



UNIVERSIDAD LATINA S. C.

**Incorporada a la Universidad Nacional
Autónoma de México 3344-25**

**DETERMINANTES SOCIALES QUE INFLUYEN
EN EL INICIO Y MANTENIMIENTO DEL
TABAQUISMO: ESTUDIO DE CASO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A N:

FRANCO GONZÁLEZ ANA MARCELA

GARCÍA ARROYO KAREN ITZEL

ASESORA:

M. EN C. AMALIA ALEJO MARTÍNEZ

Ciudad de México

Enero, 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Karen Itzel García Arroyo

*Les dedico este trabajo a mi familia, amigas y pareja, con mención especial a mis **padres**, Olga Arroyo y Javier García, por confiar y creer en mí, por su amor, paciencia y apoyo incondicional. Gracias por ser mí mejor ejemplo de trabajo constante, por el esfuerzo y sacrificio que hacen día con día para darme esta profesión, no estaría en este punto sin ustedes. Los amo muchísimo.*

***A mis hermanos**, Andrea y Mauricio, por su apoyo y amor incondicional. Gracias por ser mis compañeros de vida. Los amo.*

***A mis tíos**, Lilia; por cuidarme y guiarme con el amor de una madre. A Jorge; por ser uno de mis ejemplos a seguir. Gracias por los consejos que me brindas a lo largo de mi vida. A Alma; por ser la persona que celebra mis logros como si fueran suyos, hacer que esta aventura fuera maravillosa y por motivarme todos los días.*

***Victoria, Mateo y Gael**, llegaron para demostrarme que se puede ser feliz con las cosas más sencillas. Los amo.*

***A mi Antoine**, mi confidente, amigo y pareja. Quiero agradecerte tu apoyo y amor que me demostraste durante todo este proceso, la paciencia, comprensión y por transmitirme el deseo de la superación, gracias por hacer que disfrute esta etapa, motivarme a ser mejor persona y enseñarme que el camino hacia el éxito es la actitud, perseverancia, el trabajo y esfuerzo mutuo. Te amo.*

***A mis amigas**: Marcela y Julieta, por todo el apoyo que me brindaron durante la carrera, la amistad, el pasa tiempo, los consejos y las risas. Gracias por estar en las buenas, malas y peores, me demostraron más que una amistad. Las quiero mucho.*

***V.D.C y M.A.R**, quiero expresar mi gratitud hacia ustedes, en tan poco tiempo compartido me demostraron su sabiduría, bondad y generosidad, me enseñaron lo que es el amor, la familia y el esfuerzo. Siempre han sido un faro de luz en mi vida, donde quiera que estén, gracias por todo.*

Ana Marcela Franco González

A mis padres, Concepción González y Jorge Franco Villalobos, por una vida llena de sacrificios, pero también de amor, respeto y comprensión. Gracias por apoyar cada decisión que he tomado a lo largo de mi vida. Gracias por creer en mí cuando ni yo misma lo hacía.

Madre, eres el mejor ser humano que conozco, siempre con tanto amor para dar. Gracias por ser mi amiga y confidente. Gracias por sacrificar tu tiempo y espacio por nosotros, admiro profundamente tu fortaleza y dedicación a lo que, y los que amas, por eso y más te amo con el alma.

Padre, eres el superhéroe de mi vida, siempre salvándome de mi misma. Gracias por todo el amor, pero sobre todo gracias por darme una crianza respetuosa en la que siempre he tenido voz y voto. Gracias por ser comprensivo y amoroso conmigo. Admiro tu inteligencia y la capacidad que posees para lograr lo que te propones. Gracias por ser y estar, te amo con el corazón.

A mí hermanos, Jorge Franco, Karla Franco y Luz Franco, por ser mis compañeros de vida, por tanto amor y experiencias vividas, por ser mis cómplices y confidentes. Gracias por el apoyo incondicional, los amo.

A mí hermana perruna, Morita, por acompañarme todas las noches y por estar ahí en mis días felices y tristes.

A Francisco Hernández, por tu amor y comprensión, por tu compañía en los días difíciles, por ajustarte a mis tiempos y necesidades. Espero compartir muchos logros más contigo, te amo infinitamente.

A mis abuelos, Quetita, Lupita, Miguel e Ismael, por ser los pilares de la familia, por inculcarnos valores, unión y humildad. Son un regalo de la vida, gracias por tanto amor. Abuelos, espero que desde donde estén se sientan orgullosos de mí. Los amo.

A mis sobrinas, Aranza y Mia, por hacerme partícipe de su crecimiento, ambas llegaron en momentos distintos, pero difíciles, y su alegría me ayudó a seguir. Las amo.

A mis tíos y primos, por acompañarme en cada suceso importante de mi vida, su unión es un ejemplo para mí.

A Julieta Soto, por ser mi mejor amiga y confidente, gracias por todos los conocimientos y experiencias compartidos. Espero que nuestro emprendimiento sea el inicio de muchos éxitos. Te amo.

A Karen García, por ser una amiga excepcional y un apoyo incondicional, realizar este proyecto de tu mano hizo que fuera más llevadero y alegre. Espero seguir creando experiencias contigo, que el éxito te alcance siempre, te amo.

A nuestros profesores y tutores:

A la Dra. María Angélica Ocampo, por su confianza, pero sobre todo por compartir su conocimiento y habilidades.

A la maestra Amalia, por su tutoría y acompañamiento en este arduo proceso. Gracias por el conocimiento impartido.

A los profesores Eligió y René, por su apoyo en este proceso.

Marcela Franco y Karen García.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	6
Clasificación de las sustancias psicoactivas.....	7
Epidemiología global de las sustancias adictivas	11
CAPÍTULO 2. NEUROBIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN AL TABACO	13
Constitución de la adicción.....	13
Circuito de recompensa	15
Farmacología de la nicotina	17
Enfermedades por consumo de tabaco	22
Epidemiología mundial del uso de tabaco	23
Epidemiología en México del uso de tabaco.....	24
CAPÍTULO 3. TRATAMIENTOS PARA EL CESE DE CONSUMO DE TABACO	26
Criterios diagnósticos para trastornos por consumo de sustancias (DSM-V). Trastornos relacionados con el tabaco.....	26
Plan de medidas preventivas MPOWER por la OMS	29
Tratamiento de la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas “Dr. Raúl Cicero Sabido”	30
CAPÍTULO 4. LA IMPORTANCIA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO DEL TABAQUISMO	37
Modelos más significativos de los determinantes sociales de la salud	37
Determinantes sociales de la salud. Definición.....	39
Promoción de la salud.....	44
Prevención de enfermedades.....	46
Funciones esenciales de la salud pública.....	47
Relación existente entre los determinantes sociales y el consumo de tabaco	49
CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA	51
Objetivo.....	51
Objetivos específicos	51
Planteamiento del problema.....	51
Justificación.....	52
Tipo de diseño.....	52
Participante	53
Escenario	53
Instrumentos aplicados	53

B. Instrumentos de evaluación.....	55
CAPITULO 6. REPORTE DE CASO CLÍNICO.....	64
CAPITULO 7. RESULTADOS.....	71
Discusión	88
Conclusiones.....	90
Limitaciones	91
Recomendaciones y perspectivas	91
ANEXOS	92
REFERENCIAS	115

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1969) una droga se define como toda sustancia que, al ser introducida al organismo, modifica las funciones del ser vivo. Uno de los primeros problemas a los que nos enfrentamos al hablar de drogas, es que la definición que nos brinda la OMS es limitada, ya que, si bien en inglés el término incluye a todas las sustancias, en español existe una variedad de conceptos que permiten identificar y diferenciar tanto a los medicamentos como a las drogas de abuso. Por ello, con el fin de ofrecer un panorama completo y claro, se definirá qué es un fármaco, un medicamento y qué son las drogas de abuso o sustancias psicoactivas y sus usos en este trabajo.

La primera definición que se abordará es la de *fármaco* que hace referencia a toda aquella sustancia natural o química que, al ser administrada en el cuerpo, genera una respuesta biológica modificando una o más de las funciones de éste. En cambio, un medicamento es el resultado de una o más mezclas de fármacos y compuestos inactivos (excipientes) que facilitan su uso, y cuyo objetivo es modificar o explorar el funcionamiento del organismo para efectuar procesos diagnósticos, de prevención y/o tratamiento de enfermedades, es decir, generalmente se utilizan para el bienestar del individuo (Herrero, 2019).

Por otro lado, la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), menciona que actualmente y, desde una perspectiva médica y científica, las *sustancias psicoactivas o drogas de abuso* hacen referencia a toda aquella sustancia que al ser introducida al organismo deteriora o altera una o más funciones físicas y mentales, es decir, genera una alteración a nivel cognitivo, modificando el pensamiento, percepción y emociones, a nivel conductual, en el que la persona realiza acciones que ponen en riesgo su integridad y seguridad física o la de otros (CONADIC, 2020a).

Existen drogas que son utilizadas con fines médicos para el tratamiento o prevención de enfermedades; sin embargo, su consumo genera daños a la salud cuando no es administrado de manera correcta a las dosis indicadas por el médico. Cabe mencionar que, en el área de la salud, las adicciones generan preocupación debido a que las consecuencias que producen a corto y largo plazo son muy dañinas tanto para la salud mental del individuo, como para quienes le rodean, pues influyen directamente en la calidad de vida del paciente (CONADIC, 2020a).

Clasificación de las sustancias psicoactivas

En la actualidad, existen diferentes tipos de drogas que se dividen según ciertas características que poseen, tales como su origen, el efecto que producen sobre el sistema nervioso central (SNC), su mecanismo de acción, absorción, vía de administración, si se trata de sustancias legales o ilegales, si son utilizadas con fines médicos, entre otras. Cabe mencionar que, para efectos del presente trabajo únicamente se describe la clasificación de las drogas según los efectos que producen en el SNC (Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas [NIDA], 2018).

Depresores

Las sustancias que forman parte de este grupo disminuyen, inhiben o suprimen el estado de alerta del sujeto, por lo que reduce el funcionamiento cognitivo y restringen la actividad física, es decir, el funcionamiento cerebral en general se ve alterado. En este grupo se encuentran drogas de abuso como el alcohol o la marihuana, así como los ansiolíticos, hipnóticos o anestésicos (NIDA, 2018). En el caso de los ansiolíticos, que son eficaces en el tratamiento de los trastornos de ansiedad la suspensión abrupta de su ingesta puede generar otros problemas de salud como se muestra en la Tabla 1 (NIDA, 2018).

Estimulantes

Al contrario de las sustancias depresoras, este tipo de drogas, producen un nivel de excitación cerebral en el que se involucran neurotransmisores como la dopamina, la serotonina o la norepinefrina o noradrenalina (Tabla 1) (Secretaría de Salud, 2021). Se sabe que estas drogas se mezclan con el uso de depresores del SNC como los ansiolíticos o el alcohol, con el objetivo de contrarrestar los efectos negativos del consumo de estimulantes (Secretaría de Salud, 2021).

Las sustancias estimulantes se dividen en dos: las menores, entre las que se encuentran el tabaco y las metilxantinas (cafeína, teofilina y teobromina); y las mayores, que incluyen a las anfetaminas y la cocaína (Secretaría de Salud, 2021).

Alucinógenos

A estas sustancias también se les conoce como drogas psicodélicas, se trata de un tipo de sustancias que actúa sobre los centros de integración sensorial y perceptual del SNC, afectando la interpretación de los estímulos sensoriales, los recuerdos y su evocación. El NIDA. (2010) menciona que entre los efectos más destacados de estas drogas se encuentran las alucinaciones (distorsiones de la realidad) en las que el consumidor ve imágenes, escucha sonidos y experimenta sensaciones que parecen reales, pero no lo son, percepción de que el tiempo transcurre lentamente, que el cuerpo cambia su estructura, entre otros fenómenos. También se ve afectado el proceso del pensamiento y el estado de ánimo. El uso prolongado de estas sustancias puede desarrollar una alta dependencia y tolerancia, así como otros efectos a nivel psicológico o físico como se indica en la Tabla 1 (Morales, 2021).

Analgésicos/narcóticos

Se trata de fármacos sintéticos y semisintéticos de prescripción médica que son utilizados para el manejo del dolor moderado a severo, induciendo al consumidor a un estado de coma o estupor. Estas sustancias causan un efecto inmediato de somnolencia y tranquilidad; sin embargo, también causan síntomas negativos como estreñimiento, náuseas, vómito, retención urinaria, confusión o depresión del SNC (González & Dagnino, 2018).

El uso prolongado de estas sustancias produce problemas gastrointestinales o respiratorios, así como psicológicos como se muestra en la *Tabla 1* (Morales, 2021). Esta clasificación de sustancias, a su vez se dividen en **narcóticos endógenos** (naturales) y **exógenos** (también conocidos como sintéticos o semisintéticos). Entre los principales narcóticos endógenos se encuentran las encefalinas, las endorfinas y las dinorfinas; mientras que en los exógenos se incluyen sustancias como la morfina, la codeína, el fentanilo, la buprenorfina, la metadona y la hidrocodona (Castillo & Cisneros, 2020).

Grupo	Ejemplos	Efectos psicológicos o físicos
Depresores	Alcohol Marihuana Ansiolíticos Hipnóticos Anestésicos Sedantes	<i>Psicológicos:</i> habla distorsionada, disminución de la atención, problemas motrices, problemas de memoria, confusión y dependencia. <i>Físicos:</i> mareos, hipotensión arterial, resequedad bucal, disminución de la frecuencia respiratoria, tolerancia, dependencia.
Estimulantes	Cafeína Nicotina Teobromina Cocaína	<i>Psicológicos:</i> mejoran el estado de ánimo, reducen el sueño, inhiben el apetito, incrementan los periodos de atención y concentración, psicosis paranoica, desorientación, irritabilidad. <i>Físicos:</i> aumento de energía, taquicardia, sudoración, temblores, disminución del sueño, tolerancia, dependencia.
Alucinógenos	Dietilamida del ácido lisérgico (LSD) Peyote (mescalina) Ayahuasca <i>Amanita muscaria</i> Fenciclidina (PCP o polvo de ángel) Ketamina (Special K)	<i>Psicológicos:</i> amnesia, angustia, depresión, ideación suicida, paranoia, psicosis. <i>Físicos:</i> pérdida de peso, tolerancia, dependencia.
s Analgésicos/narcótico	Tramadol Hashish de opio Morfina Codeína Heroína Fentanilo Buprenorfina Metadona Hidrocodona	<i>Psicológicos:</i> disminución de la concentración, problemas de memoria, disminución de la vigilia, alteraciones del pensamiento y razonamiento. <i>Físicos:</i> constipación, edema pulmonar, depresión respiratoria, hiperalgesia, tolerancia, dependencia.

Tabla 1. Clasificación de las drogas de abuso por sus efectos en el SNC. En esta tabla se indican algunos ejemplos de abuso de cada grupo, así como los efectos que su consumo produce a nivel psicológico y físico. (Tomada de NIDA, 2018; secretaria de Salud, 2019; Morales, 2021; González & Dagnino, 2018 y Castillo y Cisneros, 2020)

Epidemiología global de las sustancias adictivas

Según la Oficina de la Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), en su informe mundial sobre las drogas (2021) alrededor de 25 millones de personas en el mundo de 15 a 64 años de edad (5.6% de la población) han consumido algún tipo de sustancia adictiva al menos una vez en la vida. De acuerdo con este informe, en 2016 alrededor de 192 millones de personas consumieron cannabis, de los cuales **34 millones ingirieron opioides** que son medicamentos sintéticos que tienen la misma acción que los opiáceos, mientras que, **19 millones usaron opiáceos** los cuales son medicamentos que derivan de las plantas, por otro lado 34 millones consiguieron efectos narcóticos con el uso de anfetaminas y estimulantes sujetos a prescripción médica, 21 millones consumieron éxtasis, y 18 millones inhalaron cocaína (UNODC, 2021).

Como consecuencia del consumo excesivo que deriva en sobredosis, han fallecido alrededor de 31 millones de personas, de las cuales el 16% (~5000000 millones de personas) de esas muertes se atribuyeron a trastornos por consumo de drogas, y el resto de las muertes a problemas indirectos como el fallecimiento por contraer VIH, hepatitis o alguna otra enfermedad como resultado de prácticas de riesgo por consumo de sustancias vía intravenosa. Se sabe que el uso de opioides constituye la clasificación que causa mayores daños a la salud, causando el 76% de las muertes (UNODC, 2021).

En su último informe del año 2021, la UNODC indicó que la pandemia por COVID-19, representó un factor de riesgo para el uso de sustancias, ya que, debido a las dificultades económicas, la pobreza, desigualdad y los estragos psicológicos, las personas fueron más vulnerables a consumir alguna sustancia. También se indicó que la adaptabilidad de plataformas web, agilizó y facilitó el acceso a cualquier sustancia en cualquier momento y lugar. Finalmente, otro punto importante que se describe en este informe es que, el uso de analgésicos de prescripción médica conforma una gran preocupación para la salud pública,

pues el paciente usa de manera prolongada este tipo de sustancias, causando así dependencia (UNODC, 2021).

En México, el consumo de **alcohol** ocupa el primer lugar de ingesta a nivel nacional, con un porcentaje de 32.5% entre hombres y mujeres; seguido por el **tabaco** que representa el 24.6% del consumo; posteriormente, en el tercer lugar, se sitúa la **marihuana** con 14.6% del consumo total; mientras que los **tranquilizantes** representan el 12.6%, y los **opioides** el 12% de la ingesta (CONADIC, 2021).

CAPÍTULO 2. NEUROBIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN AL TABACO

Constitución de la adicción

La adicción se refiere al uso repetido de una sustancia que crea una necesidad fisiológica, psicológica y social, considerándola así, una enfermedad progresiva caracterizada por la pérdida de control, así como por pensamientos y conductas compulsivas (NIDA, 2020). En el desarrollo de la adicción interactúan diversos factores que conducen al individuo a iniciar el consumo, ya sea por curiosidad o por factores emocionales.

En 1964, la OMS definió a la adicción como “un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética”, que incluye características como el deseo dominante de continuar con el uso de la droga, sin tomar en cuenta el riesgo al momento de buscarla; así como una tendencia a incrementar la dosis o a buscar nuevas sustancias; además, el consumo tiende a generar problemas en el área personal y social del individuo (Quintero et al., 2019).

El proceso adictivo involucra la pérdida de control, pues una persona que consume sustancias psicoactivas no es capaz de regular su conducta de ingesta, por ello, se genera un deseo o compulsión para realizar la conducta; no poder realizar la acción conduce a un estado de ánimo irritable y alterado en el que se involucran factores fisiológicos y psicológicos característicos del síndrome de abstinencia (CONADIC, 2020b).

Existen tres fases en el desarrollo de una adicción (CONADIC, 2020b):

- 1) Uso: se refiere a experimentar con las sustancias psicoactivas por curiosidad, diversión o pertenencia. En esta fase no existe la necesidad de consumo.
- 2) Abuso: la frecuencia del uso de drogas aumenta debido a que genera efectos placenteros en el organismo, es decir, existe una necesidad física de consumo que lleva a la implementación de un hábito.

- 3) Dependencia: es el nivel en el que se experimentan necesidad fisiológica y psicológica, es necesario suministrar la sustancia para evitar los efectos negativos de no consumirla.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico V (DSM-V, 2014), el paciente consumidor puede presentar deterioro social, consumo de riesgo, control deficiente del consumo, ya que la persona ingiere dosis mayores de la sustancia o lo hace por más tiempo del previsto (por ejemplo, cuando un ansiolítico se prescribió por 6 meses y el paciente lo ha consumido por más de un año). Aunque la persona ha expresado su deseo por cesar o regular su consumo ha tenido problemas para lograrlo, incluso puede pasar más tiempo buscando la droga, consumiéndola o recuperándose de los efectos; además, la persona ha dejado de realizar sus actividades cotidianas por enfocarse más en su consumo, es decir, su vida gira en torno al consumo de drogas a pesar de los efectos negativos personales, médicos, laborales, sociales, familiares o económicos de las drogas (Asociación Americana de Psicología, APA, 2013).

Tanto el DSM-V (2014) como el CONADIC (sf, citado por Sirot, 2021) reconocen que uno de los criterios importantes para diagnosticar una adicción es el síndrome de abstinencia que se describe como un proceso de neuroadaptación que conlleva un conjunto de síntomas físicos que aparecen después de no administrar de forma habitual la sustancia y después de que se ha desarrollado una dependencia, pues el cuerpo y el cerebro reconocen que no se experimenta el efecto deseado. Entre los principales síntomas de la privación a una droga se encuentran: taquicardia, insomnio, temblores leves, agitación, sudoración, irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, sintomatología ansiosa, etcétera. Otro síntoma característico de la dependencia es la tolerancia farmacológica que hace referencia a la necesidad del sujeto de aumentar la dosis de la droga para conseguir los efectos deseados, es decir, mientras más frecuente es la ingesta, el cuerpo se adapta de manera rápida, por lo cual, hay que aumentar las dosis para conseguir la intoxicación deseada (Peña et al., 2019).

Circuito de recompensa

La ingesta de drogas activa estructuras cerebrales relacionadas con el placer y la recompensa. El circuito de recompensa se considera un mecanismo biológico primitivo básico, cuyo objetivo se centra en la supervivencia del organismo, ya que le permite realizar actividades como la alimentación o la reproducción, que resultan placenteras, incluso media la adicción. Este circuito actúa en el cerebro mediante conexiones neuronales y funciona por medio de la liberación de neurotransmisores que generan sensaciones de placer en respuesta a determinados estímulos. Cabe mencionar que dicho sistema no se ubica en una parte específica del cerebro, sino que está conformado por un conjunto de estructuras situadas en diferentes zonas del cerebro que se interconectan entre sí. Sus estructuras principales son el área tegmental ventral (VTA), núcleo accumbens (NAc) y la corteza prefrontal (PFC; Figura 1) (Mantero, 2018).

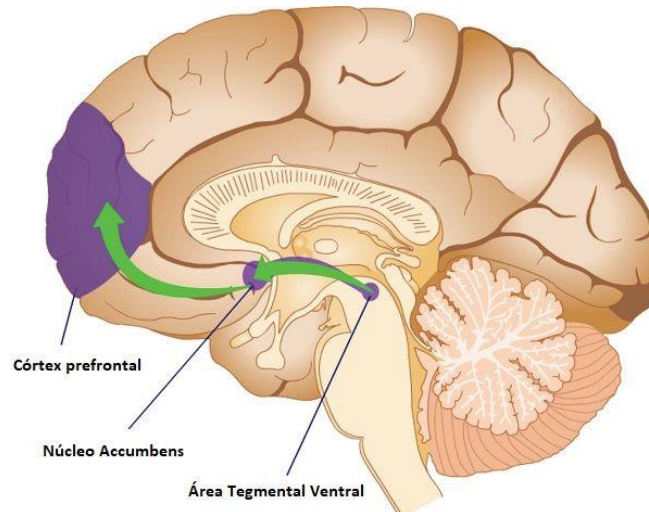


Figura 1. Principales estructuras cerebrales que intervienen en el circuito de recompensa (Tomada de Mantero, 2018).

El circuito de recompensa contiene neuronas dopaminérgicas conocidas como neuronas del placer, ya que participan en la motivación y el proceso de recompensa. La dopamina es el principal neurotransmisor involucrado en el proceso de recompensa, cuando

hay una estimulación placentera, esta actúa a través de los axones dopaminérgicos que se originan en el VTA que se proyectan hacia el NAc, la CPF, la amígdala, el hipocampo y el pálido ventral, consiguiendo así una respuesta moduladora (Mantero, 2018). Puede decirse que, a través de las conexiones dopaminérgicas, el circuito de recompensa indica la llegada de una sensación placentera si se realiza determinada conducta, si la respuesta es positiva la probabilidad de respuesta suele incrementar (Mantero, 2018).

Ahora bien, el circuito de recompensa juega un papel importante en la consolidación y mantenimiento de una adicción, ya que, desde las primeras fases del consumo de una sustancia, el organismo realiza una conducta instrumental dirigida a un objetivo; posteriormente, la conducta se torna repetitiva y satisfactoria convirtiéndose en un hábito que puede perjudicar al individuo en diversas áreas de su vida (Razón et al., 2017).

