



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**CONSTRUCCIÓN, VALIDACIÓN Y CONFIABILIZACIÓN  
DE INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE  
TABACO EN MUJERES UNIVERSITARIAS**

**TESIS**

Que para obtener el título de  
**Licenciado en Psicología**

**Presentan**

Eder Orozco Sánchez de Tagle  
María Fernanda Ortega Ramírez

**Directora de Tesis:** Dra. Jennifer Lira Mandujano  
Dictaminadoras: Dra. Sara Eugenia Cruz Morales  
Mtra. Georgina Castillo Roberto



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Investigación realizada gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM, IA304016, RA304016 “Efectividad de una intervención cognitivo conductual para dejar de fumar dirigida a estudiantes universitarios en un ensayo clínico aleatorio controlado”, responsable Dra. Jennifer Lira Mandujano. Agradezco a la DGAP-UNAM la beca recibida.

# ÍNDICE

<b>Capítulo 1. El Tabaco</b>	<b>1</b>
1.1 Antecedentes	1
1.2 Epidemiología	3
1.2.1 Internacional	
1.2.2 En México	
<b>Capítulo 2. Salud y Tabaco</b>	<b>7</b>
2.1 Niveles de dependencia	7
2.2 Tasas de mortalidad	8
2.3 Enfermedades asociadas al consumo de tabaco	9
2.4 Consumo de tabaco en mujeres	11
2.5 Consumo de tabaco en universitarias	13
<b>Capítulo 3. Dependencia a la nicotina</b>	<b>16</b>
3.1 Composición del tabaco	16
3.2 Farmacodinamia y tolerancia	17
3.3 Dependencia	20
3.4 Síndrome de abstinencia	21
<b>Capítulo 4. Tipos de tratamientos</b>	<b>23</b>
4.1 Tratamientos para dejar de fumar	23
4.2 Tratamientos Farmacológicos	24
4.3 Enfoque psicológico	27
<b>Capítulo 5. Modelo de prevención de recaídas</b>	<b>31</b>
5.1 Definición de recaída	31
5.2 Modelo de prevención de recaídas	31
5.3 Factores asociados a las recaídas	34
<b>Capítulo 6. Revisión de instrumentos situacionales</b>	<b>37</b>

<b>Capítulo 7. Método</b>	<b>39</b>
7.1 Objetivo general	39
7.2 Fase 1	39
7.3 Fase 2	40
7.4 Fase 3	42
<b>Capítulo 8. Resultados</b>	<b>44</b>
8.1 Fase 1	44
8.2 Fase 2	44
8.3 Fase 3	50
<b>Discusión</b>	<b>56</b>
<b>Referencias</b>	<b>61</b>
<b>Anexos</b>	<b>70</b>

# CAPÍTULO 1. EL TABACO

## 1.1 Antecedentes

El tabaco era consumido por habitantes nativos americanos desde tiempos inmemoriales, originalmente con fines rituales que transitaron al uso medicinal y finalmente al recreativo con su llegada a España a manos de fray Román Pane, a Inglaterra de Sir Walter Raleigh. Llegó a Portugal, Italia, Francia y Japón gracias a los portugueses. Debido a las influyentes personas que le dieron uso al principio reyes, reinas, autoridades eclesiásticas, el tabaco ganó una inmensa popularidad llevándolo así a tener presencia mundial. A pesar de que se le atribuían propiedades medicinales, la evidencia médica apuntaba a los perjuicios que hoy se conocen ampliamente, de forma tal que el primer escrito serio al respecto aparece en el año 1700 gracias a la pluma del doctor Bernardino Ramazzini. A partir de ese momento y hasta la actualidad, la cantidad de publicaciones describiendo las diversas afecciones y complicaciones derivadas del consumo de tabaco, siguen apareciendo constantemente (De Micheli e Izaguirre, 2005).

Los tabacos cultivados actualmente pueden ser agrupados en cuatro familias básicas: “havanensis”, dentro de la que se pueden encontrar los tabacos cubanos, de Java y algunos de Sumatra; “brasiliensis”, cuya rama más representativa es conocida como Bahía; “virginica”, que se hace representar por las variedades cultivadas en Kentucky y Virginia, Estados Unidos; y finalmente, “purpúrea”, en la que se encuentran los tabacos de oriente, turcos y egipcios. Las diferencias entre cada clase de tabaco son de orden físico, en tamaño y forma de las hojas; y químico, que en su conjunto otorgan diferentes propiedades organolépticas que determinan la especificidad de aromas y sabores en cada variedad. El tabaco se puede consumir de diversas formas, la división más general es entre los métodos con combustión y sin combustión. En los métodos sin combustión podemos encontrar el tabaco para mascar y el tabaco en polvo; en los métodos con combustión se

identifica el cigarrillo, el cigarro y la picadura, esta última usada tanto para pipa como para la elaboración de cigarrillos (Comín y Aceña, 1998).

De los métodos sin combustión, el tabaco en polvo fue el más popular en Europa entre los siglos XVII y XVIII, lapso en el que prácticamente toda la fabricación de tabaco era volcada a esta presentación. Las presentaciones más populares fueron las denominadas “polvo español”, “groso floretín” y el “rapé” francés, que es la más conocida de todas por haber sido consumida por intelectuales y aristócratas como una moda de las altas esferas sociales. Por el contrario, el tabaco para mascar tuvo escasa difusión en Europa, ya que su uso exigía escupir los excedentes, costumbre que era muy mal vista en la mayoría de sociedades europeas a diferencia de los Estados Unidos de América, en donde tuvo una amplia aceptación en diversos estados del sur, ya que permitía a los trabajadores manuales continuar su labor sin interrupciones, además de reducir los riesgos de trabajo en plantas con materiales inflamables. Por el contrario, para el consumo de tabaco por combustión se pueden identificar 3 presentaciones principales, el cigarro o puro, el cigarrillo y la pipa. Para el primer caso, se requiere enrollar las hojas de tabaco completas, para el segundo y tercero, se requiere picadura de las hojas de tabaco que posteriormente serán enrolladas con papel específicamente diseñado para tal menester (Comín y Aceña, 1998).

De acuerdo a Rubio y Rubio (2006), el primer cigarrillo con filtro apareció en 1949 como respuesta a la creciente presión de los sectores de fumadores, quienes demandaban consideraciones para su salud, independientemente de que las empresas tabacaleras negaran cualquier perjuicio. Dicha suspicacia por parte de los fumadores surge a partir de los primeros estudios, como el publicado por Richard Doll y Austin Hill en 1954 en el que contrastaron las experiencias de más de 4,000 doctores, estableciendo una indiscutible relación entre el tabaquismo y el cáncer de pulmón. Esta investigación sentó las bases para un crecimiento exponencial de investigaciones respecto a los efectos del tabaco en la salud de los fumadores.

El tabaco hoy en día es un problema de salud pública a nivel mundial, al que no se le ven intenciones de disminuir a pesar de la información existente y cuyo comportamiento como epidemia varía ligeramente de una región a otra, tanto a nivel nacional como mundial, de forma tal que es necesario hacer un análisis en estas dos magnitudes para poder comprender más a fondo las dimensiones del impacto que el consumo de tabaco tiene tanto en la sociedad como en los individuos. Al tener un panorama más amplio de la dimensión del problema, la justificación de cualquier medida preventiva o de intervención se dilucida casi automáticamente.

## 1.2 Epidemiología

### 1.2.1 Internacional

El consumo del tabaco es una de las causas principales de muerte prevenible. En promedio mata a más de 5 millones de personas en el mundo cada año y de continuar sobre la misma línea, se prevé que en 2030 serán 8 millones de personas por año. La OMS por su parte, enfatiza el éxito logrado con el Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT, 2003), su objetivo es que los países apliquen y gestionen el control de tabaco. Gracias a esto, se ha logrado un gran avance en torno a las políticas sobre ambientes libres de humo, aumentando un 2.3% la proporción de población mundial cubierta por estas mismas políticas (OMS, 2009).

Para 2011, el informe sobre la epidemia mundial del tabaquismo de la OMS, indica que el consumo de tabaco mata a 6 millones de personas aproximadamente, elevándose respecto a las cifras de años anteriores, pese a que el 87% de la población mundial ya se encontraba inmersa en las medidas propuestas por el CMCT. En este mismo año, se reportó una estrategia más llamada MPOWER que fue implementada a desde el año 2010 e implicaba el etiquetado en los paquetes de tabaco y las campañas en los medios de comunicación advirtiendo a la población sobre los efectos nocivos para la salud. Como consecuencia de lo anterior, en 23



países se han realizado campañas en los medios de comunicación contra el consumo de tabaco (OMS, 2011)

En 16 países se promulgaron leyes nacionales que prohíben fumar en lugares públicos y de trabajo, además, en tres países se ha prohibido la publicidad, promoción y patrocinio de tabaco por completo. Con todas las acciones anteriormente mencionadas, la OMS demuestra el compromiso que tiene para abatir la epidemia del tabaquismo a nivel mundial (OMS, 2011).

A nivel mundial, en el año 2013, 23% de la población consumía algún producto de tabaco y tan sólo en el continente americano la población que actualmente consume tabaco, independientemente del sexo o la edad, es 17.5% de entre 18 países, incluido México. Esto demuestra que nuestro continente presenta índices más bajos en comparación con el mundo, pero no por ello dejan de ser alarmantes (OMS, 2013).

La OMS (2013) dicta que actualmente existen diversos acuerdos internacionales para establecer políticas para la reducción del consumo de tabaco, dichas políticas se han ido implementando progresivamente y aunque aún hay países que no tienen mucho avance en la materia, el resultado es notorio e indiscutible en aquellos que han tenido éxito en su implementación. Estas medidas implican en primer lugar, el establecimiento de lugares libres de humo de tabaco, con 81 países sin política alguna y 43 con políticas completas. Así mismo, la creación de programas públicos para dejar el consumo de tabaco, con 21 países con políticas completas y 14 sin políticas. Otra medida importante son las advertencias sanitarias, que no son aplicadas en 73 países contra 30 que lo hacen por completo. Aunado a esto, la difusión de la prevención en medios de comunicación también es importante, pero en 104 países es inexistente, aunque en 37 ya opera por completo. También la prohibición de la publicidad en medios ya es un hecho en 24 países, a diferencia de 67 en los que no existe prohibición alguna. Finalmente, los impuestos a los cigarrillos, ya están aplicados totalmente en 32 países y son omitidos en 37.

### 1.2.2 En México

Actualmente el consumo de tabaco es considerado una epidemia a nivel mundial que en México está creciendo a un ritmo acelerado, el cual puede ser observado, por ejemplo, en la alarmante estadística que indica un crecimiento de 5% en la recurrencia de consumo de mujeres entre cada Encuesta Nacional de Adicciones aplicada (Meneses, Márquez, Sepúlveda, y Hernández, 2002).

