energía para poder lograr una meta. Por eso es importante definir el concepto de motivación como *“un proceso dinámico momentáneo, nos referimos a un estado motivacional, pero, cuando nos referimos a una predisposición referida a las tendencias de acción, estamos hablando de rasgo motivacional”* (Palmero, 1997) estos estados emocionales están involucrados con el pensamiento y son aprendidos vistos en la cultura o el sistema familiar al que pertenecen.

Otra definición que puede ayudar a entender la motivación es:

Es el conjunto concatenado de procesos psíquicos que, al contener el papel activo y relativamente autónomo y creador de la personalidad, y en su constante transformación y determinación recíprocas con la actividad externa, sus objetos y estímulos, van dirigidos a satisfacer las necesidades del ser humano y,

consecuencia, regulan la dirección y la intensidad o activación del comportamiento.

(Serra, 2008)

La palabra motivación proviene la palabra motivo, surge del latín motus, motum la cual significa movimiento o motor, un motivo es *“aquellos que determina o condiciona a una persona para actuar en cierta dirección y sentido, es la causa sobre la que descansa la motivación y se dirige hacia una o más metas”* (Moreno, 2011), entonces, la motivación permite otorgar energía, dirección del comportamiento al individuo por medio de ciertos procesos que están relacionados con el medio y la fuerza que tiene el individuo, mejor conocidos como motivos internos y externos o también como motivaciones intrínsecas y extrínsecas que se van a desarrollar posteriormente a detalle más adelante.

Un área que habla respecto a la motivación es la psicología a partir desde sus distintas corrientes: el enfoque conductista, cognitivista, humanista y por otra parte el mismo psicoanálisis; las cuales abordan el aspecto funcional para el proceso terapéutico de los pacientes (tomando en cuenta que el individuo presenta determinados factores de la motivación que los pueden incitar a generar un cambio en sus conductas).

Ψ Motivación en el Conductismo

La teoría conductista menciona que toda conducta es observable y como es que el individuo actúa ante una situación específica, también menciona el autor Santrock que toda recompensa externa y los castigos son lo central para que surja la motivación en las personas al igual que son los reflejos de los deseos, funciona como parte del sistema de recompensas si hay un aumento de incentivos aumentan la motivación para que el individuo pueda lograr una meta (Pereira, 2009).

Ψ Motivación en el Humanismo

En cuanto a la teoría humanista se enfoca al probable potencial que pueda tener una persona para alcanzar su crecimiento personal y que el ser humano pueda descubrir nuevas capacidades de resolver conflictos, el yo y parte de la conciencia son importantes para regular el comportamiento y que pueda surgir la motivación (Collera, 2016), más adelante se mencionará una teoría que es de gran relevancia en cuanto a las motivaciones.

Dentro de estas corrientes psicológicas es importante tomar en cuenta que un elemento fundamental en la motivación es relacionarla directamente con la conducta, ya que al encontrar motivado a la persona genera un dominio de atención ante cualquier estímulo que pueda ser reforzado para generar un nuevo comportamiento.

Ψ Motivación en el psicoanálisis

Sigmund Freud quien fue médico neurólogo de origen austriaco quien es considerado el padre del psicoanálisis, menciona que la psique (alma) está compuesta por tres niveles: Consciente, Preconsciente e Inconsciente. En el primero la persona se encuentra relacionada con la realidad haciendo una relación entre los estímulos internos y externos, haciendo uso de la percepción la cual también puede verse distorsionada. El preconsciente se puede presentar fácilmente a través de pensamientos, fantasías o sentimientos que presenten las personas y por último el inconsciente, es donde se encuentran reprimidos sentimientos, vivencia o deseos, Freud menciona que aquí se localiza la fuerza motivacional de la conducta humana, explica que la motivación actúa como energía en la psique en el organismo y que se considera como una distracción (Collera, 2016).

La teoría de la pulsión indica que toda conducta es motivada satisfacer las necesidades, parte de estas necesidades involucra satisfacer las necesidades primarias como lo son la sed, el hambre o el sexo en conjunto con las pulsiones secundarias, estas necesidades están en conjunto con propiedades motivacionales ya que al realizan la completa satisfacción en el

individuo y permiten eliminar la deficiencia corporal.

5.2 Teorías motivacionales

Ahora bien ya que se entiende en que consiste la motivación, hay múltiples autores han elaborado teorías las cuales están relacionadas con la motivación o como es que una persona puede adquirir una meta o generar un proceso de autoeficacia al igual que el de autodeterminación, referentes a el nivel de potencial que puede tener una persona para encontrarse motivado, esta teorías van a permitir comprender desde distintos puntos de vista como es que funciona la motivación y cuáles son sus principales causas para que se haga presente.

5.2.1 Teoría motivacional del instinto

Propone William James, su teoría está basada en la propuesta por Darwin donde menciona que los seres humanos presentan estímulos físicos como por ejemplo el amamantamiento y los estímulos mentales están relacionados con la imitación y la sociabilidad. James explica que el instinto es síntoma de un reflejo y que estos se consideran como un impulso, permitiendo que el individuo presente cierta fuerza para ejercer una conducta dirigida hacia una meta cuando se encuentra en con un estímulo, propone dos tipos de impulsos el de hábito refiere que es aprendido, tiene una duración limitada presentes en ciertas etapas de desarrollo de una persona (Cantero, 2011).

McDougall también propone respecto al instinto son originados por fuerzas motivacionales de forma irracional e impulsiva que mantienen a una persona a dirigirse hacia una meta en particular, al igual que considera que los instintos surgen de forma innata o heredada para mantener la atención en un estímulo de interés para la persona. De acuerdo con este autor el instinto se conforma por tres componentes el primero es el cognitivo está ligado al conocimiento que tiene un individuo respecto a un objeto, el componente afectivo es el sentimiento que tiene la persona por dicho objeto y por último el componente conativo es el

esfuerzo que tiene un individuo para poder tener o no un acercamiento con algún objeto. (Reeve, 2010). A su vez, argumenta que parte de las conductas de una persona están en conjunto con los pensamientos que van a permitir que surja un acercamiento hacia una meta en específico que van a satisfacer los motivos por lo cual se presenta la conducta, por otra parte, se encuentran las emociones estas se producen para que se presente una conducta y por último la persona debe de generar un esfuerzo para alcanzar la meta deseada (Cantero, 2011).

5.2.2 Teoría de la reducción de impulsos (DRIVE)

Fue planteada entre los años 1943 y 1952 por el psicólogo americano Clark Leonard Hull, en su teoría propone que un impulso se presenta como un estado de activación general generando cierta dinámica en el individuo que le va a permitir generar un hábito para funciones directas, de acuerdo con Hull el aprendizaje un factor para que una conducta se vuelva efectiva, por ejemplo, satisfacer alguna conducta primaria. Mencionó que los hábitos vienen de una conducta aprendida y que son reforzadas por el medio. Para conocer cómo surge la motivación este autor propone el concepto de Drive el cual se define como *“la motivación que surge debido a una necesidad psicológica o fisiológica que debe de ser satisfecha para recuperar un estado óptimo para el organismo”* (García, 2021) por ello entendemos que cuando una conducta es activada, puede ser flexible para el proceso motivacional del individuo y puede generar una regulación en cuanto a su aprendizaje y en los procesos cognitivos. Por ello propone el siguiente sistema de conducta:

$$ePr = D \times eHr \times V \times K - elr$$

Explica que el potencial de acción (ePr), depende de un factor motivacional, en el cual drive (D) permite multiplicar un factor asociativo, la fuerza de hábito (eHr) que multiplica también un factor perceptual, al igual que el dinamismo del estímulo (V) que a su vez multiplica un factor motivacional externo, el incentivo (K) hace que factores anteriores aumenten su probabilidad que se presenten de forma potencial, aunque debemos restar la inhibición (elr) que está relacionado

con la fatiga o el desgaste que presente el individuo (Nasr, 2012).

5.2.3 Teoría de la motivación humana

Es planteada por el psicólogo estadounidense Abraham Maslow conocido por ser uno de los principales exponentes de la psicología humanista, esta teoría ha sido utilizada para fines clínicos al igual que organizacionales para conocer el comportamiento que tienen los empleados. Propone una jerarquía de necesidades humanas, en la cual explica que el individuo tiene que satisfacer ciertas necesidades básicas y conforme a un orden jerárquico van desarrollando necesidades y deseos más completos de acuerdo con el nivel de importancia que le otorgue para sobrevivir y la capacidad de motivación que presente el individuo (Angarita, 2017). En esta pirámide se van a agrupar cinco niveles en forma de pirámide situando en el nivel inferior las necesidades más básicas que puede tener un ser humano y que se tienen que satisfacer, mientras que en la parte superior aquellas necesidades que solo requieren de la atención del ser humano, es importante mencionar que a medida que el individuo satisface estas necesidades se verá modificado el comportamiento de este y buscará cubrir nuevas necesidades. Se categorizan de la siguiente forma yendo de inferiores a superiores; fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia (o afiliación), de reconocimiento (estima) y por último la autorrealización.

- 1. Necesidad Fisiológica:** Como su nombre lo dice son aquellas necesidades vitales para sobrevivir en el medio, son de orden biológico, para este nivel de la pirámide se localizan necesidades como respirar, la alimentación (también el tomar agua), descanso, sexo y de refugio, Maslow considera que estas necesidades deben de ser cubiertas antes que las necesidades secundarias ya que permiten activar la conducta (Allen, 2017).
- 2. Necesidad de Seguridad:** Refiere Maslow que estas necesidades también son importantes para vivir, aquí se busca que el individuo tenga estabilidad, dependencia, protección, estructura, límites, protección, en concretas palabras

está orientado a su seguridad personal, en cuanto a la seguridad física, de empleo, de ingresos y recursos, familiar, social o de salud (Maslow, 1987).

- 3. El sentido de Pertenencia y las Necesidades de Amor (Afiliación):** Considera que si las primeras dos necesidades están cubiertas surgirá el sentido de pertenencia, va a permitir que el individuo supere su sentimiento de soledad, mientras que la necesidad de amor está enfocada en dar y recibir cierto afecto, también considera que las necesidades sexuales forman parte del amor y el cariño, aunque sea una cuestión meramente fisiológica (Maslow, 1987).
- 4. Necesidad de Estima (Reconocimiento):** Esta necesidad está enfocada en la autoestima, el reconocimiento hacia nosotros mismos, el logro particular y tener respeto hacia los demás, cuando se satisfacen estas necesidades la persona se va a sentir valiosa en la sociedad y también segura consigo misma. De acuerdo con Maslow existen dos clasificaciones de conjuntos subsidiarios, en el primero nos indica que se encuentra el deseo de fuerza, logro, adecuación, maestría y competencia, confianza ante el mundo, independencia y libertad mientras que, en el segundo deseo de reputación o prestigio, el estatus, la fama y la gloria, la dominación, el reconocimiento, la atención, la importancia, la dignidad o el aprecio (Maslow, 1987).
- 5. Necesidad de Autorrealización:** Menciona que los humanos pueden ser, es lo que deben ser, en otras palabras, ser auténtico con su propia naturaleza, así que es parte de este proceso de autorrealización el cual consiste en se haga la presencia de alguna satisfacción anterior (fisiológica, de estima, amor y seguridad), es decir cumplir completamente con el potencial personal a través de estas necesidades (Maslow, 1987).

Figura 11

Pirámide de las necesidades humanas



Nota:(Maslow, 1987), representación de las necesidades en forma de pirámide.

Muestra la jerarquía de las necesidades humanas como inferiores las consideradas básicas que tiene que cumplir el individuo y en la parte superior aquellas que requieren ser satisfechas con las necesidades básicas a partir del potencial de cada ser humano.

5.2.4 Teoría de la autodeterminación

Surge a partir del trabajo en conjunto de Edward L. Deci y Richard M. Ryan esta teoría fue elaborada en los años sesenta y ochenta, explica que la conducta humana genera conocimientos ante situaciones o ámbitos se vean afectadas por la misma. De acuerdo con Deci y Ryan (1985), la motivación hace referencia a la energía, dirección, persistencia y finalidad de los comportamientos, siendo el centro de la regulación biológica, cognitiva y social que tiene un individuo, ahora bien, estos autores proponen una hipótesis afirmando que el monto total de motivación es importante para la cualidad del individuo. Este modelo también permite desarrollarse en orden jerárquico como generalización global, contextual y situacional, en el primero se considera que el individuo de forma general se encuentra orientado, de carácter

estable y relacionado con su personalidad. En la cuestión contextual, se encuentran presentes esferas sociales importantes en la actividad humana como lo puede ser la educación, el trabajo, matrimonio, factores que generan gran influencia en el individuo. Por último, el nivel situacional se encuentra relacionado con el tiempo ya que se presenta en momentos específicos y tienden a ser irrepetibles (Stover, Bruno, Uriel, & Fernández Liporace, 2017). En la jerarquía ya mencionada se encuentran relacionados factores sociales influyentes en la motivación para que el individuo pueda lograr un crecimiento psicológico estas son: de competencia, autonomía y vinculación.

- a) **Necesidad de Autonomía:** Se considera que el ser humano debe tener la capacidad de influir en su propia vida por medio de la conducta, en otras palabras, tiene que mantenerse integrado completamente y sentir que se puede elegir implementar sus propias acciones teniendo control sobre de ellas al igual que de las consecuencias (Stover, Bruno, Uriel, & Fernández Liporace, 2017).
- b) **Necesidad de Competencia:** se enfoca a la efectividad que tienen los sentimientos cuando una persona se encuentra en algún desafío y se encuentra hábil para generar cierto impacto sobre su ambiente (Stover, Bruno, Uriel, & Fernández Liporace, 2017) la persona tiene que dominar ciertas tareas a partir de distintas habilidades que adquiera por medio de su aprendizaje.
- c) **Necesidad de Vinculación:** Es la forma en como los individuos se encuentran y se involucran con otros de forma significativa por medio de cuidados y de cariño mutuo, estas relaciones tienden a ser sociales (Stover, Bruno, Uriel, & Fernández Liporace, 2017) como todo ser humano necesita experimentar un sentimiento de pertenencia con su medio y generar apego con personas que considere cercanas.