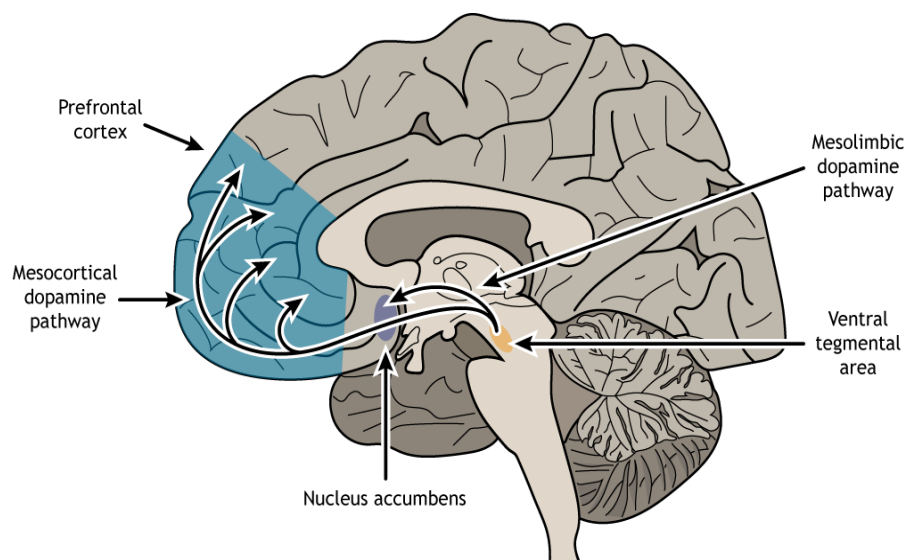


Figura 2. Conexiones neuronales y neurotransmisores involucrados en el circuito de recompensa. El área tegmental ventral libera dopamina hacia el núcleo accumbens, a través de la vía mesolímbica; y a través de la vía mesocortical libera, también, dopamina hacia el área prefrontal (Tomada de Foundations of Neuroscience, 2021).

Como se mencionó previamente, las drogas de abuso como el alcohol, el tabaco o la cocaína, entre otras drogas, activan el circuito de recompensa. Por ello, a continuación, se abordan las características de una de las sustancias psicoactivas más adictivas, es decir, la nicotina que se encuentra en el tabaco.

Farmacología de la nicotina

El tabaco es una planta proveniente del continente americano, sus hojas se fermentan para realizar diferentes productos de consumo humano. El tabaco contiene alrededor de 7000 elementos químicos nocivos para la salud, estos, a su vez se dividen en sustancias cancerígenas, irritantes, tóxicas y aditivos, los cuales son activados una vez que el cigarrillo se enciende y se esparcen por medio del humo. Entre estas sustancias se encuentran el alquitrán, monóxido de carbono, cadmio, butano, amoniaco, tolueno, ácido acético, metanol, ácido esteárico, fósforo, pintura, arsénico, metano, entre otros componentes, cuya inhalación es dañina no solo para el consumidor, sino también para el fumador pasivo (OMS, 2022).

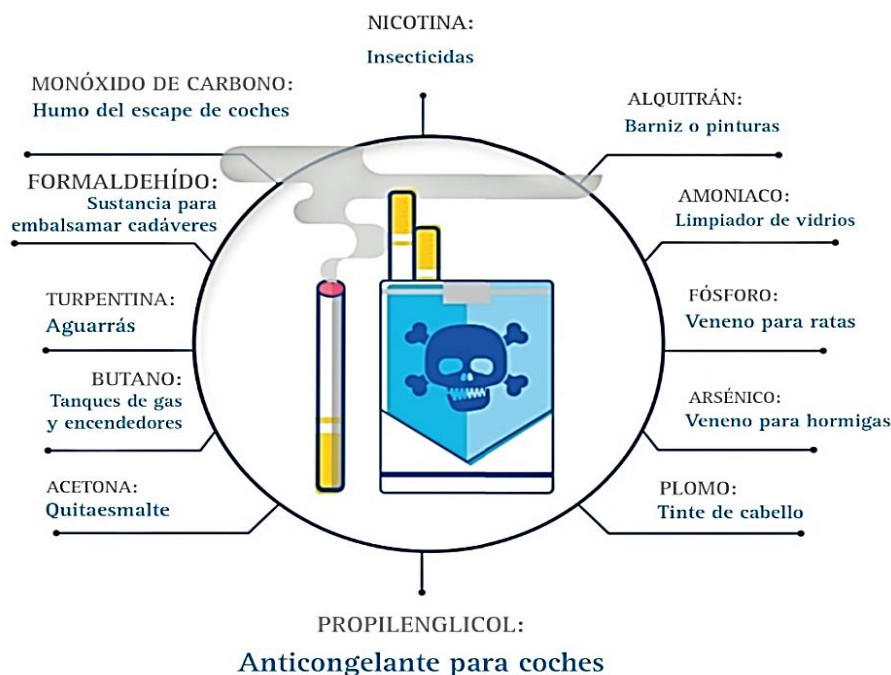


Figura 3. El tabaco y sus componentes químicos (Tomada de Grace et al., 2007).

Para comprender mejor el efecto de la nicotina en el organismo y por qué es una sustancia psicoactiva altamente adictiva, a continuación, se describe su farmacología.

Farmacocinética de la nicotina

La farmacocinética hace referencia a “la medida y la interpretación formal de los cambios temporales de la concentración del fármaco en una o más regiones del cuerpo en relación con la dosis”, es decir, es el proceso en el que se manifiestan los efectos del organismo sobre el fármaco a través del tiempo (Rang et al., 2020). La farmacocinética incluye el estudio del proceso ADME (absorción, distribución, metabolismo, excreción; **Figura 4**) de cualquier sustancia diferente de los alimentos que pueda modificar la función normal del organismo. A continuación, se describe cada una de las etapas ADME para entender mejor la farmacocinética de la nicotina.

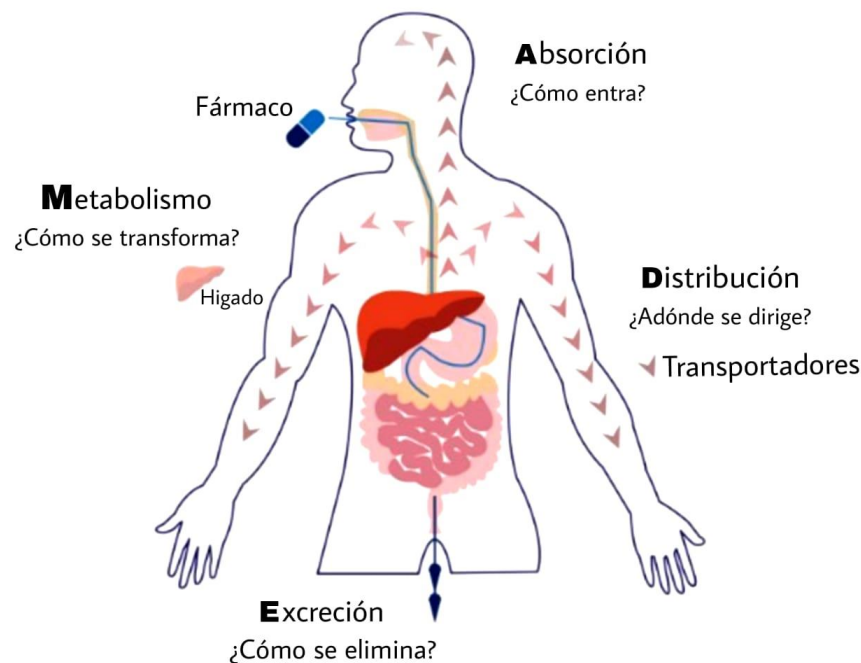


Figura 4. La farmacocinética estudia lo que el cuerpo les hace a los fármacos. En esta imagen se representan las etapas del proceso ADME de los fármacos desde su absorción hasta su eliminación (Tomada de ETPATI, 2019).

Absorción: es el paso de un fármaco desde su lugar de administración (**vía enteral o parenteral**) hasta llegar al plasma. El tiempo de absorción depende, en gran medida, de la vía de administración, la biodisponibilidad del fármaco, el tamaño de las partículas y la forma farmacéutica. Antes de llegar a su lugar de acción debe atravesar las membranas celulares para pasar a la sangre, una vez llegado al plasma comienza el proceso de distribución (Rang et al., 2020).

Distribución: es el proceso mediante el cual el fármaco se incorpora desde la circulación sanguínea hacia los distintos órganos y tejidos corporales, pasa a través de diversas membranas biológicas, hasta llegar al lugar de acción. Las áreas de distribución rápida son el corazón, el hígado, los riñones y el cerebro, mientras que, la distribución es más lenta en los músculos, piel y grasa. Las moléculas del fármaco que no están unidas a las proteínas plasmáticas son las que pueden distribuirse libremente por el tejido extravascular, por otro lado, aquellas que están unidas a la proteína plasmática no pueden pasar las paredes de los capilares sanguíneos hacia los tejidos, debido a que su tamaño es más grande (Lilley, 2020).

Metabolismo: Esta etapa se refiere a la transformación química que sufren un fármaco o medicamento con el objetivo de reducir su efecto e incrementar su excreción. Durante el metabolismo, las sustancias consumidas pueden romperse en componentes básicos de la molécula original (metabolitos) que serán metabolizados o eliminados del cuerpo. Este proceso se lleva a cabo en el hígado a través de reacciones de fase I o fase II. La fase I involucra procesos de oxidación, reducción o hidrólisis. Las reacciones de oxidación involucran la participación del sistema de citocromos P450 (CYP450) presentes en el retículo endoplásmico de las células hepáticas. Las reacciones de fase II incluyen metilación, sulfación, acetilación o conjugación. La mayoría de los medicamentos sufren modificaciones a través de reacciones de fase I (Rang et al., 2020; Le, 2022).

Excreción: La transformación o degradación de los fármacos los vuelve hidrosolubles, el objetivo es eliminarlos principalmente a través de la excreción renal mediante la vía biliar, el intestino y, en ocasiones, los pulmones. Los mecanismos involucrados en la excreción renal son la filtración glomerular, la secreción y la reabsorción tubular, las primeras dos conducen al fármaco hacia la orina tubular, mientras que, la reabsorción disminuye la concentración del fármaco para que sea desechado (Rang et al., 2020).

La nicotina es un alcaloide natural liposoluble que se puede identificar en forma ionizada o no ionizada en función del pH corporal (Benowitz, 2009a). La forma ionizada de la nicotina se produce debido a un pH básico corporal, por lo cual, la nicotina atraviesa con dificultad las barreras biológicas, es decir, presenta una menor capacidad de absorción. En cambio, cuando el pH corporal es ácido, la nicotina se encuentra en su forma no ionizada incrementando su liposolubilidad y con ello su capacidad para atravesar las membranas biológicas. La nicotina contenida en los cigarrillos se encuentra en forma alcalina lo que facilita su absorción en la cavidad orofaríngea, mientras que el humo tiene que ser inhalado para absorberse sobre todo en el pulmón debido a su pH alcalino. Cuanto mayor es la capacidad de absorción de una sustancia, mayores son los niveles plasmáticos que se alcanzan, aunque eso represente una caída rápida de dichos niveles. (Benowitz, 2019a). Tras su absorción pulmonar, la nicotina pasa al torrente sanguíneo y de ahí al cerebro en donde cruza rápidamente la barrera hematoencefálica, por lo que sus efectos se pueden experimentar de 8 a 10 segundos después de comenzar a fumar. Después de 2 horas, los niveles plasmáticos de nicotina se reducen a la mitad debido al metabolismo hepático donde aproximadamente el 80% de la nicotina se transforma en cotinina vía el citocromo P450 (CYP2A6), la nicotina también es metabolizada en los pulmones a cotinina y Trans-3-hidroxicotina, que es el segundo metabolito más importante de la nicotina. Finalmente, la cotinina y la nicotina restante se filtran a nivel glomerular y se excretan por vía hepática a través de la orina (Benowitz et al, 2009b). Cabe destacar que los niveles plasmáticos de cotinina son 10-15 veces mayores

debido a que tiene un tiempo de vida media de eliminación mayor al de la nicotina (Rang et al., 2020; Estrada et al., 2000).

Farmacodinamia

La farmacodinamia estudia los mecanismos de acción y los efectos fisiológicos, bioquímicos y moleculares que un fármaco tiene sobre los tejidos, órganos y distintos sistemas del organismo (Panorama actual de los medicamentos, 2016) **tras su interacción con sus dianas** farmacológicas. Las dianas farmacológicas son aquellas moléculas capaces de reconocer un fármaco específico (también conocido como ligando), y se dividen en: enzimas, moléculas transportadoras, canales iónicos y receptores.

Las sustancias psicoactivas ejercen sus efectos a través de los receptores. Los receptores pueden ser ionotrópicos o metabotrópicos; los primeros son receptores que permiten el paso de iones a través del poro que se forma en su interior, en cambio, los receptores metabotrópicos son aquellos que interactúan con proteínas G con el objetivo de producir segundos mensajeros intracelulares que amplifiquen las señales. Como consecuencia de la unión del ligando al receptor se pueden identificar efectos de agonismo o antagonismo. Un agonista es una molécula que posee afinidad y eficacia; mientras que los antagonistas solo poseen afinidad, pero no eficacia (Rang et al., 2020). A continuación, se definen afinidad y eficacia:

1. Afinidad: la fuerza con la que se une una molécula (fármaco) a su molécula diana. Si la dosis es alta, la afinidad es baja
2. Eficacia: es la capacidad del fármaco para modificar diversos procesos a partir de la interacción con el receptor (Panorama Actual del Medicamento, 2016).

Como se mencionó en el apartado previo, la nicotina puede cruzar la barrera hematoencefálica de 8 a 10 segundos después de su inhalación, por esta razón los consumidores consideran que experimentan un efecto de relajación, disminución de la irritabilidad, estrés y cansancio (Estrada et al., 2000). Estos efectos se producen a nivel del SNC, como resultado de la unión de la nicotina a un receptor colinérgico de tipo nicotínico. Cuando la nicotina se une a este receptor se produce el flujo de cationes de Na^+ y Ca^{2+} hacia el interior de la neurona, incrementando así la excitabilidad neuronal (Benowitz, 2009). Este receptor se expresa tanto en el SNC como en el sistema nervioso periférico (SNP). En SNC el receptor nicotínico se expresa principalmente en la corteza prefrontal, el tálamo, los ganglios basales, el núcleo accumbens y el área ventral tegmental. Cuando la nicotina se une a su receptor nicotínico, localizado principalmente en las terminales presinápticas, la nicotina modula la liberación de diferentes neurotransmisores de los cuales, la dopamina es el más importante, ya que estimula los efectos placenteros y recompensantes del consumo de nicotina (Benowitz, 2009a).

El consumo crónico de nicotina puede inducir la desensibilización de los receptores nicotínicos, este fenómeno desempeña un papel importante en el desarrollo de tolerancia y dependencia por lo que el cese del consumo de nicotina produce efectos negativos relacionados con el síndrome de abstinencia que únicamente se atenúa cuando se vuelve a fumar (Estrada et al, 2000).

Enfermedades por consumo de tabaco

Como se ha explicado anteriormente, el consumo de tabaco representa un problema grave para la conservación de la salud, pues sus diferentes componentes químicos actúan sobre el cuerpo humano de forma dañina, según la OMS (2019) un fumador crónico pierde en promedio 10 años de vida debido a que todos los órganos se ven comprometidos, siendo así la principal causa de muerte que es prevenible.

El consumo de tabaco afecta principalmente a las vías respiratorias, ya que impide una correcta oxigenación al dañar a los alveolos de modo que el ingreso y egreso del aire es deficiente; a este padecimiento se le conoce como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y es la principal enfermedad crónico-degenerativa que deriva del consumo de tabaco (Arancibia, 2017). La EPOC incluye dos enfermedades: enfisema pulmonar y bronquitis crónica. El primero se refiere al daño en los alvéolos de los pulmones ya que se inflan de manera anormal e impiden la respiración; y el segundo, se debe a la inflamación de los bronquios que forman cicatrices y producen mucosidad en las cavidades (NIDA, 2022a). Entre los principales síntomas del EPOC se encuentran: tos crónica, mucosidad, opresión del pecho, silbido, etc.

La segunda enfermedad más común que involucra el consumo de tabaco es el cáncer de pulmón, ya que el humo contiene más de 70 sustancias cancerígenas que son responsables de por lo menos el 80% de todos los casos de cáncer de pulmón por consumo de tabaco. De igual manera, el organismo se expone a otros tipos de cáncer como el de faringe, esófago, estómago, garganta, colorrectal, etc. (NIDA, 2022b).

También se sabe que el tabaco aumenta la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, como hipertensión, ataques al miocardio, enfermedad cardíaca coronaria, arritmia, taquicardias; y también, puede conducir a la presencia de eventos cerebrovasculares isquémicos, trombosis, hemorragias, embolias, etc., patologías que según el NIDA, (2022b) representan el 40% de las muertes asociadas con la ingesta de cigarrillos.

Epidemiología mundial del uso de tabaco

El consumo de tabaco representa una de las grandes amenazas a las que se enfrenta el sector salud alrededor del mundo, pues según la OMS, en el año 2020 había un registro de 1,300 millones de personas que ingieren tabaco. Así mismo, se clasifica a los consumidores

entre hombres y mujeres; de los cuales, el 36.7% representa a los hombres; y a las mujeres con un aproximado de 7.8% en el mundo (OMS, 2022).

Las defunciones en el mundo oscilan en 8 millones de personas al año, de las cuales 1,2 millones corresponde a aquellos individuos que están expuestos al humo ajeno de tabaco. Es decir, aquellos que inhalan inconscientemente los residuos del humo exhalado por el fumador y del medio ambiente (OMS, 2022).

Alrededor del 80% de consumidores en el mundo viven en países en vías de desarrollo, es decir, sus ingresos no cubren, en la mayoría de las ocasiones, las necesidades básicas del ser humano, por lo que esos países representan un mayor riesgo a la salud y a la economía; pues el consumo crónico de tabaco genera enfermedades con alta tasa de mortalidad, complicando el proceso de intervención debido a la falta de solvencia económica, considerando que el usuario destina la mayor parte de su dinero para conseguir la sustancia, dejando de lado elementos básicos como la alimentación y vivienda (OMS, 2022).

Epidemiología en México del uso de tabaco

Según el Instituto Nacional de Salud Pública plasma que los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018) arroja un total de 15 millones de mexicanos consumidores de tabaco, en una población de 20 años o más. La prevalencia de fumadores por sexo indica un porcentaje de 9.2% en mujeres y 28.4% en hombres. Por otro lado, también menciona que, en una prevalencia por grupos de edad, que comprende desde los 10 a los 19 años y de los 20 años o más, alrededor del 6% son adolescentes y el 18% son adultos (Reynales, 2020).

Cada año ocurren aproximadamente 5.6 mil muertes atribuidas al consumo crónico de tabaco lo que representa el 7.5% del total de muertes en México; también, se establece que 80 millones de pesos mexicanos son destinados para cubrir el costo de atención médica a

causa de enfermedades por tabaco, como enfermedades cardiacas, eventos cerebrovasculares, EPOC, cáncer de pulmón, entre otros (Reynales, 2020).

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Drogas, Alcohol y Tabaco (2017), reportó una cifra similar en la que se establece que, en una población de 12 y 65 años de edad, 14.9 millones de mexicanos son fumadores actuales de los cuales, 3.8 millones son mujeres y el 11.1 millones restantes corresponden a hombres. (Muñiz, 2017). Del total de fumadores actuales el 6.4% fuma diariamente, mientras que, el 11.1% fuma de manera ocasional. La prevalencia de consumo de tabaco diario es menor en mujeres que en hombres. De igual manera, la edad promedio de inicio en mujeres es de 21 años, mientras que en los hombres es de 18 años (Muñiz, 2017).

CAPÍTULO 3. TRATAMIENTOS PARA EL CESE DE CONSUMO DE TABACO

Antes de comenzar a describir el tratamiento que se brinda en la clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas, es importante mencionar dos puntos fundamentales. El primero, es conocer los criterios diagnósticos que evalúa el DSM-V en cuanto a trastornos por consumo y abstinencia de tabaco; y como segundo punto, reconocer el trabajo que hace la OMS con el programa MPOWER, cuyo objetivo se basa en un plan de medidas preventivas para reducir y proteger a la población de consumo de tabaco.

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos utilizados en la clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas para diagnosticar trastornos relacionados con el tabaco.

Criterios diagnósticos para trastornos por consumo de sustancias (DSM-V). Trastornos relacionados con el tabaco

A. Un modelo problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco.
5. Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. interferencia con el trabajo).
6. Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco (p. ej., discusiones con otros sobre el consumo de tabaco).

7. El consumo de tabaco provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico (p. ej. fumar en la cama).
9. Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el tabaco.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a) Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado.
 - b) Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - a) Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de tabaco).
 - b) Se consume tabaco (o alguna sustancia similar, como la nicotina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco”, que puede haberse cumplido) (APA, 2013).

Abstinencia de tabaco

- A. Consumo diario de tabaco por lo menos durante varias semanas.
- B. Cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido en las 24 horas siguientes por cuatro (o más) de los signos o síntomas siguientes:
 - 1. Irritabilidad, frustración o rabia.
 - 2. Ansiedad. Trastorno relacionado con el tabaco no especificado 309
 - 3. Dificultad para concentrarse.
 - 4. Aumento del apetito.
 - 5. Intranquilidad.
 - 6. Estado de ánimo deprimido.
 - 7. Insomnio.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es 292.0. El código CIE10-MC para la abstinencia de tabaco es F17.203. Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de tabaco, lo que refleja el hecho de que la abstinencia de tabaco solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo de este. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de tabaco con una abstinencia de este (APA, 2013).

Plan de medidas preventivas MPOWER por la OMS

El control de la ingesta de tabaco representa una enorme responsabilidad para el sistema de salud en el mundo, por ello la OMS creó una estrategia de medidas para revertir y disminuir el porcentaje de personas que fuman, el plan fue puesto en marcha desde el año 2007 y lleva el nombre de “MPOWER” cuyas siglas en inglés tienen un significado específico:

Monitor: brindar evaluación y seguimiento del consumo de tabaco, así como, llevar a cabo toda medida preventiva apropiada.

Protect: proteger al resto de la población del humo ajeno, es decir, hacer cumplir las normas en las que se establecen entornos libres de humo de tabaco.

Offert: ofrecer ayuda con el fin de cesar el consumo. Se busca fortalecer los servicios sanitarios de atención médica primaria, para brindar las herramientas necesarias a la población.

Warn: advertir respecto a los daños que el tabaco causa a la salud, así como, a la vida general del consumidor y su entorno.

Enforce: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio.

Raise: aumentar los impuestos del tabaco (OMS, 2019).

El ofrecer ayuda a las personas consumidoras forma parte fundamental del cumplimiento de las medidas de prevención, por lo cual, se debe brindar la atención adecuada en los hospitales de 1er, 2do y 3er nivel. Los tratamientos están basados, en su mayoría, en una parte médica, que incluye los estudios pertinentes para descartar patologías que sean derivadas a la ingesta; una parte psicológica, que se lleva a cabo mediante terapia cognitivo-conductual; y en algunos casos, se suministran medicamentos auxiliares aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) (NIDA, 2020b).

Para efectos del presente trabajo nos vamos a enfocar en describir el tratamiento que se brinda en la Clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas “Dr. Raúl Cicero Sabido”, que se ubica dentro del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, siendo este una institución de 3er nivel, que cuenta con los recursos necesarios para brindar una atención completa y multidisciplinaria.

Tratamiento de la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas “Dr. Raúl Cicero Sabido”

En 2022 Ocampo et al. plantean en el “Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel. Terapia breve cognitivo–conductual”, que el tratamiento se divide en dos corrientes que se complementan mutuamente: modificación conductual, teoría cognitivo-conductual, que incluyen diferentes principios de la psicología, entre los que se encuentran:

a. Modificación conductual

Se basa en los principios del aprendizaje, en el cual el individuo experimenta a través de sus acciones. Su aplicación tiene el objetivo de eliminar o sustituir conductas que no son adaptativas. Los estudios de Ivan Pavlov (1849-1936), Frederic Skinner (1930) y Albert Bandura (1961), son los más representativos en cuanto a modificación. El *condicionamiento clásico*, desarrollado por Iván Pavlov se fundamenta en el emparejamiento entre un estímulo neutro (EN) y un estímulo incondicionado (EI) en el cual, después de su repetición constante se aprende la asociación que existe entre ambos, es decir, cuando el EN se asocia con un EI, se convierte en un estímulo condicionado (EC) ya que adquiere el poder de provocar una respuesta (Patiño, 2017). El estudio de Skinner, (*condicionamiento operante*), describe el aprendizaje que se apoya en la asociación de una conducta y los refuerzos o castigos que recibe como consecuencia de llevarla a cabo. Por último, el principio de *modelamiento o aprendizaje social* propuesto por Bandura establece que el individuo aprende mediante la interacción con el medio ambiente y el proceso de observación (Patiño, 2017).

b. Teoría cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual

La terapia cognitiva tiene sus fundamentos en la relación que existe entre los procesos cognitivos y la conducta, es decir, la forma de pensamiento, creencias, actitudes, atribuciones, percepciones o las expectativas influyen en el comportamiento de cada sujeto (Puerta & Padilla, 2011). Según esta teoría mientras el proceso de pensamiento sea erróneo, la conducta será desadaptativa. Entonces, este tipo de terapia psicológica facilita las herramientas para procesar la información sobre uno mismo y sobre el entorno de forma positiva y flexible.