A partir de la década de los setenta, se llevan a cabo estudios que utilizan técnicas de recolección y análisis de la población muestra, estos estudios forman parte de investigaciones epidemiológicas y cualitativas acerca del consumo de drogas en México. La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), es parte fundamental de las investigaciones realizadas en México, su metodología consiste en obtener información de hogares con representatividad nacional en ocho regiones del país, se lleva a cabo de forma periódica y permite tener conocimiento sobre la evolución de consumo de sustancias, así como de algunas otras problemáticas de salud mental.

De acuerdo a la ENA (2011), las personas que fuman diariamente, comienzan el consumo en promedio a los 20.4 años de edad, siendo de 20 años en los hombres y de 21.7 en las mujeres el promedio por sexo. De la misma forma, esta población de fumadores diarios consume 6.5 cigarros al día, de los que 6.8 en promedio fuman los hombres y 5.6 las mujeres. A su vez, el 21.7% de la población entre 12 y 65 años de edad son fumadores activos, el número de hombres como fumadores activos disminuyó respecto al 2008, mientras que la población femenina aumentó de 3.8% a 8.1% de 2002 a 2011. Del total de fumadores, 58.4% ha declarado haber intentado dejar de fumar, de los cuales, 57.2% fue de forma súbita, 17.6% de forma gradual, 14% dejó de comprar cigarros, 4.2% sustituyó el cigarro por otras actividades y 2% se sometió a algún tratamiento.

Con las medidas establecidas en el país a partir del año 2000, se hizo evidente un decremento en la prevalencia de consumo activo de tabaco entre el año

2002 y el 2008, sin embargo, esta disminución se vio invertida en el lapso de 2008 a 2011, encontrando un incremento en la prevalencia total de 1.1%. Este comportamiento estadístico puede ser descrito por sexo: en el caso de los hombres, hubo un decremento de 23.5% a 20.8% en hombres y 13.1% a 12.1% en mujeres entre los años 2002 y 2008, pero un incremento a 21.7% en hombres y 12.6% en mujeres para el año 2011.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), se implementó en el año 1990 como un intento de establecer patrones de conducta en la población respecto al consumo de sustancias lícitas e ilícitas. Sin embargo, los datos recabados por diversas instituciones respecto al tabaco se integraron al sistema hasta el año 2001 (Kuri, González, Hoy y Cortés, 2006).

Una vez aclarado el panorama en cuanto a los alcances epidemiológicos del consumo del tabaco, hay que entender el porqué es un problema de salud pública el que llegue a tanta gente. Para esto hay que hacer conexiones directas entre el consumo de tabaco y las repercusiones que tiene éste en la salud, esto requiere en primera instancia determinar los diversos niveles de consumo que existen y las posibles consecuencias a la salud para cada uno de los niveles. Así mismo, es importante conocer las afecciones que se relacionan en general con el consumo de tabaco en el mundo y para delimitar progresivamente las poblaciones que se pueden ver afectadas hasta la particularidad menester de este trabajo, que son las mujeres universitarias en México.

## CAPÍTULO 2. SALUD Y TABACO

### 2.1 Salud y dependencia

La dependencia en general se define como un patrón inadecuado de uso de sustancias, que lleva a angustiarse e incapacitarse y se manifiesta cuando ocurren tres o más de las siguientes situaciones en un periodo de 12 meses: desarrollar tolerancia a la sustancia, desarrollar síndrome de abstinencia ante su retirada, exceder el consumo planeado o deseado ya sea en cantidad o en tiempo de uso, un persistente deseo e intentos fallidos por dejar el consumo, invertir mucho tiempo en actividades que permitan conseguir y utilizar la sustancia y el abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas a causa del uso de la sustancia (WHO, 2010).

De acuerdo al DSM-IV, la dependencia se explica como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los siguientes puntos en algún momento de un periodo continuo de 12 meses:

- 1) Presentar tolerancia a la sustancia.
- 2) Presentar síntomas de abstinencia.
- 3) Incremento en la frecuencia de consumo o la duración del consumo.
- 4) Deseo persistente e infructuoso de controlar el consumo.
- 5) Empleo de mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, el consumo o la recuperación de los efectos de la sustancia.
- 6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- 7) Se continúa consumiendo la sustancia a pesar del conocimiento de los problemas psicológicos o físicos derivados del consumo.

## 2.2 Tasas de Mortalidad del consumo de tabaco

Según la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (Secretaría de Salud, 2015), el promedio de cigarrillos que los hombres fuman al día es de 8, mientras que las mujeres fuman 6.8 cigarrillos al día. Comparando las cifras obtenidas en 2009 respecto al 2015, la cantidad de mujeres fumadoras aumentó de un 7.8% a un 8.2%. Así mismo, la proporción de mujeres que piensan dejar de fumar o lo han intentado es menor que la cantidad de hombres que en 2009, 47.2% de la población fumadora de sexo masculino intento abandonar el cigarro, para 2015 ya era 57%; en cambio, la proporción de mujeres era de 57.4% y en 2015 disminuyó a 56.4%.

Considerando las consecuencias del no dejar de fumar, la OMS (2017), menciona que el tabaquismo ocasiona el 22% de las muertes por cáncer, siendo esta enfermedad la segunda causa de muerte en el mundo con una proporción de una de cada seis muertes. En 2015 se le atribuyeron a esta enfermedad 8.8 millones de defunciones, los cinco tipos de cáncer con mayor número de víctimas son: pulmonar, hepático, colorrectal, gástrico y mamario.

A lo largo del tiempo, ejercer control sobre el consumo de tabaco es el único factor a nivel global que ha demostrado indiscutiblemente haber disminuido significativamente la incidencia y mortalidad por cáncer pulmonar tanto en hombres como en mujeres (Briseño et al., 2015) y de acuerdo con la OMS (Ervik, et al. 2016), en México el cáncer pulmonar es la segunda causa de mortalidad por cáncer en ambos sexos.

Briseño et al. (2015), realizaron un estudio para analizar comparativamente la tendencia de mortalidad anual estandarizada por edad y las tasas anuales específicas por grupo de edad y por sexo debidas a cáncer pulmonar durante el período 2000-2010. La evolución de las tasas de mortalidad en nuestro país a partir del año 2000 y hasta el 2010, muestra clara una tendencia a la reducción de la mortalidad. La tendencia estadística implica que a lo largo de 10 años, la tasa de muerte por cáncer pulmonar en hombres ha disminuido de 20 muertes por cada 100

000 habitantes a sólo 15, pero en las mujeres se ha mantenido constante en 10 muertes por cada 100 000.

### **2.3 Enfermedades asociadas al consumo de tabaco**

El tabaquismo es una enfermedad que ha sido clasificada como crónica, no trasmisible y adictiva que evoluciona con recaídas (Ascanio, et al. 2011), así mismo, Suárez y Campos (2010) mencionan 25 enfermedades asociadas con el consumo del tabaco. Entre ellas podemos encontrar cáncer nasal, oral, laringe, estomago, mama, riñón, además enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. Aunado a esto, la percepción de los fumadores respecto al riesgo en su salud es casi nula, ya que es considerado como un riesgo menor o despreciable. Por ejemplo, el hábito de fumar es considerado menos mortal que un accidente automovilístico, en conclusión, todo lo anterior hace que se minimicen los efectos nocivos del cigarro hacia la salud.

Actualmente, el consumo de tabaco es uno de los principales potenciadores de riesgos de salud, siendo así de los primeros problemas de salud pública a nivel mundial. Los efectos nocivos del tabaco no afectan únicamente al fumador, igualmente a todos aquellos que se encuentran en su entorno. En personas adultas aumenta el riesgo de padecer cáncer pulmonar, cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de laringe, de cavidad bucal, esófago, páncreas o vejiga (Villalobos y Rojas, 2007).

La repercusión más conocida del tabaquismo es en el sistema respiratorio, al respecto Díaz, Méndez, Ramírez y Saldías (2007), indican que causa cáncer bronquial y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, esto afecta a fumadores activos y pasivos ya que la exposición prolongada al humo de tabaco afecta y propicia la evolución de varias enfermedades como influenza, neumotórax, hemorragia pulmonar y neumonía.

Bordón, Márquez, Rodríguez, Rodríguez y Traviesas (2011), hacen énfasis en que los cambios de hábitos y estilo de vida en la población actual han incrementado la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles puesto que estas se producen y fortalecen a través del tiempo. En la antigüedad se desconocían los efectos dañinos del tabaco, pero en la actualidad y después de múltiples estudios científicos se ha demostrado la relación entre el tabaco y una amplia variedad de enfermedades, pese a ello, en muchos entornos el hábito de fumar aún no es considerado como no saludable. Una de las enfermedades que está asociada con el hábito de fumar es la afección a la cavidad bucal que a su vez predispone estomatitis nicotínica, melanoma del fumador, lengua vellosa, halitosis y tienen tendencia a las enfermedades periodontales, enfermedades cuyos síntomas pueden dificultar las interacciones sociales por considerarse desagradables, limitando a estos elementos la percepción negativa del tabaco tanto en fumadores como en no fumadores.

De la misma forma, el consumo de tabaco está fuertemente relacionado con problemas de índole cardiovascular, respiratoria y tumoral. Esta relación ha sido ampliamente estudiada y no se presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres que fuman de la misma forma, las diferencias que llegaron a existir eran dadas únicamente por la cantidad de tabaco consumido. No por ello se debe entender que no existen diferencias específicas de género, ya que, si hay particularidades para la mujer, especialmente en las áreas ginecológica y reproductiva, aunado a diversas investigaciones en curso que parecen indicar mayor susceptibilidad de las mujeres a los agentes cancerígenos del tabaco, que los hombres (Calleja, Pick, Reidl y González, 2010).

Haglund (2010), hace énfasis en las posibles consecuencias del consumo de cigarrillos que se relacionan directamente y de forma negativa con la mujer. Por ejemplo, son más propensas a padecer de infertilidad primaria y secundaria, así como problemas en la concepción ya que se ha relacionado al consumo regular de tabaco con la dismenorrea y la menopausia prematura.

De acuerdo al INEGI (2016), en el año 2015 murieron en nuestro país, 173,526 mujeres por enfermedades que se asocian con facilidad al consumo de tabaco, de entre las que destacan enfermedades del corazón, tumores malignos, afecciones cerebrovasculares, pulmonares obstructivas, del hígado, influenza y neumonía, insuficiencia renal, bronquitis, enfisema y asma.

Con respecto a los tumores malignos, existe una predominancia amplia de aquellos localizados en el aparato digestivo, con 31.2 mujeres afectadas por cada 100,000; 14.36 mujeres sufriendo de tumores en glándulas mamarias por cada 100,000; 12.93 en el caso de los tumores en órganos genitales y 20.28 mujeres sumando los casos con tumores en órganos respiratorios, hematopoyéticos, vías urinarias y células germinales por cada 1000,000 habitantes. A pesar de que en el último rubro se concentra un porcentaje alto, es importante hacer notar que involucra cuatro sistemas orgánicos distintos, de forma tal que su comparación con los tumores en el aparato digestivo nos hace ver que realmente son pocos los casos por separado (INEGI, 2016).