Si estas necesidades son cubiertas o satisfechas será un factor para que haya la posibilidad para que los individuos puedan sentirse motivados de forma intrínseca (MI), extrínseca (ME) o

pueda presentar amotivación (A). En la primera motivación implica que la persona realice actividades por el placer que proviene de su interior, mientras que la segunda motivación los comportamientos del individuo se ven influenciados por el medio, esta se puede corregir si se recibe un incentivo externo (Stover, Bruno, Uriel, & Fernández Liporace, 2017). Por último, la amotivación, aquí la persona no presenta ni motivación interna ni externa, existe una falta de interés para generar una conducta ya que no presenta una sensación de generar un propósito (Moreno J. A., 2006), de acuerdo con la motivación que presente cada individuo se generara un resultado diferente ante el cambio que desee realizar, hay que recordar que los tipos de motivaciones serán descritos a detalle posteriormente.

5.2.5 Teoría de la autoeficacia

En el capítulo III se habla respecto al psicólogo Albert Bandura quien en el año 1977 propone el concepto de autoeficacia el cual ha sido definido como *“los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado”* (Ortiz, 2002) los juicios se originan a partir de las creencias, esto permite que la persona genere una autorregulación para poder decir y posteriormente pueda ejecutar una conducta. Propone Bandura (1995) que la conducta y la motivación de los seres humanos están condicionados por el pensamiento y a su vez se encuentran dos expectativas: de autoeficacia y la de resultado.

➤ Expectativa de Autoeficacia

Es la convicción que puede ejecutar una conducta para reproducir determinados resultados, de acuerdo con la elección de las actividades, el esfuerzo y la persistencia en sus actividades que ha elegido, se presentaran ciertos pensamientos y las respuestas emocionales (Torrecillas, 2002) Se busca que a partir de la autoeficacia la persona desarrolle habilidades necesarias para actuar.

➤ **Expectativa de Resultado**

Son las expectativas que tiene el usuario ante las posibles conductas que puedan suceder durante el resultado, en algún momento la persona puede creer que seguir en cierta acción puede producir ciertos resultados, pero por el contrario esta acción se puede inhibir cuando la persona carezca de habilidades para hacer una ejecución de actividades (Torrecillas, 2002). En cambio, si las personas cuentan con las habilidades suficientes y se consideran que son competentes, podrán realizar el esfuerzo para afrontar con éxito situaciones con cierta dificultad en su vida diaria.

Ya teniendo en cuenta ambas expectativas también se debe contemplar que los individuos no ejecutan de la misma forma, sino que puede variar Bandura (1977) define 3 formas para ejecutar la autoeficacia acorde a sus expectativas, van a ejecutar sus creencias: primero la magnitud, aquí la persona se percibe eficiente ante una tarea sencilla y reduce de forma progresiva la percepción respecto a la complejidad de la tarea. En la generalidad, los individuos elaboran expectativas determinadas para una situación mientras que estas pueden verse en una situación similar. Y por último la fuerza la persona tiene expectativas de autoeficacia altas, estas percepciones no permiten la fácil derrota de un individuo ante un acontecimiento a comparación de alguien con baja expectativa, corre el riesgo que no se persistente ante lo deseado.

Ahora se entiende que las creencias cumplen un papel importante para la autoeficacia, ya que involucra la forma de pensar del individuo, tener sentimientos y que se encuentre motivado para realizar alguna actividad, de acuerdo con las creencias que presente las personas puede desarrollarse la autoeficacia como una de las cuatro siguientes formas fundamentales:

1) Experiencias de Dominio

Lograr el éxito genera una relación con la eficacia personal, a lo contrario con el fracaso que ocasiona que esta disminuya, reforzar la eficacia requiere que la persona supere obstáculos

por medio de la perseverancia (Bandura, 1995).

2) Experiencia Vicaria

Funciona por medio de la observación hacia otras personas, similares a uno esto le va a permitir alcanzar el éxito tras esfuerzos perseverantes, aumenta las creencias del observador con relación a que él también posee las capacidades necesarias para dominar actividades comparables (Bandura, 1995).

3) Persuasión Verbal

Aquí la persona tiene la capacidad para persuadir de forma verbal a otra y cuenta con capacidades para realizar actividades sin necesidad de realizar un esfuerzo extra, también cuentan con la habilidad de sostenerlo por más tiempo, aunque tiendan a dudar de sí mismos (Bandura, 1995).

4) Estados Psicológicos y Emocionales

Indica que el estado de ánimo también influye sobre los juicios que pueda presentar la persona en su proceso de autoeficacia, por el contrario, si el estado de ánimo se encuentra positivo la autoeficacia se percibe de otra manera (Bandura, 1995).

Cada creencia que presenta el individuo está relacionada con la motivación ya que estas se basan en nuestros propios procesos, presentar creencias con eficacia permite que la motivación sea un factor para que la persona pueda determinar o establecer metas para sí mismas. En tal caso que la persona no presente la motivación necesaria será motiva para que las personas comiencen a adquirir capacidades que los lleven al fracaso seguro y que abandonen de forma rápida sus metas.

5.3 Motivación intrínseca y Motivación extrínseca

Se entiende que la motivación a partir del aprendizaje y del pensamiento generalmente dirige al individuo a una conducta y que se desenvuelva esta motivación se determinará si la

persona puede o no cumplir su meta establecida. Consideraremos dos tipos de Motivación la Intrínseca y Extrínseca, estas son valoradas por el individuo para conocer si es viable realizar la actividad o no. Cabe mencionar que cada una de estas motivaciones son utilizadas dentro del campo laboral y por otra parte en el campo educativo en este campo se utiliza con la finalidad que los alumnos puedan generar estrategias para generar un aprendizaje, mientras que en la cuestión laboral se busca que el trabajador se lleve a cabo sus responsabilidades y como resultado se presente un incentivo como parte de su desempeño.

5.3.1 Motivación intrínseca

Esta se basa principalmente en satisfacer las necesidades psicológicas de las personas que consideran importantes, consideran que estas actividades se ven impulsadas por el placer que presenta un individuo para satisfacerlas, esta motivación se define como *“la propensión inherente a involucrarse en los propios intereses y ejercer capacidades y, al hacerlo, buscar y dominar desafíos óptimos”* (Reeve J. , 2010) se puede comprender que se genera un desarrollo cognitivo y social que se será vital para el individuo a lo largo de su vida.

Una característica presente en la motivación intrínseca es que esta se presenta de forma natural (de manera innata) que permite que el individuo examine su medio para que pueda estimular la actividad esperada o disminuirla, también se caracteriza por darle autonomía, competencia y afinidad a la persona y permite el desarrollo de la persistencia, la creatividad, la comprensión conceptual y el bienestar. En la primera se permite que el individuo sea consciente de sus actividades y que pueda desarrollar un plan para llevar a cabo la actividad de forma constante y que se pueda percibir una motivación, por ejemplo, un paciente mantiene el seguimiento de sesiones terapéuticas y continuas motivado para permanecer y finalizar el tratamiento.

Para Theresa Amabile (1983), las personas tienden más creativas cuando están motivadas, enfocándose en el interés, disfrute, satisfacción y por la dificultad que tenga el trabajo

y nopor la presión que pueda ejercer un factor externo a él. Podemos decir que la motivación del individuo se da a partir de sus gustos y por el interés que tenga. En la comprensión conceptual permite que la persona perciba todo aquello que intenta aprender y por otro ladose encuentra motivado se espera que tenga flexibilidad al procesar la información y lograr que genera la información conceptual en lugar de forma mecánica (Ryan, 1987).

Es importante que los pacientes encuentren un bienestar ya que, entre mayor bienestar psicológico, el individuo tendrá más oportunidad de lograr una meta a partir de la motivación intrínseca, esta se encuentra relacionada con a la autorrealización, por ejemplo, mejorar su imagen física, tener mejor sustento económico, tener éxito profesional o académico, entre otras. Se puede decir que la motivación intrínseca emana una respuesta más pronta que sucede a partir de la satisfacción personal.

5.3.2 Motivación extrínseca

Surge a partir de los incentivos y consecuentes que han sido observados por el individuo, serán replicados de forma conductual, esta hace referencia *“al desempeño de una actividad a fin de obtener algún resultado separable”* (Deci, 2000), también hace referencia a *“cualquier situación en la que la razón para la actuación es alguna consecuencia separable de ella, ya sea dispensada por otros o autoadministrada”* (Fernández, 2023). Dicha motivación inicia a partir de incentivos otorgados por el ambiente, por ejemplo, una buena paga en un trabajo, certificado, una sonrisa, entre otros.

Los autores Deci y Ryan (2002) proponen cuatro tipos de motivación extrínseca: regulación externa, regulación introyectada, regulación identificada y regulación integrada.

1) Regulación Externa

Estas conductas son comúnmente ejecutadas para satisfacer una demanda externa o unarecompensa, los individuos presentan conductas extremadamente controladas o alineadas a

como perciba lo externo, ya sea una conducta de éxito o fracaso (Deci, 2000). Dicho tipo de motivación se encuentra orientada teóricamente al condicionamiento operante la cual retoma tres principales conceptos; recompensa, castigo e incentivo. A la recompensa se le define como *“un objeto ambiental atractivo que se da al final de una secuencia de conducta y que aumenta la probabilidad de que esa conducta se vuelva a dar”* (Soriano, 2001) poder operar un comportamiento sin que este se vea alterado o que generen consecuencias alternativas. En cuanto al castigo nos referimos a *“un objeto no atractivo que se da al final de una secuencia de conducta y que reduce las probabilidades de que esa conducta se vuelva a dar”* (Soriano, 2001) hace que el comportamiento aversivo se vea modificado a modo que no se repita la conducta.

Y por último el incentivo es *“un suceso ambiental que atrae o repele a una persona a dirigirse o alejarse de seguir un curso de acción específico”* (Reeve J., 2010) tienden a presentarse antes de que se inicie la conducta, abriendo paso al aprendizaje del valor que tiene los objetos por medio de una evaluación para saber si es posible tener un acercamiento o alejarse un ejemplo puede ser una sonrisa o los miedos.

2) Regulación Introyectada

Está relacionada con las expectativas que tiene una persona de autoaprobación, de evitación y por último de logro. El individuo genera una regulación, pero no se ve implicado para aceptarla como algo propio, generalmente estas conductas se utilizan para evitar alguna culpa y también permite regular la autoestima (Deci, 2000). Generalmente esta regulación es utilizada para que el individuo demuestre sus capacidades con la finalidad de mantener una autovaloración. Aunque aún se presenta locus de control externo ya que considera que la mayoría de las personas que lo rodean son dominantes en su vida.

3) Regulación Identificada

Aquí se le otorga un valor a la meta comportamental de tal forma que sea una acción aceptada o hecha por la persona considerando importante (Deci, 2000). En este punto la persona

puede decir si realiza una conducta de forma libre, aunque no le agrade, para este punto la persona ya presenta un alto grado de autonomía.

4) Regulación Integrada

Generalmente ocurre cuando las regulaciones de identificación son percibidas totalmente por el individuo, lo cual nos dice que ya ha realizado una evaluación e introducida con las valoraciones y las necesidades (Deci, 2000). Ya tiene la oportunidad de actuar en congruencia para presentar un buen estilo de vida.

Para una persona que es consumidora de tabaco que ha generado dependencia a esta sustancia ha presentado una pérdida de sus metas ya que ha deja de realizar ciertas actividades y sus relaciones afectivas y sociales se han visto afectadas ya que ahora su máxima prioridad es el consumo frecuente. La persona presenta un alto deseo de consumo que inicia una búsqueda y el uso frecuente de la nicotina, su adicción permite que se convierta en un motivo prioritario que ha desplazado metas relacionada con sus intereses personales al igual que los sociales.

5.4 Proceso motivacional de Deckers

Lambert Deckers es un emérito psicólogo, quien propone este proceso en el año 2001 en la cual establece tres momentos que ocurren en forma de secuencia, inicia con la elección del motivo que se va a satisfacer, posteriormente la ejecución de las conductas instrumentales y por último la conducta con sumatoria.

- i. Elección del motivo:** Hace referencia a la selección del objetivo o la meta que le va a permitir tener su plena satisfacción, para que haga presencia esta satisfacción la persona tiene que encontrar la intensidad del motivo, que tan atractivos consideralos incentivos, los niveles de probabilidad que tiene para tener cierto éxito y la cantidad de esfuerzo que tenga para lograrlo (Balaña, 2019).
- ii. Ejecución de las conductas:** Son actividades motivadas que realiza una persona para satisfacer un motivo y así poder llegar al objetivo ya pensado, esto a partir

de que busca satisfacer su motivo (Balaña, 2019).

También este autor contempla tres aspectos importantes que se presentan en esta conducta:

- a. **Duración:** Es la cantidad de tiempo que una persona debe dedicar a conseguir satisfacer un motivo (Balaña, 2019).
 - b. **Frecuencia:** Hace referencia a la tasa de participación en un comportamiento determinado, es decir, el número de veces que un individuo se implica o inicia una actividad para conseguir su objetivo (Balaña, 2019).
 - c. **Intensidad:** Es la magnitud o cantidad de esfuerzo necesario para llevar a cabo la conducta instrumental (Balaña, 2019).
- iii. **Conducta Consumatoria:** Se refiere a la satisfacción motivacional de la persona, es decir cuando su conducta ya se encuentra totalmente motivada y termina completamente satisfecho (Balaña, 2019).

5.5 La entrevista motivacional

Para la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas es una herramienta funcional dentro de la terapia para generar importante cambio en cuanto a su consumo de sustancias apoyando al paciente a resolver su ambivalencia que presenta en cuanto abandonar o seguir con su consumo, también permite que las personas generen adherencia terapéutica a algún tipo de tratamiento (incluyendo al tratamiento psicológico). Esta Entrevista Motivacional fue propuesta por William R. Miller y Stephen Rollnick en 1983 su principal propósito es que esta entrevista le permita al paciente generar estrategias claras y habilidades, en este caso para eliminar el consumo de tabaco. Se centra en la motivación (intrínseca) para generar un cambio a través de la autodeterminación y la autoeficacia que puedan tener los sujetos.