Por otro lado, la terapia racional emotivo conductual (TREC), propuesta por Albert Ellis (1993), se conoce como un sistema de terapia a las personas a minimizar sus problemas emocionales y sus conductas desadaptativas (Cabezas & Lega, 2006). Establece que todos los seres humanos tenemos pensamientos irracionales que interfieren con nuestras emociones y son resultado de nuestras propias interpretaciones. Ellis desarrolló el modelo A-B-C como herramienta para el cambio, pues tenía la idea de que las personas no se preocupan por los hechos, sino por lo que piensan acerca de ellos. El siguiente esquema muestra el funcionamiento del modelo ABC:

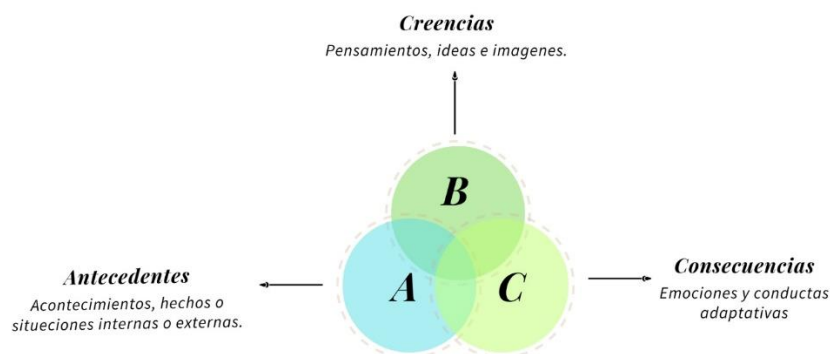


Figura 5. Modelo de intervención A-B-C de la TREC. Ejemplifica como se relacionan las creencias, consecuencias y antecedentes de cada individuo Modificada de (Ocampo, et al, 2022).

c. Educación para la salud

Consiste en crear programas de orientación y organización de procesos educativos con el objetivo de contribuir a que el individuo adopte y mantenga una vida sana, posea conocimientos, habilidades, hábitos y costumbres relacionados con la salud individual y colectiva y así mejorar el medio en el que habitan (OMS, 1969). En el caso del tabaquismo, la educación para la salud contribuye a que el paciente reconozca los riesgos que implica el consumo de tabaco, tanto en la esfera física como en la psicológica y social (Hernández, et al., 2020).

d. Terapia cognitivo-conductual

Después de los intentos fallidos por trabajar de manera individual con la cognición y la conducta, surge la terapia cognitivo-conductual, que se caracteriza por un enfoque terapéutico basado en un conjunto de técnicas conductuales, verbales y emocionales (González, et al., 2017). Este modelo asume que, modificando los esquemas del pensamiento, emociones y conductas, el paciente aprenderá los mecanismos, estrategias y técnicas útiles en la identificación y resolución de problemas, con el fin de que los gestione y afronte de manera adaptativa desde una perspectiva tanto cognitiva como conductual. Los supuestos más importantes de esta teoría se basan en el uso de los principios del aprendizaje, relacionar lo que el fumador piensa y hace, centrarse en cogniciones y creencias y, sobre todo, ayuda al paciente a identificar las situaciones, sentimientos y cogniciones que se involucran con la aparición de la conducta.

Ahora bien, para el funcionamiento de estos principios psicológicos se llevan a cabo diferentes técnicas de intervención, cuyos fundamentos fueron considerados por Ocampo et al. (2022) en su programa de intervención

Entrenamiento en inoculación conductual: se trata de una técnica cognitivo-conductual que fue adaptada en la Clínica contra el tabaco del Hospital General de México. Originalmente a esta técnica se le conoce como “inoculación del estrés”, su objetivo es orientar al paciente para conseguir habilidades de afrontamiento de forma que le permitan sobrellevar y resolver las situaciones de su vida diaria (Soto et al., 2022). En la clínica se lleva a cabo esta técnica con el fin de aprender pensamientos y conductas adaptativos para abandonar el consumo de tabaco. Esta técnica consta de 3 fases:

- A. Panorama conductual: esta fase incluye el rapport, la empatía y promueve un papel proactivo del paciente con el fin de que este identifique qué significa el consumo en su vida; además, es importante que conozca las causas de su consumo, cuándo y cómo lo realiza, así como las situaciones y emociones que lo inducen a dicha acción y, con base en ello, crear estrategias y metas claras y únicas que le permitan conseguir el objetivo.
- B. Confirmación conductual: se trata de trabajar sobre la conducta, es decir, después de que el paciente identifica los aspectos emocionales y situacionales que lo llevan a consumir, es momento de retirar la acción, lo cual se puede llevar a cabo por medio de la suspensión abrupta, reducción gradual de nicotina y sustituto de nicotina o medicamentos.
- C. Mantenimiento de la inoculación conductual: a través de la repetición de acciones y autoafirmaciones eficaces, el paciente logra controlar el consumo en situaciones en que anteriormente fumaba (Ocampo et al., 2022).

Autoregistro- automonitoreo. Es una de las herramientas básicas utilizadas en el tratamiento, consiste en que el paciente registre el momento específico en el que realiza la conducta con el objetivo de tomar conciencia con respecto a fumar, llevándolo a generar un pensamiento autorreflexivo que le permita romper con la conducta automatizada. Al terapeuta le funciona como auxiliar para conocer y evaluar los escenarios, situaciones y emociones que conducen al paciente a efectuar la acción y así trabajar sobre ello (Ocampo et al., 2022).

Relajación y respiración. La respiración es esencial para relajar nuestros músculos, por ello, es una de las técnicas más empleadas dentro del enfoque cognitivo-conductual. Es una técnica de gran utilidad como auxiliar en el alivio de la tensión para la mayoría de los pacientes consumidores de tabaco. Entre las diversas técnicas de relajación se encuentran la respiración profunda o diafragmática, la relajación mediante el suspiro, así como la relajación progresiva (Ocampo et al., 2022).

Relajación progresiva. Es una técnica que permite relajar de manera progresiva diferentes partes del cuerpo. Es de gran utilidad dentro del tratamiento ya que, ayuda al paciente a vaciar pensamientos que impiden seguir con el objetivo. Se pide al paciente que se coloque de una manera cómoda y se le explica que a lo largo de los ejercicios sus músculos se relajarán progresivamente empezando por los pies y terminando por los músculos de la cara. El ejercicio consiste en contraer y relajar cada músculo que se le indica al paciente, contando hasta 5 y aumentando la tensión mientras se realiza el conteo. (fuerte, más fuerte, lo máximo que pueda) (Ocampo et al., 2022).

Visualización dirigida. Se utiliza para persuadir al paciente a verse a sí mismo como capaz de realizar cualquier cambio y lograr objetivos. Se trata de una técnica que pretende colocar al paciente, de forma imaginaria, en escenarios en los que comúnmente realiza el consumo, pero esta vez haciendo hincapié en la capacidad del individuo para lograr abstenerse de realizar la conducta de ingesta. Tiene como finalidad proporcionar seguridad y autoeficacia ante situaciones que pueden representar un riesgo para volver a consumir (Ocampo et al., 2022).

Técnica de auto diálogos eficaces. Se trata de una técnica directiva en la que se pretende modificar el diálogo interno del paciente, es decir, interiorizar pensamientos positivos y autoeficaces que sean útiles ante una situación de riesgo. Por ejemplo “soy capaz de lograrlo”, “lo estoy logrando”, “realmente estoy haciendo un cambio”, etc. (Ocampo et al., 2022).

Juego de roles. Esta técnica consiste en analizar una situación de forma actuada para trabajar la empatía y comprensión hacia los demás, es de gran eficacia, ya que permite reconocer sentimientos y actitudes tanto propios como de otros. Dentro del tratamiento cognitivo-conductual es de gran apoyo pues facilita que el paciente tome decisiones. Consta de 4 fases: motivación, preparación para la dramatización y debate (Ocampo et al., 2022).

Entrenamiento en solución de problemas. Según menciona el manual de la clínica el tabaco es, para la mayoría de los consumidores, una salida o solución a los problemas de la vida cotidiana. En realidad, realizar el consumo no ayuda a resolver ningún conflicto; sin embargo, el paciente lo utiliza como una alternativa de relajación antes de buscar una solución. Por ello, es importante enseñar al individuo a reconocer sus problemas, buscar soluciones viables e implementar la que mejor se adapte a sus necesidades. Consta de 5 fases: 1) orientación general hacia el problema, 2) definición y formulación del problema, 3) generación de soluciones alternativas, 4) toma de decisiones y puesta en práctica y 5) verificación de la solución (Ocampo et al., 2022).

Escritura emocional autorreflexiva y carta de despedida. Es una técnica utilizada dentro de la clínica debido a su eficacia para mostrar un cambio significativo en los pensamientos que el paciente tiene sobre sí mismo y sobre su consumo. Permite conocer su propia forma de pensar, aumentar su seguridad e identificar los pensamientos irracionales. En cuanto a la carta de despedida, es una herramienta eficaz para realizar un compromiso consigo mismo de abandonar la sustancia, y al mismo tiempo, de utilidad para el terapeuta pues ayuda a reconocer las emociones y sentimientos que genera al paciente el hecho de despedirse del tabaco, así como el impacto que tiene en su vida (Ocampo et al., 2022).

Reestructuración cognitiva. Es una de las técnicas más empleadas en la TCC y la TREC, debido a su alta eficacia. Se basa en modificar los pensamientos irracionales del paciente por medio del debate, el diálogo y el autodiálogo. Las creencias de cada individuo juegan un papel importante en su recuperación, por ello, es importante modificar los

pensamientos desadaptativos y sustituirlos por pensamientos adaptativos (Ocampo et al. 2022; Rodríguez et al., 2022).

Psicoeducación. Se trata de brindar información importante y pertinente al paciente con el objetivo de que reconozca el padecimiento y lo normalice, esperando que sea capaz de hacer frente a la situación en la que se encuentra para reducir los síntomas y/o características de dicho padecimiento. También se le considera como una herramienta eficaz de adherencia al tratamiento, pues el conocimiento del trastorno permite al paciente tomar decisiones viables e informadas (Ocampo, et al. 2022; Zapata, 2020).

Análisis funcional de la conducta. Es una herramienta básica que permite estructurar la conducta del paciente, según los antecedentes y consecuencias que se involucran, tomando en cuenta las problemáticas emocionales, situacionales e interpersonales. Su objetivo es analizar los factores que constituyen la conducta, y así crear un plan de intervención o tratamiento de forma organizada, tomando en cuenta los diferentes factores de riesgo y protección que se presentan en cada caso (Urrea, 2020).

CAPÍTULO 4. LA IMPORTANCIA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO DEL TABAQUISMO

Modelos más significativos de los determinantes sociales de la salud

El estado de salud y enfermedad conforman un proceso continuo al que se enfrenta el ser humano; sin embargo, para que un individuo tenga salud o padezca alguna enfermedad se involucran diferentes factores, dichos factores han sido estudiados a lo largo del tiempo con el fin de prevenir enfermedades y obtener un estado de vida saludable; por ello, es de suma importancia conocer cuáles son los determinantes de la salud y cómo se involucran en el proceso de atención primaria.

Con el fin de brindar una breve introducción al tema de determinantes sociales de la salud, se desglosa en primera instancia el concepto de salud ya que es uno de los temas subyacentes de este escrito y se involucra directamente con todos aquellos factores que intervienen en conseguir o no un estado óptimo de salud. La OMS (2014) indica que el concepto de salud fue aprobado y utilizado en el año 1948, indicando que se trata de un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; dicha definición no ha sido modificada a lo largo de los años, pues según indica la OMS, actualmente es funcional (OMS, 2014). La salud engloba la adaptación del ser humano a su medio, un estado biológico y orgánico en equilibrio, así como una perspectiva social, lo cual marca la pauta para generar el ser productivos, funcionales y aportar a la sociedad. Sin embargo, para conseguir un modo de vida saludable se debe considerar un esquema que incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, educación sobre la salud, la posición económica, posiciones sociales entre otros. (De la Guardia & Ruvalcaba, 2020).

Ahora bien, los factores biológicos, económicos y sociales que se involucran fueron estudiados desde el año 1974 por el canadiense y, en ese entonces, ministro de salud pública Marc Lalonde, en un estudio que registró las causas de muerte y de enfermedad de la

población de Canadá. Desde entonces se convirtió en uno de los modelos de determinantes sociales de la salud más estudiados, pues él explica que existen cuatro grandes determinantes de la salud que son: 1) el medio ambiente, que se relaciona con factores químicos, contaminación, capa de ozono, disponibilidad de virus en el ambiente, etc; 2) estilo de vida de las personas, tales como patrones conductuales, hábitos, susceptibilidad a adicciones, entre otros; 3) la biología de las personas como la edad y la genética; y 4) la calidad y el acceso a la atención médica primaria. Dicho modelo constató que algunas enfermedades son causadas por estilos de vida sedentarios, lo cual causa un costo elevado de los servicios de salud, fungiendo como un motivo para que la población no cuente con los recursos necesarios para atenderse. Posteriormente Evans Stoddar (citado en Zapico et al., 2020) agregó conceptos como la posición social, el empleo, nivel educativo, la capacidad individual de cada persona e incluyó también, otros rubros importantes del sector salud tales como la prevención y promoción de la salud (Zapico et al., 2020).

Por otro lado, el modelo multinivel de Dahlgren y Whitehead (1992), que expone las desigualdades sociales en salud en sus diferentes niveles, explicándolo en capas jerárquicas que se relacionan. En la capa más externa se encuentra la estratificación socioeconómica, cultural y ambiental, factores que nombraron como **determinantes estructurales**, ya que suponen mejores o peores oportunidades para la salud; posteriormente, se encuentran los **determinantes distales** que involucran la educación, el ambiente laboral, las condiciones de vida y trabajo, servicios de salud y vivienda y, en un nivel más abajo se encuentra la interacción con la comunidad y el ambiente en el que el individuo crece y se desarrolla. Por último, se encuentran los estilos de vida, clasificados como **determinantes proximales**, pues representan los factores individuales más próximos del ser humano, tales como la etnia, sexo y biología. Cabe mencionar, que dichos determinantes no actúan de forma directa, sino que están sujetos a la presencia e interacción de dichos factores, estos varían según cada caso (Vinces & Campos, 2019).

Determinantes sociales de la salud. Definición.

Como bien se ha mencionado a lo largo de este escrito, la desigualdad y el esparcimiento de forma inexacta de las riquezas no solo conllevan a conflictos de tipo económico, sino que también desencadenan problemas de salud, pues la comunidad no cuenta con los recursos suficientes para recibir atención médica, psiquiátrica o psicológica, de buena calidad. Es entonces, que la OMS creó la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud en el año 2005, con el fin de promover e influir, mediante políticas públicas, programas que fomenten la equidad entre la población, así como disminuir las injusticias y desigualdades, pues son, en gran parte, las responsables de la calidad de vida del individuo (Barbosa et al., 2020) Se trata de un modelo que explica el proceso de salud-enfermedad, haciendo énfasis en la importancia de conocer y explicar la causa de las inequidades, con el propósito de orientar a soluciones viables.

En el año 2008 la OMS definió a los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”, es decir, todos los factores mencionados juegan un papel importante en cada área de desarrollo del ser humano, pues como su nombre lo indica, la presencia, ausencia, calidad y cantidad de cada uno, determina, en gran medida, el nivel de salud y acceso a la atención primaria de cada individuo (Barbosa Solis et al., 2020).

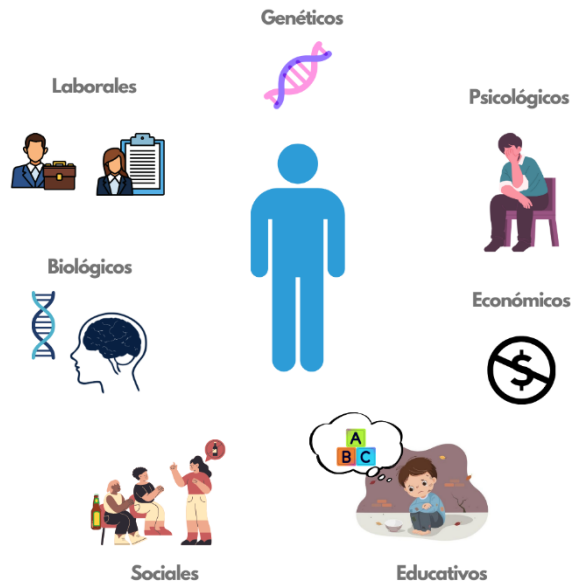


Figura 6. Entre los factores que se han asociado al inicio del consumo de drogas de abuso se encuentran los factores genéticos, psicológicos, biológicos, sociales, laborales, económicos y educativos

Tales circunstancias son el resultado de cómo se distribuye el dinero, los recursos y el poder político estos a su vez son delimitados por jerarquías que se dividen en: 1) determinantes estructurales, 2) determinantes intermedios y 3) determinantes proximales (**Figura 7**) (Hernández et al., 2017).

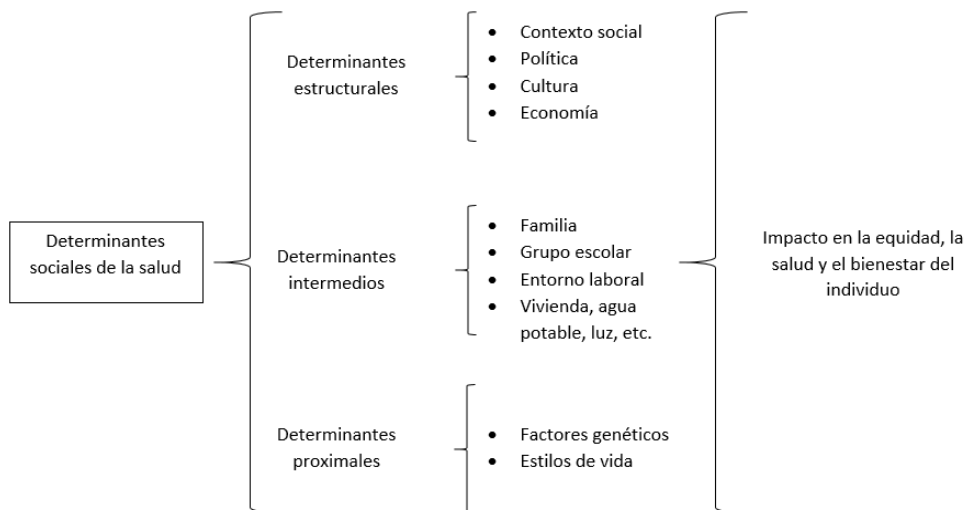


Figura 7. Clasificación de los determinantes sociales de la salud. De acuerdo a la OMS existen 3 categorías de determinantes sociales que influyen en la salud de los individuos (Tomado y modificado de Hernández, et al, 2017).

A continuación, se desglosan los factores que componen el modelo propuesto por la OMS para conocer la multifactorialidad que conllevan los procesos de salud-enfermedad, es decir, este modelo permite entender cómo cada uno de ellos interviene de forma positiva o negativa en el otro y por consecuencia, se reflejan en la vida del individuo.

Factores biológicos

Son aquellos factores que determinan la salud física y mental del individuo y que, como resultado, se manifiestan en el organismo (Galli, et al., 2017). Se trata de la presencia de factores genéticos que se adquieren desde el nacimiento e intervienen en la constitución orgánica del individuo, determinando así, la probabilidad de padecer alguna enfermedad, debido al hecho de que la mayoría de las enfermedades crónicas o malformaciones son el resultado de la carga genética. Por lo tanto, se involucran las limitaciones en el funcionamiento y estructuras del cuerpo, pues las discapacidades intelectuales, motoras o de cualquier tipo son, en su mayoría, resultado de la carga genética. (Henríquez et al., 2020). Por ejemplo, en el caso de dos pacientes de 55 años, que han tenido los mismos hábitos saludables y acceso a servicios de salud a lo largo de su vida, una de ellas es diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2; aunque los hábitos jugaron un factor protector dentro del desarrollo de la enfermedad, la carga genética y hereditaria de la paciente con diabetes se considera un factor de riesgo, pues resultó padecer dicha enfermedad crónico-degenerativo.

Factores individuales y estilos de vida

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre los factores de riesgo y de protección para adquirir una enfermedad se incluyen factores comportamentales del individuo tales como hábitos saludables o no, estilos de vida, consumo de sustancias nocivas,

inactividad física o vida sedentaria, entre otros que finalmente desempeñan un papel de importancia dentro del desarrollo de patologías (OPS, 2019).

Ahora bien, la OMS definió en el año 1986 los estilos de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (OMS, 1986; como se citó en Macedo, 2021); es decir, estos estilos de vida, dependen en gran medida de las alternativas disponibles para cada individuo, así como de otros factores personales y socioculturales que impiden o motivan al individuo a mantener comportamientos saludables y favorables para la conservación de su salud siendo así un determinante de salud importante de considerar.

Condiciones de vida y de trabajo

La salud y las condiciones de trabajo son dos conceptos que van de la mano estrechamente, pues actualmente es un derecho humano trabajar en condiciones adecuadas y que no perjudiquen a la salud. Por otro lado, la ausencia de buenas condiciones de trabajo o inclusive, el no contar con un empleo, resulta ser un determinante social de la salud de alto impacto, pues da pie a un nivel socioeconómico de pobreza, así como a accidentes laborales o peligros del mismo empleo, lo que afecta de forma negativa a la salud de los trabajadores (Vega, 2020). Como ejemplo, mencionemos a una persona que no tiene un empleo estable y padece una enfermedad crónico-degenerativo, ¿a qué servicios de salud tiene acceso?, ¿cómo costea el traslado al servicio de salud más cercano?, ¿qué probabilidades tiene de comprar el medicamento necesario?, ¿preferiría comer o comprar medicamentos? Suponiendo que, la respuesta a las preguntas fue negativo, al no tener un empleo y por ende vivir en un estado de pobreza, la persona deja de lado su salud física y mental para cubrir sus necesidades básicas.

Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales

En la actualidad las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales son aquellos que determinan las condiciones de vida, salud y bienestar de las personas, son reconocidos como derechos del ser humano e incluyen las necesidades básicas, tales como un empleo digno, acceso a agua potable, a la seguridad social, a una vivienda digna y adecuada, a la educación, cultura y un medio ambiente sano y favorable (Gómez, et al., 2019). Uno de los grandes problemas en los países en vías de desarrollo es el déficit que existe entre el salario mínimo y el costo de la canasta básica, pues la distribución injusta del poder, riqueza y otros recursos sociales nos lleva a la inequidad y a la falta de condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales dignas (Gómez, et al., 2019).

En la actualidad existen diferentes programas a nivel nacional e internacional, como el que propone la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), en el que plantea la difusión e implementación de los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (DESCA) que busca asegurar que estos derechos se apliquen a las personas más desfavorecidas, respetando a cada individuo por igual y considerando los distintos obstáculos sociales, culturales, económicos y estructurales que les impiden disfrutar de sus derechos con el fin de buscar modificarlos y crear equidad y esparcimiento de las riquezas de forma igualitaria (CNDH, 2021).

Acceso a los servicios de atención de salud

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), publicada en el Diario Oficial de la Federación de la Secretaría de Gobierno ([SEGOB], 2023), en su artículo 4to establece que toda la población mexicana tiene derecho a la protección de la salud, con el fin de garantizar la atención integral y gratuita para quienes no cuentan con seguridad social. Cabe mencionar que dicho derecho depende, en gran medida, de la entidad federativa en la que se ubique el beneficiario, según lo establezca la ley.

Ahora bien, en el año 2020 se fundó el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), cuyo objetivo es proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos necesarios para la prevención y/o tratamiento de enfermedades de la población que no cuente con seguridad social. Dichos derechos se deben llevar a cabo bajo los criterios de universalidad e igualdad sin discriminación por sexo, origen, etnia, etc., generando las condiciones que favorezcan un servicio progresivo, efectivo, gratuito y de calidad (SEGOB, 2020).

Según lo mencionado anteriormente, se espera que el acceso a los servicios de salud cubra las necesidades de cada individuo de la población mexicana; sin embargo, no siempre es de tal manera, pues intervienen distintos factores que impiden el cumplimiento de la ley, entre ellos, el no tener pleno conocimiento de su derecho, vivir en lugares marginados, no contar con la cultura e información suficiente para tomar decisiones informadas en cuanto a salud, entre otros. El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2021) registró que en los últimos años se produjo un aumento de las personas que no se encuentran afiliadas o inscritas para recibir atención médica, ya sea pública o privada, lo cual representa una mayor carencia y vulnerabilidad para la población.