#### **2.4 Consumo de Tabaco en Mujeres**

A pesar de que todas las estadísticas señalan incremento en el consumo de tabaco, así como de los fumadores activos, es importante señalar que el avance no ha sido igual en hombres que en mujeres. De inicio, las mujeres no consumían tanto tabaco como los hombres, pero a partir de la Segunda Guerra mundial, junto con diversas conquistas sociales y laborales, facilitaron a las mujeres la adquisición e ingesta de productos de tabaco. Desde estos momentos y en general, se observa cierto patrón de crecimiento mayor en las mujeres que en los hombres, de forma tal que actualmente de los más de 1000 millones de consumidores de tabaco que existen en el mundo, aproximadamente 20% son mujeres (Haglund, 2010).

Calleja, et al. (2010), hacen énfasis en la prevalencia del consumo de tabaco en la población femenina que ya ha alcanzado el 12% a nivel mundial, sin embargo, enfatiza dos factores por los cuales no se le da tanta importancia: el primero es que



debido a que el consumo era mayoritariamente de los hombres se ve como un hábito “masculino” y el mito sobre la inmunidad de las mujeres al hábito de consumo de tabaco. Sin embargo, las cifras actuales no se han podido ignorar y cada vez hay mayor número de investigaciones orientadas hacia la mujer y el tabaco. En países desarrollados, el hábito del tabaco es responsable del 7% de muertes en el caso de las mujeres, además la prevalencia del tabaquismo en mujeres se sitúa entre el 15% y el 37% con tendencia al crecimiento.

Haglund (2010), apunta al hecho de que los factores de iniciación y mantenimiento del consumo de tabaco en mujeres caen en las mismas categorías (factores históricos, socioculturales y psicológicos) que los de los hombres, sin embargo, operan desde perspectivas muy distintas, en las que las generalidades del sexo y particularidades de la persona toman un papel muy importante, dificultando así que se puedan llevar a cabo generalizaciones con la misma facilidad que en los casos masculinos.

Entre los factores que propician el consumo de cigarro en mujeres están que uno o dos de los progenitores fumen, siendo las mujeres más susceptibles si la madre es fumadora, más adelante interviene la presión social ejercida por el grupo de amigos sobre todo cuando es de forma indirecta. Otro de los factores que influye en las mujeres es la autoimagen directamente relacionada con el peso, al asociar al cigarro como un recurso para estar delgadas. Factores de riesgo como el estrés, ansiedad, irritabilidad, hostilidad también son predictores para un mayor consumo de cigarro. La publicidad es un punto fuerte, ya que esta es dirigida a mujeres, jóvenes de ambos sexos y población de los países más pobres, poniendo en el mercado los cigarros “light” convenciendo a las féminas de un consumo “menos” riesgoso (Calleja, et al., 2010).

## 2.5 Consumo de Tabaco en Universitarias

La adicción a las drogas no es percibida como un problema por quien tiene dicho comportamiento, aunado a esto, sólo se percibe como un problema cuando alguna persona cercana se ve involucrada en la producción o tráfico de drogas o

dependiendo de la legalidad de la sustancia. Salazar y Arrivillaga (2004), realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer el consumo de drogas en jóvenes universitarios, teniendo en cuenta sus prácticas y creencias. Se consideraron tres elementos importantes: 1) las características de las drogas, 2) características de los sujetos y 3) características de los contextos donde ocurre el consumo. La población fue de 4,416 estudiantes universitarios de Colombia, teniendo como resultado que los jóvenes muestran un estilo de vida poco saludable respecto al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Los resultados relevantes, relacionados con el consumo de cigarro, son los siguientes: 51.9 % de su muestra tenía el hábito de fumar, sólo el 16.8% solicita que no se fume en su presencia pese a que el convivir con fumadores los vuelve fumadores pasivos, 70.3% considera que no es dañino consumir uno o dos cigarros al día.

El análisis de comportamiento mostró que las mujeres tienen una alta presencia de creencias favorables, respecto a no consumir tabaco o alguna otra sustancia. Por otra parte, sobre los factores de contexto se encontró que el 40.4% tiene un padre fumador y los sitios de mayor consumo son: la casa (46%), Universidad (43.4%), bares (47.1%), casas de amigos (35.1%) y restaurantes (20.1%). Como conclusión, existe incongruencia entre las creencias y la práctica de los jóvenes puesto que tienen creencias altamente favorables, pero sus prácticas resultan poco saludables, convirtiendo al cigarrillo y alcohol en sustancias que forman parte del estilo de vida universitario. Se encontró una asociación estadística entre las prácticas poco saludables como fumar, las creencias negativas, como uno o dos cigarros al día no hacen daño y algunos factores de contexto, por ejemplo, familiares o amigos que fuman o lugares donde se permite y facilita el consumo de productos de tabaco (Salazar y Arrivillaga, 2004).

Ruiz, Lucena, Pino y Herruzo (2010), realizaron un estudio para conocer la relación entre el consumo de drogas como el tabaco, alcohol y psicofármacos y la percepción de riesgos en universitarios. Una de las variables que intervienen en la toma de decisiones para el consumo de sustancias es la percepción de riesgo,

entendida como el grado en que se atribuye a una conducta un supuesto peligro para la salud, sin embargo, los jóvenes siguen consumiendo drogas legales e ilegales pese al conocimiento de las consecuencias negativas de las mismas. Así mismo, establecen que la diferencia en la percepción del riesgo asociado al consumo está relacionada con el tipo de droga, las mujeres perciben mayor riesgo con cualquier sustancia. Conforme aumenta la edad del encuestado, disminuye la percepción de riesgo y aumenta el consumo.

Estudios como el de Jiménez, Beamonte, Marqueta, Gargallo y Nerín (2009) realizados a universitarios confirman que el bajo riesgo percibido ante drogas legales, puede ser indicador de evolución de consumo, ya que el consumo de tabaco y alcohol puede fungir como facilitador para consumir drogas ilegales. Así mismo, los resultados del estudio realizado en estudiantes universitarios por Ruíz, Lucena, et al. (2010), indican que 67.2% no fuman, 10.3% lo hacen esporádicamente y 22.5% habitualmente. También se hizo una comparación para conocer la percepción de riesgo que tienen los grupos que nunca fuman, aquellos que lo hacen esporádicamente, así como fumadores habituales, encontrando que no hay diferencia entre estos tres grupos en la percepción de riesgos de tipo físico y psíquicos transitorios y problemas de salud graves. Existe diferencia entre los grupos que fuman esporádicamente, habitualmente y los que nunca fuman, puesto que los primeros consideran con menor puntuación el riesgo a tener problemas interpersonales, legales o de capacidad para hacer una tarea por culpa del tabaco.

En la Ciudad de México se han llevado a cabo diversos estudios para determinar la prevalencia en el consumo de tabaco y otras sustancias dañinas en poblaciones jóvenes. Por ejemplo, Villatoro, et al. (2014), realizaron un estudio epidemiológico en el que se recabaron datos de una muestra compuesta por jóvenes de secundaria y bachillerato, en la que se encontró que 41% de los alumnos han fumado alguna vez, de entre los cuales 32.9% comenzó a fumar a los 13. Al clasificar los resultados por género, se encontró que 39.9% de las mujeres en estas edades han fumado alguna vez y 13.5% son fumadoras regulares. Otro dato a

resaltar, es el incremento en la tasa de consumo entre un nivel educativo y el otro, ya que en secundaria sólo 25% de los estudiantes fuman, contra un alarmante 61.3% durante el bachillerato.

## CAPÍTULO 3. DEPENDENCIA A LA NICOTINA

### 3.1 Composición del tabaco

El tabaco es un producto obtenido de la planta *Nicotiana*, entre todas sus especies la *Nicotiana Tabacum* es la que está cultivada en un 90% del mundo. Esta es una planta con olor fuerte, además de tener propiedades narcóticas por su alto contenido de nicotina, elemento al que se le atribuye la adicción que genera el consumo del tabaco. La nicotina se comporta como un estimulante que puede provocar mayor actividad o dar un sentido de alerta (Martínez, 2011).

La lista de aditivos más usados en la elaboración del tabaco, de acuerdo Baker (2004, como se citó en Martínez, 2011) son:

- 1) Sabores y aromas, que son los encargados de dar características organolépticas al tabaco.
- 2) Modificadores de la combustibilidad como lo son acetato de potasio, carbonato de calcio, citrato de sodio y potasio.
- 3) Humectantes como azúcares, glicerol, propilenglicol, sorbitol.
- 4) Conservantes como benzoato de sodio, sorbato de potasio.
- 5) Aglomerantes como celulosa y goma guar.

La nicotina funge como un reforzador al aumentar la concentración de dopamina libera diversos neurotransmisores que fungen como reforzadores positivos, por ejemplo: el incremento de placer, facilidad para realizar tareas, aumento de la capacidad de la memoria y como refuerzos negativos, alivio de síntomas del síndrome de abstinencia, reducción de ansiedad, tensión, dolor e ira (Álvarez, Pueyo y Teixeira, 2005).

El contenido del cigarro implica más de 4 mil compuestos distintos, incluidas más de 40 sustancias generadoras directas del cáncer, los compuestos principales de un cigarrillo son:

- 1) Nicotina: dadas las características específicas de la nicotina puede que un fumador tenga que fumar 15 cigarrillos al día para alcanzar los efectos deseados. La nicotina tiene efectos sobre las papilas gustativas y la mucosa bucal con aumento de secreción salival, provocando así inhibición de los centros de hambre y sed.
- 2) Alquitrán: está compuesto por más de 4000 sustancias químicas, algunas de ellas provocan enfermedades cardiacas y respiratorias. Está conformado por cianuro, benceno, metanol, acetileno y amoníaco. Sin embargo, un cigarrillo con bajo contenido de alquitrán puede ser tan dañino como uno con alto contenido.
- 3) Monóxido de carbono: es un gas incoloro, tóxico, es producido en la combustión del tabaco y el papel del cigarro, provoca una mala oxigenación de las células, tejidos y órganos, además de incrementar el colesterol, en mujeres embarazadas puede provocar daño en el feto.
- 4) Sustancias irritantes: estas dañan directamente a las vías respiratorias, alteran los procesos de purificación pulmonar y provocan alteraciones inmunológicas que reducen las funciones de defensa.

### 3.2 Dependencia

La capacidad de determinar características específicas de fumadores y así clasificarlos en grupos, facilita la labor de intervención, ya que es posible determinar a qué grado es necesario involucrarse, ya sea abarcar únicamente técnicas de prevención o pasar a la intervención directa, pero con plena consciencia de las necesidades para así evitar el consumo innecesario de recursos ya sean humanos o materiales. Dentro de estas características, probablemente la más importante es la dependencia a la nicotina, cuyo proceso en el rubro físico está directamente relacionado con el contacto que tiene esta con las neuronas, causándoles

excitación. Se estima que un 50% de los fumadores se pueden clasificar como dependientes a la nicotina evaluando los siguientes rubros:

- 1) Tolerancia
- 2) Síntomas de abstinencia
- 3) Deseo persistente de fumar
- 4) Seguir fumando a pesar de conocer los riesgos

Como se puede observar, la dependencia al tabaco se determina mediante los mismos estándares que para cualquier otra sustancia.