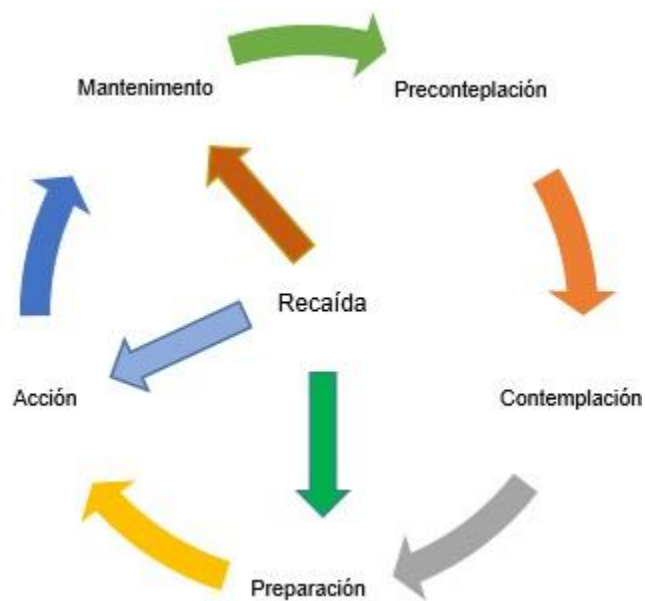
Cabe mencionar que la entrevista no se considera una técnica, sino, de un enfoque de una filosofía enfocada a la entrevista motivacional, la cual postula que:

1. La motivación que origina el cambio forma parte del mismo usuario y no desde afuera, parte de esta motivación se presenta a partir de valores y metas intrínsecas para poder llevar a cabo un cambio en el comportamiento (León, 2013).
2. Tener una resolución para la ambivalencia es considerado para el cliente y no para el terapeuta, en tal caso su función es facilitar la expresión ante la ambivalencia y ser un guía para que el individuo tenga una resolución que provoque un cambio (León, 2013).
3. La persuasión es considerada como no efectiva para resolver la ambivalencia, si el terapeuta enfoca a la persuasión va a generar resistencia en el usuario (León, 2013).
4. El estilo de confrontación es un trabajo poco efectivo con el consumo dependiente ya que permite que los pacientes adopten una posición defensiva que a su vez no permite que el usuario se encuentre preparado para generar un cambio (León, 2013).
5. El terapeuta es el apoyo para resolver la ambivalencia, considerando que el primer paso es comprometerse en desarrollar un desencadenamiento de las conductas para el cambio, una vez realizado esto el terapeuta puede implementar múltiples estrategias para generar un cambio de conducta (León, 2013).
6. La resistencia y la negación no son rasgos del cliente, sino que una retroalimentación respecto al comportamiento del terapeuta. Fundamentalmente el cambio que presente la persona, se deben generar estrategias que propaguen y aumenten la motivación (León, 2013).
7. El terapeuta respeta la autonomía del paciente y la libertad que tenga de opción respecto a sus comportamientos (León, 2013).

También considerado como un modelo transteórico y relacionado con las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente (modelo visto en el capítulo IV), funcionales para generar adherencia al tratamiento y para modificar su comportamiento adictivo. Para generar un resumen de las etapas de cambio, en la siguiente imagen se verá simplificado como es que funciona el modelo.

Figura 12

Etapas de cambio



Nota: La recaída puede presentarse durante la etapa de preparación, acción y mantenimiento.

En la etapa de precontemplación la persona no tiene una intención de cambio, por ejemplo no querer abandonar el consumo de tabaco, en la fase de contemplación la persona comienza a considerar ciertas ventajas de abandonar el consumo de tabaco, mientras que en la preparación la persona ya está dispuesta a tomar una decisión para realizar un cambio en su conducta, en la acción el individuo ya ha establecido objetivos y los lleva a cabo (como abandonar el consumo de tabaco) y en el mantenimiento la persona ya ha generado estrategias para no retomar el consumo de sustancias y mantiene un periodo de abstinencia.

Por último, la recaída, se puede presentar desde la preparación hasta el mantenimiento ya que se presenta un sentimiento de derrota o de unaperdida y la persona no puede adaptar las estrategias y opta por volver a consumir.

5.5.1 El espíritu de la entrevista motivacional

Como ya se mencionó para Miller y Rollnick (1996) la entrevista motivacional, no la consideran una técnica, sino, es un enfoque terapéutico que permite que sea fácil las relaciones interpersonales.

- **Espíritu de Colaboración:** Se realiza para y con la persona, en forma de conjunto de forma activa entre el terapeuta y el paciente, se pretende crear una atmosfera personal que produzca un cambio, sin tener que presionar al individuo. Ninguno de los dos se considera que se conocen mejor que uno mismo (Miller, 2015).
- **Espíritu de Evocación:** El terapeuta tiene que contemplar el no aconsejar al paciente, son los recursos y la motivación que están presentes en el cliente, aquí se fomenta parte de la motivación interna como un resultado de las creencias (pensamientos), las metas y el valor que le asigna el usuario (Miller, 2015).
- **Autonomía:** Permitir la libertad al paciente, para que haya una iniciativa al cambio, de forma autodirigida que va a permitir generar una elección informada (Miller, 2015).

5.5.2 Concepto de entrevista motivacional

La entrevista motivacional es considerada como *“un método directivo centrado en el cliente para aumentar la motivación intrínseca para el cambio y resolver la ambivalencia”* (Miller y Rollnick, 2002), en tal caso que el paciente pueda abandonar el consumo de tabaco, la presencia de la ambivalencia puede deberse al sistema de creencias, nivel cultural, valores, nivel de educación o nivel económico correspondiente a la persona consumidora de nicotina. Dichos autores hacen una modificación a su concepto de entrevista motivacional, la definen como:

Una herramienta clínica, orientada hacia objetivos, con una particular atención en el lenguaje que promueve el cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación y el compromiso de las personas para lograr un cambio específico a través de la inducción y exploración de las razones que tiene la persona para realizar una modificación a su conducta. Todo ello dentro de una atmósfera de aceptación y compasión (Miller y Rollnick, 2013, p.13).

Hay que recordar que comprende los componentes motivacionales para utilizarlos en la parte intervención, lo que va a permitir que el paciente sea liberal con su pensamiento y que permita analizar estados de ánimo y al igual que tiene presentes para alcanzar su meta planeada.

5.5.3 Principios de la entrevista motivacional

Como finalidad tiene resolver la ambivalencia que presenta el paciente y que presente cambios en su comportamiento al igual que modificar el patrón de consumo que presenta (consumo de nicotina). Proponen ciertos principios funcionales para el terapeuta que tiene que tomar en cuenta durante su intervención:

- 1. Principio de empatía:** El terapeuta debe tratar con respeto al paciente a pesar de sus diferencias, involucra una actitud sin juicio de valor por parte del terapeuta para conocer el mundo del paciente, esta empatía con lleva una escucha activa y reflexiva al igual que ser solidario con el paciente emocionalmente.
- 2. Principio de Introducir la Discrepancia:** Aquí el paciente se da cuenta de sus discrepancias y aumenta su motivación para generar un cambio en su conducta, hay un cambio también en sus percepciones sin un sentimiento de presión ya que el individuo realiza un análisis entre consecuencias reales y la conducta actual.
- 3. Principio trabajar con la resistencia:** Tiene como objetivo evitar que la resistencia que presente el paciente aumente, cuanto más se presente la resistencia más difícil será que surja un cambio en el paciente, se presenta como

fuentes de información y no como un obstáculo que se tiene que superar.

4. **Principio evitar la discusión:** Con la EM se tiene como objetivo aumentar la conciencia del paciente y la necesidad que tienen presente, se espera que el terapeuta no sea confortativo ya que puede ocurrir que el paciente se comporte de forma defensiva y sea imposible generar el cambio en su conducta.
5. **Principio para fomentar la confianza en las propias habilidades:** La persona tiene confianza en sus propias habilidades que utiliza cuando se encuentra frente a una tarea, se refiere a la autoeficacia que tiene una persona para llevar a cabo una actividad en específico, también está permitiendo que el paciente genere nuevas conductas y que pueda ser capaz de mantenerla.

Por último, la entrevista motivacional permite establecer una alianza terapéutica con el paciente, la cual tiene como característica la empatía sin necesidad de tener que ser confortativo con el usuario y reconocer los logros que tiene a lo largo de su vida, por ejemplo, una meta (logro) para un paciente es abandonar el consumo de tabaco.

La motivación es fundamental para los seres humanos, ya que toma el papel para elaborar creencias y permite que genere un aprendizaje por medio del procesamiento de la información y también percibirla como un proceso para alcanzar una meta. Por tal motivo esta investigación se realiza con la finalidad de conocer el tipo de motivación que predomina en pacientes fumadores.

CAPITULO VI METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 Justificación

La motivación es un aspecto que la psicología ha contemplado como fundamental como un campo de estudio, pero también como una herramienta en el manejo de otras problemáticas como lo es el consumo de sustancias en específico el consumo de nicotina. Contemplando que la motivación es como un factor que le permite a una persona realizarse en cuanto a sus metas establecidas y también para generar satisfacción en el individuo de acuerdo con el tipo de motivación que se ha presentado.

De ahí contemplar a la entrevista motivacional para este proyecto resulte fundamental ya que es aquella herramienta orientada para que las personas puedan cumplir sus objetivos al igual funcional para fortalecer la motivación de cualquier tipo y también el compromiso presente para generar un nuevo cambio en la conducta en este caso del fumador. Generalmente esta EM se limita mencionar que la motivación intrínseca es la que se tiene que aumentar más ya que será aquella que generará el cambio.

En la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas se lleva a cabo una intervención breve con pacientes de nuevo ingreso, surge como una iniciativa para que los pacientes sean capaces de identificar tempranamente las ventajas y desventajas de consumo, con la finalidad de que el futuro paciente se una al tratamiento psicológico.

Ambas herramientas tanto la motivación intrínseca como extrínseca y la Entrevista Motivacional son implementadas para este proyecto en el primer contacto con los pacientes de la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas, ya que considerando la problemática del consumo de tabaco, en México se contabilizan alrededor de 15 millones de mexicanos quienes son clasificados como fumadores diarios y fumadores ocasionales, se considera al consumo de tabaco como una de las principales muertes se establece como un factor de riesgo a la salud, por ello es importante que las personas se interesen e ingresen al programa para cesar su

consumo de tabaco de ello depende el primer contacto que se tenga con ellos.

Considerando lo anterior la tesis se plantea como problema la pregunta: ¿Qué tipo de motivación se encuentra más presente en pacientes consumidores de tabaco en el primer contacto antes de ingresar a tratamiento en la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas?

6.2 Población

Para el presente trabajo participaron en el estudio tuvo la participación de 30 personas del sexo masculino y 16 personas del sexo femenino con un rango de edad de entre los 40 a los 60 años que acudieron por primera vez a la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas ubicada dentro del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

6.3 Objetivo general

Detectar a partir de una Escala Likert el tipo de motivación que presentan las personas que acuden a la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas, para iniciar un tratamiento psicológico en conjunto con la Entrevista Motivacional.

6.4 Objetivos particulares

- Ψ Identificar qué tipo de motivación se presenta en las personas fumadoras de acuerdo con su sexo que acuden a la Clínica Contra el tabaco y otras Sustancias Adictivas para iniciar un tratamiento.
- Ψ Demostrar que tipo de motivación persiste en las personas fumadoras de acuerdo a su edad que acuden para iniciar un tratamiento en la clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas.
- Ψ Detectar el nivel de autoeficacia que tienen las personas para abandonar el consumo de tabaco.

6.5 Hipótesis de investigación

Los participantes que acudirán por primera vez a la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas, presentarán en mayor medida Motivación Extrínseca.

6.5.1 Hipótesis nula

Las personas acudirán al servicio de la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas impulsados por una Motivación Intrínseca.

6.5.2 Hipótesis alternativa

Las personas que acudirán al servicio de la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas serán de manera forzada.

6.6 Variables

Independiente: Trastorno por Consumo de Tabaco

Dependiente: Tipo de Motivación (Intrínseca o Extrínseca)

6.7 Tipo de investigación

Se llevó a cabo un enfoque mixto, de forma cuantitativa se recolectaron datos para conocer el tipo de motivación presente en los pacientes por medio de cifras y criterios cualitativos para la aplicación de la entrevista motivacional.

Se realizó de una investigación de tipo exploratoria para detectar que tipo de motivación predomina en las personas que acuden a la clínica por primera vez. Con un diseño no experimental de corte transversal sin modificar alguna variable observando, sin intervenir en la aplicación de la prueba.

6.8 Tipo de muestra

No probabilística, ya que los participantes fueron seleccionados a partir del consumo de tabaco ya sea de forma dependiente u ocasional.

6.9 Lugar de escenario

El lugar en el que se llevó a cabo esta investigación fue en el Hospital General de México

Dr. Eduardo Liceaga en la unidad de Cardiología Angiología y Neumología, ubicada en el primer piso se encuentra la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas, el lugar para realizar los informes es un lugar que cuenta con un escritorio tamaño mediano, dos sillas una para el paciente y la otra para el terapeuta y también se encuentra una computadora para agendar las citas de los pacientes.

6.10 Materiales

46 plumas de color negro	46 hojas
5 tablas de apoyo	Escritorio
Computadora	Impresora

6.11 Instrumentos

➤ Escala Likert

Para esta investigación se hizo uso de la escala Likert llamada Evaluación de Motivación Extrínseca e Intrínseca (EMEI) que fue aplicada a 46 personas interesadas en el tratamiento de la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas, está estructurada con 15 afirmaciones que miden el tipo de motivación y autoeficacia. Se administra de forma autónoma, para un tiempo estimado de resolución de 15 minutos. Las afirmaciones se clasifican en Motivación intrínseca, extrínseca y autoeficacia, cada pregunta corresponde a una de estas clasificaciones las preguntas 1,4,5,8,9,11 y 15 están dirigidas hacia la motivación extrínsecas, mientras que las numero 2,3,6,7,12,14 corresponden a la motivación intrínseca y por último la pregunta 13 se dirige hacia a la autoeficacia.

Se asigna una puntuación si la persona se encuentra muy de acuerdo se le asigna el valor 5 puntos que se considera como el máximo valor, de acuerdo equivale a 4 puntos, ni de acuerdo, ni en desacuerdo vale 3 puntos, en desacuerdo es 2 puntos y por último 1 punto es

cuando la persona se encuentra muy en desacuerdo. Esta evaluación se encuentra fundamentada en la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan al igual que la teoría de autoeficacia propuesta por Albert Bandura. Esta evaluación se encuentra en el Anexo número 1.