Promoción de la salud

En el año 1986, en la primera conferencia internacional sobre la promoción de la salud llevada a cabo en Ottawa, Canadá, la OMS emitió una carta que establece como promoción a la salud el proceso de proporcionar a la comunidad los medios necesarios para la conservación de la salud, ejerciendo así un mayor control sobre esta. El objetivo de promover es alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social, que favorezca en el individuo la capacidad de adaptarse al medio en el que se desenvuelve para satisfacer sus necesidades básicas (OMS, 1986).

Las estrategias de prevención de la salud buscan informar a la población sobre el cuidado de la salud con el fin de que acudan de manera temprana y regular a observación médica integral. Es aquí en donde se refleja la importancia de los determinantes sociales de la salud, pues mediante la promoción de la salud se promocionan también los determinantes sociales, para crear conciencia desde la salud, orientar al individuo a tomar decisiones informadas respecto a las medidas que se deben seguir con el fin de no enfermar en un futuro próximo (Calventus & Bruna, 2018).

Según la OMS (1986) son fundamentales cinco herramientas o líneas de acción para hacer cumplir la promoción de la salud:

- a) Políticas públicas saludables: se trata de implementar acciones que van más allá del sector salud, es decir, hay que cuidar aspectos como la conservación del medio ambiente, asegurar el acceso a recursos naturales tales como el agua potable, alimentación digna y sana, así como contar con viviendas dignas, condiciones laborales estables y acceso a la educación.
- b) Creación de entornos favorables: lugares de apoyo que se centren en favorecer condiciones de vidas seguras y gratificantes, es decir, abrir redes de apoyo que sean capaces de brindar información y actividades recreativas y físicas.
- c) Reforzamiento de la acción comunitaria: se trata de que la población se involucre de manera activa en todo lo relacionado con la salud, con participación del personal de salud que imparte educación para la salud e información confiable y fidedigna entendible para toda la población con el fin de que todos puedan difundirla de manera correcta.
- d) Desarrollo de aptitudes personales: se trata de poseer habilidades y experiencias para la construcción social del conocimiento que favorezca la toma de decisiones, se pretende así, que el individuo juegue un papel de enseñanza-aprendizaje que le permita ser crítico y reflexivo en cuanto al proceso de salud-enfermedad y todo lo que ello involucra.

- e) Reorientación de los servicios sanitarios: el objetivo es reestructurar el curso de la atención creando programas que incluyan la reflexión y análisis de lo que implica la salud, tomando en cuenta sus alcances y limitaciones, que permitan desarrollar habilidades que los preparen como facilitadores. Por ello, para el personal de salud es de suma importancia reconocer las diferencias entre promoción y prevención, ya que la prevención incide en grupos y/o individuos con probabilidades de padecer una enfermedad específica, mientras que la promoción es abierta a toda la población y busca hablar sobre los determinantes favorables para conservar la salud (Arenas et al., 2019).

Prevención de enfermedades

Se le conoce como prevención de enfermedades al conjunto de acciones orientadas a reducir el impacto que una enfermedad no transmisible o crónica puede tener sobre la vida de cualquier individuo. La prevención implica promover la salud, el diagnóstico temprano y la adherencia al tratamiento; trata de identificar los factores y conductas de riesgo con el fin de disminuir el avance de las enfermedades ya establecidas (Donis, 2019).

Existen tres niveles de prevención de enfermedades:

1. Nivel de prevención primario: este nivel incluye actividades encaminadas a evitar la aparición de enfermedades identificando oportunamente los factores de riesgo e incrementando los factores de protección para crear conciencia y tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud. (Cuartero et al., 2023).
2. Nivel de prevención secundario: una vez que se ha establecido un diagnóstico, se busca eliminar la enfermedad desde su etapa inicial o reducir la sintomatología antes de que incapacite al paciente. Las medidas pretenden frenar la progresión de la enfermedad interviniendo en la fase presintomática y detectando un estadio precoz (Cuartero et al., 2023).

3. Nivel de prevención terciario: El último nivel de prevención pretende reducir y mitigar el daño causado por la enfermedad, una vez, que las manifestaciones clínicas o síntomas están presentes en el individuo. Este nivel tiene como objetivo tratar, rehabilitar y reinserir social y laboralmente para mejorar las condiciones de vida (Cuartero et al., 2023).

Funciones esenciales de la salud pública

Las funciones esenciales de la salud pública se entienden como el conjunto de actos que deben ser realizados con fines concretos necesarios para la obtención de la salud de toda la población, dichos actos son llevados a cabo por el estado o el gobierno, con el fin de preservar la salud y obtener condiciones dignas de vida. Actualmente existen 11 funciones que se describen en la siguiente tabla (**tabla 2**):

Funciones esenciales de la salud pública	Objetivos
1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación en salud	Evaluar la situación de la salud identificando los factores determinantes y las necesidades de la población
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	Llevar a cabo investigación y vigilancia brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud.
3. Promoción de la salud	Desarrollar programas que ayuden a disminuir riesgos y daños a la salud, que impulsen la participación del ciudadano, propiciando así cambios en los estilos de vida y en las condiciones del entorno.

<p>4. Participación de los ciudadanos en la salud</p>	<p>Reforzar a la comunidad sobre la importancia de tomar conciencia activa respecto al cuidado de su salud, haciendo hincapié en la importancia de incluirse en programas de prevención, tratamiento y rehabilitación.</p>
<p>5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud</p>	<p>La planificación estratégica con especial interés en los procesos de construcción, ejecución y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.</p>
<p>6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y finalización en materia de salud pública</p>	<p>Generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a mejorar la salud de la población, así como, a fomentar el desarrollo de entornos saludables.</p>
<p>7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.</p>	<p>Facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud, promoción de la equidad en el acceso a la atención en salud y adoptar un enfoque multisectorial que permita trabajar con diversos organismos e instituciones para resolver las inequidades.</p>
<p>8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública</p>	<p>Educar, capacitar y evaluar al personal de salud pública, para identificar las necesidades de los servicios y de la atención de salud y así enfrentar eficazmente los problemas prioritarios.</p>
<p>9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos</p>	<p>Mejorar la calidad de atención en salud pública, garantizando un sistema equitativo e igualitario con adecuadas condiciones de atención.</p>

10. Investigación pública	Impulsar cambios en las prácticas de salud que permitan llevar a cabo investigación formal.
11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud	Obtener un enfoque integral con relación a los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país, para así reducir el impacto de desastres en la salud.

Tabla 2. Funciones esenciales que debe cumplir la salud pública y los objetivos que deben cumplir cada una. (Casanova & Machado, 2020)

Relación existente entre los determinantes sociales y el consumo de tabaco

Como se ha mencionado a lo largo de los primeros capítulos, hoy en día el tabaquismo, hoy en día, representa uno de los mayores problemas a los que se enfrenta la salud pública en el mundo, pues no afecta únicamente al consumidor, sino también a su círculo cultural, ambiental, social y económico. Desde hace años se ha realizado un gran esfuerzo en la promoción, prevención y tratamiento del tabaquismo, así como, de las enfermedades que se desencadenan por el consumo. Es necesario establecer políticas y acciones para la salud que aborden los determinantes sociales de la salud con el fin de disminuir los factores de riesgo de la población y poder así, detectar oportunamente enfermedades (Guzmán et al., 2017).

El tabaquismo se ha estudiado como un fenómeno psicosocial y es abordado desde un modelo multicausal, en el que intervienen varios factores en la consolidación de un hábito adictivo, por ejemplo, la cultura en la que se desarrolla la persona, la economía, los grupos de pertenencia, así como factores individuales y de personalidad del individuo. Este modelo funciona de lo general a lo particular según lo mencionado anteriormente, como ejemplo mencionemos a una persona que fuma para pertenecer a un grupo de amigos, a esa persona

no le gusta el sabor y olor del tabaco, sin embargo, al carecer de habilidades sociales de comunicación, realiza dicha acción de consumo para poder encajar en la situación (Guzmán et al., 2017).

Hablando de los determinantes sociales de la salud y recordando que estos se dividen según los factores biológicos, estilos de vida, condiciones de trabajo y vivienda, entre otros, es importante situar el consumo de tabaco dentro de los rubros mencionados, pues de alguna u otra forma constituye un mal hábito que genera daños a corto y largo plazo en diferentes esferas de la vida cotidiana. El consumo de tabaco representa un aspecto complejo de la conducta humana, relacionado con el entorno social y familiar, la toma de decisiones, la cultura, la educación, la publicidad, el acceso a las sustancias, entre otras, que construye un aprendizaje de años que no es tan fácil de modificar, pues la mayoría de las veces no se conoce el verdadero impacto del consumo (Berrocal et al., 2018).

Finalmente, si nos preguntamos respecto a la relación que existe entre el consumo de tabaco y los determinantes sociales de la salud, podríamos decir que se trata de la desintegración social, que contribuye a crear desigualdades en el ámbito de la salud, pues muchas personas deciden refugiarse en el consumo de sustancias, con el fin de no enfrentar la realidad de lo duro y complicado que es la situación económica o social que están viviendo (Berrocal et al., 2018). Por lo descrito anteriormente, resulta de importancia hacer hincapié en promocionar los determinantes sociales de la salud, con el fin de que toda la población tenga conocimiento pleno de lo que esto significa y del impacto que puede tener en mejorar sus condiciones de vida

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA

Objetivo

Identificar los determinantes sociales de la salud que influyen en el inicio, mantenimiento y cese del consumo de tabaco e implementar y diseñar un programa de intervención que favorezca la abstinencia al tabaco en una paciente que asiste a consulta psicológica a la clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas Dr. Raúl Cicero Sabido del Hospital General de México.

Objetivos específicos

En una paciente consumidora de tabaco:

- Identificar los determinantes sociales de salud que propician el inicio del consumo de tabaco.
- Identificar cuáles son los motivos por los que una persona consume tabaco, así como su grado de dependencia al tabaco
- Comprender, desde un enfoque cognitivo conductual, la relación que existe entre los determinantes sociales de la salud para reducir su influencia en el consumo de tabaco.
- Proporcionar información, a través de la psicoeducación, sobre los determinantes sociales de la salud y cómo influyen en el consumo de tabaco.
- Restablecer el autocuidado e incrementar la adherencia al tratamiento médico-psicológico de la paciente, mediante motivación al cambio, e implementar hábitos saludables dentro de la vida diaria.

Planteamiento del problema

¿Los determinantes sociales de la salud influyen en el proceso de inicio y mantenimiento del tabaquismo en una paciente de 32 años que se atiende en la clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas?

Justificación

Una de las principales causas prevenibles de enfermedad y muerte en el mundo es el consumo de tabaco, por lo que representa una de las problemáticas más importantes a las que se enfrenta la salud pública, por ello la OMS ha puesto en marcha diferentes estrategias y programas integrales que tienen como finalidad disminuir el consumo de tabaco en el mundo, la prevención de enfermedades y la detección oportuna de padecimientos asociados al consumo.

Diferentes estudios han señalado que los determinantes sociales de la salud influyen en la adquisición de hábitos no saludables, ya que dentro de estos determinantes se involucran factores de riesgo que generan vulnerabilidad en la población. Entre los hábitos no saludables, el consumo de tabaco es considerado una causa de enfermedad y muerte prevenible a nivel mundial.

La finalidad del presente estudio fue identificar y profundizar en los determinantes sociales de la salud que influyen en el inicio y mantenimiento del tabaquismo de una paciente de 32 años que asiste a la clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas. La principal razón de estudiar este caso fue plasmar el proceso de intervención que se realiza en la clínica con el objetivo de que los profesionales de la salud mental tengan la posibilidad de implementar las distintas intervenciones que ofrece la psicología clínica desde un enfoque integral, logrando así, el cese del consumo y una mejora en la calidad de vida del paciente.

Tipo de diseño

Investigación de tipo descriptiva, con un enfoque cualitativo, de forma longitudinal.

Estudio de caso

Se trata de un procedimiento, en el cual la investigación se lleva a cabo de forma cualitativa, con el fin de describir y estudiar de manera profunda y completa las particularidades de un problema específico. Resulta de gran utilidad debido a que incluye diferentes métodos que, de forma lógica y secuencial se complementan entre sí, incluyen el proceso de obtención

de información, aplicación de métodos descriptivos e instrumentos de exploración (Soto & Escribano, 2019).

Participante

CJML es una paciente del género femenino, de 32 años de edad, residente de la Ciudad de México, a los 21 años inició el consumo de nicotina, a razón de 4 cigarros como mínimo y 7 como máximo por día. Entre sus características más relevantes se encuentra su diagnóstico de prognatismo mandibular, del que no tenía conocimiento y por tanto le causaba inseguridad y baja autoestima.

Durante la entrevista inicial la paciente indico que el inicio de su consumo se relacionó con los conflictos dentro de su núcleo familiar e interpersonal, usando la nicotina como una alternativa para disminuir el estrés y los síntomas de ansiedad que le genera el ser “codependiente de su familia”. Aunado al hecho de que la mayoría de los miembros de su familia consumen tabaco.

Escenario

El escenario para llevar a cabo esta intervención terapéutica fue el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, dentro de la torre 503 de Cardiología, Neumología y Angiología, en el servicio de la Clínica contra el Tabaco y otras sustancias adictivas, Dr. Raúl Cicero Sabido.

Instrumentos aplicados

A continuación, se presentan las categorías de los instrumentos aplicados:

A. Instrumentos de exploración

Son aquellas herramientas que, según las implicaciones éticas, permiten al profesional de la salud corroborar la validez de las sesiones brindadas al paciente. Es decir, mediante estos instrumentos se comprueba que el estudio de caso clínico tiene los sustentos teóricos y

prácticos necesarios para ser evaluado también incluye los datos referentes a las características psicológicas del paciente y son una herramienta útil para brindar la valoración e impresión diagnóstica correcta (Martínez et al., 2020). Cabe mencionar que los instrumentos de exploración fueron aplicados con el fin de recopilar información de los dominios de interés, tales como, el consumo de sustancias, el área familiar, social y personal de la paciente, que de alguna manera puedan influir en sus conductas de riesgo. Los instrumentos de exploración empleados fueron los siguientes:

1. Consentimiento informado

Se trata de un instrumento fundamental, que se lleva a cabo de forma escrita (*anexos 1 y 2*) en el que el paciente acepta participar en la investigación, conociendo los riesgos, beneficios, consecuencias o complicaciones que se pueden presentar durante el proceso. El documento escrito consta de 4 elementos básicos: 1) brindar la información necesaria con respecto al proceso de investigación, 2) comprensión de la información proporcionada, 3) capacidad de consentir y 4) garantizar la libertad de revocar el consentimiento si el participante lo desea (Cancino et al., 2019).

2. Solicitud de informes (primer acercamiento)

Mediante un formato, en el que se solicitan algunos datos del consultante, se inicia el primer contacto (*anexo 3*) en el que se utiliza motivación al cambio con el fin de que el paciente acceda al tratamiento psicológico. Se trata de empatizar con la persona, conocer sus circunstancias y datos sociodemográficos, para más tarde profundizar con la entrevista inicial.

3. Entrevista semiestructurada

Es una técnica de obtención de información que forma parte del método de investigación. Esta nos permite reformular preguntas profundizar en temas de interés, así como brindar la posibilidad de que el paciente cree un discurso, es decir, que no de respuestas cerradas (*anexo 4*). Generalmente, para su aplicación, es necesario contar con una guía que contenga las preguntas fundamentales, pero al mismo tiempo, dar pie a formular otras preguntas que sean emergentes (Añorve, 2023).

4. Historia clínica psicológica

Es el instrumento en el cual queda plasmada la evaluación que el profesional de la salud lleva a cabo. En ella se registran los criterios del proceso de salud-enfermedad del paciente que permite al terapeuta adquirir una visión completa del caso y así brindar un diagnóstico y tratamiento adecuados acorde a las necesidades del paciente (*anexo 5*). Este escrito incluye puntos relevantes tales como: examen mental, motivo de consulta, antecedentes de vida, antecedentes psicológicos, antecedentes familiares, historia de consumo, el desarrollo de cada sesión, el diagnóstico y el tratamiento (Arias et al., 2022).

B. Instrumentos de evaluación

Antes de comenzar con la descripción de cada una de las pruebas que se emplearon para evaluar a la paciente, debemos diferenciar entre pruebas diagnósticas y de tamizaje. Las pruebas de tamizaje son aquellas que se utilizan para evaluar el riesgo de padecer algún trastorno, tal como el consumo de sustancias, se trata de instrumentos de fácil aplicación e interpretación que son auxiliares en el diagnóstico clínico, Por otro lado, las pruebas diagnósticas se refieren a todos aquellos instrumentos empleados para evaluar la presencia de cualquier condición, problemática o padecimiento, su sintomatología y posibles características (Conde et al., 2018).

1. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, por sus siglas en inglés) es una prueba de tamizaje desarrollada por el psiquiatra Aaron T. Beck en el año 1988. Esta prueba pretende medir la severidad de la sintomatología ansiosa que experimenta cada individuo. Cabe mencionar que con dicha prueba no se puede obtener un diagnóstico con respecto a los trastornos de ansiedad, debido a que no los clasifica; sin embargo, brinda datos de importancia para una primera aproximación a dichos trastornos (Guillén & González, 2019).

Este inventario es una de las pruebas más utilizadas en el campo de la psicología, debido a que es de fácil aplicación, calificación e interpretación. Es una prueba conformada por 21 ítems de opción múltiple, que pide al paciente que indicar la afectación que ha experimentado durante las últimas semanas según una serie de síntomas que se presentan. Su calificación está basada en una escala tipo Likert, en la que 0 indica ausencia de la sintomatología y 3 es el valor máximo de afectación. La puntuación total se obtiene sumando el resultado de cada uno de los reactivos, siendo 0 el puntaje mínimo y 63 el puntaje máximo. En la población mexicana las normas se aplican de la siguiente manera: 0-5 puntos ansiedad mínima; 6-15 puntos ansiedad leve; de 16-30 ansiedad moderada y de 31-63 ansiedad severa (*anexo 6*) (Guillén & González, 2019).

2. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés) es una prueba de tamizaje creada por el psiquiatra Aaron T. Beck en el año 1996, cuyo objetivo es medir la severidad de la sintomatología depresiva que presenta el paciente. Al igual que el BAI, fue creada con el fin de brindar al profesional de la salud información con respecto al nivel de depresión en que se encuentra cada paciente. También es un instrumento que resulta de fácil aplicación y puede ser de aplicación, siempre y cuando el paciente comprenda el contenido. (*anexo 7*). Esta prueba consta de 21 ítems de opción múltiple, calificados a través de una escala tipo Likert en donde el 0 representa un valor inexistente de depresión y el 3 el

valor de severidad máximo. La puntuación total va de 0 a 63 puntos. Dentro de la población mexicana su estandarización la realizaron Jurado et al. (1998) indicando que mientras mayor puntuación, mayor es la sintomatología depresiva, siendo que, un puntaje mayor a 10 indica presencia de depresión. Las categorías de calificación se dividen en: 0-9=no depresión, 10-18=depresión leve, 19-29=depresión moderada y de 30 a 63=depresión grave (Sánchez et al., 2022).

3. Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CESD)

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D por sus siglas en inglés) fue creada en el año 1977 por Leonore Radloff como una prueba de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en la sintomatología, siendo una herramienta de fácil y rápida aplicación. Consta de 20 reactivos que describen situaciones que generan síntomas depresivos durante la última semana. Las respuestas tienen un valor que va de 0, 1, 2 y 3, siendo 3 el nivel de mayores datos de depresión. Tiene una puntuación total de 60. Sin embargo, tiene reactivos planteados de forma inversa, por lo cual, el modo de calificación es, también, de manera inversa (Eloy et al., 2021).

Fue validada en México por María del Carmen Mariño y colaboradores (1993) (Salazar, 2019). Su nueva actualización posee un total de 35 ítems que se dividen en: afecto deprimido (ítems 2, 6, 4, 9, 14); afecto positivo (ítems 31, 33, 27); inseguridad emocional y problemas interpersonales (ítems 15, 17, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 34, 35); somatización (ítems 1, 3, 5, 16, 18, 19, 20); bienestar emocional (ítems 22, 23, 24) y actividad retardada (ítems 7, 8, 10, 11, 12, 13) (*anexo 8*) (Ramos, 2020).

4. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

El inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) versión en español del State-Trait Anxiety Inventory (STAI), es un instrumento psicométrico desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), el cual tiene como objetivo medir la ansiedad en dos dimensiones

distintas: ansiedad-rasgo, en la que se pide al paciente describir como se siente generalmente y; ansiedad-estado, la que los pacientes responden con base a como se sienten en determinado momento (Rojas, 2010). Fue estandarizada en población mexicana por Díaz-Guerrero y Spielberger (1975). Cada subescala consta de 20 preguntas en escala tipo Likert de 4 alternativas, un porcentaje de los reactivos se encuentran a la inversa y evalúan bienestar y ausencia de ansiedad, mientras que el resto de los reactivos se refieren a la presencia de ansiedad (*anexo 9*) (García, et al., 2017).

5. Escala de impulsividad de Barratt

Michael Reed Barratt creó la Escala de Impulsividad de Barratt con el fin de diferenciar los síntomas de ansiedad, de las conductas y/o pensamientos impulsivos. Dicha prueba ha sido modificada en diversas ocasiones para ser perfeccionada. Se trata de un instrumento que puede ser autoaplicable de forma sencilla. Está compuesto por 30 ítems de opción múltiple, las cuales están agrupadas en tres subescalas que se dividen en impulsividad motora, impulsividad cognitiva e impulsividad no planificada, que se califican mediante una escala Likert cuyos valores se puntúan de 0, 1, 3 y 4 (se omite el 2), siendo 0 el valor mínimo y 4 el máximo. Contiene ítems inversos que son puntuados de 4, 3, 1 y 0 (*anexo 10*) (Gómez, 2020).

6. Test de Fagerström

La prueba de Fagerström fue desarrollado en 1989 por Karl Fagerström con la finalidad de medir el grado o nivel de dependencia física que experimenta cada persona fumadora con respecto a la nicotina. En 1998 se adaptó y validó para la población mexicana gracias al trabajo de Becoña y Vázquez. Actualmente se trata de uno de los cuestionarios más utilizados como auxiliar para el diagnóstico y grado de dependencia al tabaco (Martín & López, 2022). Esta evaluación consta de 6 ítems de opción múltiple, que buscan conocer la dependencia fisiológica del fumador. Se califica con una escala tipo Likert, en la que su puntuación máxima

es de 10 puntos, los cuales se dividen en: dependencia leve (0-3), dependencia moderada (4-7) y grave (8-10) (*anexo 11*) (Martín & López, 2022).

7. Cuestionario de motivos de Russell

El Cuestionario de Motivos para Fumar de Russell implementado en el año 1979 busca medir las motivaciones de cada individuo para ingerir nicotina. Dichas motivaciones se dividen en: **motivos sociales** que representan el entorno en el que se desarrolla cada persona; **motivos psicológicos** como el consumo por cuestiones de estrés y/o ansiedad; y **motivos físicos** como la adaptación del organismo a la sustancia adictiva (García et al., 2019). Está compuesto por 18 reactivos que miden en una escala Likert que va de 1-5, siendo 1 el valor mínimo y 5 el valor máximo, contiene opciones de respuestas como nunca, rara vez, a veces, casi siempre y siempre. El mayor puntaje es de 72 puntos y de estos se identifican los siguientes motivos para fumar: estímulo, manipulación, relajación, reducción de la tensión, necesidad y adicción. Cada clasificación puede tener un máximo de 12 puntos como calificación (*anexo 12*) (García et al., 2019).

8. Test de MoCA

El Montreal Cognitive Assessment (MoCA, por sus siglas en inglés) es una prueba de tamizaje publicada en el año 2005 por el neurólogo canadiense Ziad Nasreddine. Se trata de un test breve y sencillo que tiene como finalidad detectar el deterioro cognitivo leve y la demencia. Su aplicación tiene una duración de 10 a 15 minutos, únicamente requiere de lápiz y papel, mientras que el aplicador brinda las indicaciones necesarias para su realización (Spósito & Llorens, 2022). Esta prueba evalúa 6 dominios cognitivos: 1) capacidad visuo-espacial, 2) lenguaje, 3) memoria, 4) función ejecutiva, 5) atención/concentración/memoria de trabajo y 6) orientación. Su puntaje máximo se pondera en 30 puntos, indicando que no existe deterioro cognitivo. Cabe mencionar que, para las personas con menos de 12 años de

escolaridad se otorga un punto. Debajo de los 26 puntos, se considera un deterioro cognitivo leve, el cual se debe corroborar con otros instrumentos (Spósito & Llorens, 2022). (anexo 13) Esta prueba fue adaptada en población mexicana por Ledesma (2014).

Método

Se llevó a cabo una intervención psicológica bajo el marco enfoque cognitivo conductual (TCC), tal como lo establece el manual de procedimientos de la Clínica contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas Dr. Raúl Cicero Sabido.