Aguilar, Aguilar, Calleja y Valencia (2015) definen la dependencia al cigarro como un factor importante que propicia la conducta de fumar, esta dependencia es considerada como un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que llevan al consumo compulsivo. Existen diversas formas de medir la dependencia, una de ellas es el enfoque médico-psiquiátrico tradicional, el cual clasifica a los fumadores como dependientes o no con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Sin embargo, su validez es cuestionada puesto que está basada en el consenso de expertos y no en evidencia empírica. Otro enfoque entiende a la dependencia como una variable continua y se utilizan instrumentos como Cuestionario de Tolerancia de Fagerström (FTQ) y el Test de Dependencia a la Nicotina, estos miden la dependencia al tabaco considerando medidas biológicas, por ejemplo, niveles de monóxido de carbono en el aliento, concentración de nicotina en la sangre asociándolo a su vez con los síntomas de abstinencia cuando dejan de fumar.

En el hábito de fumar se deben considerar diversos aspectos, por ejemplo, el fumador recibe reforzamientos sociales o culturales que incrementan su consumo, incrementando así los elementos que pueden desembocar en dependencia psicológica. Después de inhalar, la nicotina tarda siete segundos en llegar a nivel cerebral, desencadenando diversos efectos, de entre los cuales se consideran

como principales a la sensación de placer, estabilidad del estado de ánimo y reducción de ansiedad.

La dependencia psicológica se gesta a partir de que el fumador comienza a asociar estímulos ambientales con el acto de fumar, existen circunstancias o lugares que pueden ser recurrentes y favorecedores como lo son bares, restaurantes, tráfico, salas de espera, fiestas o reuniones. La mera conducta de fumar, considerando el conjunto de sensaciones físicas y los estímulos ambientales, hacen del fumar algo placentero automatizando así el consumo de tabaco en el fumador. Así mismo, las conductas alrededor de fumar se vuelven rituales: el encender el cigarrillo antes o después de comer, el lugar donde se guardan y todas las acciones que se realizan para poder fumar son consecuentes con la dependencia psicológica (Álvarez, et al., 2005).

De acuerdo a Nutt, King, Saulsbury y Blackmore (2011), la nicotina es una de las sustancias con mayor poder adictivo que se pueden encontrar, por encima de los barbitúricos, la metadona, el alcohol, las anfetaminas, la marihuana, el LSD, los solventes, el éxtasis y muchas otras. Las únicas sustancias que se encuentran por encima en lo que se refiere a su potencial adictivo, son la heroína y la cocaína, sin embargo, su potencial para dañar físicamente a sus usuarios, se encuentra muy por debajo tanto de estas dos sustancias como de gran parte de las mencionadas previamente.

Reynales-Shigematsu, et al. (2012), con respecto a la frecuencia de uso, clasifican a las personas consumidores de tabaco en tres tipos: 1) fumador activo, quien declaró haber fumado en el último año; 2) ex fumador, aquellos que contestaron haber fumado alguna vez en la vida y declaran no haberlo hecho de nuevo en el último año y 3) quien nunca ha fumado, que indica no haber fumado nunca en su vida. De acuerdo a esta clasificación, los resultados de la ENA implican que sólo 51.9% de los mexicanos declaran no haber fumado nunca en la vida (41.3 millones de personas) y del resto, 26.4% se asumen ex fumadores y 21.7% como fumadores.



### 3.3 Farmacodinamia y tolerancia

La adicción a la nicotina, así como la tolerancia a su consumo dependen en gran medida de la metabolización, recordando que las capacidades metabólicas varían de forma individual, de modo que los efectos pueden no ser los mismos de persona a persona, afectando no sólo al efecto de la nicotina en el fumador, sino también en sus hábitos de consumo, ya que un metabolismo acelerado de nicotina permite que los efectos sean apreciados con mayor velocidad, reduciendo así la cantidad de cigarrillos consumidos, caso contrario en aquellos que tienen un metabolismo más lento, de forma tal que terminan consumiendo mayor cantidad de cigarrillos. Debido a esto, también se vuelve un factor determinante en la transición entre el inicio del consumo y el tabaquismo crónico (Pozuelos, Martinena, Monago, Viejo y Pérez, 2000).

De acuerdo a la World Health Organization (WHO, 2010), la tolerancia a la nicotina, o a cualquier sustancia, se define tanto como la necesidad de incrementar las cantidades de sustancia para conseguir el efecto deseado, como una disminución clara de los efectos con el uso continuo de la misma cantidad de sustancia.

La tolerancia farmacodinámica provocada por el consumo regular de nicotina puede ser un tanto aguda y es denominada "taquifilaxis". La tolerancia crónica hace referencia al cambio que tiene los receptores donde actúa directa o indirectamente la droga, ya que los receptores cambian su sensibilidad por los efectos de la droga. El retiro o disminución de la misma puede provocar diversos síntomas de abstinencia en la persona. La tolerancia crónica a la nicotina está condicionada a los cambios que provoca en el número de receptores nicotínicos y a su vez indirectamente no nicotínicos. Entendiendo lo anterior, los fumadores regulares no requieren de una cantidad alta para obtener el reforzador deseado. El incremento en la frecuencia cardíaca, mareos o vértigo son atribuibles a la tolerancia aguda (Ávila y Ramos, 2008).

### 3.4 Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de dependencia más importante, por tanto se vuelve de vital importancia entenderlo conceptual y prácticamente.

Beamonte, Gargallo, Jiménez, Marqueta y Nerín (2010) consideran uno de los síntomas más fuertes en el síndrome de abstinencia es la ansiedad. Esta sensación consiste en sentimiento de tensión, nerviosismo y preocupación. Algunos fumadores llegan sentir calma o relajación cuando consumen tabaco por lo tanto se vuelven propensos a hacerlo en situaciones ansiosas o de estrés. Se ha encontrado que las mujeres sufren de mayor ansiedad antes de dejar de fumar, contrario a aquellas que consumen medicación, quienes sufren mayor ansiedad tras dejar de fumar.

La nicotina es el componente bioactivo contenido en el humo del cigarro y resulta la sustancia responsable de la adicción y la dependencia al tabaco, de forma tal que el síndrome de abstinencia es consecuencia directa de la interrupción del consumo de nicotina. Los síntomas del síndrome de abstinencia llegan a cambiar de persona en persona y son unas de las principales razones para que un fumador recaiga y vuelva a consumir. Con base en el DSM-IV, el síndrome de abstinencia tiende a poner a la persona en estados de ánimo depresivos, irritables, insomnes, ansiosos, iracundos, al igual que dificultan la capacidad para concentrarse y aumentan el apetito, provocando deterioro en los círculos sociales de la persona (Lara, Espinosa, Ramírez, Regalado y Sansores, 2007).

La OMS (2010), indica que para que una persona pueda ser diagnosticada con síndrome de abstinencia, se requiere que en primer lugar la persona haya consumido nicotina diariamente por varias semanas para después detener abruptamente el consumo o reducirlo drásticamente. A partir de este cese del consumo, se deben presentar cuatro o más de los siguientes síntomas: ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, ansiedad, dificultad para concentrarse,

incapacidad para descansar, incremento del ritmo cardiaco e incremento de peso y hambre. A demás de lo previo, el fumador debe presentar dificultades sociales ocupacionales o de cualquier tipo que afecten su funcionamiento regular y, por supuesto, todo esto no debe ser provocado por condiciones médicas previas de ningún tipo.

Lara et. al. (2007), realizaron un estudio en el cual pudieron determinar que los síntomas de síndrome de abstinencia que mayormente sufre un fumador en México son: deseos de fumar, ansiedad, depresión y diaforesis. Las mujeres tienen mayor probabilidad de caer en depresión. También encontraron una asociación significativa entre la adicción a la nicotina y los deseos de fumar, la ansiedad y la depresión, recomendando así que los fumadores con alto nivel de adicción a la nicotina deben recibir ayuda farmacológica y psicológica para poder disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia.

## CAPÍTULO 4. TIPOS DE TRATAMIENTOS

### 4.1 Tratamientos para dejar de fumar

De acuerdo a Gallardo, Grasa, Beni y Esteban (2013), el proceso que desemboca en el abandono del hábito de fumar no aparece como un evento puntual, por el contrario, está compuesto de una serie de etapas que normalmente requieren de una gran cantidad de tiempo, pero que pueden ser aceleradas gracias a la intervención profesional. La estadía del fumador en una u otra etapa varía de acuerdo a la motivación existente para dejar de fumar. Dichas etapas son:

1. Fase de Precontemplación, en la que el fumador no está consciente de los riesgos para la salud que implica el ser fumador y, consecuentemente, contesta negativamente a las invitaciones para dejar de fumar.
2. Fase de Contemplación, en la que la persona fumadora reconoce el fumar como un riesgo de salud y se plantea la idea de dejar de fumar un futuro próximo.
3. Fase de Preparación, en ésta el fumador se dispone a hacer un intento serio para dejar de fumar, elabora planes específicos para dejar de fumar a corto plazo.
4. Fase de Acción, en la cual la persona efectivamente deja de fumar y pone en práctica todos los planes desarrollados en la fase previa, normalmente tiene una duración de 6 meses.
5. Fase de Mantenimiento, en la que la persona supera los 6 meses de no fumar y tras cumplir un año, se le puede considerar exfumadora.

De acuerdo a Fiore, et al. (2010), la motivación para dejar de fumar es un elemento de vital importancia, ya que existe una relación directa entre esta y los resultados del tratamiento, así como el mantenimiento de los resultados a través del tiempo. De la misma forma, la intensidad del compromiso con el tratamiento, así como de la calidad de la intervención también juegan un papel determinante, ya

que, aunque el paciente no se encuentre convencido de querer dejar de fumar por completo, el profesional puede realizar intervenciones breves con miras a incrementar la motivación y el consiguiente éxito de las intervenciones futuras.

Actualmente existe un acuerdo para las intervenciones que buscan dejar el consumo de tabaco, ya que deben tener dos componentes, el tratamiento psicosocial y el farmacológico, ambos deberían incluirse en el tratamiento para una persona que quiere dejar de fumar. Las estrategias psicosociales son en su mayoría de enfoque cognitivo-conductual, teniendo como objetivo que el fumador reconozca su adicción, modifique su comportamiento con base en estrategias y habilidades desarrolladas con el terapeuta para así poderse mantener en abstinencia, con el fin de conseguir un estilo de vida más sano (Bello, Bello y Flores, 2008).

Existen diversos tipos de tratamientos psicosociales y en distintas modalidades como lo son terapias individuales, grupales, material de autoayuda, inclusive por línea telefónica, tomando en cuenta que el ser fumador implica aspectos psicológicos, conductuales y físicos.