➤ **Solicitud de Informes, Educación para la Salud, Programa Médico Psicológico
Contra el Tabaquismo**

Este instrumento que permite recopilar la información del paciente que acude por primera vez a la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas, dicha información va a permitir conocer la razón por la cual acuden al servicio, su historia de consumo y su estado actual de consumo de pacientes, por medio del consejo breve se le brindará para averiguar y trabajar las resistencias de los nuevos ingresos e intentar generar una impresión diagnóstica de acuerdo a su consumo de sustancias e identificar en la etapa de cambio en la cual se encuentra. Dicha solicitud se encuentra en el Anexo número 2.

➤ **Entrevista Motivacional**

Esta herramienta que permite al terapeuta fortalecer la motivación de los pacientes por medio de principios que van a permitir que el paciente resuelva su ambivalencia y genere un cambio en su comportamiento al igual que permita que surja una modificación de creencias del paciente relacionado a su consumo de tabaco, para llegar a una meta en tal caso cesar el consumo de tabaco.

➤ **JupyterLab 3.5.3**

Es un entorno de desarrollo interactivo basado en la web y creados en lenguaje de programación Python, es funcional para la creación de cuadernos de trabajo (notebooks), código y datos. Su uso para esta investigación fue para el desarrollo de análisis de los datos a partir de un notebook de JupyterLab en el cual se requirieron de tres librerías basadas en el lenguaje de programación Python. Pandas es una librería que permite generar un análisis y manipulación de datos, NumPy es una librería que permite realizar operaciones estadísticas básicas y la librería

Matplotlib, crea visualizaciones graficas que hace que la información luzca fácil.

6.12 Procedimiento

Fase 1: Acudimos a la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas para solicitar el permiso por medio de un escrito para tomar una muestra de pacientes de nuevo ingreso con trastorno por consumo de tabaco y realizar la aplicación de la Evaluación EMEI al momento de brindarle los informes respecto al tratamiento con la entrevista motivacional, el permiso fue autorizado por la coordinadora de la clínica la Doctora Angélica Ocampo Ocampo.

Fase 2: Se llevó a cabo la elaboración de la prueba de acuerdo con la intriga sobre conocer la motivación que surge en cada uno de los pacientes por querer abandonar el consumo de tabaco y se planeó complementar la solicitud de informes con los principios de la entrevista motivacional.

Fase 3: Se realizó la aplicación de EMEI a 46 personas que acudieron por primera vez a la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas, primero la aplicación de la Evaluación, posteriormente brindar los informes en conjunto con la entrevista motivacional para generar un cambio en la ambivalencia en el paciente y no generar una alteración en la prueba.

Fase 4: Se calificaron las pruebas de acuerdo con los resultados que cada uno de los pacientes plasmo en la aplicación, posteriormente se generó un análisis de los datos obtenidos de cada paciente por medio del programa JupyterLap 3.5.3.

CAPITULO VI ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se expone a continuación, los resultados obtenidos de la Evaluación de Motivación Extrínseca e Intrínseca EMEI a los pacientes que acuden por primera vez a la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas aplicados a personas de diferentes sexos, durante el periodo de marzo a mayo de 2023.

Para generar el análisis de los datos se hizo por medio de la herramienta JupyterLab en una notebook, en la cual se ocuparon tres librerías para realizar un análisis de tablas, operaciones estadísticas básicas y para posteriormente graficar los resultados obtenidos.

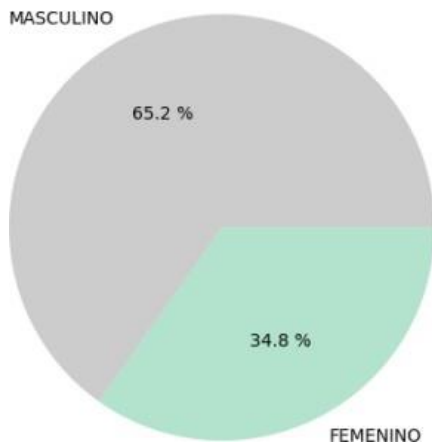
7.1 Variables demográficas de la muestra

Se recopilaron datos demográficos de las personas que acuden al servicio por primera vez, en la evaluación se le solicita colocar su nombre para identificar su sexo y su edad. El tamaño de la muestra recopilada fue de 46 participantes, de los cuales 30 personas fueron del sexo masculino y 16 de sexo femenino. Se encontró que entre la población encuestada el 65.2% corresponde sexo masculino, mientras que la participación femenina fue de un 34.8%, es notorio que la participación de los masculinos es más alta para erradicar el consumo de tabaco, aunque también prevalecen en las estadísticas nacionales de 15 millones de fumadores el 27.1% corresponde al sexo masculino y el 8.7% en mujeres (ENCODAT, 2017).

La población que participó para dicha investigación se encuentra en un rango de edad de entre 40 a 60 años, lo que nos indica que el promedio de edad de los participantes es de 51.82 años, este revela que las personas que se encuentran entre estas edades tienen más interés para abandonar su consumo de tabaco.

Figura 13

Porcentaje por sexo de los pacientes evaluados



Una característica para evaluar de los participantes es el consumo de tabaco ya que hay fumadores frecuentes y ocasionales que pretenden dejar de consumir para tener un beneficio propio, conocer esta característica nos permite conocer si el participante tiene un consumo leve, moderado y grave, al igual que esta información se puede complementar con la solicitud de informes en el apartado de estado de consumo actual.

Este ítem se describe en la evaluación como ¿Cuántos Cigarros está consumiendo usted?, esta pregunta se encuentra centrada para conocer el número de cigarros que consume un individuo de manera actual, con la finalidad de conocer el promedio de cigarros de cada sexo (femenino y masculino). Los 46 participantes brindaron dicha información y se pudo identificar que dos de todos los futuros pacientes mantiene un consumo de 35 cigarros al día.

Figura 14

Participantes con más consumo

NOMBRE_DEL_PACIENTE	CONSUMO
Paciente 6	35
Paciente 29	35

También durante la investigación se presentaron participantes de primera vez con un consumo nulo, nos referiremos a pacientes que no están haciendo uso de tabaco actualmente y que acuden a tratamiento para adquirir nuevas habilidades para no presentar una recaída en el consumo ante cualquier estímulo tentativo relacionado con dicha sustancia cuando se le presente. De los 46 participantes 11 se acudieron sin consumo para solicitar informes respecto al tratamiento.

Figura 15

Pacientes con consumo nulo

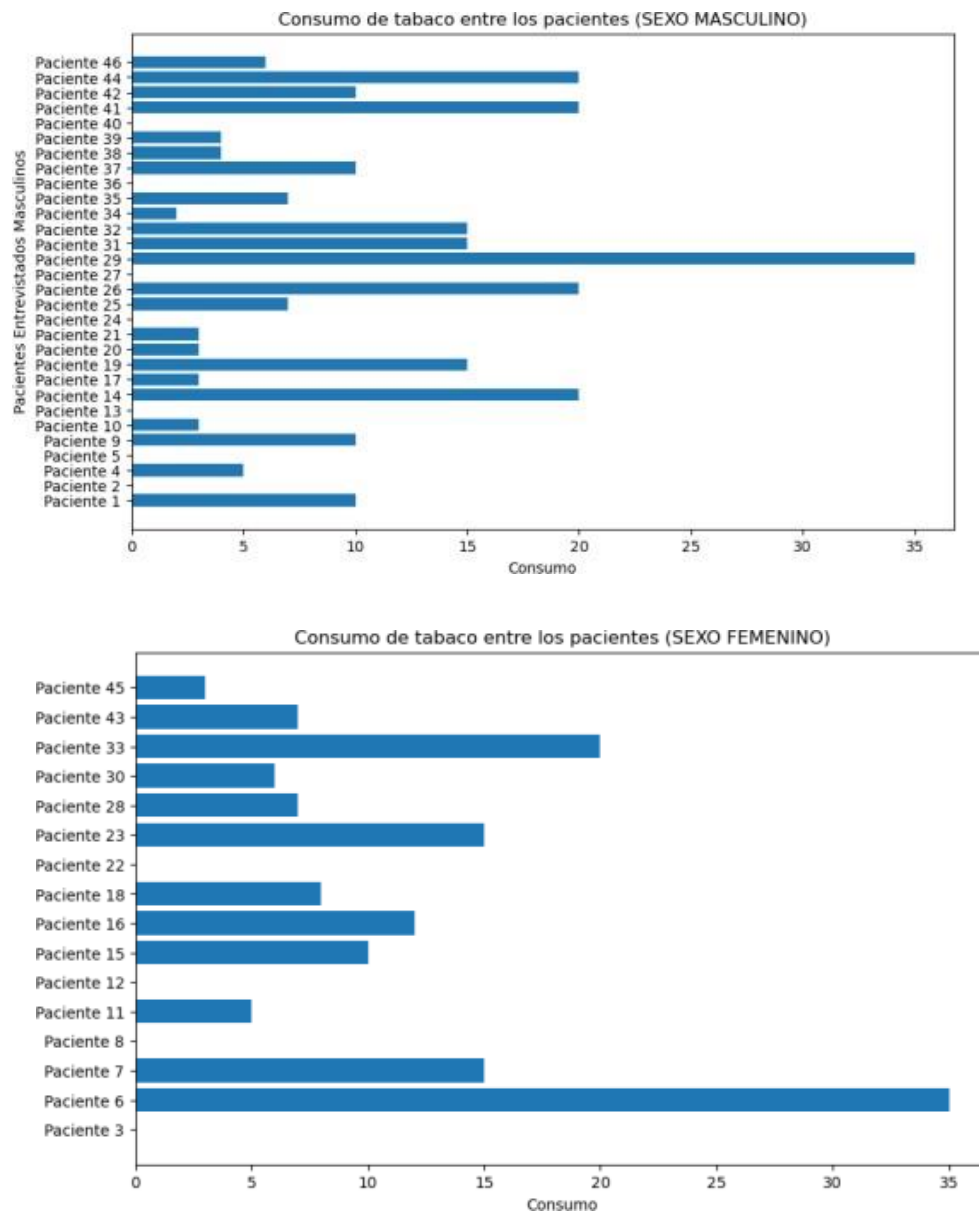
NOMBRE_DEL_PACIENTE	CONSUMO
Paciente 2	0
Paciente 3	0
Paciente 5	0
Paciente 8	0
Paciente 12	0
Paciente 13	0
Paciente 22	0
Paciente 24	0
Paciente 27	0
Paciente 36	0
Paciente 40	0

Se ha definido que el promedio de consumo de los participantes masculinos es de 8.2 cigarrillos al día, mientras que en la población femenina se ha identificado que tienen un consumo de 8.9 cigarrillos al día, lo que se puede notar en la figura 15 que la población femenina presenta un consumo de nueve cigarrillos al día mientras que el promedio de un hombre se encuentra en un promedio de 8 cigarrillos diarios.

A pesar de que las participantes mantengan un consumo más elevado que el sexo masculino se puede notar que la mayoría de los participantes es de dicho sexo y esto coincide con las estadísticas, ya que a pesar de que el 27.1% de la población masculina mexicana es mayormente considerada fumadora, podemos notar que también esta misma minoría de población pretende abandonar completamente su consumo de cigarrillos.

Figura 16

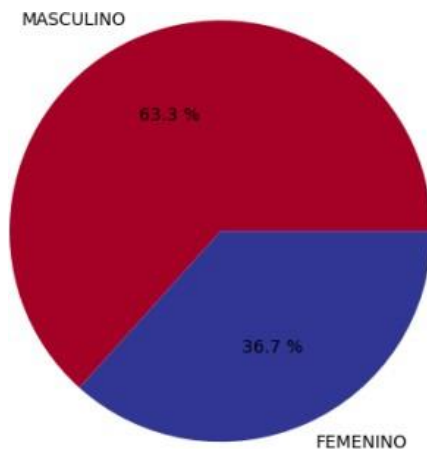
Diferenciación de consumo entre el sexo masculino y femenino



De acuerdo con los datos recabados podemos decir que el promedio general de consumo de tabaco por paciente se encuentra en un rango de entre 8 a 9 cigarrillos por día, mientras que por sexo se considera que el masculino tiene un porcentaje mayor que de la muestra representa el 63.33% mientras que el femenino mantiene un porcentaje de 36.66%.

Figura 17

Porcentaje de consumidores por sexo



Como ya se ha notado, hay población femenina y masculina fumadora acudiendo por primera vez a la Clínica Contra el Tabaco con la finalidad de abandonar su consumo, pero ¿Cuál es ese motivo por el cual quieren hacerlo?, debido a esta pregunta surge la investigación para identificar la motivación predominante en cada participante fumador al igual que conocer la eficacia que tienen los pacientes para abandonar el consumo de tabaco.