El programa de intervención está constituido por dos disciplinas, pues se evalúa la parte médica y psicológica del paciente. En cuanto a la parte médica, se trató de una valoración por el médico neumólogo, que tuvo como objetivo descartar o detectar de manera temprana alguna patología derivada del consumo de alguna sustancia. Para ello se emplearon estudios rutinarios tales como el electrocardiograma, la química sanguínea, la biometría hemática, la placa de tórax o la prueba de función pulmonar. Una vez obtenidos los resultados se interconsulta al servicio que sea necesario para valoración y tratamiento, si el paciente lo requiere.

En el apartado psicológico, la intervención se compone de aproximadamente 8 a 10 sesiones, que se llevan a cabo una vez por semana con una duración aproximada de 50 minutos. Como se mencionó anteriormente se trabaja bajo el enfoque Cognitivo Conductual, así como con Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC), en la cual se identificaron los pensamientos irracionales del paciente, y con base en los resultados, se realizó la reestructuración cognitiva.

A continuación, se describe el proceso de valoración, evaluación, diagnóstico e intervención que se llevó a cabo para la paciente CJML. Cabe mencionar, que en este caso se realizó una extensión de intervención debido a los determinantes sociales de la salud que se encontraron en el caso.

Valoración inicial

La intervención terapéutica comenzó desde el primer encuentro que se tuvo con la paciente. En dicho encuentro se llevó a cabo un breve test por primera vez, que tuvo por objetivo motivar al paciente hacia el cambio, así como establecer un adecuado rapport que permitió crear un lazo de confianza, logrando así persuadir a la interesada de ingresar al tratamiento. En el primer contacto, también se obtuvo información importante sobre el motivo de consulta, así como datos generales que se profundizaron en la primera sesión. Después de explicar a la paciente el proceso de intervención que se lleva a cabo en la clínica, y una vez que aceptó ingresar al tratamiento, procedimos a firmar el consentimiento informado.

En la primera y segunda sesiones se llevó a cabo la entrevista por primera vez. Se realizó una entrevista semi-estructurada mediante terapia motivacional como asesoría para que la paciente desarrollara un cambio en el comportamiento mediante la exploración de diferentes ámbitos de su vida. Con base en la información obtenida se realizó la historia clínica psicológica que permitió estructurar de manera adecuada y ordenada el caso. Se aplicó una batería de pruebas psicométricas con el fin de corroborar la información brindada durante la indagatoria.

Evaluación y diagnóstico

Se llevó a cabo la aplicación de la batería de pruebas psicométricas que se realiza dentro la clínica, que incluye: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), Escala de Impulsividad de Barrat, Test de Fagerstrom y Cuestionario de Motivos para Fumar de Russell y la Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA)

Una vez calificada e interpretada la batería de pruebas, se corroboraron los resultados con la información obtenida en la indagatoria, posteriormente, se consultó el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales versión V (DSM-V) para establecer el diagnóstico correspondiente. ***F17.20 Trastorno por consumo de tabaco.***

Intervención

Una vez establecida la formulación del caso mediante la historia clínica psicológica, se estableció el plan de intervención conforme lo estipula la clínica, tomando en cuenta los objetivos terapéuticos y metas clínicas. Cabe mencionar que en algunas sesiones se modificaron las actividades propuestas por el manual, pues así lo requirió el proceso de la paciente.

La fase de intervención tuvo una duración de 10 sesiones que se llevaron a cabo semanalmente, en las que se explicó a la paciente el proceso haciéndole saber las conductas problema que se trabajan dentro de la triada cognitiva: pensamiento, emoción y conducta.

En la fase de tratamiento el consumo de tabaco y el abordaje de problemas de la vida cotidiana fueron los ejes centrales. Los objetivos específicos de las sesiones fueron: disminuir sintomatología ansiosa, trabajar autoestima, comunicación asertiva, brindar estrategias de afrontamiento a la presión social, autocuidado físico y emocional, entre otros.

Las técnicas de intervención utilizadas en el tratamiento de la paciente siguieron los lineamientos señalados por Ocampo et al. (2022):

- Entrenamiento en inoculación conductual
- Autoregistro-automonitoreo
- Relajación y respiración
- Relajación progresiva
- Visualización dirigida
- Técnica de auto diálogos eficaces
- Técnica de Juego de roles
- Entrenamiento en solución de problemas
- Escritura emocional autorreflexiva y carta de despedida
- Reestructuración cognitiva
- y, psicoeducación.

Extensión de intervención

Se realizó una extensión de intervención debido a los determinantes sociales de la salud que se identificaron a lo largo del tratamiento, con el fin de abordarlos de manera integral y multidisciplinaria con los otros servicios de salud a los que se interconsultó. Es decir, se trabajó la adherencia al tratamiento médico mediante el reforzamiento de lo aprendido en las sesiones psicológicas.

CAPITULO 6. REPORTE DE CASO CLÍNICO

Formulación del caso

Datos sociodemográficos

Nombre del paciente: CJML

Sexo: Femenino

Edad: 32 años

Fecha de nacimiento: 25 de diciembre de 1990

Estado civil: Soltera

Ocupación: Estudiante y comerciante

Escolaridad: licenciatura en comunicación y cultura, en curso

Religión: católica

Lugar de nacimiento: Ciudad de México

Domicilio: Actual residente de la zona centro de la CDMX.

Con quién vive: Madre, hermanos y familia materna

Tipo de vivienda: inmueble de la familia materna. Uso compartido/una sola habitación.

Tipo de familia: Monoparental

Familiograma

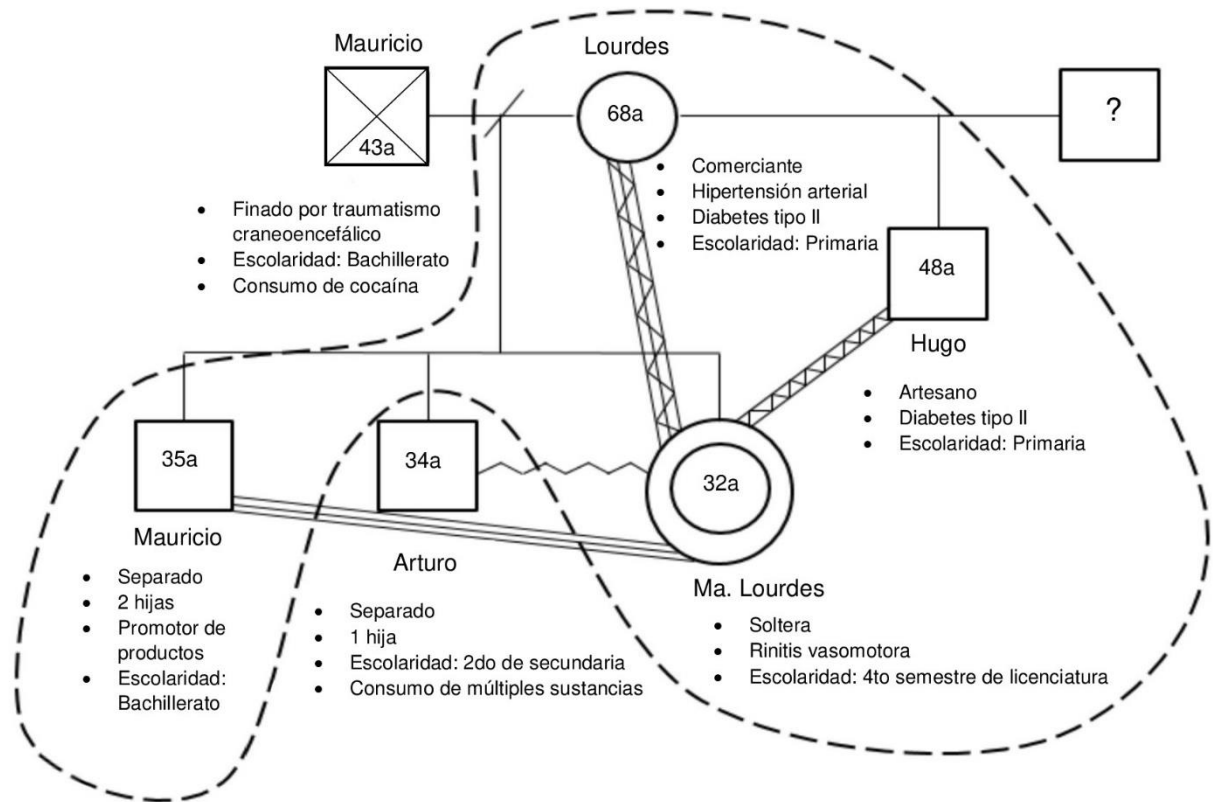


Figura 8. Relación familiar de la paciente.

Descripción del motivo de consulta

La paciente se presentó a la clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas dentro del Hospital General de México. Fue derivada de la Secretaría de Salud, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia "Hospital Juárez Centro", con un diagnóstico de "Rinitis vasomotora por tabaco", enviada a la clínica para valoración y tratamiento por consumo de tabaco crónico, aunado a un diagnóstico psicológico de neurosis de angustia y ansiedad sin previa aplicación de pruebas psicológicas, por un médico otorrinolaringólogo del Hospital Juárez Centro.

Descripción del problema

La paciente presenta consumo de tabaco crónico desde hace 11 años, a razón de 7 cigarrillos por día como cantidad máxima. Al indagar sobre el inicio de la ingesta ella indicó que lo utiliza con el fin de disminuir la sintomatología de ansiedad que le generan los conflictos familiares y personales de su entorno.

La paciente considera como parte de la problemática haber vivido la mayor parte de su adolescencia y adultez haciéndose cargo de las tareas domésticas de su hogar debido a que su madre y hermanos hombres le delegan esas actividades por el hecho de ser mujer. Tal situación desencadenó el abandono de sus estudios universitarios, pues al mismo tiempo debía trabajar en el negocio familiar. Su convivencia familiar está pautada por falta de comunicación y confianza, así como poca demostración afectiva por parte de su progenitora.

Antecedentes heredofamiliares

Su madre tiene 68 años, padece hipertensión y diabetes tipo 2 detectada hace aproximadamente 6 meses. Su grado de escolaridad corresponde a la primaria concluida, actualmente es comerciante (venta de frutas y verduras). Su padre falleció a la edad de 43 años debido a un traumatismo craneoencefálico desencadenado por un accidente laboral, tenía antecedentes de adicción a la cocaína.

Tiene un hermano uterino, llamado Hugo (hijo de la misma madre) quien tiene 48 años de edad, padece diabetes tipo 2 y retinopatía diabética (pérdida de la visión). Su grado de escolaridad corresponde a la primaria concluida, trabaja como artesano independiente. Tiene un hermano consanguíneo llamado Mauricio, quien tiene 35 años, estudios de bachillerato, actualmente trabaja como promotor de productos, su estado civil es separado y tiene 2 hijos. No padece enfermedades crónico-degenerativas y consumo de tabaco. Arturo es el tercero de sus hermanos, tiene 34 años, su escolaridad corresponde a secundaria trunca,

actualmente desempleado. Vive en unión libre, tiene una hija. No padece enfermedades crónico-degenerativas; sin embargo, tiene antecedentes de consumo de múltiples sustancias de forma regular, es decir, lleva aproximadamente 8 años ingiriendo sustancias ilícitas todos los días hasta perder la conciencia (alcohol, cocaína, marihuana), fue internado en un Centro de Integración Juvenil; sin embargo, no logro rehabilitarse, por lo que actualmente consume.

Antecedentes familiares

Se trata de una paciente cuya infancia, adolescencia y adultez, dependido emocionalmente del sistema familiar; debido a que fue criada con una cultura machista, CJML se siente responsable de cuidar de su familia, dejando de lado su salud emocional y física propia.

En cuanto a su convivencia con el núcleo familiar indicó tener una relación respetuosa con su madre; sin embargo, no es tan cercana, pues no tiene suficiente confianza en ella como para expresar abiertamente sus puntos de vista y/o creencias propias. Su madre le delega actividades que no le corresponden, tales como hacerse responsable de la salud de sus hermanos y de ella (mamá). Con su hermano Hugo, la convivencia es solidaria, pues lo apoya en la adherencia al tratamiento médico que él debe llevar, lo acompaña a sus consultas y le proporciona asistencia en las actividades que necesite, sin embargo, en algunas ocasiones Hugo obtiene beneficios secundarios de su enfermedad, es decir, delega todas las actividades básicas a la paciente, incluyendo el cuidado de su persona. Por otro lado, refiere una relación conflictiva con su hermano Arturo, debido a que se le diagnosticó alcoholismo y consumo de sustancias, por ello, lo describe como una persona sumamente agresiva, por lo que, prefiere mantener una relación distante, ya que la agrede de manera verbal haciendo comentarios desagradables respecto a su físico y personalidad. Con su hermano Mauricio tiene una relación cercana, pues menciona que es el único de sus hermanos con quien puede

entablar una conversación, pues comprende sus puntos de vista, la apoya económica y moralmente para que continúe con sus estudios y sea independiente.

Antecedentes personales

Durante la infancia Lourdes sufrió acoso debido a que su padre biológico no accedió a brindarle su apellido y reconocerla como hija consanguínea, entonces recibió burlas y críticas por parte de profesores y padres de familia de sus compañeros.

Dentro de sus relaciones personales, la paciente mencionó haber tenido una relación de 7 años con Humberto, quien ejerció violencia física, verbal y emocional en su contra, aunado al hecho de que la engañó con múltiples parejas sexuales. Sin embargo, también es dependiente emocional de esta persona, por lo cual, no establece un límite con él y, aunque ya no tienen una relación formal siguen en contacto de manera esporádica. Estas situaciones desencadenaron en la paciente una baja autoestima y falta de comunicación asertiva, así como, un nulo manejo de emociones y carencia de inteligencia emocional.

Otro hecho importante en la vida de la paciente fue solicitar una baja temporal en la universidad debido a los conflictos familiares, pues atender a su madre y hermano Hugo, así como el hacerse cargo del negocio familiar, le impedían cumplir con sus actividades escolares, lo que le ocasionó una baja importante en su rendimiento académico decidiendo así, suspender su formación.

Antecedentes patológicos, psicológicos y psiquiátricos

Hace dos años la paciente enfermó de herpes febril debido a estrés y angustia continua, desencadenada por una psicosis inducida por el consumo de sustancias de su hermano Arturo.

En el Hospital Juárez le dieron como diagnóstico médico de *rinitis vasomotora* por consumo de tabaco, además de un diagnóstico psicológico de “neurosis de angustia y ansiedad”; sin embargo, no se aplicaron los estudios médicos y pruebas psicométricas correspondientes para brindar un diagnóstico, únicamente se basaron en el diálogo y las impresiones psicológicas del médico del Hospital Juárez. Fue hasta el Hospital General de México que se le brindó la atención adecuada, descartando los diagnósticos anteriores y enviando a interconsulta al servicio de Estomatología para valoración y tratamiento por prognatismo mandibular, distorsión articular y asimetría facial.

Entre otros padecimientos se encuentran problemas ginecológicos, tales como síndrome de ovario poliquístico, pólipos y úlceras dentro del cuello uterino, las cuales fueron diagnosticadas mediante un ultrasonido endovaginal, en un consultorio privado, motivo por el cual se refirió al servicio de Ginecología del Hospital General de México, en donde se llevó a cabo una histeroscopia como forma de intervención quirúrgica para retirar los pólipos del útero y actualmente se le brinda seguimiento para recibir el tratamiento adecuado.

Niega antecedentes de atención psicológica y/o psiquiátrica.

Factores de riesgo

Son aquellos elementos que intervienen en el proceso de adquisición de una adicción, incluyen características personales que incrementan la vulnerabilidad de consumir alguna sustancia psicoactiva, como en este caso el tabaco. Entre los factores de riesgo más comunes se encuentran: 1) edad, 2) educación, 3) fácil disponibilidad de la sustancia, 4) influencia social y 5) riesgo familiar (falta de comunicación o violencia de algún tipo) (Lorenzo, 2020).

Factores de mantenimiento

Son aquellos factores de riesgo que han estado presentes en el desarrollo de la adicción y los cuales, no han sido resueltos satisfactoriamente, por ello, aumenta aún más la probabilidad de permanecer consumiendo alguna droga hasta que estos elementos sean tratados debidamente (Terán, 2022).

Como bien se menciona, el no resolver los conflictos que se presentan a lo largo de diferentes etapas de nuestra vida influye en la constitución de una adicción, por ello es fundamental trabajarlos en psicoterapia con el fin de aprender estrategias de afrontamiento.

Factores de protección

Por factor de protección entendemos a todos aquellos elementos que disminuyen la probabilidad de consumir alguna sustancia psicoactiva, tales como evitar la imagen atractiva del fumador, convivir con personas que no consuman tabaco, tener una comunicación asertiva en la familia, realizar actividades recreativas; así como la legislación para el control del tabaco, la cual prohíbe generar publicidad en cualquier medio de información, no autorizar la venta a menores de edad, espacios libres de humo de tabaco, etc. (Trillos & Cogollo, 2022).

CAPITULO 7. RESULTADOS

En este apartado se presentan los hallazgos obtenidos durante el proceso de evaluación e intervención, los cuales se describen brevemente en cada sesión.

Sesión 1. Se llevó a cabo la indagatoria inicial, mediante la entrevista semiestructurada; en esta sesión se recopilaron datos importantes de la paciente, tales como sus antecedentes heredofamiliares, familiares, psicológicos, patológicos y personales, también se le cuestionó sobre el patrón de consumo de tabaco y los motivos que le llevaron a consumirlo, se registró un número de 7 cigarros por día. Mediante terapia motivacional se asesoró a la paciente con el fin de comenzar un cambio en los diferentes ámbitos de su vida cotidiana, a lo que respondió de manera positiva e interesada en seguir con el tratamiento que se le brindó. De acuerdo con Prochaska y Diclemente, la paciente se encontraba *en preparación* pues reconoció los daños que ocasiona el consumo de tabaco y realizó conductas para intervenir la ingesta, como asistir a la clínica.

Sesión 2. Durante esta sesión se le brindaron a la paciente estrategias de afrontamiento contra la presión social sobre cómo evitar el consumo de tabaco en situaciones de riesgo, así como aprender a identificar las emociones que experimenta en su entorno familiar y psicosocial con el fin de saber cómo actuar de manera asertiva. La paciente externó sentirse preparada para dejar de lado responsabilidades familiares que no le corresponden y establecer límites dentro de la dinámica familiar.

Adicionalmente se utilizó una técnica de psicoeducación con respecto al tema de autocuidado, pues se hace saber a la paciente que es necesario cuidar de su bienestar, para que posteriormente pudiera ayudar a los demás.

Sesión 3. En esta sesión se llevó a cabo una interconsulta a Estomatología con el Dr. Paredes, debido a que la paciente tiene diagnóstico de mordida cruzada, distorsión articular y asimetría facial, motivo por el cual se debe llevar a cabo la realización de diferentes estudios de protocolo, con el fin de implementar un tratamiento adecuado. Se abordó la adherencia al tratamiento médico y psicológico.

Sesión 4. Mediante terapia motivacional, se impulsó a la paciente a tomar decisiones acerca del autocuidado, la importancia de la adherencia al tratamiento y respecto a mejorar la calidad de vida física y emocional. Se le brindó educación para la salud sobre el consumo de tabaco, sus componentes y su principal sustancia adictiva. Se realizó una reestructuración cognitiva mediante clarificación, sobre el sentimiento de amor, enamoramiento y el respeto que debe existir dentro una relación afectiva. Como tarea se pidió a la paciente realizar una actividad conductual en la que debía escribir una carta de despedida al tabaco. Para este momento la paciente se encontraba en *preparación-acción* pues disminuyó la ingesta de tabaco a 3 unidades por día. Se le solicitó que, para la próxima sesión, se presentara con abstinencia de al menos 24 horas.

Sesión 5. A lo largo de la sesión se desarrollaron habilidades que facilitaron a la paciente afrontar situaciones estresantes, así como la obtención de herramientas de liderazgo, que le permitieron delegar las responsabilidades a cada miembro de su familia y tomar únicamente el lugar que le corresponde dentro del sistema familiar. Se realizó una reestructuración cognitiva positiva respecto al amor y la costumbre, en la que se modificaron pensamientos irracionales con respecto a la relación afectiva que mantenía con su ex pareja. Se encontraba en la etapa de *acción* según Prochaska y Diclemente, pues lleva un registro de 13 días sin consumo de tabaco.

Sesión 6. Se llevó a cabo la técnica de Psicoeducación en asertividad y manejo de emociones con el fin de obtener habilidades de comunicación hacia su entorno familiar y social. En los días previos la paciente logró tomar decisiones, sin embargo, debe aprender a hacerlo de manera asertiva y regulando sus emociones. Como resultado de la intervención, se observa que la paciente es capaz de tomar decisiones y resolver problemas, en los que antes se frustraba fácilmente.

Para esta sesión se registraron 21 días sin consumo de tabaco, se utilizó el TREC para recabar información respecto a esta parte del tratamiento, pues la paciente percibió el dejar de fumar como un proceso “complicado debido a que en su entorno la mayoría de las personas consumen tabaco (sic)”, por lo cual se modificaron las creencias y actitudes que la paciente experimenta al respecto y se buscó fortalecer los factores de protección tales como realizar actividades físicas y recreativas.

Sesión 7. Se llevó a cabo el seguimiento de la sesión anterior, culminando con el tema de asertividad y emociones. Se cuestionó la forma de manejar y expresar las emociones, lo cual es un tema que necesitó reforzamiento, pues la paciente no logró identificar completamente cómo se sentía.

Debido a una situación estresante consumió tabaco, por ello, se implementaron técnicas de relajación mediante respiraciones, con el fin de llevarlas a cabo cuando se presenten estímulos generadores de angustia, ansiedad o estrés. Se mantiene en etapa de acción, pues únicamente consumió un día y los restantes decidió realizar una caminata para disminuir los síntomas de ansiedad.

Sesión 8. Se realizó psicoeducación respecto a la inteligencia emocional y el manejo de emociones y su influencia en la toma de decisiones. La paciente fue capaz de reconocer

el enojo que experimenta al sentirse responsable de su núcleo familiar; sin embargo, propuso seguir estableciendo límites y tomar decisiones pensando en su bienestar. Se trabajó respecto al cese del consumo del tabaco mediante motivación al cambio, indicando a la paciente que inició un proceso de transformación que ayuda a modificar su estilo de vida y que en todo proceso es normal experimentar emociones y/o pensamientos negativos; sin embargo, es importante seguir trabajando en consolidar sus nuevas conductas y pensamientos adaptativos. La paciente consumió 2 cigarrillos, que encendió, fuma una vez y apago. Sigue implementando conductas saludables como caminar, andar en bicicleta y nadar.

Sesión 9. Se llevó a cabo la técnica reestructuración cognitiva según Albert Ellis en la que se modificaron distorsiones del pensamiento, tales como debo/tengo, comparaciones, no puedo/no soy capaz, entre otras. Después de la aplicación de la técnica, la paciente logró reconocer los cambios que ha implementado en su vida y lo importante que es seguir consolidándose, así como seguir construyendo su autoestima y seguridad. También se llevó a cabo la técnica de visualización dirigida, con el fin de que la paciente sea capaz de obtener las habilidades necesarias para afrontar el abandono y mantenimiento sin consumo de tabaco. Llegó a la sesión con más de 24 horas sin ingesta.

Sesión 10. Se llevó a cabo la técnica de psicoeducación sobre los derechos asertivos, razonamiento lógico, justificación, educación y confrontación, brindando ejemplos del significado de cada uno. De igual manera, por medio de la técnica de escucha reflexiva, la paciente manifestó sentirse incómoda con algunas situaciones familiares, por lo cual se habló sobre el establecer límites de manera asertiva, pues se retroalimentó haciéndole saber que todos pensamos, actuamos y experimentamos emociones de manera diferente, por lo que es importante el autoconocimiento, ya que nos permite conocer y establecer nuestros límites. En este punto se registraron 10 días sin consumo de tabaco.

Debido a los determinantes sociales de la salud que se identificaron a lo largo del caso, tales como vivir en una comunidad en la que se consume tabaco y otras sustancias adictivas, tener una relación conflictiva con su familia, vivir en un ambiente de violencia familiar y de pareja, bajos recursos, escasa educación y falta de autocuidado, se realizó una extensión de intervención, con el fin de tomar en cuenta dichos factores y brindar estrategias de afrontamiento sociales, cuidar de su salud física y seguir implementando hábitos saludables, con el objetivo de conseguir una adecuada adherencia a los tratamientos médicos y mantenerse en abstinencia.

Sesión 11. Se inició la sesión realizando un encuadre, felicitando a la paciente por el trabajo que ha realizado a lo largo de las sesiones y los cambios significativos que ha implementado. La paciente es capaz de reconocer que ha adquirido habilidades de afrontamiento, ha incrementado su autoestima y se ha puesto como prioridad ante diferentes situaciones en las que antes no lograba hacerlo.