#### 4.2 Tratamientos farmacológicos

Actualmente existe una amplia gama de tratamientos farmacológicos, tanto nicotínicos como no nicotínicos, a continuación se presenta un breve resumen de los más populares:

1. Terapia de Reemplazo de Nicotina: se utilizan medicamentos con nicotina, aumentando la probabilidad de éxito en terapias conductuales, enfocándose en tres principales acciones, el primero es la reducción de síntomas de privación, la reducción de efectos reforzantes y el reforzamiento de sensaciones buscadas en el tabaco.
2. Chicle de nicotina: es el método más estudiado y usado en Estados Unidos, existen en diversos sabores, en diversas dosis por ejemplo para los

fumadores de mayor consumo se recomienda el de 4mg, se les instruye a los pacientes que se debe masticar hasta sentir un leve sabor a pimienta que indica la liberación de la nicotina, al principio el consumo debe ser de un chicle cada una o dos horas por seis semanas, posterior a ello un chicle de dos a cuatro horas por tres semanas, haciendo el consumo disminuya pero de forma gradual, el problema que se ha detectado es la falta de obediencia hacia las instrucciones disminuyendo la probabilidad de éxito.

3. Parches de nicotina: el parche libera nicotina por un periodo de 16 a 24 horas, al igual que los chicles se comienza con una dosis elevada para poco a poco irlo disminuyendo, aunque a diferencia del chicle en este se requiere el uso del parche por más tiempo, uno de los problemas con este tratamiento es la irritación de la piel en el lugar del parche.
4. Spray Nasal de nicotina: libera nicotina directamente en la fosa nasal, es el método más rápido para reducir los síntomas de privación. Con cada disparo se libera 1 mg de nicotina.
5. Inhalador de nicotina: se trata de un tratamiento que ayuda a reemplazar el ritual de boca-mano que normalmente tiene los fumadores, se tiene un cartucho de nicotina y un vaporizador.

Existen algunas que aún están a prueba, como los chicles de liberación rápida, esencialmente logran un mayor alivio de los síntomas de privación, existen dos formas en la Terapia de Reemplazo de Nicotina, puede hacerse de forma pasiva o de forma activa, la forma activa se llega a utilizar alentando al fumador a reducir su consumo a la mitad y así al sentir las ganas de fumar pueda utilizarla.

Bupropión, fue el primer fármaco no nicotínico para dejar el consumo de cigarro, básicamente es un antidepresivo que disminuye la actividad de neuronas dopaminérgicas desactivando el circuito de recompensa, con esto los deseos de fumar disminuyen y al disminuir la actividad de neuronas noradrenérgicas se cumple con el objetivo de atenuar los síntomas del síndrome de abstinencia. Su eficacia

como tratamiento para dejar de fumar ha sido comprobada, ayuda en la reducción de aumento de peso que normalmente viven las personas al dejar de fumar, uno de los efectos adversos es que puede llegar a causar insomnio o en casos muy aislados convulsiones.

Vareniclina, funciona como un agonista parcial de los receptores nicotínicos, es una de las opciones más novedosas como tratamiento para dejar el consumo, el objetivo de este medicamento es poder estimular los receptores nicotínicos liberando dopamina y así poder aminorar los síntomas de abstinencia, tiene una tasa de abstinencia mayor a la del bupropión. Disminuye el cansancio y los efectos reforzantes del tabaco. Las desventajas son náuseas y en algunos casos aumento de peso.

Clonidina, es un agonista noradrenérgico sin embargo tiene muchos efectos adversivos como: sequedad en la boca, sedación, hipotensión y constipación y debido a su alta tasa de efectos secundarios no es recomendable.

Nortriptilina, es un antidepresivo que bloquea la recaptura de noradrenalina y serotonina reduciendo los síntomas de abstinencia, sin embargo con base en estudios realizados se ha encontrado que no es tan efectivo como en bupropión.

Vacuna anti nicotina, tiene como objetivo producir anticuerpos anti-moléculas de nicotina, sin embargo esta sigue en desarrollo y apenas ha sido probada en animales demostrando resultados favorecedores (Bello, et al., 2008).

Siu (2015), menciona que la evidencia que existe hoy en día sobre los tratamientos farmacológicos en mujeres no es suficiente para determinar el balance de daños y beneficios, por lo que se recomienda omitirlo de momento. De la misma forma, asegura que la investigación sobre los cigarros electrónicos aun no es concluyente y tampoco se debe considerar como eje principal de tratamiento

### 4.3 Enfoque psicológico

Además, las técnicas anteriores existen otras, por ejemplo, las líneas telefónicas que prestan ayuda y consejo a las personas han resultado ser eficientes, aquellas en las que existe contacto personal resultan ser más exitosas mientras mayor sea el tiempo y se incluyan estrategias cognitivo conductuales por ejemplo, el proceso de reconocimiento de situaciones peligrosas. El problema de las terapias farmacológicas ya sea nicotínica o no nicotínica es que es fácil que el paciente tenga una recaída si no tiene las herramientas y habilidades necesarias para enfrentarse a la dependencia psicológica, lo que experimenta una persona al dejar de fumar son los recuerdos y asociaciones que tiene con el acto de fumar, por ende, si no es considerada la parte psicológica se está llevando a cabo una terapia incompleta. (Espinosa, Sandoval, Sansores y Ramírez, 2002).

Los tratamientos psicológicos para dejar de consumir tabaco surgen en los años 60, empezando por técnicas de modificación de conducta, después se fueron implementando las técnicas cognitivas, motivacionales y de prevención de la recaída. Tanta es su importancia que actualmente es un tratamiento para dejar de fumar sin el complemento psicológico se considera incompleta (Becoña, 2003).

Así mismo Becoña (2003) menciona algunos de los tratamientos psicológicos existentes para dejar de fumar, que son los siguientes:

- Consejo mínimo y procedimiento de autoayuda: lo que se hace es transmitir información que sea fiable y que sea capaz de producir cambios en la persona, la creación de manuales, folletos, programas por correo.
- Tratamiento clínico o especializado: consta de tres fases, la primera en la que se motiva a la persona para que deje de fumar, la fase de abandona que es en la cual se le ayuda a que deje de fumar y la fase de entrenamiento en la que se le prepara para que pueda mantenerse en abstinencia. Gracias a



la información con la que contamos hoy en día sabemos que la eficacia del tratamiento depende de la alta motivación, la preparación para el cambio, una buena red de apoyo social y tenemos en cuenta los factores que son desfavorables como una alta dependencia a la nicotina, tener un alto nivel de estrés o problemas en los círculos sociales que se hayan vuelto permanente.

- Tratamientos combinados psicológico/farmacológico: son aquellos casos en los que se logran combinar adecuadamente el tratamiento psicológico con medicina, cierto es que se ha demostrado que el tratamiento psicológico solo ha tenido mayor éxito.
- Tratamiento de comorbilidad: este tipo de tratamientos es específico para población que tiene dos o más trastornos.
- Programas comunitarios: tienen como objetivo involucrar a toda una comunidad para disminuir el consumo de tabaco, se utiliza publicidad en masa, además folletos, manuales.

Espinosa et al. (2002) nos da una perspectiva de la terapia cognitivo-conductual como tratamiento para dejar de fumar, el objetivo de la terapia es cambiar un pensamiento irracional por uno racional ya que el fumador tiene asociado mucho de su entorno al consumo de cigarro, esta terapia se rige por dos estrategias generales, la primera es la solución de problemas y desarrollo de habilidades, la segunda etapa consiste en identificar los elementos básicos de apoyo que debe utilizar en el proceso para dejar de fumar.

Con base en el estudio de Espinosa et al. (2002) la primera etapa consiste en identificar las situaciones de riesgo, ya sean eventos, estados internos o actividades que puedan poner en riesgo al fumador provocando una recaída, practicar y mejorar las habilidades de afrontamiento ante estas situaciones, puede hacerse anticipándose a la situación, aprender a reducir los estados de ánimo negativos, lograr un verdadero cambio de vida, además el terapeuta tiene que proporcionar información básica sobre las consecuencias de fumar y de seguir

fumando. Como segunda parte, se debe animar al paciente a dejar de fumar enmarcando los efectos negativos de seguir fumando, resaltar casos de personas que han dejado de consumir y las que no, comunicarse adecuadamente con el paciente es esencial, hacerle saber que debe expresar como se siente a lo largo del proceso para poder ayudarlo, animar a que el paciente recuerde porque decidió dejar de fumar y tenga en mente sus razones, por último proporcionarle información sobre las ventajas que obtendrá al dejar de fumar.

Según los criterios tomados de Schwartz (Becoña 2003) los procedimientos más efectivos para dejar de fumar son los siguientes:

- Programas psicológicos multicomponentes
- Intervención médica con pacientes con problemas cardíacos o pulmonares
- Prevención de factores de riesgo
- Programas con formato grupal
- Hipnosis

Fernández y Secades (2001), presentan un meta-análisis realizado por el Departamento de Salud de Estados Unidos, en el cual concluyen cuatro técnicas conductuales que alcanzan una tasa de abstinencia significativa las cuales son:

- Asesoramiento práctico, el cual consiste en entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades, manejo de estrés y prevención de recaídas.
- Proveer de apoyo social, ser el apoyo social del paciente intra-tratamiento
- Ayudar a obtener apoyo social en el ambiente del fumador, es la red de apoyo extra-tratamiento.
- Técnicas aversivas, estas incrementan la tasa de abstinencia y son utilizadas con pacientes que demandan este tipo de tratamiento.

Independientemente del enfoque teórico del tratamiento de índole psicológica, es importante que cubra rubros específicos para asegurar su efectividad, Siu (2015) agrupa estas características mínimas de la siguiente forma:

1. Intensidad: tanto las sesiones mínimas (menores a 20 minutos) como las intensivas (mayores o iguales a 20 minutos más una visita de seguimiento), la intervención de consejería constante incrementa significativamente la cantidad de adultos que dejan de fumar y se mantienen por más de 6 meses.
2. Duración: las intervenciones de más de 10 minutos se muestran como las más efectivas, incrementando la cantidad de personas que dejan de fumar hasta por un año, sin embargo, incluso intervenciones mínimas de hasta 3 minutos han demostrado tener un impacto importante.
3. Frecuencia: se deben programar múltiples sesiones, por lo menos cuatro, sin embargo, no hay que excederlas ya que los niveles de éxito se suelen estancar tras 90 minutos de tiempo total de intervención.
4. Formato: hay que cuidar la uniformidad del formato, ya sea personal individual o grupal, vía telefónica o mediante elementos impresos.
5. Proveedores: tener perfectamente claro los profesionales requeridos para llevar a cabo el programa de la mejor forma posible, tanto para intervenciones presenciales como para telefónicas.
6. Contenido: el contenido a exponer al fumador debe ser el correcto, evitando errores u omisiones en la información, esto permite generar seguridad.