Principalmente se recabaron los datos por medio de afirmaciones relacionadas con la motivación intrínseca, extrínseca y la autoeficacia de forma general, los resultados fueron los siguientes:

Figura 18

Resultados obtenidos de la motivación intrínseca, extrínseca, autoeficacia y la sumatoria total

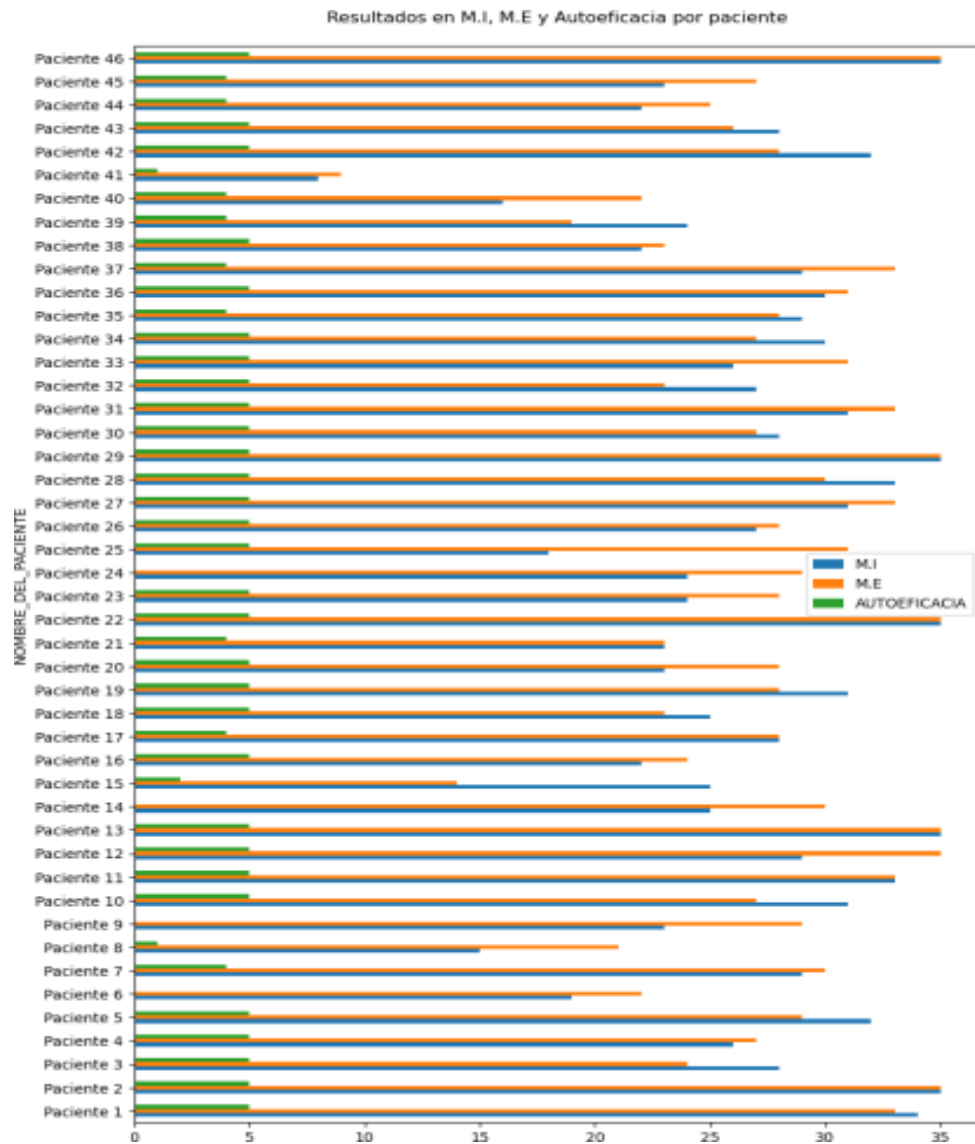
NOMBRE_DEL_PACIENTE	M.I	M.E	AUTOEFICACIA	TOTAL
Paciente 1	34	33	5	72
Paciente 2	35	35	5	75
Paciente 3	28	24	5	57
Paciente 4	26	27	5	53
Paciente 5	32	29	5	61
Paciente 6	19	22	0	41
Paciente 7	29	30	4	63
Paciente 8	15	21	1	37
Paciente 9	23	29	0	52
Paciente 10	31	27	5	63
Paciente 11	33	33	5	71
Paciente 12	29	35	5	69
Paciente 13	35	35	5	75
Paciente 14	25	30	0	55
Paciente 15	25	14	2	41
Paciente 16	22	24	5	51
Paciente 17	28	28	4	60
Paciente 18	25	23	5	53
Paciente 19	31	28	5	64
Paciente 20	23	28	5	56
Paciente 21	23	23	4	50
Paciente 22	35	35	5	75
Paciente 23	24	28	5	57
Paciente 24	24	29	0	53
Paciente 25	18	31	5	54
Paciente 26	27	28	5	60
Paciente 27	31	33	5	69
Paciente 28	33	30	5	68
Paciente 29	35	35	5	75
Paciente 30	28	27	5	60
Paciente 31	31	33	5	69
Paciente 32	27	23	5	55
Paciente 33	26	31	5	56
Paciente 34	30	27	5	62
Paciente 35	29	28	4	61
Paciente 36	30	31	5	66
Paciente 37	29	33	4	66
Paciente 38	22	23	5	50
Paciente 39	24	19	4	47
Paciente 40	16	22	4	42
Paciente 41	8	9	1	18
Paciente 42	32	28	5	65
Paciente 43	28	26	5	59
Paciente 44	22	25	4	51
Paciente 45	23	27	4	54
Paciente 46	35	35	5	75

Se refleja que la mayoría de los participantes presentan ambas motivaciones elevadas al igual que una alta autoeficacia, en la siguiente figura podemos notar que de forma graficados que los individuos se encuentran en el puntaje máximo para cada motivación acercado a los 35 puntos y para la autoeficacia a los 5.

De acuerdo con la gráfica, la primera serie de datos hace referencia a la autoeficacia, posteriormente se refiere a la motivación extrínseca y por último a la motivación intrínseca.

Figura 19

Resultados de Motivación intrínseca, extrínseca y autoeficacia

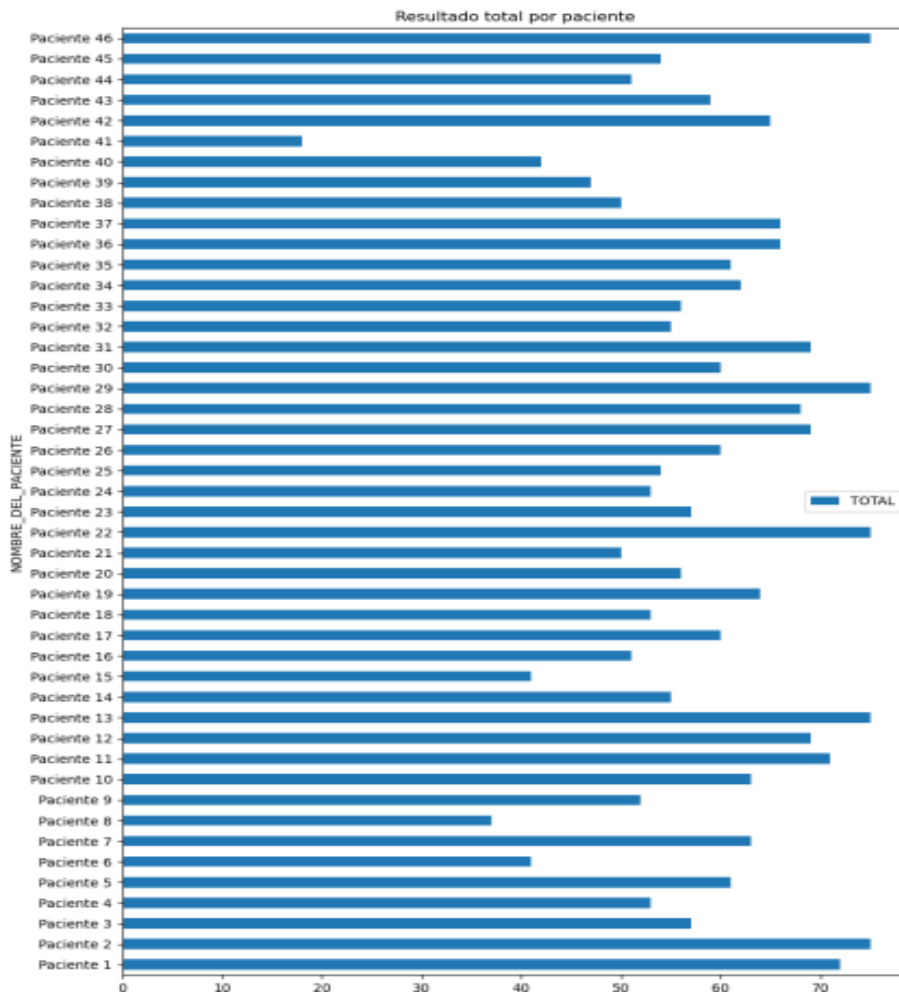


Al igual que en la figura 20 podemos notar que se realiza la sumatoria total de lo obtenido en las afirmaciones, de acuerdo a los resultados conocemos que el valor máximo de puntajes de 75, la cual refleja que los pacientes que alcanzan este valor o se encuentran cerca tienden a presentar la motivación intrínseca como la extrínseca se podría considerar que hasta cierto punto la persona puede cubrir fácilmente una meta por medio del potencial personal que tenga,

podemos contemplar que dentro de cada una de esta motivaciones van a satisfacer a un individuo de modo a que llegue a la autorrealización (Maslow, 1987).

Figura 20

Valor Total de la Evaluación EMEI



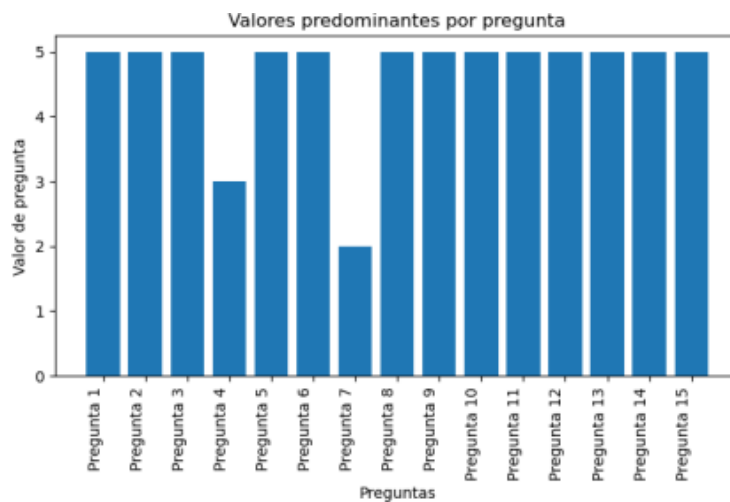
Aunque es importante considerar que no todos los pacientes presentan la misma característica como en el caso pasado donde solamente de 45 participantes 5 resultaron presentar ambas motivaciones, se podría contemplar que el resto aún puede encontrarse caracterizado por alguna de las dos motivaciones.

EMEI fue elaborado con 15 afirmaciones las cuales individualmente tuvieron una

predominación de entre 2 a 5 puntos, en la siguiente gráfica podemos notar que las preguntas que menos predominaron en general fueron la afirmación número 4 que menciona “Pienso al reducir o eliminar mi consumo de tabaco podre relacionarme mejor con las personas que me rodean” esta afirmación está enfocada a la motivación extrínsecay la numero 7 “Siento que mi trabajo está en riesgo por mi consumo de cigarros” mientras que está a la intrínseca. A comparación de lo que se plasma en la siguiente grafica de barras podemos deducir que los participantes consideran a ambas motivaciones predominantes a excepción de considerar que el consumo de trabajo los vea perjudicadosen su núcleo social y laboral.

Figura 21

Valores predominantes por cada pregunta de EMEI

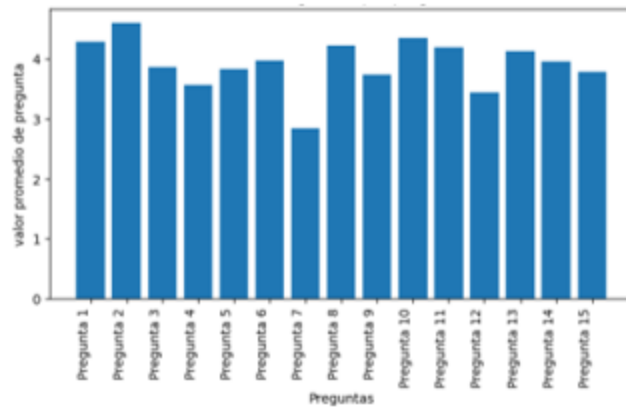


Cada afirmación fue elaborada para que cada participante se sintiera identificado con alguna de ellas, sin embargo, de acuerdo con el promedio de cada pregunta arrojó los siguientes datos:

Figura 22

Promedio general por afirmación EMEI

PREGUNTAS	PROMEDIO
Pregunta 1	4.282609
Pregunta 2	4.608696
Pregunta 3	3.869565
Pregunta 4	3.565217
Pregunta 5	3.826087
Pregunta 6	3.978261
Pregunta 7	2.847826
Pregunta 8	4.217391
Pregunta 9	3.739130
Pregunta 10	4.347826
Pregunta 11	4.195652
Pregunta 12	3.434783
Pregunta 13	4.130435
Pregunta 14	3.956522
Pregunta 15	3.782609



Podemos observar que la afirmación numero dos es la que consideran más importante tantocomo el sexo masculino y el femenino, pero en promedio es mayor ya que el 4.60 de puntos nos indica que esta pregunta causo un alto impacto ya que se encuentra relacionada con la salud, la afirmación de motivación intrínseca menciona “Abandonar el consumo de tabacobeneficiará a mi salud física.” Se refleja el interés por parte de los participantes, a partir de teoría de Maslow (1987) podemos identificar que en el primer nivel de la pirámide es la base para que el paciente pueda satisfacer las necesidades secundarias, se considera que, sin salud, no se puede llegar adecuadamente a la autorrealización.

A comparación de la afirmación extrínseca numero 7 ya que no consideran que el consumo sea un factor para perder su trabajo, de acuerdo con Ryan y Deci (2000) el trabajo forma parte de una situación contextual la cual puede permitir que el individuo obtenga la motivación intrínseca para abandonar el consumo.

Sin embargo, en los participantes no se considera una amenaza para su entorno, posiblemente el promedio de esta pregunta es que no han generado una alta dependencial consumo de tabaco y no se ha visto afectado su trabajo porque a pesar de su consumo no

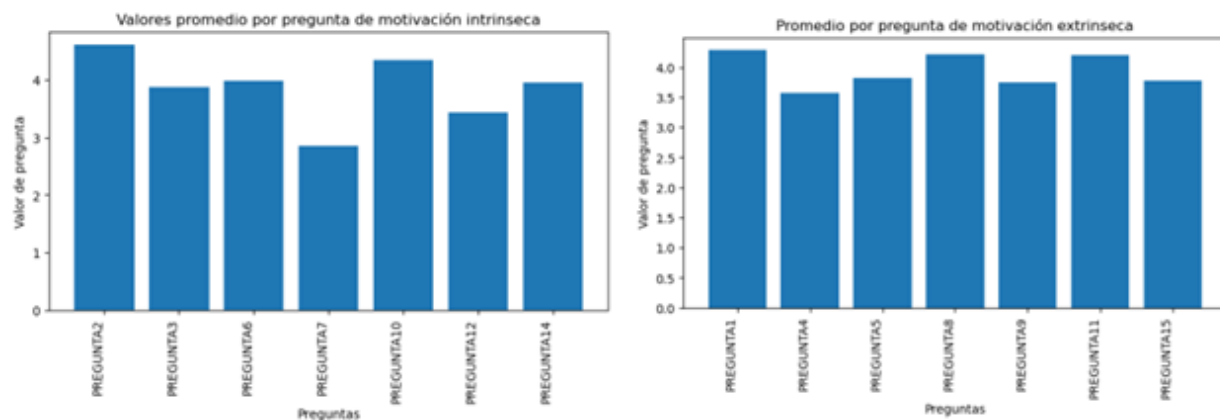
abandonan sus actividades cotidianas a consecuencia de que no ha sido el caso de los pacientes, no consideran que sea un motivo importante para abandonar el consumo de tabaco.