Se revisó la tarea anterior respecto al razonamiento lógico, derecho asertivo, justificación, educación y confrontación; se plantearon ejemplos de la vida cotidiana en los cuales se ponen en práctica dichos conceptos en los que la paciente logró identificar cada uno de forma adecuada. Se registran 18 días sin consumo de tabaco.

Sesión 12. Se realizó la historia clínica médica con la Dra. Neumóloga, con el fin de recabar datos médicos antecedentes que sean de importancia a su padecimiento actual de consumo. De igual manera, se llevó a cabo la valoración de estudios correspondientes al paquete de tratamiento de la clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas, con el fin de descartar alguna patología que sea derivada al consumo de tabaco. Se mantiene en etapa de *acción*, pues se registran 26 días sin consumo y ante situaciones de estrés implementa técnicas de relajación o actividades físicas.

Sesión 13. Se realizó una técnica de role playing, brindando una situación en la que la paciente debe identificar y actuar conforme a cada uno de los conceptos que se revisaron previamente, con el fin de que la paciente ponga en práctica de manera activa los conocimientos adquiridos anteriormente. Se obtuvo un resultado positivo, pues la paciente fue capaz de diferenciar las situaciones que se presentaron, así como de demostrar las habilidades de afrontamiento y estrategias para la resolución de problemas.

Para abordar los determinantes de la salud se realizó la técnica de psicoeducación haciendo hincapié en la importancia de que la paciente continúe con el tratamiento, atienda su salud física, adquiera hábitos saludables y ponga en práctica las estrategias de afrontamiento a la presión social ante el tabaco y otras situaciones de su vida. Se mantiene en 33 días sin ingesta de tabaco. Reconoció de manera favorable los determinantes que se presentan en su vida diaria.

Sesión 14. Se retroalimentó respecto a los temas que se han desarrollado a lo largo de las sesiones, la paciente fue capaz de identificar las situaciones que le generan estrés y ante las que respondió adecuadamente adecuada a dichos estímulos, poniendo en práctica los derechos asertivos.

Se utilizó la técnica de Psicoeducación sobre hábitos alimenticios, con el fin de que la paciente conozca los alimentos que aportan nutrientes a su organismo. De igual manera, reconoce que ha modificado su dieta incluyendo proteína, fibra y frutas y verduras; sin embargo, fue necesario retirar azúcares y comidas chatarra.

Se realizó una Interconsulta con el servicio de Ginecología, ya que al realizarse un ultrasonido vaginal le diagnosticaron una úlcera en las paredes del cuello uterino, motivo por el cual, se envía para valoración, corroboración del diagnóstico y tratamiento pertinente.

Sesión 15. Se realizó una Intervención en crisis por procedimiento ginecológico, ya que la paciente no se encontraba en las condiciones adecuadas, tanto físicas como emocionales, pues externó pensamientos irracionales de catastrofización y pensamiento dicotómico, ya que mencionó su constante preocupación por no poder concebir un hijo cuando ella lo deseara.

Se llevó a cabo la técnica de escucha reflexiva, con el fin de conocer la situación, los antecedentes, pensamientos y emociones de la paciente, para así, intervenir de manera adecuada. Se utilizó la técnica de clarificación y psicoeducación, con el objetivo de que la paciente modificará sus pensamientos irracionales con información verídica. Finalmente, logró buscar la mejor alternativa para resolver de manera asertiva el conflicto.

Sesión 16. En la primera parte de la sesión se recabó información sobre la biopsia del pólipo e histeroscopia que se le practicaron en el servicio de Ginecología.

Posteriormente, se realizó una reestructuración cognitiva en el tema de pensamientos irracionales derivado del procedimiento ginecológico. Finalmente, fue capaz de reconocer los cambios que ha implementado en su vida, así como de visualizar dichos procesos como el resultado de descuidar su salud, tomando en cuenta que desde ese momento se pondría como prioridad y atendería todas las cuestiones médicas que sean necesarias.

Sesión 17. Se brindó la técnica de psicoeducación en el tema "Importancia del uso de preservativos", como método de prevención de enfermedades de transmisión sexual, con el objetivo de que la paciente reconociera el factor de riesgo que representa no usar correctamente el condón, se le hace saber a la paciente que es el único método que previene enfermedades, si se utiliza adecuadamente.

El objetivo terapéutico se modificó, pues la paciente ya se encuentra sin consumo, por lo cual, se brindó seguimiento por parte de nuestro servicio con el fin de prevenir recaídas y abordar situaciones de su esfera familiar, social y personal.

Sesión 18. Se llevó a cabo la aplicación de pruebas post-test, con el fin de corroborar si hubo un cambio significativo en los niveles de ansiedad, depresión e impulsividad. Los resultados obtenidos arrojaron un adecuado cumplimiento del objetivo terapéutico, que fue reestablecer el autocuidado de la paciente, reducir la sintomatología de ansiedad y depresión y la adecuada adherencia al tratamiento médico.

Sesión 19. Después de aproximadamente 193 días desde su primera sesión, el seguimiento continuó con la finalidad de conocer los avances que la paciente obtuvo a lo largo de las sesiones. CJML indicó encontrarse enfocada en mejorar sus condiciones de vida, actualmente es capaz de identificar de manera oportuna los factores de riesgo y determinantes sociales que se le presentan, lo que le permite realizar cambios importantes, tales como hacer ejercicio físico, involucrarse en actividades recreativas, continuar con su carrera universitaria, entre otros. También se le felicitó por el nuevo estilo de vida que ha implementado, haciendo hincapié en la importancia de acudir a los seguimientos con el fin de prevenir recaídas.

Sesión 20. La paciente asistió a su sesión de seguimiento, en la que se usó la técnica de psicoeducación para proporcionarle tema de resolución de problemas, con el objetivo de reforzar lo trabajado en las sesiones previas. Actualmente, CJML es capaz de buscar alternativas viables a sus problemas, se percibe como una persona capaz, autosuficiente, inteligente y persistente. No ha consumido tabaco en más de 3 meses y mencionó no necesitarlo ante situaciones de estrés, pues busca y lleva a cabo soluciones.

Sesión 21. Durante esta sesión se llevó a cabo el seguimiento respecto a la ingesta de tabaco. Actualmente, se encuentra en la etapa de mantenimiento ya que lleva más de 6 meses sin consumo. Se llevó a cabo la técnica de visualización dirigida, en la que se pidió a la paciente, imaginarse en dónde, cómo y qué objetivo futuro le gustaría conseguir en los próximos 5 años de su vida. En primera instancia, la paciente reconoció los cambios logrados a lo largo del tratamiento, se identificó como una persona que confía en sí misma; al realizar la visualización logró establecer objetivos realistas, así como crear un plan de acción para llevar a cabo el cumplimiento de dichas metas.

A continuación, se describen los hallazgos del caso clínico, en cuanto a factores de riesgo, mantenimiento y protección (**tabla 3**), mantenimiento, análisis funcional de la conducta (**tabla 4**), aplicación pretest y postest (**graficas 1, 2 y 3**).

Factores	Descripción
Factores de riesgo	Social: <ul style="list-style-type: none"> - Uso de tabaco en lugares de ocio y diversión - Vivir en una vecindad al Centro de la Ciudad de México - Fácil acceso al tabaco - Compañeros/amigos que consumen tabaco Familiar: <ul style="list-style-type: none"> - Consumo de familiares cercanos - Falta de comunicación - Relaciones violentas - Educación machista - Agresiones verbales por parte de su violencia intrafamiliar - Carecer de una relación paternal Personal: <ul style="list-style-type: none"> - Baja autoestima - Dificultad para relacionarse - Carece de habilidades sociales - Carece de habilidades de afrontamiento Relaciones de pareja conflictivas
Factores de mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Convivir con personas que frecuentemente consumen tabaco - Uso del tabaco como un escape a la problemática familiar en la que se encuentra en lugar de generar

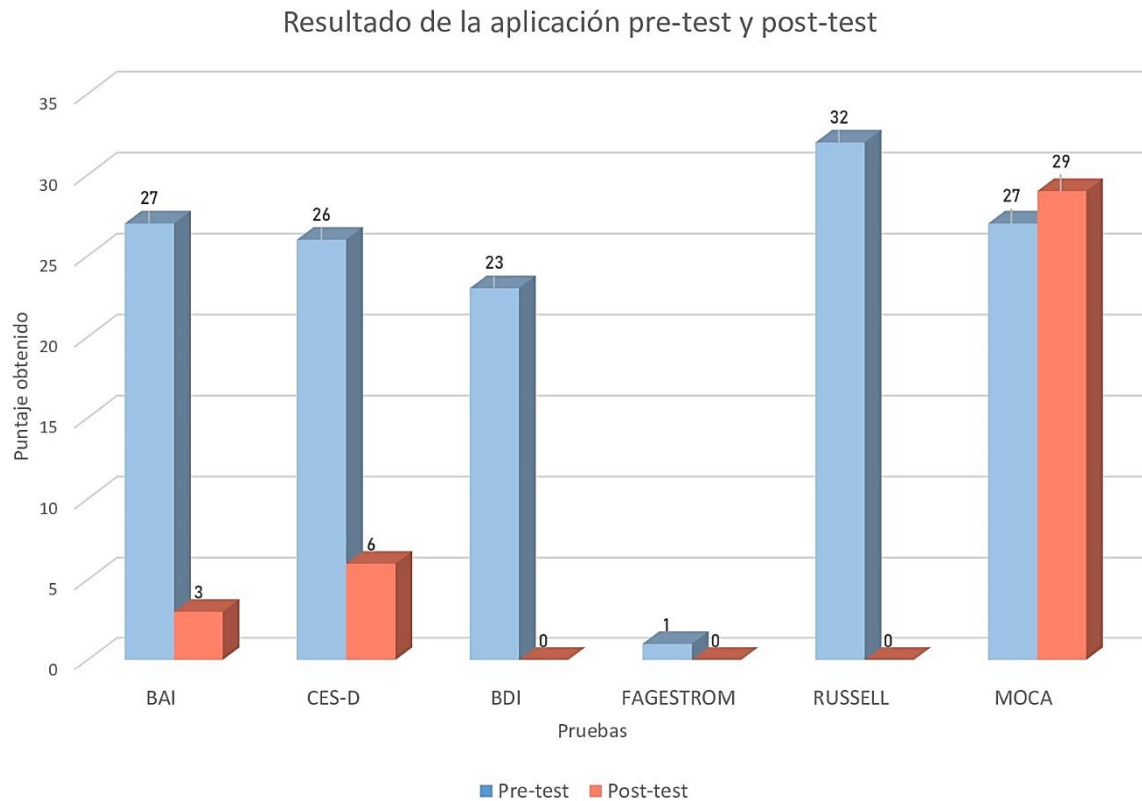
	medidas preventivas o tomar decisiones en cuanto a su consumo
Factores de protección	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar actividades recreativas (nadar, caminar, andar en bicicleta, ir al cine y al teatro). - Retomar sus estudios universitarios - Mejorar sus hábitos alimenticios y de sueño - Tomar decisiones importantes en cuanto a su salud física y emocional - Comenzar a socializar fuera del ámbito en el que se desenvuelve.

Tabla 3. Descripción de los factores de riesgo, mantenimiento y protección de una paciente consumidora de tabaco.

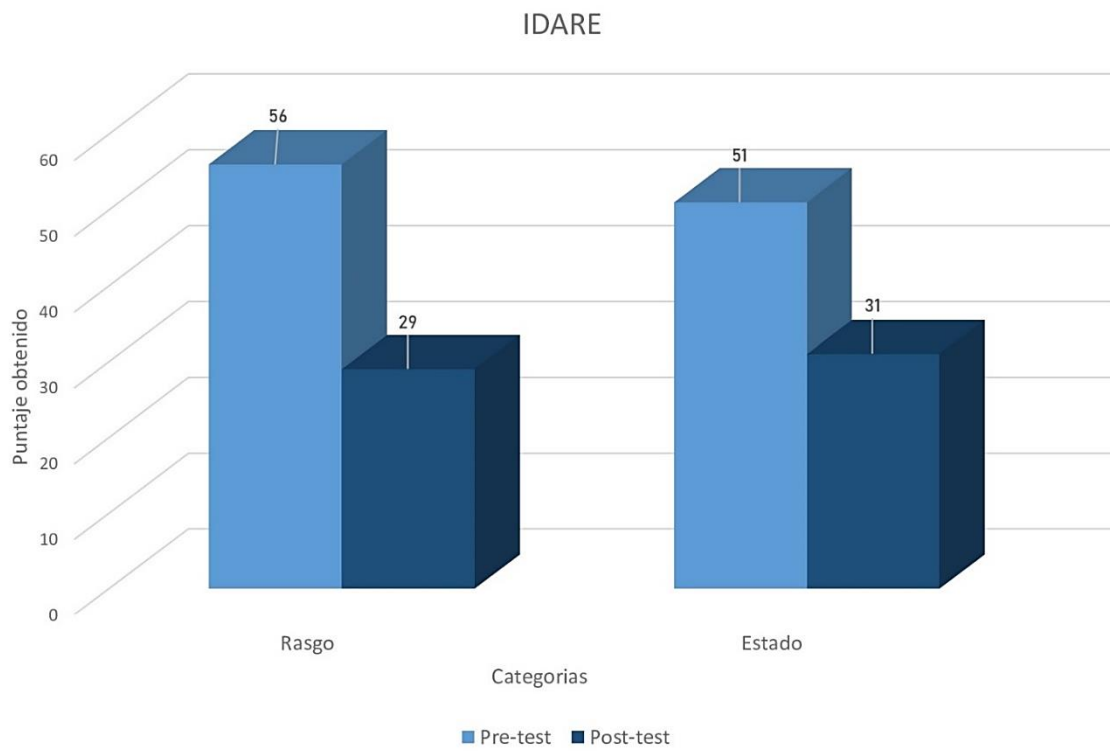
Antecedentes	Variables biológicas y sociales	Conductas de interés	Consecuencias de la conducta
<ul style="list-style-type: none"> - La paciente CJML comenzó a fumar hace aproximadamente 11 años, como una forma de escape a sus conflictos dentro del núcleo familiar. - personas cercanas a ella consumen tabaco, ha sido fumadora pasiva desde hace 20 años, posterior a eso ha sido fumadora activa. - La relación con su hermano Arturo es conflictiva, debido a que consume múltiples sustancias y en estado de intoxicación muestra comportamientos agresivos. - Su última relación amorosa fue durante el inicio del consumo de tabaco con una duración aproximada de 7 años, en los que su pareja fue infiel en múltiples ocasiones con diferentes parejas sexuales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente femenino de 32 años - Dx médico de prognatismo mandibular, sin atención previa - Dx ginecológico de pólipo endometrial en la pared uterina - Niveles de triglicéridos altos debido al consumo de azúcares - Presencia de síntomas físicos y psicológicos por abstinencia de consumo de tabaco. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de tabaco - Relaciones pasivo-agresivo - Falta de higiene y aliño - Llanto fácil - Poca expresión facial y gestual 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos irracionales relacionados con el futuro - Baja autoestima - Falta de concentración y atención. - Falta de comunicación asertiva - Manejo deficiente de emociones - Falta de cuidado personal - Abandonar su carrera universitaria por cuidar a su familia. - Persona aislada sin relaciones afectivas significativas más allá de su núcleo familiar.

Tabla 4. Análisis funcional de la conducta de una paciente consumidora de tabaco.

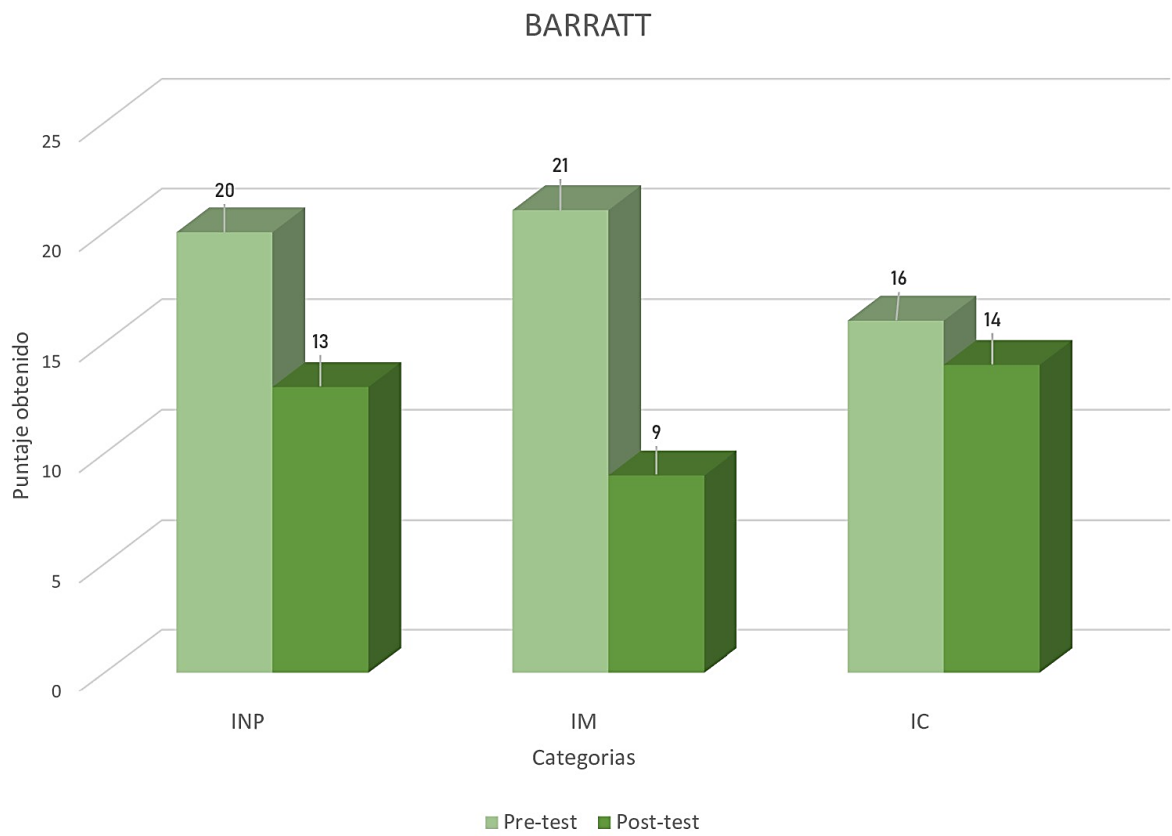
Interpretación cuantitativa de la aplicación pretest y postest



Grafica 1: resultados de la aplicación pretest y postest de las pruebas psicométricas BAI, CES-D, BDI, FAGERSTROM, RUSSELL Y MOCA, las cuales muestran una reducción en la sintomatología de ansiedad y depresión después del tratamiento psicológico; y en la aplicación del MOCA se muestra un puntaje mayor en la aplicación postest.



Grafica 2: resultados de la aplicación pretest y posttest de la prueba psicométrica IDARE, la cual muestra una disminución significativa de la sintomatología de ansiedad en dos periodos: rasgo y estado.



Grafica 3: resultados de la aplicación pretest y posttest de la prueba BARRATT, los resultados sugieren una disminución significativa en la subescala de INP e IM, sin embargo, fue necesario continuar trabajando en la disminución de la IC.

Interpretación cualitativa de la aplicación pretest

Cuando se aplicaron las pruebas que miden depresión se identificó que la paciente perdió el interés por actividades que antes disfrutaba realizar, además de presentar insomnio y disminución del cuidado personal. Debido a que en su vida tuvo cambios importantes que desencadenaron una situación estresante desde su infancia, los síntomas de depresión aumentaron conforme paso el tiempo. Durante la sesión la paciente menciona una situación humillante durante la primaria creando en la paciente aislamiento social, apatía y pérdida de interés, sintomatología que se mantiene a la fecha.

En las pruebas de ansiedad, la paciente obtuvo una puntuación alta, pues existen situaciones fuera de su control que desencadenaban sintomatología de ansiedad, tales como preocupación persistente por actividades y personas, movimientos repetidos con manos y pies y pensamientos catastróficos hacia el futuro.

En relación con la escala de Barratt, la subescala con mayor puntuación fue la impulsividad motora. Es decir, impresiona responder o actuar sin reflexión y prudencia, dejándose llevar por las situaciones que se presentan en el momento.

Cuando se evaluó la dependencia a la nicotina, los resultados obtenidos en la prueba de Fagerström, indican poca dependencia (1 punto); en la prueba de motivos para fumar de Russell la puntuación más alta correspondió a “reducción de la tensión”, así mismo la paciente menciona que el fumar genera “una sensación de alivio y relajación ante situaciones estresantes (sic)”.

Al momento de la aplicación del test de MOCA, la paciente mostro rasgos de ansiedad, al no saber si sería capaz de realizar de manera adecuada la prueba, sin embargo, logro resolver los ejercicios eficazmente, excepto en el rubro de fluidez de lenguaje, pues no logro evocar suficientes palabras, es importante recordar que esto se puede relacionar con el nivel educativo de la paciente o el contexto en el que se desarrolla.

Interpretación cualitativa de la aplicación postest

182 días posteriores a la evaluación pretest se aplicaron las pruebas antes mencionadas, los resultados indicaron lo siguiente:

Depresión: ambas pruebas indicaron que la paciente no tenía depresión o era leve (BDI = 0 puntos, CES-D = 6 puntos). En el dialogo con la paciente, menciono que ha retomado sus actividades cotidianas, lo cual ha sido un complemento para disminuir la sintomatología de depresión, sin embargo, existen algunos aspectos que reforzar. La paciente ha implementado cambios significativos en su vida diaria, lo cual representa un factor de protección para que la sintomatología desapareciera.

Ansiedad: Al momento de realizar la prueba, la paciente se observó en un estado tranquilo y de confianza. Finalmente, indico que la sintomatología ansiosa que presento al inicio del tratamiento desapareció con las actividades y tareas que se implementaron en cada sesión. Se observaron algunos síntomas de ansiedad; sin embargo, no resultaron significativos como en la aplicación pretest, pues la paciente los identificó y puso en marcha técnicas de relajación.

Impulsividad: la subescala más alta corresponde a impulsividad cognitiva (14 puntos), sin embargo, no es significativa. La paciente aún toma decisiones precipitadas sin tomar en cuenta las posibles consecuencias.

Dependencia a la nicotina: en las pruebas de Fagerström y Russell no se obtuvo puntuación debido a que la paciente se encuentra en abstinencia actualmente.

En la aplicación del test de MOCA, la paciente logro realizar de manera oportuna los ejercicios que contiene la prueba.

Los datos obtenidos de las aplicaciones pre-test y post-test, nos indican un cambio significativo en la sintomatología de ansiedad, depresión e impulsividad. Dichos resultados han sido corroborados mediante las sesiones, pues cuando Lourdes llegó a la clínica, se observaba físicamente desaliñada, con poca higiene; en el aspecto cognitivo su discurso era catastrófico y negativo la mayor parte del tiempo; a nivel conductual se observaron movimientos repetidos, posturas y lenguaje que representaban inseguridad, entre otras.

Al finalizar el tratamiento, los cambios fueron notables en los rubros antes mencionados, actualmente cuida de su salud física y mental: realiza ejercicio físico, participa en actividades recreativas y se reincorporo nuevamente a la universidad. En cuanto a la parte cognitiva, se ha entrenado a la paciente para pensar de manera adaptativa sobre las situaciones de su vida cotidiana, con el objetivo de que resuelva problemas de la mejor manera, dejando de lado el consumo de tabaco para resolver la sintomatología ansiosa que acompaña a las situaciones.

Discusión

Este estudio tuvo como propósito identificar si los determinantes sociales de la salud influyeron en el inicio y mantenimiento del tabaquismo, así como identificar factores de riesgo ante el consumo de tabaco; y sobre todo, comprobar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual que se lleva a cabo en la Clínica contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas “Dr. Raúl Cicero Sabido”. A continuación, se discuten los principales hallazgos de la investigación.

De acuerdo con (Guzmán, et al., 2017) se ha identificado que los determinantes sociales de la salud influyen en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas como el tabaco. En particular, en el caso que se presentó; se encontró que el estilo de vida, los hábitos, conductas y factores psicosociales, influyeron en que la paciente iniciará el consumo de tabaco debido a que carecía de las herramientas necesarias para afrontar problemas personales.

La terapia cognitivo-conductual ha resultado ser una de las más eficaces para el cese del consumo de cualquier sustancia adictiva, pues mediante ella se trabajan las conductas, las emociones y los pensamientos irracionales, lo cual permite al paciente conocer el trasfondo de su consumo, y al terapeuta intervenir de manera teórico-práctico en la problemática.