## CAPÍTULO 5: MODELO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

### 5.1 Definición de recaída

Flores, Mochón, Masuet, Carrillo, Manchón y Ramón (2005) mencionan que por lo menos 60% de la población fumadora ha intentado dejar de consumir en alguna ocasión, pero sólo un 4.3% lo ha logrado. Muchos fumadores consiguen abstenerse de consumir tabaco durante cierto tiempo, pero transcurrido cierto tiempo regresan al consumo, por ello es que el porcentaje de exfumadores permanentes es tan bajo. A este regreso al consumo se le conoce como recaída.

Quesada, Carreras y Sánchez (2002) explican que la recaída está condicionada por el concepto de abstinencia y por las diversas formas de medición de status del fumador. Mencionan dos definiciones, una de Ossip, Giovino, Megahed, Black, y Emont (1991), que implica que la recaída se produce cuando el patrón de consumo normal se mantiene durante siete días consecutivos y otra de Shiffman, Hickox, Paty, Gnys, Kassel, y Richards (1996), en la que la recaída se produce cuando después de 24 horas, se consumen cinco o más cigarrillos al día durante tres días consecutivos.

### 5.2 Modelo de prevención de recaídas

El modelo cognitivo-conductual de Marlatt (2005) para explicar el fenómeno de la recaída es el más aceptado en la actualidad. Este modelo da énfasis tanto a los factores personales como situacionales y se ve a la recaída como una pérdida de control presentada en una situación de alto riesgo. Se dividen a las situaciones de riesgo en tres grupos principales, el primero son los estados emocionales negativos, después los conflictos interpersonales y por último la presión social. La solución ante estas situaciones de riesgo es que la persona tenga las habilidades de afrontamiento necesarias, así disminuye la probabilidad de una recaída y se refuerza su percepción de control ante la situación. Uno de los problemas

principales en la recaída es que el individuo no cuente con las capacidades de afrontamiento necesarias o, aunque las tenga, la ansiedad y el miedo sean factores determinantes para que la persona no reconozca una situación como peligrosa. Otro punto importante en este proceso ya mencionado por Marlatt, es la falta de visión de las consecuencias a largo plazo, de modo que el fumador piensa en el consumo de la sustancia únicamente en función de los efectos positivos del consumo, omitiendo por completo o en gran medida la reflexión sobre las consecuencias que se le podrían presentar a largo plazo. Al contar con experiencias relatadas por pacientes, se confirma que tras una caída en el consumo o después de una recaída, la persona afirma que durante el lapso en que experimentó necesidad compulsiva de consumir, su atención se torna selectiva y automática sobre los efectos “positivos” desencadenados por el consumo.

A partir de esta información, se vuelve evidente la necesidad de brindar herramientas al fumador para apoyarle en el proceso de dejar de fumar, sobre todo una vez que logró llegar a la abstinencia, con el fin de evitar las posibles recaídas. Esto da pie, precisamente a la PR (Prevención de Recaídas), que es un tratamiento con técnicas cognitivo-conductuales que ayuda a los pacientes a desarrollar mayor autocontrol, a su vez permite que el paciente anticipe y sepa afrontar los problemas que se lleguen a presentar, algunas de las estrategias son la discusión de la ambivalencia sobre el trastorno adictivos, identificación de desencadenantes emocionales, saber hacer frente a los factores de estrés internos o externos, haciendo que el objetivo de la prevención de recaídas sea elevar la probabilidad de que el sujeto sea capaz de aumentar su autoeficacia ante situaciones o estímulos hacia el consumo.

Quesada, et al. (2002), consideran que el reconocer a la recaída como parte del proceso de dejar de consumir es vital para la adicción al tabaco. Se han considerado tres modelos en el proceso de la recaída, el modelo acumulativo, episódico e interactivo. Ossip et al. (1991), definen a la PR como el riesgo de recaer en un momento definido. El modelo acumulativo explica que los cambios en la PR

son de forma continua, a diferencia del modelo episódico que considera a la PR como estable hasta un evento repentino que propicia la recaída y el modelo interactivo es una mezcla de los anteriores proponiendo que un evento es el que causa la recaída y a su vez la PR cambia de forma continua causando que se forma una serie de antecedentes para la recaída.

Existen diversos modelos determinantes en el proceso de la recaída que dan otro énfasis, concentrándose en las variables que producen cambios o que predisponen a la persona a una recaída.

- Curry, Wagner, Cheadle, Diehr, y Koepsell (1993), explican que el modelo de aprendizaje social propone una asociación entre las características de la persona como las creencias o sus expectativas al dejar de fumar, la conducta (experiencias previas en el abandono del cigarro) y el ambiente como eventos estresantes o ciertas restricciones fungen como predisponentes para la recaída.
- Wise (1988) explica desde el modelo bioconductual el proceso de recaída, basándose en los mecanismos neuronales dando énfasis al reforzamiento positivo y negativo.
- El modelo de estado propuesto por Prochaska y Di Clemente (1983) que propone al proceso de recaída como una fase más en el proceso de dejar de fumar, este estadio se presenta cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento fallan.
- Y por último, el modelo de afrontamiento de Marlatt y Gordon (1980) postulando que existen situaciones de alto riesgo en la que existe una mayor probabilidad de recaída, la falta de habilidades de afrontamiento es lo que va a propiciar el consumo en este tipo de situaciones, esto a su vez provoca una disminución en la autoeficacia y alienta positivamente la expectativa de consumo.

### 5.3 Factores asociados a las recaídas

Quesada, Carreras y Sánchez (2002) presentan variables relacionadas con el proceso de recaída en el que se presentan diversos factores predisponentes para la recaída, así como factores precipitantes como:

- 1) Demográficos: edad, sexo, profesión, nivel socioeconómico y educativo, raza, estado civil.
- 2) Personales: como habilidades de afrontamiento, estados cognitivos, actitudes, factores de personalidad, estatus de salud y estado de ánimo, los factores precipitantes son el afrontamiento, estado de ánimo y consumo de otras sustancias.
- 3) Historia de consumo: años, dosis, intentos previos de abandono, motivos para fumar, motivos para no fumar, recaídas previas y los factores precipitantes son los motivos/incentivos, estado y deslices.
- 4) Factores biológicos: la dependencia, genética, efectos del consumo en el organismo, reactividad, síntomas de abstinencia, peso y los factores precipitantes son síntomas de abstinencia, efectos del abandono, condicionamiento, tabaquismo pasivo y deslíz.
- 5) Ambientales: políticas (áreas sin humo) y estímulos relacionados con fumar y los factores precipitantes son los estímulos relacionados con fumar.
- 6) Sociales: apoyo social, influencia, historia familiar del consumo, relaciones interpersonales y los factores precipitantes son apoyo social, influencia y las relaciones interpersonales.

Llorens, Perelló y Palmer (2005) explican el modelo de afrontamiento al estrés como una teoría cognitivo-conductual en la que se propone que el consumo de sustancias es provocado por los estresores a los que se enfrenta la persona a lo largo de su vida, generando así una sensación menor de estrés. A raíz de esto, es posible que si el sujeto tiene las habilidades necesarias para afrontar el estrés se reduzca la posibilidad de desarrollar trastornos adictivos o en caso de ya presentar

trastornos adictivos, el adquirir las habilidades de afrontamiento, reduzca su consumo. Apoyando este modelo, Wagner, Myers e Inch (1999) realizaron un estudio con adolescentes y comprobaron que aquellos que utilizaban estrategias de afrontamiento en situaciones de estrés consumían menos que aquellos que utilizaban estrategias de evitación.

Marlatt y Gordon (1980) proponen en dos categorías los factores que propician la recaída, los intrapersonales-ambientales y los interpersonales, los estados de ansiedad, irritabilidad y estrés están vinculados a episodios de recaídas. Este modelo señala que después de un periodo de abstinencia se puede volver a consumir cuando la persona se enfrenta a situaciones de alto riesgo y no utiliza las estrategias de afrontamiento adecuadas y se propone darle la misma importancia a las estrategias cognitivas y conductuales.

Tirapu, Landa y Lorea (2003), indican que el de Marlatt y Gordon es el modelo de prevención de recaídas con mayor aceptación en programas de rehabilitación para conductas adictivas, siendo de corte cognitivo-conductual con base en la teoría de aprendizaje social, proponiendo que entre el estado de abstinencia de un sujeto y la recaída está de por medio una situación de riesgo. Se define una situación de riesgo a cualquier situación que resulte una amenaza para el individuo en su control. Se identifican tres tipos de situaciones, los estados emocionales negativos, los conflictos interpersonales y los contextos de presión social. Este modelo postula que el ansia por consumir ocurre en presencia de estímulos condicionados que lo provocan. A su vez el modelo brinda herramientas de intervención concretas por ejemplo, habilidades sociales, relajación y control de la ira. El modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon se centra en dos principales áreas, un análisis funcional para identificar el consumo con base en las situaciones de riesgo y la segunda parte el desarrollo de estrategias para afrontar la recaída (Martínez, Ávila, Pacheco y Lira, 2011).

Secades (1997) enfatiza las diversas estrategias e instrumentos de evaluación para la PR en diferentes tipos de sustancias, por ejemplo:



- Autorregistros: mediante este instrumento el sujeto es capaz de monitorear su consumo y tener datos concretos como lugar, hora, estado de ánimo, cantidad, etc. Este también suele ser un instrumento útil para la terapia ya que con ayuda del terapeuta se pueden llegar a consolidar las habilidades necesarias para afrontar las situaciones más recurrentes, además ser de vital importancia al inicio de la terapia cuando aún no se deja de consumir.
- Informas autobiográficos de la recaída: es un procedimiento en el cual el sujeto describe de forma escrita o verbal sus experiencias con recaídas pasadas, así se puede tener una referencia de en qué situación ocurrió y las consecuencias positivas y negativas.
- Cuestionarios o autoinformes: estos autoinformes valoran los diversos procesos involucrados en la recaída en el consumo de drogas. Se les puede clasificar en: situaciones de consumo o de recaída anteriores, estrategias de afrontamiento en las situaciones de riesgo y expectativas de autoeficacia del sujeto.

A raíz de lo planteado por el recién explicado modelo de prevención de recaídas, toma importancia el desarrollo de este instrumento, debido a que es necesario determinar cuáles son las situaciones específicas que facilitan el consumo de tabaco. Actualmente no hay instrumentos que tomen en cuenta especificidades demográficas, de género, situación socioeconómica, nivel académico, etcétera. Por ello, este instrumento estará volcado en la determinación de las situaciones de riesgo de consumo en población femenina cursando sus estudios universitarios.

## CAPÍTULO 6. REVISIÓN DE INSTRUMENTOS SITUACIONALES

La validez y confiabilidad son dos conceptos que deberían estar presentes en cualquier elaboración de instrumentos psicométricos, puesto que son los elementos que permiten aseverar que la existencia y uso de dichos instrumentos tiene sentido y utilidad. Recordemos que la confiabilidad, de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010), es el grado en que su aplicación repetida a la misma persona u objeto, produce resultados iguales. Por otro lado, la validez se refiere a la medida en que un instrumento realmente mida aquella variable que indica estar midiendo. Esto implica que estos dos elementos son los que le dan veracidad a cualquier instrumento y de ahí la importancia de su cálculo.