Para la motivación intrínseca sigue predominando los 5 puntos, a excepción de la pregunta número 7 ya que como ya se mencionó su valor promedio en general es de 2.84, en cambio con la motivación extrínseca se presenta igualmente 5 puntos predominantes a excepción de la pregunta número 4 con un promedio de 3.56 puntos que menciona “Pienso al reducir o eliminar mi consumo de tabaco podría relacionarme mejor con las personas que me rodean”, ya que puede existir la posibilidad de que el participante se encuentre en un ambiente donde comparten las mismas características (entre ellas fumar) y no sea necesario abandonar el consumo.

A continuación, se presentará ambas gráficas haciendo referencia al valor promedio de cada pregunta de la motivación intrínseca y extrínseca.

Figura 23

Comparación del promedio entre M.I y M.E



En cuanto a las afirmaciones de la motivación en general se muestra un mayor promedio para la cuestión extrínseca ya que la mayoría de las preguntas se encuentran arriba del valor número tres, esta motivación se representa con un porcentaje del 50.5%, mientras que la

motivación intrínseca con un 49.5% como se representa en la gráfica de pastel.

Figura 24

Porcentaje de comparación de los tipos de motivación



En cuanto a los porcentajes generales por sexo podemos identificar en la siguiente grafica que en los hombres el porcentaje entre la motivación intrínseca y extrínseca se localiza entre el 49.4% y 50.6%, en tanto a las mujeres se puede notar en su porcentaje que la motivación más alto es el de la motivación extrínseca que es de 50.3% contra un 49.7%.

Figura 25

Comparación de porcentajes de los tipos de motivación a partir del sexo

Tipos de motivación en masculinos



Tipos de motivación en femeninos



Los resultados mostraron una diminutiva diferencia entre las motivaciones, como podemos ver en ambos sexos predomina la motivación extrínseca aunque los autores Deci y Ryan mencionen que la mayoría de las metas sean satisfechas a partir de un placer interior y que el individuo debe de tener control sobre sus acciones (Deci, 2000) mientras que para (Stover, Bruno, Uriel, & Fernández Liporace, (2017) consideran a la motivación extrínseca como un factor para influir en los comportamientos de una persona ya sea ser impulsado por alguna preocupación con abandonar el consumo para mejorar la salud de la familia o pensar en que hacer uso del consumo de tabaco es motivo para contaminar el medio ambiente.

Por último, en cuanto a los resultados predominantes de autoeficacia de forma general como se vio en la figura número 19, los participantes acudieron con una alta autoeficacia ya que el valor máximo obtenido en este apartado fue de 5, en promedio podemos decir que los individuos

que acuden por primera vez tienen un valor de 4.13 puntos, de igual manera coincidiendo con ambos sexos, solo que en las mujeres el promedio general es de 4.12. Considero que los participantes se ven influenciados por la expectativa de resultado ya que a partir de sus creencias puede percibir que el consumo de tabaco es sencillo de abandonar (Bandura, 1995), aunque sea de forma progresiva, ya que de alguna forma el paciente percibe que el tratamiento puede ser un proceso que a fin de cuentas lo puede llevar a conseguir su máxima meta que es erradicar el consumo de tabaco.

CAPITULO VIII CONCLUSIONES

A lo largo de la realización de este trabajo se tomaron en cuenta diferentes aspectos que desde el punto de vista principalmente psicológico pueden estar presente en la adicción al tabaco que contemplaron aspectos personales, familiares, atencionales y como fue finalidad de esta investigación la motivación en diferentes variantes y como es que se integra con la entrevista motivacional.

De ahí que el que el objetivo principal expuesto durante la investigación fue confirmado ya que los pacientes que son fumadores presentaron una motivación extrínseca elevada por medio de la evaluación EMEI ya que este nos permitió mejorar el objeto de estudio por medio de una cuestión cuantitativa por medio de la medición, ya que pudimos obtener un control sobre la variable que la hizo más precisa.

En cuanto a la autoeficacia se puede considerar que podría mejorar a futuro en cuanto a la toma de decisión y una mejora en la resolución de problemas durante las futuras sesiones terapéuticas ya que podría afrontar distintas situaciones cotidianas hasta que se presente la conducta deseada, en tal caso cumplir la meta final que es abandonar el consumo del tabaco.

Al igual que se puede confirmar la hipótesis ya que se logró presentar a mayor medida la motivación extrínseca, esto permite considerar que algunas variables distantes como puede ser un divorcio, un trabajo estresante o la auto exigencia puede generar distorsiones cognitivas relacionadas con el consumo, como también puede ser que el paciente genere una motivación hacia el autocuidado o que haga nuevos cambios habituales.

Esta tesis surge a partir de un interés por trabajar con personas que consumen diferentes sustancias en México, específicamente la nicotina. Ya que el consumo de tabaco se encuentra en aumento tanto como en jóvenes y con adultos, y que ha sido un factor para que las personas puedan desarrollar alguna enfermedad física como lo puede ser la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica mejor conocida como EPOC, accidentes cerebrovasculares, bronquitis

crónica o hasta producir cáncer. Considerando también que la mayoría de los usuarios que pretenden cesar su consumo, tienen el pensamiento que es una droga difícil de abandonar, debido a esto no tienen esperanza en tratamientos por la creencia de que no les resulte efectivo.

Se contempló a la motivación como un factor a trabajar en las personas que consumen tabaco para que puedan iniciar un tratamiento psicológico para abandonarlo, ya sea una motivación intrínseca o extrínseca con la finalidad de reconocer que es lo que está incitando a las personas a tomar dicha decisión, conjuntando a la entrevista motivacional como herramienta psicológica para guiar al individuo para generar un cambio en la conducta des adaptativa en tal caso el consumo de tabaco.

A partir de esta investigación realizada, se demuestra que la motivación más predominante en los pacientes que acuden por primera vez a la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas, es la extrínseca ya que en estudio realizado se obtuvo en la mayor cantidad de personas que la presentan se encuentran alentadas por cuestiones ambientales que le van a permitir al individuo a lograr la meta máxima en tal caso abandonar el consumo de tabaco, siendo motivados por cuestiones externas como lo puede ser la familia, mejorar las relaciones personales y poder apoyar al otro, para modificar cierta conducta con forme al medio, a partir de las muestras de cariño, apoyo de las personas importantes y la importancia del otro hacia la salud de las personas.

Consideramos que el medio social es también un ambiente donde la persona adquiere el conocimiento y habilidades que le resulten útiles de los otros para poder llevar acabo un afrontamiento, ya que así puede llevar un estilo de vida nuevo. Aunque hay que considerar a la motivación intrínseca también está presente de forma indirecta en las personas, ya que el motivo de más importancia para el individuo es la salud física, ya que se encuentran enfocados en mantenerse en un estado completo de bienestar para poder llevar a cabo sus metas.

Durante este proyecto a pesar de trabajar con la motivación, también, se ocupó la

entrevista motivacional que fue un complemento que nos permitió recabar la información e intentar apoyar al futuro paciente para que decida iniciar a un tratamiento psicológico con corriente cognitivo conductual. Dicha entrevista por medio de sus principios específicamente con el de empatía, nos permitió conocer que los pacientes inician el consumo por la influencia de las amistades, al igual que fomentar la confianza en las propias habilidades ya que algunos los usuarios consideran que su única forma de afrontar sus adversidades diarias es haciendo uso del consumo de tabaco.

También por medio de la entrevista motivacional notamos que la persona mantiene un alto consumo a partir del estrés o su ansiedad generado mayormente en el ámbito laboral y consideran que la mayor parte de estos considera afrontarlos por medio del consumo, pudimos observar que la información verbal que brindan en la intervención a lo que responden en la evaluación es completamente distinta, ya que su información respecto al consumo se encuentra distorsionada.

Para nuestro punto de vista la motivación extrínseca de los pacientes debe de ser considerada para identificar o aplicar dentro de la entrevista motivacional ya que una de sus características es promover el cambio dirigido hacia ciertos objetivos que tenga la persona, pero ahora contemplando que estos se pueden ver afectados por una regulación externa que puede llevar al éxito o al fracaso ya sea laboral, familiar o de pareja.

Un factor a considerar es que en parte de la investigación se notó gran interés que tienen las personas por su salud, pensamos que esta información hasta cierto punto puede verse sesgada ya que la aplicación se llevó a cabo en un hospital de tercer nivel y estas personas pueden ser referidas de cualquier unidad médica y su criterio que anteriormente tenía puede verse influenciado por alguno de sus médicos y no tanto por una motivación intrínseca o por una satisfacción interior, sino, que ha surgido por influencia del ambiente.

Reflexionamos la autoeficacia como un rasgo importante en cuanto al consumo de

sustancias, ya que el principal para que el paciente obtenga nuevas habilidades de afrontamiento, pero también consideramos que este se encuentra presente en el proceso de las etapas de cambio de Prochaska y Diclemente específicamente en las etapas de preparación y acción, ya que el individuo presenta un entendimiento en lo que consiste el consumo y ha presentado una serie de iniciativas para erradicar el consumo. A nuestro punto de vista la autoeficacia se encuentra más presente cuando ya ha iniciado el tratamiento terapéutico y puede observarse si durante las sesiones la persona en realidad ha modificado los juicios que tiene sobre el consumo a comparación de solamente identificarlo en el primer contacto que este puede verse modificado rápidamente si en realidad la persona no se encuentra preparada para generar un cambio.

A lo largo de la investigación se encontraron distintas variables no consideradas como lo es la edad, sexo y el número de cigarrillos que se encuentran consumiendo las personas, dichos datos nos hace conocer que el sexo que mantiene un mayor consumo son los masculinos a diferencia de los femeninos, se considera que en conjunto con las estadísticas que se maneja en el país y en la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas, la mayoría de los interesados en erradicar el consumo es el sexo masculino, considerando que los futuros pacientes también tienden a ser de distintas partes del país.

Al igual que identificamos que la mayoría de los pacientes que tienen interés de iniciar un tratamiento psicológico en la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas mantienen una edad de 51 años de edad mientras que a nivel nacional se encuentra en los 65 años de edad, notando que hay un gran interés por parte de las personas de dichas edades por abandonar el tabaco. Los futuros pacientes que son consumidores se encuentran en un promedio 8 a nueve cigarrillos este puede ser un dato fundamental para que se pueda recabar dentro de la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas para generar estadísticas en cuanto al nivel de consumo que se mantiene en los nuevos ingresos y realizar una comparativa se ha sido

modificado este nivel de consumo o no.

A manera de conclusión la motivación se debería de considerar a la motivación extrínseca en la entrevista motivacional, ya que en nuestra opinión el hombre es un ser totalmente social y que se encuentra integrado por el entorno. Debido a que se encuentra en contacto frecuente con el medio familiar, de pareja, laboral o compañerismo, siempre generan un aprendizaje y un sentimiento hacia este medio. Proponemos que para trabajar en el ámbito de adicciones proponemos a los terapeutas considerar trabajar con los ambientes familiares como puede ser también a la persona que considere de su máxima confianza para acudir a formar parte de una sesión terapéutica y generar nuevas técnicas de acompañamiento en conjunto, para hacer parte a la motivación extrínseca durante el proceso terapéutico recordado que el principio de empatía implica conocer el mundo del paciente y como es que repercute emocionalmente e intenta aumentar la confianza en el medio y que habilidades puede desarrollar con el entorno.

Por último consideramos que para esta investigación falta generar un instrumento con amplia estandarización ya que el instrumento no fue aplicado a una muestra extensa de individuos debido a falta de tiempo, ya que solamente se retomó un marco de referencia para interpretar las calificaciones, en cuanto a la confiabilidad no se ha tenido una característica relativamente estable, ya que la dificultad de las preguntas era sencilla y no intermedia, en cuanto a la validez falto generarle una medida por medio de un criterio anterior no obtenido al mismo tiempo que se generaron las calificaciones de los participantes. Como ya se mencionó el tiempo es un factor determinante para que no se pueda generar la aplicación del muestreo de reactivos con distintos grupos y poder generar una estandarización de dicha prueba.

Se espera que para futuras investigaciones se debería retomar a la motivación que se encuentra presente en todos los ámbitos y generar un test donde se pueda determinar en cada participante, posiblemente será una nueva forma de generar un trabajo terapéutico, laboral, educativo, deportivo, entre otros o crear nuevas aportaciones para desarrollar nuevas técnicas

psicológicas para aumentar la motivación en los participantes.

ANEXO 1

EMEI

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha de aplicación:** _____

¿Cuántos cigarrillos se encuentra consumiendo usted? _____

A continuación, se presenta una serie de afirmaciones respecto a su consumo, aplicado con la finalidad de generar un mejor manejo de su tratamiento psicológico. Por favor lea detenidamente y en caso de identificarse con alguno de estos marque con una X el número de acuerdo con los siguientes ITEMS:

5. Muy de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Muy en desacuerdo
-------------------	---------------	------------------------------------	------------------	----------------------

SOLO SEÑALE UNA RESPUESTA	1. Muy en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. Ni de acuerdo, Ni en desacuerdo	4. De acuerdo	5. Muy de acuerdo
1. El abandonar el consumo mejoraría la salud de mi familia.					
2. Abandonar el consumo de tabaco beneficiará a mi salud física.					
3. Siento o creo que al abandonar el consumo mejorará mi imagen física.					
4. Pienso al reducir o eliminar mi consumo de tabaco podre relacionarme mejor con las personas que me rodean.					
5. Temer por no dar un buen ejemplo a los hijos o conocidos cercanos respecto al uso de sustancias.					
6. Me gustaría poder realizar actividades físicas sin cansarme tanto.					
7. Siento que mi trabajo está en riesgo por mi consumo de cigarrillos.					
8. Hago que el medio ambiente se contamine por hacer uso de la sustancia en lugares públicos.					
9. El dejar de fumar mejoraría mi relación familiar y con mi pareja					
10. Me siento convencido/a que podre abandonar el consumo por no volverme completamente dependiente de la sustancia.					