En la Clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas se plantea el uso de la terapia cognitivo-conductual como principal método de intervención, ya que no se basa únicamente en el consumo, sino también trata de conocer los motivos, el contexto, las creencias y pensamientos que se tienen al respecto, con el fin de intervenir de manera conjunta con variables como la adicción y, en este caso, los determinantes sociales de la salud. Un aspecto relevante en el caso aquí descrito fue la disposición y compromiso mostrados por la paciente para con su tratamiento. Por ejemplo, cada vez que se le asignaron actividades, ella las realizó y aplicó lo aprendido durante la intervención.

Además de tratar el consumo de tabaco con TCC, esta sirvió para disminuir sintomatología ansiosa y depresiva que representaban uno de los factores de riesgo para el

consumo de tabaco. Si bien el consumo no era excesivo (7 unidades por día), el diagnóstico médico de “rinitis vasomotora por consumo de tabaco” le preocupa, e incluso ya se le había diagnosticado comorbilidades psiquiátricas.

Una vez que se identificaron los determinantes sociales de la salud, y se abordaron durante las sesiones del tratamiento, se observó la reducción del consumo durante la intervención realizada.

Por último, es importante mencionar que los determinantes sociales de la salud se encuentran en relación directa con el inicio y mantenimiento de una conducta adictiva, por lo cual resulta importante que en el ámbito de la salud se brinde psicoeducación sobre el tema, ya que es de gran utilidad que los pacientes identifiquen los determinantes que están presentes en su vida, con el objetivo de reconocer aquellos que representan un riesgo y aquellos que actúan como protección.

Conclusiones

Si bien los determinantes sociales de la salud influyeron en el inicio y mantenimiento del consumo, abordarlos favoreció en la reducción del consumo. El compromiso y la adherencia terapéutica de la paciente fueron factores importantes para lograr, a través del uso de la TCC, el cese del consumo.

Actualmente la paciente se encuentra en abstinencia de consumo de tabaco, ha implementado hábitos saludables, se ha incorporado nuevamente a la vida universitaria y fue capaz de establecer una relación asertiva en su entorno familiar y personal. Además, ha incrementado su autoestima y su cuidado personal.

Las técnicas empleadas ayudaron a reducir la sintomatología ansiosa y depresiva de la paciente, La intervención que se realiza en la clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas resultó ser efectiva, ya que se cumplió con los objetivos establecidos. Sin embargo, el plan de intervención que se brinda dentro de la institución fue modificado según los objetivos de la paciente, por lo cual se considera necesario abrir el panorama y adecuar las planeaciones según las necesidades de cada paciente.

Limitaciones

- La falta de consultorios disponibles debido a la demanda de pacientes.
- La falta de sensibilización y educación de la población respecto al tabaquismo, ya que algunas personas no lo consideran una enfermedad.
- La falta de conocimiento sobre los determinantes sociales en el ámbito de la salud, pues es importante que el paciente reconozca los factores de riesgo y de protección, lo que le permitiría mejorar sus habilidades sociales y de afrontamiento.

Recomendaciones y perspectivas

- promover el cumplimiento de las áreas libres de humo de tabaco.
- Proporcionar psicoeducación para la prevención de consumo de tabaco y otras sustancias adictivas.
- Implementar un cuestionario que mida los determinantes sociales de la salud, con el objetivo de que la población reconozca los posibles factores que intervienen en el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas.
- Tomar en cuenta posibles variables externas, como la dinámica familiar que influye en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas.

ANEXOS

Anexo 1: consentimiento informado para el ingreso al tratamiento



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad de México, a ___ de _____ de ____

Derivado del cumplimiento del Art. 14 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y de acuerdo al Art. 16 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud se respetará la privacidad del sujeto y se mantendrá la confidencialidad de la información del mismo, la cual se usará solo con fines estadísticos.

Por medio de la presente yo, _____ autorizo el uso de mis datos e imagen brindados en la Clínica Contra el Tabaco y Otras Sustancias Adictivas "Dr. Raúl Cícero Sabido" del Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax Unidad 503T, y los cuales se utilizarán solamente para medir la prevalencia e incidencia de datos en el consumo de Tabaco, Alcohol y otras Sustancias Adictivas y/o Enfermedades Transmisibles y no Transmisibles.

Dra. María Angélica
Ocampo Ocampo
Coordinadora Clínica
Contra el Tabaco y Otras
Sustancias Adictivas

Nombre y firma del Terapeuta

Firma del Usuario

"A la vanguardia en el cuidado de la vida"

CLÍNICA CONTRA EL TABACO
Servicio de Neumología y
Cirugía de tórax

Dr. Balmis No. 148
Col. Doctores
Delg. Cuauhtémoc
México, DF 06726

Tel. 2789-2000 Ext. 5127
ccthgmod@yahoo.com.mx

Anexo 2: consentimiento informado para la participación del paciente en la investigación

Determinantes sociales que influyen en el inicio y mantenimiento del tabaquismo: estudio de caso

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

I. Justificación y objetivos de la investigación

El consumo de tabaco y/o otras sustancias adictivas representa uno de los mayores riesgos a la salud a nivel mundial, por ello la importancia de plasmar la valoración, tratamiento y seguimiento de los hallazgos relevantes de cada paciente, pues la investigación permite obtener información útil para casos posteriores, así como, contribuir con la comunidad científica y el profesional de la salud. El desarrollo de este caso clínico pretende conocer cómo los diferentes determinantes sociales influyen en el consumo de tabaco: y que, mediante el tratamiento psicológico cognitivo conductual que se brinda en la Clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas se busca lograr la abstinencia, trabajando a la par con las áreas conflictivas, tales como la violencia familiar y violencia en pareja, que desencadenan problemáticas subyacentes cómo lo es la falta de comunicación asertiva, lo cual deteriora el autoestima del paciente generando sintomatología depresiva y ansiosa, representando factores que se involucran en la ingesta de tabaco.

II. Procedimiento

Recolectaremos sus datos, siempre y cuando usted lo permita, por medio del expediente clínico, el cual debe contener: consentimiento informado, entrevista psicológica semiestructurada, pruebas de tamizaje que permiten adecuar un plan de tratamiento con base a la sintomatología del paciente, que es obtenida mediante, test psicológicos, tales como el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), Escala de Impulsividad de Barratt, Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerström, Cuestionario de Motivos para Fumar de Russell, así como evaluaciones complementarias, cómo la Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), así

como, nota clínica psicológica por sesión, incluyendo actividades cognitivo conductuales y autorregistros de línea base y tratamiento. De igual manera, los datos faltantes serán indagados dentro de las sesiones psicológicas de forma estructurada con el fin de recolectar información fidedigna y de importancia.

III. Beneficios

Recibirá atención médica - psicológica para beneficiar su salud, lo que le permitirá lograr la abstinencia y mantener un estilo de vida saludable. Tener conocimiento del caso apoyará al profesional de la salud con posibles padecimientos similares. Cabe mencionar que, usted como paciente no recibirá ningún incentivo económico derivado de la participación a este estudio, tampoco incurrirá en ningún gasto monetario.

IV. Procedimientos alternativos

En caso de que no desee participar en la investigación, aún tiene la posibilidad de asistir a la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas para recibir tratamiento médico - psicológico.

V. Revocar el consentimiento

En todo momento tendrá la libertad para cuestionar la complacencia sobre lo relacionado con el trabajo psicoterapéutico, así como, la libertad de revocar el consentimiento de su participación en dicha investigación. Sin embargo, una vez publicada la investigación no será posible anular el permiso.

VI. Confidencialidad

Como investigadores y profesionales de la salud estamos obligados a preservar la confidencialidad manteniendo en anonimato tu identidad, así como, hacer uso de la información únicamente con fines estadísticos, de investigación y médicos.

En la parte de abajo de este documento se brindará información de contacto de los autores de la investigación, con el fin de resolver dudas o aclaraciones en caso de ser necesario.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo _____ con número de expediente _____ aceptó participar en el estudio titulado:

”

“Determinantes sociales que influyen en el inicio y mantenimiento del tabaquismo: estudio de caso”

Nombre y firma del paciente Número de Expediente Único Clínico (ECU) o responsable legal con documento que avale su identificación.

Teléfono del paciente:

Nombre, firma y documento que avala la identificación del testigo 1

Nombre, firma y documento que avala la identificación del testigo 2

Anexo 3: Solicitud de informes (primer contacto)



**SOLICITUD DE INFORMES, EDUCACION PARA LA SALUD
PROGRAMA MEDICO PSICOLOGICO CONTRA EL TABAQUISMO**

ES USTED: EL INTERESADO FAMILIAR DEL FUMADOR CONOCIDO DEL FUMADOR

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

CARNET: _____ FECHA: _____ HORA: _____

NOMBRE _____ TELEFONO _____

DIRECCIÓN: _____

CORREO ELECTRONICO: _____ EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

COMO SE ENTERÓ DEL SERVICIO DE LA CLÍNICA: _____

QUÉ LO MOTIVO A BUSCAR AYUDA: _____

ACTUALMENTE CUÁNTOS FUMA _____ DESDE CUANDO _____ MINIMO/MAXIMO POR DIA: _____ / _____

QUE SIGNIFICA FUMAR PARA USTED _____

QUE PLACENTERO ES FUMAR PARA USTED: NADA POCO MUCHO DEMASIADO

PARA SU SALUD COMO CONSIDERA SU ACTUAL CONSUMO DE CIGARROS:

SIN RIESGO POCO RIESGOSO MUCHO RIESGO DEMASIADO RIESGO

CUANDO LE GUSTARIA DEJAR DE FUMAR:

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 DE FUMAR:

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 DEJAR DE FUMAR: _____

QUE NECESITA PARA LOGRARLO: _____

QUE ESPERA DEL TRATAMIENTO: _____

AHORA, ENTREGUE ESTA HOJA AL PERSONAL QUE SE LA PROPORCIONO

PARA LLENADO SOLO DE LA CLINICA CONTRA EL TABAQUISMO		
SE REALIZARON:	<input type="checkbox"/> VIA TELEFONICA	<input type="checkbox"/> CONSULTORIO
¿PORQUÉ ESTA INTERESADO EN INGRESAR AL TRATAMIENTO?:		
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA, ETAPA MOTIVACIONAL Y OBSERVACIONES:		

FECHA Y HORA DE PROXIMA CITA: _____

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

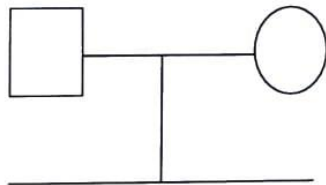
Anexo 4: Entrevista de primera vez



ENTREVISTA DE PRIMERA VEZ, PACIENTE CON TABAQUISMO.

FECHA Y HORA _____ CARNET _____ DIAGNOSTICO TENTATIVO: _____
 APELLIDO PATERNO/ MATERNO/ NOMBRE _____ EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 EDO. CIVIL _____ ESCOLARIDAD _____ OCUPACIÓN _____ ENTIDAD FEDERATIVA _____
 DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____
 RECIBO PAGO _____ RFC: _____ EMAIL: _____
 NOMBRE Y TELEFONO DE FAMILIAR PARA EMERGENCIAS _____
 MOTIVO DE CONSULTA: _____
 DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE: _____
 AREAS LIBRES DE CONFLICTO: _____
 (Relaciones, actividades, etc. Saludables) _____

FAMILIOGRAMA (Explorar relaciones interpersonales de primero y segundo grado, o tres generaciones, con quien vive, tipo de vivienda, convivencia familiar, historia médica familiar, datos generales de familiares directos, antecedentes patológicos y no patológicos, áreas laboral, social, académica, noviazgo, pareja).



TRATAMIENTOS PREVIOS: (SI) (NO) CUALES: _____
 (PSICOLÓGICO) (PSIQUIÁTRICO) (AUTOAYUDA) (TODOS) (NINGUNO)
 INSTITUCION A LA QUE ASISTIO _____ AÑO DE INICIO/TERMINO: _____
 MOTIVO: _____ DURACIÓN TRATAMIENTO: _____
 MEDICAMENTOS QUE LE RECETARON: _____

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

HISTORIA DE FUMADOR

CUÁNTOS FUMA _____ DESDE CUANDO _____ MINIMO/MAXIMO POR DIA: _____ /
 MARCA: _____ TIPO: Light Extra light Regular Puro Pipa
 CIGARROS MÁS PLACENTEROS DEL DIA (3): a) _____ b) _____ c) _____
 Hora del primer cigarro del día: _____ Del último del día: _____ Tiempo Total Consumo: _____

Terapeuta: en caso de una respuesta negativa anotar en la columna de la edad: "N".	EDAD	MOTIVO DE CONSUMO
¿Cuántos años tenía usted la primera vez que probó el cigarro (su primera fumada)?		
¿Cuántos años tenía usted la primera vez que fumó un cigarro diario?.		
¿Cuántos años tenía usted cuando fumaba de 2 a 10 cigarros por día?		
¿Cuántos años tenía usted cuando fumaba de 11 a 20 cigarros por día?		
¿Cuántos años tenía usted cuando fumaba más de 20 cigarros por día?		

Del último año, ¿cuantos días NO fumo? _____ CUÁL FUE LA RAZÓN: _____

¿Ha habido algún año en su vida en el que fumó **MÁS** que en los últimos 12 meses? NO SI

CUÁNTOS CIGARROS POR DÍA FUMÓ _____ POR CUÁNTO TIEMPO: _____

Anteriormente ha intentado dejar de fumar: NUNCA UNA VEZ MENOS DE 5 VECES MÁS DE 5 VECES

TIEMPO MAX. DE ABSTINENCIA: _____ CÓMO LO LOGRO: _____

MOTIVO por el cual volvió a fumar: _____ FECHA ÚLTIMO INTENTO: _____

¿QUIERE O TIENE QUE DEJAR DE FUMAR? (Explicar diferencia entre querer y tener) _____

En promedio, ¿cuánto dinero gasta cada semana en comprar cigarros? _____

CONVIVE CON FUMADORES:		NO	Padre	Madre	Pareja	Hijos	Hermanos
Amigos	Compañeros		Familiares		Otros:		

REALIZA EJERCICIO FÍSICO (SI) CUÁL: _____

(NO) POR QUÉ: _____

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

¿Alguna vez en su vida ha utilizado alguno de los siguientes tipos de tratamientos para ayudarse a fumar menos o dejar de fumar?

TIPO DE TRATAMIENTO	NO	SI				
		En cuantas ocasiones	Cuando lo utilizó	Por cuanto tiempo	Automedicación o prescripción médica	Le funcionó
Goma de mascar con nicotina						
Parches de nicotina						
Inhalador de nicotina						
Anfebutamona / bupropion						
Champix / Vareniclina						
Grupo de ayuda						
Clínica de tabaco						
Naturista / acupuntura / hipnosis						
Otro:						

OTRAS DROGAS (OMS - ASSIST V3.0)

A consumido alguna vez en la vida:	Edad (consumo)		Cantidad por día/ ocasión	Motivo del consumo.		Frecuencia al		Duración del consumo
	Inicio (probó la droga)	Último consumo		Inicio	Abandono	Semana	Mes	
Alcohol.								
Cocaína.								
Marihuana.								
Inhalables:								
Anfetaminas.								
Barbitúricos.								
Heroína.								
Alucinógenos.								
Sintéticas (tachas, etc.)								
Otra:								

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.

2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

DESCRIBA SUS ACTIVIDADES RECREATIVAS (POR EJEMPLO: DEPORTES, PASATIEMPOS, ETC.): _____

¿ESTAS ACTIVIDADES ESTÁN RELACIONADAS CON AL ABUSO DE TABACO, ALCOHOL O AL USO DE OTRAS DROGAS? (SI) (NO)

HA TENIDO PROBLEMAS DE SALUD QUE IMPLIQUE HOSPITALIZACIÓN (NO) (SI)

CUÁL: _____

ESTA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO: (NO) (SI) POR QUÉ: _____

PRESENTA PROBLEMAS PARA DORMIR: (NO) (SI) CUÁLES: _____

TIENE ALGUNA MOLESTIA FÍSICA: (NO) (SI) CUÁL: _____

ESTA CONSUMIENDO ALGÚN MEDICAMENTO SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA: _____

TERAPEUTA: LLENAR SI CUMPLE CON CRITERIOS DE **ABUSO O DEPENDENCIA**:

ABUSO: un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado POR UNO O MÁS de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses	SI	NO									
Consumo recurrente de sustancias, que da incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.											
Consumo recurrente de sustancias en situaciones en las que el hacerlo es físicamente peligroso.											
Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.											
Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.											
Sin criterios de dependencia.											
TOTAL											
DEPENDENCIA: un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado POR TRES O MÁS de los ítem siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:	SI	NO									
CRITERIO	SI	NO									
Tolerancia (Dep. Fisiológica):											
a. Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.											
b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado											
Abstinencia (Dep. Fisiológica, Ver cuadro de S. de Abstinencia):											
a. Síndrome de abstinencia característico para la sustancia.											
b. Se toma la misma sustancia o una muy parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.											
La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o en un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.											
Existe un deseo persistente o esfuerzo infructuoso de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia											
Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, consumo o recuperación de los efectos de la sustancia.											
Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.											
Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.											
TOTAL											
CRITERIOS SINDROME DE ABSTINENCIA DSM-IV-TR TABACO											
	si	no		si	no		si	no			
Insomnio			Inquietud			Estado animo disfórico o depresivo			Dificultad de concentración		
Ansiedad			Aumento del apetito o peso			Irritabilidad frustración o ira			Disminución de la frecuencia cardiaca		
TOTAL			TOTAL			TOTAL			TOTAL		

ENTREVISTO: _____ COTERAPEUTA: _____

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

ESTILO DE VIDA

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

CUÁNTAS COMIDAS HACE AL DÍA: _____

CUANTO TIEMPO DEJA PASAR ENTRE UNA COMIDA Y LA SIGUIENTE: _____

CUANTAS VECES POR SEMANA CONSUME EN SU DIETA:

GRUPO ALIMENTICIO	FRECUENCIA A LA SEMANA				CANTIDAD			
	MENOS DE 1 VEZ	1 A 3 VECES	4 A 6 VECES	DIARIO	NADA	POCO	SUFICIENTE	MUCHO
VERDURAS								
FRUTAS								
CEREALES								
LEGUMINOSAS								
ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL								
DULCES O FRITURAS								

CUALES SON LAS BEBIDAS QUE ACOSTUMBRA:

TIPO	FRECUENCIA A LA SEMANA				CANTIDAD POR OCASIÓN			
	MENOS DE 1 VEZ	1 A 3 VECES	4 A 6 VECES	DIARIO	MENOS 500 ML	500 A 1000 ML	1000 A 1500 ML	MAS DE 1500 ML
AGUA NATURAL								
AGUA DE SABOR								
CAFÉ								
TE								
REFRESCO DE SABOR								
REFRESCO DE COLA								

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.

2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

8

MOTIVOS O RAZONES POR LOS CUALES QUIERE DEJAR DE FUMAR Y ORDENELOS SEGÚN SU IMPORTANCIA:

MOTIVO	NIVEL DE IMPORTANCIA		MOTIVO	NIVEL DE IMPORTANCIA	
	POCO	MUCHO		POCO	MUCHO

MENCIONE LOS MOTIVOS POR LOS CUALES ACTUALMENTE FUMA Y ORDENELOS SEGÚN SU IMPORTANCIA:

MOTIVO	NIVEL DE IMPORTANCIA		MOTIVO	NIVEL DE IMPORTANCIA	
	POCO	MUCHO		POCO	MUCHO

EN EL ÚLTIMO MES HA PRESENTADO ALGUNA MOLESTIA DE LAS SIGUIENTE LISTA

MOLESTIA	NO	SI	DESDE CUANDO	FRECUENCIA A LA SEMANA			INTENSIDAD DE LA MOLESTIA	
				MENOS DE 1 VEZ	DE 1 A 5 VEZ	DIARIO	POCO	MUCHO
TOS								
FLEMA COLOR:								
SOFOCACIÓN								
BRONQUITIS								
APNEA NOCTURNA								
SILBIDOS NOCTURNOS								
GARRASPERA								
DOLOR DE GARGANTA								
DOLOR DE CABEZA								
RONQUERA								
SENSACION DE ALGO ATORADO EN EL PECHO								
TAQUICARDIA								
TEMPERATURA MAYOR A 37°								

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.

2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

9

Anexo 5: Historia clínica psicológica



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005
NOTAS DE EVOLUCION Y TRATAMIENTO
(HOJA DEL MEDICO)



Servicio de : _____ Cama: _____ Expediente: _____
Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Sesión: _____

Fecha y hora / / /	Modalidad		OBJETIVO:					
	Individual	Grupal						
Diagnóstico Psicológico:	Alineo e Higiene personal:		Bien aliñado	Descuidado, limpio	Descuidado, sucio	Muy desaliñado		
	Esteras Cognitivas:		Lugar	Persona	Circunstancia	Tiempo		
	Edad aparente y cronológica:		No difiere			Se observa de menor edad	Se observa de mayor edad	
	Afectividad:		Normal	Angustiado	Deprimido	Enojado	Agresivo	Temeroso
	Contenido del lenguaje:		Normal para su edad	Prolijo	Perseverante	Pobre para su edad	Florido para su edad	Fantásticos en exceso
	Actividad general:	Normal	Hiperactivo	Pasivo	Actitud General:	Libre	Forzada	Sugerida
	Tono de voz:	No habla	Normal	Bajo	Alto	Memoria:	Normal	Fallas leves
	Etapa de cambio:	Pre contemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento	Recaida	
	Consumo Línea Base:			Consumo Actual:				
	Estilos de vida:	Agua: _____	Alimentación: Adecuada/No adecuada	Horas sueño: _____	Ejercicio Físico: _____ minutos	Recreación: SI NO	Inserción: Laboral/Educativa	
Actividad Conductual:	Carta Despedida	Autorregistro	ABC	Relajación	Visualización	Ensayo Conductual		
Lectura de mente	Maximizar / minimizar	Adivinar el futuro	Catalogar / Rotular	Catastrofización	Filtro mental	Personalización		
Sobre generalización	Pensamiento dicotómico	Debo / Tengo	Comparación	Razonamiento emocional	Echar la culpa	Orientación a lo que pudo haber sido y no fue		
Tareas para casa:								
Próxima cita: / /								
Hora:								
Folio:								

Todas las notas deberán llevar : Nombre completo, Cedula Profesional y Firma del Medico Tratante.

DR. BALMIS N° 148 COL. DOCTORES, DELEGACION CUAUHTEMOC, C. P. 06726, MEXICO D. F.TEL. 27-89-2000

Anexo 6: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)



BAI

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

INSTRUCCIONES: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lee cuidadosamente cada afirmación. Indica cuanto te ha molestado cada síntoma **durante la última semana, inclusive hoy**, marcando con una **X** según la intensidad de la molestia.

0= Poco o nada

1= Más o menos, no me molestaba mucho

2= Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo

3= Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Entumecimiento, hormigueo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sentir oleadas de calor (bochorno).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Debilitamiento de las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Dificultad para relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que pase lo peor.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sensación de mareo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Opresión en el pecho, o latidos acelerados.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Inseguridad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terror	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Manos temblorosas.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Cuerpo tembloroso.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Asustado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Indigestión, o malestar estomacal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Debilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ruborizarse, sonrojamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PUNTUACIÓN TOTAL

() 0-5 MINIMA () 6-15 LEVE () 16-30 MODERADA () 31-63 SEVERA

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof. _____

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof. _____

2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

12

Anexo 7: Inventario de Depresión de Beck (BDI)



BDI

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha aplicación: _____

INSTRUCCIONES: En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor, lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se sintió **la semana pasada inclusive el día de hoy**. Marque con una X el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso tache cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1. Yo no me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2. En general no me siento descorazonado por el futuro.
 Me siento descorazonado por mi futuro.
 Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3. Yo no me siento como un fracasado.
 Siento que he fracasado mas que las personas en general.
 Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
 Siento que soy un completo fracaso como persona.
4. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
 Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
 Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada.
 Estoy insatisfecho o aburrido con todo.
5. En realidad yo no me siento culpable.
 Me siento culpable una gran parte del tiempo.
 Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
 Me siento culpable todo el tiempo.
6. Yo no me siento que esté siendo castigado.
 Siento que podría ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que he sido castigado.
7. Yo no me siento desilusionado de mí mismo.
 Estoy desilusionado de mí mismo.
 Estoy disgustado conmigo mismo.
 Me odio.
8. Yo no me siento que sea peor que otras personas.
 Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores.
 Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. Yo no tengo pensamientos suicidas.
 Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo.
 Me gustaría suicidarme.
 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
10. Yo no lloro mas de lo usual.
 Lloro mas ahora de lo que solía hacerlo.
 Actualmente lloro todo el tiempo.
 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo.

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.