Así mismo, una revisión de los instrumentos existentes es pertinente al desarrollo de este instrumento, ya que permite establecer un punto de partida necesario, así como antecedentes valiosos para considerar. A pesar de que no existen instrumentos orientados específicamente a la población femenina universitaria, hay ciertos instrumentos que sí se centran en las situaciones de consumo, así como en constructos afines y se resumen a continuación:

A pesar de la importancia de conocer las situaciones relacionadas con el consumo de tabaco, la abstinencia prolongada y las recaídas, para desarrollar esquemas de intervención más eficaces, no existe gran variedad de instrumentos orientados a la identificación de dichas situaciones. A raíz de esto, Medina (2009), desarrolló el Inventario de Situaciones de Consumo de Tabaco (ISCT) a través de la implementación de grupos focales gracias a los cuales se determinaron 98 situaciones de consumo clasificadas en 10 categorías que se redujeron a 90 situaciones y 9 categorías respectivamente, tras dos pilotajes con 37 jueces. El instrumento que se piloteó en fumadores quedó conformado por 46 situaciones divididas en 6 categorías. La confiabilidad y validez se determinó mediante análisis de frecuencias, análisis factorial con rotación Varimax y un análisis de consistencia

interna mediante Alpha de Cronbach, arrojando un coeficiente alfa de .97, determinando así un índice aceptable de confiabilidad.

De León y Pérez (2001), modificaron *el Inventario de Situaciones de consumo de Drogas [Inventory of Drug Taking Situations]*, hecho por Annis, Martin y Sklar (1997), éste tiene como objetivo identificar las situaciones de riesgo de consumo de sustancias, en personas de diversas edades y diferentes estados socioeconómicos buscando mejorar la calidad de vida.

Martínez, Ruiz y Ayala (2003) adaptaron el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas para Adolescentes (ISDC-A). Está dividido en cuatro categorías, Emociones Agradables con Otros, Emociones Desagradables, Búsqueda de Bienestar y Momentos Agradables con otros, el total de las categorías se ve reflejado en 27 reactivos, que tienen opciones que van desde el 0 (nunca) a 3 (casi siempre).

Cepeda y Reig (2000), desarrollaron el Cuestionario de consecuencias del fumar, que evalúa ocho categorías: reducción del afecto negativo, estimulación/aumento del estado de ánimo, riesgos para la salud, experiencia sensorial al fumar, facilitación social, mantener el control, urgencia por fumar y reducción del aburrimiento, en total son 39 reactivos.

Londoño, Rodríguez y Gantiva (2011), diseñaron y validaron una escala para la clasificación de adolescentes y jóvenes consumidores de tabaco en función de la frecuencia e intensidad de consumo, de los problemas asociados, intención de cesación y signos de dependencia nicotínica. Utilizaron una muestra conformada por 448 universitarios de ambos sexos con edades entre 18 y 31 años, provenientes de cuatro instituciones educativas. Sus análisis psicométricos demostraron la fiabilidad y validez necesarias para el uso de este instrumento, cuya particularidad principal involucra el hecho de lograr una clasificación de fumadores que no implica exclusivamente criterios de frecuencia e intensidad, incluyendo una gama más amplia de factores influyentes en el consumo.

## CAPÍTULO 7. MÉTODO

### Objetivo general

Crear un instrumento válido y confiable que permita identificar las situaciones de consumo en fumadoras universitarias.

Para lograr dicho objetivo se realizaron tres fases: 1) identificación de situaciones de consumo a través de grupos focales, 2) categorización de las situaciones por un panel de expertos y, por último, 3) la construcción de un instrumento con las situaciones identificadas, analizando su fiabilidad y validez.

### Fase 1. Situaciones de consumo de tabaco

Se crearon grupos focales, esta metodología es de corte cualitativo y es una técnica de recolección de datos mediante una entrevista semiestructurada la cual gira en torno a un tema en específico propuesto por el investigador, otro de los propósitos principales es generar en los participantes reacciones, actitudes y sentimientos respecto al tema (Bonilla y Escobar, 2009). Las sesiones tuvieron duración de una o dos horas y se realizaron en salones con equipo de sonido y video para conservar registro de cada sesión.

### Objetivo

Identificar las situaciones de consumo de tabaco de mujeres universitarias a través de grupos focales.

### Participantes

Se formaron tres grupos focales de 8 a 12 participantes mujeres, con una edad máxima de 24 años, fumadoras y que estuvieran cursando la licenciatura. Las reuniones se llevaron a cabo en salones que se encontraban disponibles al interior de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

## Instrumentos

Se utilizó un cuestionario semiestructurado diseñado por los investigadores que consta de siete preguntas abiertas, donde cuatro se orientan a determinar las situaciones que las participantes consideran situaciones generales de consumo y de mayor consumo; una pregunta trata sobre categorías encontradas en la literatura sobre situaciones generales de consumo de tabaco las cuales son; presión social, placer, celebración o momentos agradables, imagen social, momentos desagradables, malestar físico, controlar el peso y afectos negativos; y las últimas dos abarcan diferencias intergénero e intragénero. Dicho cuestionario puede encontrarse en el anexo número 1. Cada grupo focal fue grabado.

## Procedimiento

Tras presentarse el moderador y el encargado del registro de eventos, se informó a los participantes que las sesiones serían grabadas y se solicitó su consentimiento con el fin de reducir en la medida de lo posible incomodidad por parte de los participantes. Una vez obtenido el consentimiento de todos los participantes, se explicaron las normas de convivencia, haciendo especial hincapié en la importancia del respeto a las opiniones y experiencias que los participantes y moderadores compartan. Posterior a esto, se dio inicio a la ronda de preguntas basada en el cuestionario semiestructurado (Anexo 1), cualquier comentario, pregunta o anotación fuera de lo plasmado en el cuestionario, se registró y trató al finalizar las preguntas base. Todo lo transcurrido en la sesión fue grabado en video y audio.

### Fase 2. Categorización de las situaciones de consumo.

#### Objetivo

A través de un panel de expertos, categorizar las situaciones de consumo de tabaco que se utilizarán en el instrumento.

## Sujetos

Participaron 6 jueces con grado de doctor o maestro, expertos en investigación y tratamiento de consumo de sustancias.

## Instrumento

A partir de la información obtenida en los grupos focales, se desarrolló un formato para ser evaluado por los jueces que incluye todas las situaciones extraídas de los grupos focales redactadas en forma de reactivo (Anexo 2).

## Procedimiento

Se identificaron 6 jueces expertos en investigación y tratamiento del consumo de tabaco y se les preguntó si estaban interesados en participar como jueces, al aceptar se les entregó el instrumento y se les dieron las instrucciones. Se les pidió que evaluaran la versión preliminar de las situaciones de consumo de tabaco en mujeres universitarias que aparecían en el instrumento, solicitando que señalaran a qué categoría pertenecía cada una de las situaciones de consumo de tabaco, así como cualquier anotación adicional respecto a la redacción o el contenido del reactivo.

Una vez en posesión de los juicios de cada experto, se procedió a hacer un análisis de razón de validez de contenido. Este método descrito por Cohen y Swerdlik (2000), propone cuantificar mediante una fórmula matemática simple el grado de consenso entre los miembros de un grupo de expertos. Con el fin de determinar qué tanta validez de contenido hay en los reactivos, más de la mitad de los expertos deben concordar en que un reactivo es esencial. Se asume que a mayor número de expertos que coinciden en determinar que un reactivo es esencial, mayor es la potencial validez de contenido del mismo. Mediante estos supuestos, se establece la fórmula matemática denominada "Razón de validez de contenido":

$$RVC = \frac{n_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

Donde *RVC* es la razón de validez de contenido,  $n_e$  es el número de expertos que indican el reactivo como esencial y *N* es el número total de expertos. Así mismo, se realizó un análisis de validez de más de la mitad de acuerdo entre jueces.

### Fase 3. Construcción del instrumento a partir de las situaciones identificadas.

#### Objetivo

Validar y obtener la confiabilidad del Inventario de Situaciones de Consumo para Fumadoras Universitarias.

#### Instrumento

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación de los jueces, se elaboró una nueva versión del instrumento sobre las situaciones de consumo de tabaco en mujeres universitarias, verificando la frecuencia con la que cada situación fue asignada a una categoría por los jueces. Mediante esta relación de frecuencias, se modificaron, omitieron o agregaron los reactivos pertinentes. Los reactivos estarán expresados por medio de una escala Likert con puntajes desde el cero, equivalente a nunca; hasta el 3, equivalente a siempre.

#### Procedimiento

Esta versión del instrumento sobre situaciones de consumo, se piloteó en mujeres universitarias fumadoras de la ciudad de México. La muestra se tomó de estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM, la Escuela Superior de Medicina, la Escuela Superior de Comercio y Administración, ambas del IPN, la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Azcapotzalco y la Benemérita Escuela Nacional de Maestros. El total de aplicaciones necesarias

estuvo directamente relacionado con el número de situaciones que figuraban en el instrumento, a razón de 5 participantes por cada reactivo para un total de 400 aplicaciones. Este instrumento se puede encontrar en el anexo número 3.



## CAPÍTULO 8. RESULTADOS

### Fase 1. Identificación de situaciones de consumo a través de grupos focales

Se realizaron y grabaron tres grupos focales, el moderador fue el mismo en todos los grupos. En total participaron 24 mujeres universitarias, en el primero grupo focal participaron 8, en el segundo participaron 10 y en el último 6, la media de edad en todos los grupos fue de 20.5 años.

Ante las situaciones de consumo recurrentes entre los participantes, se les solicitó que explicaran o entablaran discusiones para determinar con mayor claridad las características individuales de cada situación de consumo y así enriquecer la redacción inicial de los reactivos. Una vez analizadas las grabaciones de las sesiones y extraídas las situaciones planteadas, se elaboró una lista con 66 reactivos.

### Fase 2. Categorización de las situaciones por un panel de expertos

#### 2.1 Evaluación Interjueces 1

A partir del análisis de los reactivos situacionales y de la revisión teórica, se establecieron 10 categorías: “Emociones desagradables (ED)”, “Malestar físico (MF)”, “Emociones agradables (EA)”, “Momentos agradables (MA)”, “Probando autocontrol (PA)”, “Necesidad física o urgencia por consumir (NF)”, “Conflictos con otros (CO)”, “Presión social (PS)”, “Lugares (L)” e “Imagen social (IS)”.

Posteriormente, con los resultados obtenidos gracias a los jueces, se realizaron las siguientes modificaciones en el instrumento: se eliminaron un total de tres reactivos y se cambió la redacción en cinco reactivos, por último, gracias a las observaciones de los jueces se agregaron dos categorías: “Búsqueda de bienestar (BB)” y “Control de apetito (CA)”.