11. Cuando abandone el consumo, pretendo ahorrar dinero para hacer uso en actividades recreativas con las personas que me rodean.					
12. Abandonar el consumo de tabaco, me permitirá cumplir mis metas a largo y corto plazo.					
13. Reconozco que al decidir dejar de fumar es un gran paso para mi cambio personal.					
14. El iniciar el tratamiento con desempeño y disposición me permitirá abandonar el consumo.					
15. Si puedo dejar el consumo, entonces seré un ejemplo para que otros abandonen su consumo.					
En caso de que su respuesta sea contraria a estas, favor de indicar en este recuadro ¿Qué es lo que lo/a motiva a dejar el consumo?					

ANEXO 2

SOLICITUD DE INFORMES, EDUCACIÓN PARA LA SALUD

PROGRAMA MÉDICO PSICOLÓGICO CONTRA EL TABAQUISMO Y OTRAS SUSTANCIAS ADICTIVAS

ES USTED: () EL INTERESADO () FAMILIAR DEL USUARIO () CONOCIDO DEL USUARIO

DATOS DEL INTERESADO EN ENTRAR AL PROGRAMA DE LA CLÍNICA CONTRA EL TABAQUISMO.

CARNET: _____ FECHA: _____ HORA: _____

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

CÓMO SE ENTERÓ DEL SERVICIO DE LA CLÍNICA: _____

QUÉ LO MOTIVO A BUSCAR AYUDA: _____

ACTUALMENTE CUÁNTO CONSUME _____ DESDE CUÁNDO _____ MÍNIMO/MÁXIMO POR DÍA: ____/____

QUÉ SIGNIFICA SU CONSUMO PARA USTED: _____

QUÉ PLACENTERO ES CONSUMIR PARA USTED:

() Nada () Poco () Mucho () Demasiado

PARA SU SALUD CÓMO CONSIDERA SU ACTUAL CONSUMO DE SUSTANCIAS:

() Sin riesgo () Poco riesgos () Mucho riesgo () Demasiado riesgo

CUANDO LE GUSTARIA DEJAR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS:

() Nunca () El día de hoy () En tres días () En una semana () En quince días () En un mes () Más de un mes

CUANDO CONSIDERA/PIENSA DEJAR EL CONSUMO:

() Nunca () El día de hoy () En tres días () En una semana () En quince días () En un mes () Más de un mes

SE CONSIDERA PREPARADO PARA CESAR EL CONSUMO: _____

QUÉ NECESITA PARA LOGRARLO: _____

QUÉ ESPERA DEL TRATAMIENTO: _____

ETAPA DE CAMBIO: () Precontemplación () Contemplación () Planeación () Acción () Mantenimiento

AHORA, ENTREGUE ESTA HOJA AL PERSONAL QUE SE LA PROPORCIONO

PARA LLENADO SOLO DE LA CLÍNICA CONTRA EL TABAQUISMO		
SE REALIZARON:	() VIA TELEFONICA	() CONSULTORIO
¿POR QUÉ ESTA INTERESADO EN INGRESAR AL TRATAMIENTO?:		
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA, ETAPA MOTIVACIONAL Y OBSERVACIONES:		

FECHA Y HORA DE PRÓXIMA CITA: _____

Bibliografía

- Adicciones, I. M. (2022). *Día Mundial Sin Tabaco* . Obtenido de Portal Ciudadano del Gobierno del Estado de México :
https://edomex.gob.mx/mundial_tabaco_2022#:~:text=En%20M%C3%A9xico%20cada%20d%C3%ADa%20fallecen,Instituto%20Nacional%20de%20Salud%20P%C3%ABlica.
- Aguilera R, C. S. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. . México .
- Aiken, L. R. (1996). Fundamentos de la medición psicológica. En L. R. Aiken, *Test Psicológicos y Evaluación* (8va ed., págs. 11-15). Nueva York, Estados Unidos de America : Pearson.
- Alba LH, M. R. (2013). Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco:revisión sistemática de la literatura. *Salud Publica Mex*, 2-5.
- Aldo, L., Landin, L., & Leone, A. (August de 2010). What is Tobacco Smoke? Sociocultural Dimensions of the Association with Cardiovascular Risk. 16. London, UK. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/44675532_What_is_Tobacco_Smoke_Sociocultural_Dimensions_of_the_Association_with_Cardiovascular_Risk#:~:text=Smoking%20must%20be%20defined%20as,and%20epithelial%20glands%20target%20organs.
- Aldo, L., Landin, L., & Leone, A. (August de 2010). What is Tobacco Smoke? Sociocultural Dimensions of the Association with Cardiovascular Risk. 16. London, UK. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/44675532_What_is_Tobacco_Smoke_Sociocultural_Dimensions_of_the_Association_with_Cardiovascular_Risk#:~:text=Smoking%20must%20be%20defined%20as,and%20epithelial%20glands%20target%20organs.
- Allen, J. G. (02 de 2017). *Pirámide de Maslow: la jerarquía de las necesidades humanas*. Obtenido de Psicología y Mente: <https://cegicep.com/wp-content/uploads/2017/02/Pir%C3%A1mide-Maslow.pdf>

- Ana Morán Rodríguez, C. T. (2011). TABAQUISMO Abordaje en Atención Primaria. SAMFyC (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria). Obtenido de https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/12/2011_GuiaAbTab.pdf
- Ana, A. (1998). PSICOBIOLOGÍA DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO. *Psicología Conductual*, 6(1), 5-10. Obtenido de file:///D:/TESIS/REVISIONES%20BIBLIOGRAFICAS%20TEORICAS/Psicobiologia_de_la_dependencia_al_tabaco.pdf
- Angarita, J. R. (04 de 2017). *Teoría de las Necesidades de Maslow*. Obtenido de <http://doctorado.josequintero.net>: <https://www.sanfelipe.edu.uy/wp-content/uploads/2017/04/Teor%C3%ADa-de-Maslow-de-EVA-Udelar.pdf>
- Arancibia, V. (1990). *Investigación para la acción: Estrategias de Capacitación Teorías del Aprendizaje revisión de las corrientes actuales*. Santiago: CIDE Ediciones. Obtenido de <https://repositorio.uahurtado.cl/bitstream/handle/11242/8780/txt513.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arauz Freré Jesennia Susana, J. P. (01 de 04 de 2022). La percepción, la cognición y la interactividad. *Revista Científica Mundo de la Investigación y Conocimiento*, 6(2), 153-157. Obtenido de <file:///D:/TESIS/REVISIONES%20BIBLIOGRAFICAS%20TEORICAS/CAP%204%20LIBROS/1555-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2897-1-10-20220331.pdf>
- Assiciation, A. P. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5 ed.). Estados Unidos de América : Editorial Medica Panamericana.
- Balaña, F. J. (2019). El proceso Motivacional. En M. T. Aparicio, *Fundamentos Teóricos y Prácticos de la Motivación* (págs. 55-57). Madrid: sanz y torres. Obtenido de <https://pdfcoffee.com/fundamentosteoricosypracticosdelamotivacionmmpdf-2-pdf-free.html>

- Bandura, A. (1995). *Auto-eficacia Cómo enfrentamos los cambios de la sociedad actual*. Biblioteca de Psicología. Obtenido de <https://drive.google.com/file/d/1B2Q8RBDu9DvGsPn0V3e3NBLTpAkkqA6R/view>
- Baraona, L. K. (2017). Tobacco Harms, Nicotine Pharmacology, and Pharmacology Tobacco Cessation Interventions for Women. *American College of Nurse-Midwives*, 62(3), 4-10.
- Batista Silva A, G. E. (2010). Bosquejo histórico sobre las principales teorías de la motivación y su influencia en el proceso de enseñanza-aprendizaje. *Rev Cubana Med Gen Integr.*, 26. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Bechara, D. A. (2023). Toma de Decisiones Humanas. La Hipótesis del Marcador Somático. *Simposio Internacional de Neurociencias y Psiquiatría* (págs. 2-7). Intramed. Obtenido de <http://www.adolescenciaalape.com/sites/www.adolescenciaalape.com/files/Toma%20de%20Decisiones%20Humanas.%20La%20Hip%C3%B3tesis%20del%20Marcador%20Som%C3%A1tico..pdf>
- Beck, A. T. (1999). Modelos Cognitivos de la adicción. En A. T. Beck, F. D. Wright, C. F. Newman, & B. S. Liese, *Terapia Cognitiva de las drogodependencias* (págs. 52- 55). Barcelona, España: Paídos.
- Brenes, D. S., & Esquivel, D. L. (23 de Enero de 2016). Dependencia a tabaco y su tratamiento. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 1(1), 123-125. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr161o.pdf>
- Cantero, F. P. (2011). *Manual de teorías emocionales y motivacionales*. Castelló de la Plana: Universitat Jaume. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/61393455.pdf>
- Chahín-Pinzón, N. (mayo-agosto de 2015). Revisión de las características psicométricas de la escala Barratt de impulsividad (BIS) a través de su historia: desde sus orígenes.

- Psicología desde el Caribe*, 32(2), 315-326. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21341030009.pdf>
- COFEPRIS, C. F. (Enero- Febrero de 2023). Vapeadores: lo oculto . *Ciencia Cofepri*(8), 18.
- Collera, L. A. (2016). La motivación y su historia. *UCP "Rafael María de Mendive"*, 2-4. Obtenido de 257-499-1-SM.pdf
- Corea, J. (2016 de Febrero de 2016). *Ficha Técnica IDARE*. Obtenido de Scribd: <https://es.scribd.com/doc/299565913/Ficha-Tecnica-Idare>
- Cuero, M. L. (2020). Efecto biológico y social de los factores asociados al riesgo cardiovascular en la población adulta joven, revisión documental. *Sabia Revista Científica*, 6(1), 6. Obtenido de <https://repositorio.unipacifico.edu.co/bitstream/handle/unipacifico/651/Efecto%20biol%20y%20social%20de%20los%20factores%20asociados%20al%20riesgo%20cardiovascular%20en%20la%20poblaci%3b%20adulta%20joven%2c%20revisi%3b%20documental.pdf?s>
- Daniela Godoy, A. E. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES*, 2-4. Obtenido de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/psicoeducacion.pdf
- De Vega, M. (1999). *Introducción a la psicología Cognitiva* . Madrid : Alianza Psicología .
- Deci, R. M. (Enero de 2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American Psychological Association*, 55(1), 6-12. Obtenido de http://www.davidtrotzig.com/uploads/articulos/2000_ryandeci_spanishampsysh.pdf
- Dra. Ascanio, S., García , D., & Barrenechea, C. L. (2009). *Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención*. Recuperado el 29 de 01 de 2023

- Dra. Ascanio, S., García, D. T., & Barrenechea, C. L. (2009). *Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención*. Recuperado el 29 de 01 de 2023, de [file:///D:/TESIS/REVISIONES%20BIBLIOGRAFICAS%20TEORICAS/URU%20Manual%20\(1\).pdf](file:///D:/TESIS/REVISIONES%20BIBLIOGRAFICAS%20TEORICAS/URU%20Manual%20(1).pdf)
- Elisardo, B. I. (2003). Psicología de la salud y adicciones: perspectiva terapéutica. *Revista de Psicología de la PUCP*, XXI(1), 20-23. Obtenido de <file:///C:/Users/DRAGON/Downloads/Dialnet-PsicologiaDeLaSaludYAdicciones-993444.pdf>
- ENCODAT, E. N. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco*. México: Secretaria de Salud. Obtenido de https://encuestas.insp.mx/repositorio/encuestas/ENCODAT2016/doctos/informes/reportes/_encodat_tabaco_2016_2017.pdf
- Espada, J. P., & Lloret Irlles, D. (s.f.). Drug Classification and effects of drugs. En J. P. Espada, *Basic Concepts in Drug Addiction* (págs. 2-15). European. Recuperado el 16 de 02 de 2023
- ESPAÑOLA, R. A. (s.f.). Diccionario de la lengua española. (23.). Recuperado el 29 de Enero de 2023, de <https://dle.rae.es/taquismo>
- Fernández, A. G. (2023). Modelos de motivación académica: una visión panorámica. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 10(25). Obtenido de <http://reme.uji.es/articulos/numero25/article1/texto.html>
- Ferrero Barrueco M., M. H. (2009). *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo* (4 a ed.). Badalona, España: Pfizer. Obtenido de file:///D:/TESIS/REVISIONES%20BIBLIOGRAFICAS%20TEORICAS/Manual_Tabaquismo_Pfizer_09.pdf
- Furby, L. y.-M. (1992). Asunción de riesgos en la adolescencia: una perspectiva para la toma de

- decisiones. *Revisión del desarrollo*, 12, 1-44. Obtenido de https://cals.arizona.edu/sfcs/cyfernet/nowg/sc_decision.html
- G.B.D, T. C. (2017). Smoking Prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 1-3. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361730819X>
- Gambara Hilda, E. G. (2002). Investigación, ¿Qué y cómo deciden los adolescentes. *Tarbiya*, 1-7. Obtenido de <https://revistas.uam.es/tarbiya/article/download/7330/7664/15367>
- García, M. (27 de Septiembre de 2021). La Teoría de La Reducción de Los Impulsos (DRIVE). México. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/527849745/La-teoria-de-la-reduccion-de-los-impulsos-DRIVE#>
- García, S. C. (Diciembre de 2019). Aprendiendo desde la emoción. *Infancias Imágenes*, 18(2). Obtenido de <file:///C:/Users/DRAGON/Downloads/Dialnet-AprendiendoDesdeLaEmocion-7136690.pdf>
- González Fernández Santiago, N. P. (2003). EL PAPEL DE LA NEUROPSICOLOGÍA EN LA FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO. *EduPsykhé. REVISTA DE PSICOLOGÍA Y PSICOPEDAGOGÍA*, 2(1), 2-13. Obtenido de <file:///C:/Users/DRAGON/Downloads/Dialnet-EIPapelDeLaNeuropsicologiaEnLaFormacionDelPsicolog-1075767.pdf>
- Gustavo A., C. A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 7-10.
- Ibarra, I. N. (23 de diciembre de 2022). *Educación para la Salud*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.inr.gob.mx/e75.html>
- Iglesias, E. B. (2010). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Barcelona: Sociedad Científica Española de Estudios Sobre

- Alcohol, el Alcohol y otras Toxicomanías. Obtenido de <https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- J.J. Cuevas-Cancino, N. M.-P. (08 de Julio de 2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 2-7. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00207.pdf>
- Lazo, J. G. (2017). La atención y la percepción como eventos psicológicos. En J. G. Lazo, *MANUAL AUTOFORMATIVO INTERACTIVO Psicología de la Percepción y Atención* (págs. 15-20). Huacayo: Universidad Continental. Obtenido de https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4289/1/DC_FHU_501_MAI_UC0712_2018
- León, D. L. (2013). LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL Elementos para su Aplicación. (M. M. Delgado, Ed.)
- León, M. P. (2013). Entrevista Motivacional de William Miller y Stephen Rollnick. *Centro para el Desarrollo de la Psicoterapia Estrategica Breve*, 1-4. Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Entrevista%20Motivacional.pdf>
- Mairal, J. B. (2014). Qué es la modificación de la conducta. En J. B. Mairal, *Técnicas de modificación de conducta: una guía para su puesta en practica* (pág. 27). España: Síntesis. Obtenido de <file:///D:/TESIS/REVISIONES%20BIBLIOGRAFICAS%20TEORICAS/T%C3%A9cnicas-de-modificaci%C3%B3n-de-conducta-Jorge-Barraca-Mairal.pdf>
- María Angeles Luengo Martín, E. R. (1999). *La prevención del Consumo de Drogas y la Conducta Antisocial en la Escuela: Análisis de un programa*. Madrid: Universidad de Santiago de Compostela. Obtenido de

file:///D:/TESIS/REVISIONES%20BIBLIOGRAFICAS%20TEORICAS/preve.pdf

Marta Isabel Díaz, M. Á. (2012). Historia de la Terapia Cognitivo Conductual . En M. Á. Marta Isabel Díaz, *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual* (pág. 84).