2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

14

11. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.
 Me enoja o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado todo el tiempo.
 Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.
12. Yo no he perdido el interés en la gente.
 Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar.
 He perdido en gran medida el interés en la gente.
 He perdido todo el interés en la gente.
13. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
 Pospongo tomar decisiones más que antes.
 Tengo mas dificultad en tomar decisiones que antes.
 Ya no puedo tomar decisiones.
14. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía.
 Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a).
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a).
 Creo que me veo feo (a).
15. Puedo trabajar tan bien como antes.
 Requiero de mas esfuerzo para iniciar algo.
 Tengo que obligarme para hacer algo.
 Yo no puedo hacer ningún trabajo.
16. Puedo dormir tan bien como antes.
 Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.
 Me despierto una y o dos horas mas temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
 Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver ha dormir.
17. Yo no me canso mas de lo habitual.
 Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
 Con cualquier cosa que haga me canso.
 Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.
18. Mi apetito no es peor de lo habitual.
 Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
 Mi apetito está muy mal ahora.
 No tengo apetito de nada.
19. Yo no he perdido mucho peso últimamente.
 He perdido más de dos kilogramos.
 He perdido más de cinco kilogramos.
 He perdido más de ocho kilogramos.

A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos si no

20. Yo no estoy mas preocupado de mi salud que antes.
 Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.
 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
 Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba.
 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
 He perdido completamente el interés por el sexo.

PUNTUACIÓN TOTAL

() 0-9 NO DEPRESION () 10-18 LEVE () 19-29 MODERADA () 30-63 GRAVE

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.

2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA


Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

15

Anexo 8: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

CES-D

Instrucciones. Le voy a leer unas frases que describen como usted se podría haber sentido. Por favor dígame con que frecuencia se ha sentido de esta manera **durante la semana pasada**: raramente o ninguna vez; alguna o pocas veces: ocasionalmente o una buena parte del tiempo; o la mayor parte o todo el tiempo.

Durante la semana pasada, eso es desde _____ hasta el presente: (fecha)	Raramente o ninguna vez (Menos de 1 día)	Alguna o poca vez (1-2 días)	Ocasionalmente o una buena parte del tiempo (3-4 días)	La mayor parte o todo el tiempo (5-7 días)
1. Le molestaron cosas que usualmente no le molestan.				
2. No se sentía con ganas de comer; tenía mal apetito.				
3. Sentía que no podía quitarse de encima la tristeza aun con la ayuda de su familia o amigos.				
4. Sentía que Ud. era tan buena como cualquier otra persona.				
5. Tenía dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo.				
6. Se sentía deprimida				
7. Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.				
8. Se sentía optimista sobre el futuro.				
9. Pensó que su vida había sido un fracaso.				
10. Se sentía con miedo.				
11. Su sueño era inquieto.				
12. Estaba contenta.				
13. Habló menos de lo usual.				
14. Se sintió sola.				
15. La gente no era amistosa.				
16. Disfrutó de la vida.				
17. Pasó ratos llorando.				
18. Se sintió triste.				
19. Sentía que no le caía bien a la gente.				
20. No tenía ganas de hacer nada.				
C0-3 r4,8,12,16 c3-0	Calif.	0-3 30	Total:	

() 0-20 LEVE () 21-40 MODERADA () 41-60 ELEVADA

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof

2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof

13

Anexo 9: Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE)

IDARE

C.D. SPIELBERG, A. MARTINEZ-URRUTIA, F. GONZALEZ-REIGOSA, L. NATALICIO Y R. DIAZ-GUERRERO

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el espacio que indique Cómo Se Siente Ahora Mismo, O Sea En Este Momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado (a).				
2. Me siento seguro (a).				
3. Estoy tenso (a).				
4. Estoy contrariado (a).				
5. Estoy a gusto (a).				
6. Me siento alterado (a).				
7. Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible contratiempo.				
8. Me siento descansado(a).				
9. Me siento ansioso(a).				
10. Me siento cómodo(a).				
11. Me siento con confianza en mi mismo(a).				
12. Me siento nervioso(a).				
13. Me siento agitado(a).				
14. Me siento "a punto de explotar".				
15. Me siento reposado(a).				
16. Me siento satisfecho(a).				
17. Estoy preocupado(a).				
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a).				
19. Me siento alegre.				
20. Me siento bien.				
PUNTUACIÓN 4-1y 1-4 sxE () 20-31 MUY BAJO () 32-43 BAJA () 44-55 MEDIA () 56-67 ALTA () >68 MUY ALTA				

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

IDARE

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el espacio que indique Cómo Se Siente Generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien.				
22. Me canso rápidamente.				
23. Siento ganas de llorar.				
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.				
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente.				
26. Me siento descansado(a).				
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada".				
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.				
30. Soy feliz.				
31. Tomo las cosas muy a pecho.				
32. Me falta confianza en mi mismo(a).				
33. Me siento seguro(a).				
34. Procuero evitar enfrentarme a las crisis y dificultades.				
35. Me siento melancólico(a).				
36. Me siento satisfecho(a).				
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.				
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a).				
PUNTUACIÓN 4-1y 1-4 sxR () 20-31 MUY BAJO () 32-43 BAJA () 44-55 MEDIA () 56-67 ALTA () >68 MUY ALTA				

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

Anexo 10: Escala de Impulsividad de Barratt

BARRATT

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

	Raramente o nunca	Ocasionalmente	A menudo	Siempre o casi siempre
1. Planifico mis tareas con cuidado	INP			
2. Hago las cosas sin pensarlas	IM			
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	INP			
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	IC			
5. Planifico mis viajes con antelación	INP			
6. Soy una persona con autocontrol	IM			
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	IC			
8. Ahorro con regularidad	INP			
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo	IM			
10. Pienso las cosas cuidadosamente	IC			
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos)	INP			
12. Digo las cosas sin pensarlas	IM			
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	IC			
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)	INP			
15. Actúo impulsivamente	IM			
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	IC			

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.

2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

Nombre y firma psicologo Adscrito/Ced. Prof.

18

	Raramente o nunca	Ocasionalmente	A menudo	Siempre o casi siempre
17. Visito al médico y al dentistas con regularidad	INP			
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren	IM			
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	IC			
20. Cambio de vivienda e menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	INP			
21. Compró cosas impulsivamente	IM			
22. Yo termino lo que empiezo	INP			
23. Camino y me muevo con rapidez	IM			
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)	IC			
25. Gasto efectivo o en crédito mas de lo que gano (gasto más de lo que gano)	INP			
26. Hablo rápido	IM			
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	IC			
28. Me interesa más el presente que el futuro	INP			
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo)	IM			
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	INP			
Calif. 4,3,1,0 e 0,1,3,4 INP, IM, IC				
TOTAL:	INP:	IM:	IC:	

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.

2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

19

Anexo 11: Test de Fagerstrom



NIVEL DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA "FAGERSTRÖM"

Nombre _____ Edad _____ Fecha de aplicación _____

- 1.- Después de despertar, ¿Que tan pronto enciendes el primer cigarro del día?
0) Después de 60 minutos 2) 6-30 minutos
1) 31-60 minutos 3) menos de 5 minutos
- 2.- ¿Encuentra dificultad para no fumar en lugares donde esta prohibido hacerlo?
0) No 1) Si
- 2v1.- ¿Le resulta difícil abstenerse de fumar por más de 45 minutos?
0) No 2) Esforzándome mucho
1) Más o menos difícil 3) Imposible abstenerme
- 3.- De todos tus cigarros que consumes a lo largo del día, ¿Cual es el que más necesitas?
0) Cualquier otro 1) El primero del día
- 4.- Cuantos cigarros fuma al día?
0) 10 ó menos 2) 21 a 30
1) 11 a 20 3) 31 ó más
- 5.- Después de consumir el primer cigarro del día ¿fuma consecutivamente / rápidamente algunos más?
0) No 1) Si
- 6.- ¿Usted Fuma aunque este tan enfermo/a que tenga que permanecer en cama?
0) No 1) Si
- 7.-¿Le da el golpe?
0) Nunca 2) Casi siempre
1) A veces 3) Siempre

Puntaje total: _____

0-2 muy poca dependencia
3-4 poca dependencia

5 dependencia media
6-7 mucha dependencia

8-10 dependencia alta

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

10

Anexo 12: Cuestionario de Motivos de Russell



Cuestionario de Motivos de Fumar cct2

Nombre _____ Edad _____ Fecha de aplicación _____

SOLO SEÑALE UNA RESPUESTA	3	2	1	
	MUY FRECUENTE	OCASIONALMENTE	NUNCA	
A. Fumo cigarrillos para sentirme con mas energía cuando trabajo.				1
B. El tener un cigarrillo en la mano es parte del placer de fumármelo.				2
C. El fumar cigarrillos es agradable.				3
D. Cuando me siento enojado por algo fumo para tranquilizarme.				4
E. Cuando me he quedado sin cigarrillos lo siento insoportable hasta que puedo obtener algunos mas.				5
F. Fumo cigarrillos automáticamente, sin darme cuenta de repente estoy fumando.				6
G. Fumo cigarrillos para darme energía.				1
H. Parte del goce de fumar proviene de lo que tengo que hacer para encender un cigarrillo.				2
I. Cuando estoy tranquilo me gusta fumar.				3
J. Si estoy molesto por algo, enciendo un cigarrillo para que se me pase.				4
K. Cuando no fumo me siento mal.				5
L. Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta que tengo otro encendido en el cenicero.				6
M. Fumo cigarrillo para animarme.				1
N. Cuando fumo un cigarrillo, parte de mi placer es ver el humo que produzco.				2
O. Mi deseo de fumar aumenta cuando estoy tranquilo.				3
P. Fumo cuando quiero olvidarme de mis preocupaciones.				4
Q. Cuando no he fumado por un buen rato siento una necesidad casi incontrolable por fumar un cigarrillo.				5
R. Me he encontrado con que tengo un cigarrillo en la boca sin que yo recuerde haberlo puesto ahí.				6
S. El fumar cigarrillos es tranquilizador.				3
T. Mi deseo de fumar aumenta cuando estoy cómodo.				3

1) Estímulo _____

2) Manipulación _____

3) Relajamiento _____

4) Reducción de tensión _____

5) Necesidad _____

6) Adicción _____

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof. _____

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof. _____

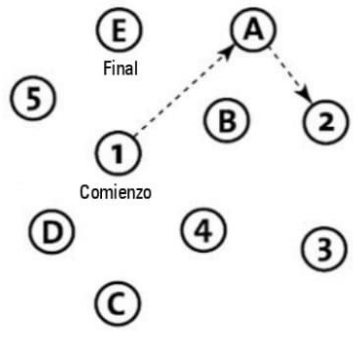
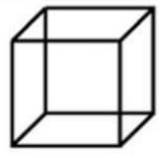
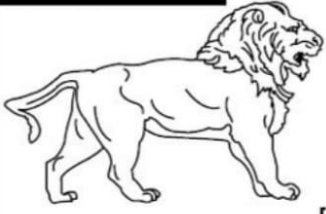
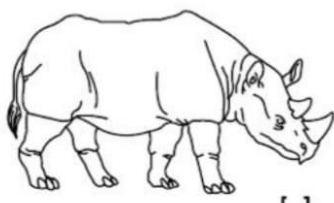
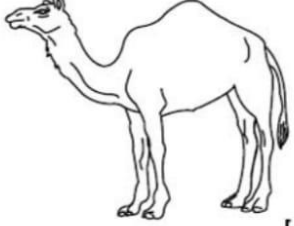
2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

Anexo 13: Test de Moca

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de
estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA					Copiar el cubo	Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)	Puntos
[]		[]		[]	[]	[]	[]
		Contorno	Números	Agujas			___/5
IDENTIFICACIÓN							
							
[]		[]		[]		___/3	
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
	1er intento						
	2º intento						
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2						___/2
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.							
[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB							
Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.							
___/3							
LENGUAJE	Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. []						___/2
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [] ____ (N ≥ 11 palabras)							
___/1							
ABSTRACCIÓN	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla						___/2
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
		[]	[]	[]	[]	[]	
Optativo	Pista de categoría						
	Pista elección múltiple						
___/5							
ORIENTACIÓN	[] Día del mes (fecha)	[] Mes	[] Año	[] Día de la semana	[] Lugar	[] Localidad	___/6
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org						Normal ≥ 26 / 30	
TOTAL						___/30	
Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios							

REFERENCIAS

- Añorve, M. (2023). La fiabilidad de la entrevista: la entrevista semiestructurada y estructurada, un recurso de la encuesta. *Investigación Bibliotecológica: Archivonomía, Bibliotecología e Información, UNAM, 37(94)*, 29 - 37.
- Arancibia, F., (2017). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Tabaquismo. *Revista Chilena de enfermedades respiratorias. 33(3)*. 225-229.
- Arenas, L., Arillo, E., Bentansoz, A., Jiménez, A., Márquez, M., Rangel, H., Villanueva, M. (2019). Promoción de la Salud. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 1-8.
- Arias, Y., Palma, M., De la Paz Mercerón, Y., & Suárez, C. (2022). La historia clínica psicológica en el proceso de atención al paciente adicto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 25(1)*, 158 - 166.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition*. Arlington: Medica Panamericana.
- Barbosa, C., Sáenz, J., Fantin, R., Gómez, I., & Rojas, K. (2020). Bases teórico-conceptuales para el análisis de inequidades sociales en salud: una discusión. *Odovtos, 22(1)*, 11-21.
- Benowitz, N. (2009a). Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol, 49*, 57-71.
- Benowitz, N., Hukkanen, J., & Jacob, P. (2009b). Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. *Handb Exp Pharmacol(192)*, 29-60.
- Berrocal, N., Ocampo, M., & Guerra, E. (2018). Determinantes sociales en el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios en 2016. *Enfermería: cuidados humanizados, 7(2)*, 12-23.
- Butcher, J., Graham, J., Ben-Porath, Y., Tellegen, A., Dahlstrom, G., & Kaemmer, B. (2019). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (4ª Ed.)*. TEA Ediciones
- Cabezas, H. & Lega, L. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia Cognitiva (TC) de Beck en una muestra costarricense. *Revista de Educación. 30(2)*. 101-109.

- Cancino, M. E., Gascón, A., Góngora, J. J., & Medina, M. (2019). *Consentimiento informado. Enseñanza Transversal en Bioética y Bioderecho*. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM
- Casanova, M., & Machado, F. (2020). Utilidad de las funciones esenciales de la salud pública para afrontar la COVID-19. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(4), 1-9.
- Castillo, E., & Cisneros, L. (2020). Prevención de la adicción a narcóticos dirigido a los usuarios que asisten a la consulta de traumatología de un Centro Médico. *Revista de Investigación en Salud, Vive*, 3(8), 95-103.
- Calventus, J., & Bruna, B. (2018). Promoción de la Salud como práctica psico-social comunitaria en la política social chilena. *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 13(43), 67-79.
- CNDH. (2021). *Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales*. CNDH
- CONADIC.(2020b).*Hablemos sobre alcohol, tabaco y otras drogas*. Ciudad de México: Gobierno de México. Secretaria de Salud.
- CONADIC. (2020a). *Conoce sobre las drogas y algo más. Guía informativa para adolescentes*. México: Gobierno de México. Secretaría de Salud.
- CONADIC. (2021). Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas. *Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas*
- Conde, K., Victoria, P., & Cremonte , M. (2018). Características de los Instrumentos de Tamizaje del Trastorno por Consumo de Alcohol en Jóvenes Universitarios de Argentina. *Clínica y Salud*, 29(1), 27-33
- CONEVAL. (2021). *Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020*. México: CONEVAL.
- Cuartero, R., Puzo, C., Per, A., Martínez, S., Espinoza, J., & Marzo, M. (2023). Niveles de prevención. *Revista Médica Ocronos*, 6(2), 72.
- De la Guardia, M., & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90.
- Spielberger, C. & Díaz-Guerrero, R. (1975). Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. *El manual moderno*.

- Donis, X. (2019). Niveles de prevención de la salud. *Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala*.
- Eloy, M., Galindo, J., Guzmán, E., & Farnum, F. (2021). Calidad de vida y sintomatología depresiva en una muestra de adultos mayores. *Revista Científica Universitaria*, 10(1), 1-8.
- Galli, A., Pagés, M. & Swieszkowski, A. (2017). Factores determinantes de la salud. *Sociedad Argentina de Cardiología, Residencias de Cardiología. Cntenidos transversales*.
- García, C., Cuevas, J., & Numpaque, S. (2019). Motivos para fumar en estudiantes de enfermería de la Universidad ECCI. *Universidad ECCI. Facultad de Ciencias de la Salud*.
- García, Z., Guerra, K., Cano, A., Herrera, S., Flores, P. & Medrano, L. (2017). Propiedades psicométricas del Inventario de ansiedad estado-rasgo en población general y hospitalaria de República Dominicana. *Elsevier*. 23(2,3). 53-58.
- Gómez García, S. (2020). Impulsividad en varones denunciados por violencia intrafamiliar asistentes al C.S, CUSCO. *Universidad Autónoma de ICA*, 14-17.
- Guillén, C., & González, A. L. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(1), 5-16.
- Guzmán, E., Fernández, R., Ortiz, M., & Cancino, M. (2017). Dimensiones sanitarias y determinantes del tabaquismo. *WAXAPA*, 9(16), 35-40.
- González, A. & Dagnino, J. (2018). Analgésicos Narcóticos. *ARS Médica Revista de ciencias médicas*. 23(3).
- González, T., Barreto, P. & Salamanca, C. (2017). Terapia Cognitiva. Antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología*. 10(2). 201-207.
- Henríquez, M., Donado, A., Lían, T., Vidarte, J., & Vélez, C. (2020). Determinantes sociales de la salud asociados al grado de discapacidad en la ciudad de Barranquilla. *Duazary*, 17(1), 49-61.
- Hernández, J., Jaramillo, L., Villegas, J., Álvarez, L., Roldan, M., Ruiz, C., Ospina, M. & Martínez, L. (2020). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Archivos de Medicina (Col)*. 20(2). 490-508.

- Hernández, L., Ocampo, G., Ríos, D., & Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de Salud Pública. Journal of Public Health*, 19 (3), 1-3.
- Herrero, S. (2019). La Farmacología del Cuidado: Una aproximación deductiva cuidadológica desde el paradigma de la salud y el modelo de Avedis Donabedian. *Ene*, 13(4), 1-22
- Le, J. (2022). Metabolismo de los fármacos. *Manual MSD para profesionales*.
- Ledesma, L. (2014). *Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA). Versión Alternativa Mexicana 7.2. Instrucciones de administración y puntaje*. MocA Cognition.
- Lilley, L. (2020). *Farmacología y proceso enfermero 9na edición*. Elsevier.
- Lorenzo, K. (2020). *Adicciones en adolescentes: factores de riesgo y/o protección*. Facultad de Psicología Logopedia. Universidad de la Laguna.
- Mantero, G. (2018). Sistema de recompensa del cerebro y neuronas del placer. *Universidad de Sevilla. Facultad de farmacia*.
- Martín, R., & López Torrencillas, F. (2022). Potenciales indicadores pronóstico de recaída en fumadores que buscan tratamiento de deshabituación tabáquica. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 30(3), 773-785
- Morales, E. G. (2021). Relación entre el consumo de drogas y comisión delictiva. *Universitat Jaume*, 1-50.
- Muñiz, I. N., & Instituto Nacional de Salud Pública, C. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2018-2017*. México : INPRFM
- NIDA. (2018). *Depresores del sistema nervioso central de prescripción médica*. Advancing Addiction Science.
- NIDA. (2010). Los alucinógenos: LSD, peyote, psilocibina y PCP. *Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas*.
- NIDA. (2020a). *El uso indebido de drogas y la adicción*. USA: Advancing Addiction Science.

- NIDA. (2020b). *¿En qué consisten los tratamientos para la dependencia del tabaco?* Obtenido de National Institute on Drug Abuse
- NIDA. (2022a). *Qué es la EPOC*. National Heart, Lung, and Blood Institute.
- NIDA. (2022b). *¿Qué consecuencias trae el consumo de tabaco para la salud física?* National Institute on Drug Abuse.
- Ocampo, M., Magallan, A., Villa, T., & Cuevas, E. (2022). Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel. Terapia breve cognitivo - conductual. *Secretaría de Salud. Clínica contra el Tabaquismo. Consulta Externa de Neumología y Cirugía de Torax*, 1-68.
- OMS, c. e. (2021). Estilo de vida y salud. Seminario de tutoría de la UNAM. *Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina*.
- OMS. (1969). *Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud*
- OMS. (2019). El tabaco y el cuerpo humano. *Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*.
- OMS. (2022). *Tabaco*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud.
- (OPS), O. P. (2019). Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria. *Hábitos y estilos de vida saludables: asesoramiento para los pacientes*, 1-33.
- Panorama Actual del Medicamento. (2016). Mecanismos de acción de los fármacos. *Revista Científica del Consejo General de Colegios Farmacéuticos*, 40(392), 382-383.
- Patiño, L. (2017). Teorías y métodos conductismo y enfoque cognitivo. *Areandina. Fundación Universitaria del Área Andina*.
- Peña, J., Bustos, R., & González, M. (2019). Sustancias de abuso más frecuentes en México: aspectos médico-legales. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses* (32), 9-28.

- Puerta, J. & Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*. 8(2). 251-257.
- Quintero, M., Salvador, J., & García, C. (2019). Prevención de adicciones. Empoderar a los adolescentes para el establecimiento de estilos de vida saludables: el caso de los inhalantes. *Revista de Investigación Académica sin Frontera: División de Ciencias Económicas y Sociales*, 12(31), 1-28.
- Ramos, R. (2020). Aplicación de la Escala CES-D para Identificar la Depresión en mujeres mayores de 65 años de la Unidad de Medicina Familiar No.11 IMSS, Delegación Aguascalientes. *Centro de Ciencias de la Salud. Especialidad en Medicina Familiar*, 1-49.
- Rang, H., Dale, M., Ritter, J., Flower, R., & Henderson, G. (2020). *Farmacología. Novena edición*. España: Elsevier.
- Razón, K., Rodríguez, L., & León, U. (2017). Neurobiología del sistema de recompensa en las conductas adictivas: consumo de alcohol. *Revista Electronica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1344-1361.
- Reynales, L. (2020). El control de tabaco en México, un pendiente histórico y una oportunidad para mejorar la salud. *Hablando con especialistas, control de tabaco*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Salud Pública .
- Rodríguez, L., Vivas , S., Herrera, A., Pérez, C., & Ruíz, A. (2022). Terapia de conducta: raíces, evolución y reflexión sobre la vigencia del conductismo en el contexto clínico. *Revista del Consejo General de Psicología en España*, 43(3), 209-217.
- Rojas, K., (2010). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 48(5), 491-496.
- Salazar, C. (2019). Actualización de pruebas psicometricas utilizadas en la clinica contra el tabaco y otras sustancias adictivas del Hospital General de México. *Universidad Autonoma de la Ciudad de México*.
- Sánchez, A., Farfán, E., De la Fuente Figuerola, V., & Cháves, D. (2022). Estructura Factorial y datos normativos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en población general peruana. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(2), 158-170
- Secretaría de Salud. Gobierno de México. (2021). *Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las adicciones*. México: Dirección General de Epidemiología

SEGOB. (2020). Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar. *Diario Oficial de la Federación*.

(SEGOB), S. d. (2023). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*.

Sirof, G. Z. (25 de agosto de 2021). Hoy hablamos del síndrome de abstinencia. ¿Cómo sobrellevarlo? *Video*. México: CONADIC

Soto, R., & Escribano, E. (2019). El método estudio de caso y su significado en la investigación educativa. *Rediech*, 203 - 221.

Soto, W., Zarco, D., López, S., Guzmán, G., & Cisneros, J. (2022). Eficacia de una intervención cognitivo conductual de inoculación al estrés para la disminución del TEPT en mujeres víctimas de abuso sexual en Hidalgo. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 9(17), 1-10.

Spósito, P., & Llorens, M. (2022). Utilidad del MoCA (Montreal Cognitive Assessment) como test de cribado para el deterioro cognitivo leve en población de hipertensos. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 7(3), 44-52.

Terán, A. (2022). Adolescentes y consumo de drogas. *AEPAP. Congreso de Actualización en Pediatría 2022*, 3(0), 167 - 175.

Trillos, D., & Cogollo, Z. (2022). Factores de riesgo y protección en los programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas. *Duazary*, 19(2), 129 - 142. <https://doi.org/https://doi.org/10.21676/2389783X.4692>

UNODC. (2021). *Informe mundial sobre las drogas 2021 UNODC: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras la juventud subestima los peligros del cannabis*. Viena.

Urrea, A. (2020). *Módulo Didáctico. Análisis funcional de la conducta*. Colombia: Institución Universitaria de Envigado

Vega, M. (2020). ¿El trabajo es salud? *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 23(4), 410-414.

Vinces-Centeno, M. (2019). Determinantes sociales de la salud. Políticas públicas. *Revista Científica. Dominio de las Ciencias*, 5(4), 477 - 508.

Zapata, A. (2020). Intervención cognitivo conductual para la reducción de la ansiedad en adolescentes de un centro psicológico privado . *Universidad de Lima. Facultad de Psicología*