Brouwer, Argentina : desclée.

Maslow, A. (1987). *Motivación y Personalidad* (3ra ed.). Madrid, España: Diaz de Santos, S.A.

Obtenido de <https://bataloso.com/wp-content/uploads/2021/09/Maslow-Abraham-Motivacion-Y-Personalidad.pdf>

Maturana, A. (2011). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista Medicina Clínica Condes*, 6-8. Obtenido de

file:///D:/TESIS/REVISIONES%20BIBLIOGRAFICAS%20TEORICAS/CONSUMO%20E

N%20ADOLESCENTE.pdf

Mauri, L. (2015). ADOLESCENCIA Y TRANSGRESIÓN. *Cuadernos de Psiquiatría y*

Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 31-35. Obtenido de

<https://www.seypna.com/documentos/articulos/psiquiatria-59/04-mauri.pdf>

Medina, P. (2015). Saussure: el signo lingüístico y la teoría del valor. *Las Nubes Filosofía,*

Literatura, Arte, 17, 7-12. Obtenido de http://www.ub.edu/las_nubes/archivo/17/teoria-valor.pdf

México, G. d. (2018). *Investigación en Tabaquismo y EPOC*. Obtenido de Gobierno de México :

<http://www.iner.salud.gob.mx/interna/tabaquismo-EPOC.html>

Miller, W. R. (2015). Capítulo 2 El Espíritu de la Entrevista Motivacional. En S. R. William R.

Miller, *La entrevista motivacional ayudar a las personas a cambiar* (3a ed., págs. 27-31).

Paidós. Obtenido de

<http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Entrevista%20Motivacional.pdf>

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *La entrevista Motivacional preparar para el cambio de las*

conductas adictivas . Barcelona: Paidós.

Miltenberger, R. G. (2017). Introducción a la modificación de la conducta . En R. G.

Miltenberger, *Modificación de la conducta principios y procedimientos* (Quinta ed., págs. 32-33). Madrid, España: Piramide . Obtenido de

<https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=f5qbDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=modificacion+conductual+caracteristicas&ots=bYx3jzjCqN&sig=Se4PdpDp5xX6hXvYpIn5lyNnbBl#v=onepage&q=modificacion%20conductual%20caracteristicas&f=false>

Monteverde, H. R., & Rubio Magaña, A. (2006). Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. *medigraphic*, 2-4.

Moñivas, J. R. (29 de mayo de 2015). Una aproximación teórica a la ambivalencia humana y sus implicaciones para la sociología.

Moreno, J. A. (2006). Importancia de la Teoría de la Autodeterminación en la Práctica Físico-Deportiva: Fundamentos e Implicaciones Prácticas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 6(2), 4-6. Obtenido de

<https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/30661/1/IMPORTANCIA%20DE%20LA%20TEOR%c3%8dA%20DE%20LA.pdf>

Moreno, J. A. (2011). *Manual de Práctica Básica Motivación y Emoción* (2da ed.). México, México : El Manual Moderno.

Mtra. Cristina Heredia y Ancona, M. G. (2012). Informe Psicologica . *Facultad de Psicología, UNAM*, 10-12.

Muñoz Ángel Miguel, E. a. (2011). Aspectos neuropsicológicos del craving por la nicotina.

ADICCIONES, 23(2), 2-5. Obtenido de [https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Montoya-](https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Montoya-3/publication/277268044_Aspectos_neuropsicologicos_del_craving_por_la_nicotina/links/55bc8c9108aec0e5f441a4c4/Aspectos-neuropsicologicos-del-craving-por-la-)

[3/publication/277268044_Aspectos_neuropsicologicos_del_craving_por_la_nicotina/links/55bc8c9108aec0e5f441a4c4/Aspectos-neuropsicologicos-del-craving-por-la-](https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Montoya-3/publication/277268044_Aspectos_neuropsicologicos_del_craving_por_la_nicotina/links/55bc8c9108aec0e5f441a4c4/Aspectos-neuropsicologicos-del-craving-por-la-)

nicotina.pdf

Nasr, D. Z. (2012). Historia de la Psicología Unidades 1, 2 y 3. *Faculta de Psicología, UNAM*, 2, 79. Obtenido de

https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Historia_de_la_Psicologia_Unidades_1_2_y_3_Alvarez_Diaz_y_Monroy_Nars.pdf

NIH, I. N. (2023). *Instituto Nacional de Cáncer*. Recuperado el 02 de 03 de 2023, de Dicionarios del NIC: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario-cancer/def/diagnostico>

Ocampo, D. M. (2003). *México Patente nº Protocolo de Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga*.

Ocampo, M. A. (2022). Programa de Cesación del tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel . México .

Ocampo, M. A., & Cicero Sabido, R. (Julio-Septiembre de 2012). Retos de la medicina actual: los 30 años de experiencia de la clínica contra el tabaco del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". *Revista Médica del Hospital General de México, Vol.75(3)*, 180-184.

Ocampo, M. A., & Cicero-Sabido, R. (Julio de 2012). Retos de la medicina actual: los 30 años de experiencia de la clínica contra el tabaco del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". *Revista Médica del Hospital General de México, 75(3)*, 180-184.

Ocampo, M. A., Magallan, A. S., Hernández, T. E., & Aguirre, E. C. (2007). Principios psicológicos del tratamiento cognitivo conductual para la cesación del tabaquismo. *Programa de cesación del tabaquismo en un hospital de tercer nivel: Terapia breve cognitiv Conductual.*, 20-24.

OMS, O. M. (2008). *Tabaco: Mortífero en todas sus formas*. Estados Unidos : Ministerio de Sanidad y Consumo .

- OMS, O. M. (2017). *EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON ENFOQUE INTEGRAL CONCURSO DE EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS*. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf>
- Organización de Mundial de la Salud, O. (2020). *NOTA INFORMATIVA SOBRE LOS PRODUCTOS DE TABACO CALENTADO*. Ginebra. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334318/WHO-HEP-HPR-2020.2-spa.pdf>
- Ortiz, M. Á. (2002). Evaluación de la Autoeficacia en Niños y en Adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 2-4. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72714221.pdf>
- Palmero, F. (1997). Motivación: Conducta y Proceso . *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, VIII(20-21), 8-11. Obtenido de <http://reme.uji.es/articulos/numero20/1-palmero/reme.numero.20.21.motivacion.conducta.y.proceso.pdf>
- Pereira, M. L. (2009). Motivación: Perspectivas Teóricas y algunas Consideraciones de su Importancia en el Ámbito Educativo . *Revista Educación*, 33(2), 3-10. Obtenido de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/download/510/525/784>
- Pérez, E. J. (2011). *Neurociencia y Adicción*. Madrid: Sociedad Española De Toxicomanías. Obtenido de: <file:///D:/TESIS/REVISIONES%20BIBLIOGRAFICAS%20TEORICAS/NEUROCIENCIA-Y-ADICCION-2011.pdf>
- Philippa Moore, J. P. (septiembre de 2017). Consejería y Entrevista Motivacional para reducir el consumo de tabaco. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33(3), 3-5. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482017000300193#:~:text=La%20estrategia%205%20R%20fue,%2C%20Recompensas%2C%20Resistencias%20y%20Repetici%C3%B3n.

- Prada, P. e. (Enero-Junio de 2015). Percepción de riesgo y factores asociados al consumo de drogas legales e ilegales en estudiantes de la Universidad de Boyacá. *Diagnóstico de Percepción, Riesgo y Consumo de Drogas en Estudiantes de la Universidad de Boyacá: Evidencias para el diseño de estrategias para la Prevención.*, 1(2), 14-16. Obtenido de file:///C:/Users/DRAGON/Downloads/ojsub,+Percepcio%CC%81n+de+riesgo+y+factores+asociados+al+++++consumo+de+drogas+legales+e+ilegales+en+estudiantes+de+la+Unive.pdf
- Presas, M. B. (septiembre-diciembre de 2018). Variables ligadas al tabaquismo en una muestra. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*(6), 2-6. Obtenido de <http://www.reesme.com/index.php/REESM-AEESME/article/viewFile/38/34>
- Psicólogos, C. G. (2013). EVALUACIÓN DEL INVENTARIO BAI. Obtenido de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>
- RAE, R. A. (2019). *Real Academia Española*. Obtenido de Diccionario de Lengua Española: <https://dle.rae.es/tabaquismo>
- Reeve, J. (2010). Capítulo 5 Motivación Intrínseca y Extrínseca. En J. Reeve, *Motivación y Emoción* (5ta ed., págs. 85-110). Hoboken: Mc Graw Hill. Obtenido de <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/22488921e36d90caeef3d8973d805dcb.pdf>
- Reeve, J. (2010). *Motivación y Emoción* (5ta ed.). México : Mc Graw Hill .
- Reyes, D. R., Vega, A. A., Sagarduy, J. L., & Ramírez, L. A. (24 de Octubre de 2022). Perfiles de la Personalidad, droga de impacto y seguimiento de pacientes atendidos en un centro de rehabilitación al Noreste de México. *SCIELO*, 32, 2-3. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662022000100135
- Robles, J. N. (2008). Enseñanza Didáctica de los Procesos Psicológicos Básicos Sensación y Percepción. *Universidad Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala*,

44-46. Obtenido de

file:///D:/TESIS/REVISIONES%20BIBLIOGRAFICAS%20TEORICAS/CAP%204%20LIBROS/Sensaci%C3%B3n_Percepcion1.pdf

SALUD, C. I. (2003). *Formación en Promoción y Educación para la Salud*. Murcia: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Obtenido de

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>

Salud, M. (s.f.). *ABECÉ Cesación del Consumo de Tabaco: Consejo Breve*. Colombia.

Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-consejeria-breve.pdf>

Salud, O. P. (2019). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de

<https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

Salud, O. P. (31 de Mayo de 2021). *Organización Panamericana de la Salud. Todos los*

derechos reservados. Obtenido de [https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-sin-tabaco-](https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-sin-tabaco-2021#:~:text=El%20tabaco%20causa%208%20millones,19%20que%20los%20no%20fumadores.)

[2021#:~:text=El%20tabaco%20causa%208%20millones,19%20que%20los%20no%20fumadores.](https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-sin-tabaco-2021#:~:text=El%20tabaco%20causa%208%20millones,19%20que%20los%20no%20fumadores.)

Salud, S. C. (04 de 03 de 2015). *Gobierno de Canarias*. Obtenido de Gobierno de canarias:

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=6555b43d-c25d-11e4-9c47-1d0b77f85b87&idCarpeta=3b933e8c-c25d-11e4-9c47-1d0b77f85b87>

Sánchez, E. G.-A. (2013). *Psicología de la Emoción*. En E. G. Abascal, *Psicología de la*

Emoción (págs. 38-41). Madrid: Editorial Unversitaria Ramón Areces. Obtenido de

<https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=-2->

- UDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA17&dq=Emoci%C3%B3n+&ots=evJ-
nnBsQD&sig=iQDYutOtngt_WxofrWiKIU-pKLA#v=onepage&q=Emoci%C3%B3n&f=false
- Sarason, I. G., & Sarason, B. (2006). Dependencia de sustancias. En I. G. Sarason, & B. B. Sarason, *Psicopatología Psicología Anormal: el problema de la conducta inadaptada* (pág. 442). México: Pearson Educación.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología Psicología Anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: pearson.
- Serra, D. J. (2008). Capítulo 2 Concepto de Motivación. En D. J. Serra, *Psicología de la Motivación* (págs. 61-64). La Habana: Ciencias Médicas.
- Soriano, M. M. (2001). La Motivación, Pilar Básico de Todo Tipo de Esfuerzo. *Dialnet*, 8-10 .
Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/209932.pdf>
- Stover, J. B., Bruno, F. E., Uriel, F. E., & Fernández Liporace. (2017). Teoría de la Autodeterminación: una revisión teórica. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 14(2), 105-115. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4835/483555396010.pdf>
- Torrecillas, F. L. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: Una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2(1), 33-35. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/39936709/AUTOEFICACIA_Y_CONSUMO_DE_DROGAS_UNA_REV20151112-21623-1sf3mll-libre.pdf?1447347999=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAUTOEFICACIA_Y_CONSUMO_DE_DROGAS_UNA_REV.pdf&Expires=1686524460&Signature
- Torres, Dra. Lydia Barragán. (Noviembre de 2014). Manual del Programa de Prevención de Recaídas. (C. N. Adicciones, Ed.) *Manual del Programa de Prevención de Recaídas*, 5-8. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334698/Recaidas_2.pdf

Tost., M. N. (2009). Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca, Madrid, Asociación Española de Enfermería en Cardiología . En M. Tost. Madrid.

Tost., M. N. (2009). Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca, Madrid, Asociación Española de Enfermería en Cardiología. Madrid, España.

Treviño, L. J. (2004). La nicotina como droga. (E. Becoña, Ed.) *Monografía de Tabaco*

Adicciones, 16(2), 144-150. Obtenido de

<https://www.uv.es/=cholz/signaturas/adicciones/Tabaco2004.pdf#page=144>