Con los reactivos resultantes de la evaluación de los jueces, se realizaron 2 análisis para validar las categorías y los reactivos: 1) razón de validez de contenido (Tabla 1 y 2) reactivos más de la mitad de acuerdo entre jueces (Tabla 2).

## 2.2 Análisis de razón de validez de contenido

La recomendación general es que, si la cantidad de acuerdo observado tiene una probabilidad de más del 5% de ocurrir al azar, el reactivo deberá eliminarse. Se establecieron los valores mínimos de la CVR correspondientes a este nivel de 5% en 0.42, por lo que, si resultaron menores, se eliminaron.

El número de jueces que participaron fue de 7 y los resultados se presentan en la tabla 1, en la que se puede observar los reactivos que de acuerdo a este análisis se mantienen y los que se eliminan. Así mismo, gracias a este análisis, se propuso eliminar las categorías: “Probando autocontrol”, “Necesidad física o urgencia por consumir”, “Presión social” e “Imagen social” debido a la falta de reactivos que las conformaran. También se eliminaron 10 reactivos: 1 de “Control de Apetito”, 2 de “Emociones Desagradables”, 1 de “Conflictos con otros”, 2 de “Lugar”, 2 de “Presión social” y 2 de “Búsqueda del Bienestar”.

**Tabla 1**

*Valores de razón de validez de contenido de cada reactivo.*

Categoría	Reactivo	No. De Jueces de acuerdo	CVR	Decisión
<u>CA</u>	<u>Cuando quiero que se me quite el hambre</u>	<u>4</u>	<u>0.142</u>	<u>Eliminar</u>
CA	Cuando no puedo comer por falta de tiempo	7	1	Mantener
CA	Cuando no quiero comer	5	0.428	Mantener
CA	Cuando quiero ahorrar tiempo en comer	7	1	Mantener
CA	Cuando quiero controlar mi apetito	5	0.428	Mantener
ED	Cuando estoy preocupada	7	1	Mantener
ED	Cuando estoy preocupada por el trabajo	6	0.714	Mantener
ED	Cuando estoy ansiosa por cuestiones de trabajo	7	1	Mantener
<u>ED</u>	<u>Cuando estoy estresada</u>	<u>2</u>	<u>-0.428</u>	<u>Eliminar</u>
ED	Cuando estoy ansiosa	5	0.428	Mantener
<u>ED</u>	<u>Cuando quiero tranquilizarme</u>	<u>2</u>	<u>-0.428</u>	<u>Eliminar</u>
ED	Cuando estoy triste	6	0.714	Mantener
ED	Cuando estoy enojada	7	1	Mantener

ED	Cuando estoy preocupada por la escuela	5	0.428	Mantener
ED	Cuando estoy estresada por la escuela	5	0.428	Mantener
ED	Cuando no estoy con mis padres	7	1	Mantener
ED	Cuando estoy preocupada por cuestiones familiares	7	1	Mantener
ED	Cuando estoy aburrida	6	0.714	Mantener
ED	Cuando estoy ansiosa por cuestiones familiares	6	0.714	Mantener
CO	Cuando discuto con alguien de mi familia	7	1	Mantener
CO	Cuando discuto con algún amigo o amiga	7	1	Mantener
CO	Cuando discuto con mi novio	6	0.714	Mantener
CO	Cuando peleo con algún familiar	7	1	Mantener
<u>CO</u>	<u>Cuando peleo con algún amigo o amiga</u>	<u>1</u>	<u>-0.714</u>	<u>Eliminar</u>
CO	Cuando peleo con mi pareja	7	1	Mantener
EA	Cuando quiero celebrar porque las cosas me salieron bien	7	1	Mantener
EA	Cuando estoy feliz	6	0.714	Mantener
EA	Cuando estoy con mi familia platicando	7	1	Mantener
EA	Cuando estoy relajada	5	0.428	Mantener
EA	Cuando estoy alegre	7	1	Mantener
MA	Cuando estoy con amigos de mi edad	7	1	Mantener
MA	Cuando estoy con mis primos	6	0.714	Mantener
MA	Cuando termino de comer	7	1	Mantener
MA	Cuando bebo café	7	1	Mantener
MA	Cuando estoy con mis amigos	7	1	Mantener
MA	Cuando estoy con mi familia	7	1	Mantener
MA	Cuando estoy con mi novio	5	0.428	Mantener
MA	Cuando estoy en un bar	5	0.428	Mantener
MA	Cuando un amigo me invita un cigarro	6	0.714	Mantener
MA	Cuando estoy con mi pareja platicando	5	0.428	Mantener
MA	Cuando bebo cerveza	7	1	Mantener
MA	Cuando estoy con mis amigos y/o amigas platicando	5	0.428	Mantener
MA	Cuando bebo vino	7	1	Mantener
L	Cuando estoy entre clases	7	1	Mantener
L	Cuando me dirijo al trabajo	6	0.714	Mantener
L	Cuando estoy en mi casa	7	1	Mantener
L	Cuando bebo alguna bebida con alcohol en una casa	7	1	Mantener
<u>L</u>	<u>Cuando bebo alguna bebida con alcohol en un antro</u>	<u>1</u>	<u>-0.714</u>	<u>Eliminar</u>
L	Cuando estoy en casa de un amigo o amiga	5	0.428	Mantener
<u>L</u>	<u>Cuando estoy en la calle</u>	<u>2</u>	<u>-0.428</u>	<u>Eliminar</u>
L	Cuando estoy en la escuela	7	1	Mantener
PS	Cuando dejando de fumar mis amigos me invitan un cigarro	6	0.714	Mantener
<u>PS</u>	<u>Cuando veo en la tele a alguien fumar</u>	<u>1</u>	<u>-0.714</u>	<u>Eliminar</u>
<u>PS</u>	<u>Cuando quiero sentirme más integrada con mis amigos</u>	<u>1</u>	<u>-0.714</u>	<u>Eliminar</u>

MF	Cuando me dan cólicos	5	0.428	Mantener
MF	Cuando me siento mareada	7	1	Mantener
NF	Cuando quiero sentir el sabor del cigarro	7	1	Mantener
BB	Cuando veo a alguien fumar	7	1	Mantener
<u>BB</u>	<u>Cuando huelo el humo del cigarro</u>	<u>0</u>	<u>-1</u>	<u>Eliminar</u>
BB	Cuando quiero relajarme	6	0.714	Mantener
<u>BB</u>	<u>Cuando quiero sentirme más integrada con mi familia</u>	<u>4</u>	<u>0.142</u>	<u>Eliminar</u>
BB	Cuando quiero disfrutar ver el humo del cigarro	7	1	Mantener
BB	Cuando quiero que se me quite el sueño	7	1	Mantener
BB	Cuando quiero disfrutar fumar	7	1	Mantener
BB	Cuando pienso en el olor del cigarro	7	1	Mantener
BB	Cuando pienso en el sabor del cigarro	6	0.714	Mantener

### 2.3 Análisis de validez de más de la mitad de acuerdo entre jueces

En esta prueba, el criterio de eliminación de reactivos es que menos del 50% de los jueces haya categorizado igual las situaciones. Se mantuvieron los 66 reactivos originales para determinar si había concordancia en la eliminación de reactivos con la prueba anterior y así determinar cierto consenso entre ambas pruebas de puntajes de interjueces. Se encontró que los resultados indicaban eliminar 2 de “Emociones desagradables”, 1 de “Conflictos con otros”, 2 de “Lugar”, 2 de “Presión social” y 1 de “Buscando el bienestar”, lo cual no coincide en gran medida con los hallazgos de la prueba de razón de validez de contenido efectuada previamente, lo cual es un indicador importante para la elaboración del instrumento para piloteo que se encargará de recabar datos para las pruebas estadísticas finales. La información detallada se puede encontrar en la tabla número 2.

**Tabla 2**  
*Concordancia de más de la mitad de los jueces*

<b>Categoría</b>	<b>Reactivo</b>	<b>Porcentaje de concordancia entre jueces</b>	<b>Decisión</b>
CA	Cuando quiero que se me quite el hambre	57.14%	Mantener
CA	Cuando no puedo comer por falta de tiempo	100.00%	Mantener
CA	Cuando no quiero comer	71.43%	Mantener

CA	Cuando quiero ahorrar tiempo en comer	100.00%	Mantener
CA	Cuando quiero controlar mi apetito	71.43%	Mantener
ED	Cuando estoy preocupada	100.00%	Mantener
ED	Cuando estoy preocupada por el trabajo	85.71%	Mantener
ED	Cuando estoy ansiosa por cuestiones de trabajo	100.00%	Mantener
<u>ED</u>	<u>Cuando estoy estresada</u>	<u>28.57%</u>	<u>Eliminar</u>
ED	Cuando estoy ansiosa	71.43%	Mantener
ED	Cuando estoy triste	85.71%	Mantener
<u>ED</u>	<u>Cuando quiero tranquilizarme</u>	<u>28.57%</u>	<u>Eliminar</u>
ED	Cuando estoy enojada	100.00%	Mantener
ED	Cuando estoy estresada por la escuela	71.43%	Mantener
ED	Cuando estoy aburrida	85.71%	Mantener
ED	Cuando no estoy con mis padres	100.00%	Mantener
ED	Cuando estoy preocupada por cuestiones familiares	100.00%	Mantener
ED	Cuando estoy preocupada por la escuela	71.43%	Mantener
ED	Cuando estoy ansiosa por cuestiones familiares	85.71%	Mantener
CO	Cuando discuto con alguien de mi familia	100.00%	Mantener
CO	Cuando discuto con algún amigo o amiga	100.00%	Mantener
CO	Cuando discuto con mi novio	85.71%	Mantener
<u>CO</u>	<u>Cuando peleo con algún amigo o amiga</u>	<u>14.29%</u>	<u>Eliminar</u>
CO	Cuando peleo con mi pareja	100.00%	Mantener
CO	Cuando peleo con algún familiar	100.00%	Mantener
EA	Cuando quiero celebrar porque las cosas me salieron bien	100.00%	Mantener
EA	Cuando estoy feliz	85.71%	Mantener
EA	Cuando estoy relajada	71.43%	Mantener
EA	Cuando estoy con mi familia platicando	100.00%	Mantener
EA	Cuando estoy alegre	100.00%	Mantener
MA	Cuando estoy con amigos de mi edad	100.00%	Mantener
MA	Cuando estoy con mis primos	85.71%	Mantener
MA	Cuando termino de comer	100.00%	Mantener
MA	Cuando bebo café	100.00%	Mantener
MA	Cuando estoy con mis amigos	100.00%	Mantener
MA	Cuando estoy con mi familia	100.00%	Mantener
MA	Cuando estoy con mi novio	71.43%	Mantener
MA	Cuando estoy en un bar	71.43%	Mantener
L	Cuando estoy entre clases	100.00%	Mantener
L	Cuando estoy en mi casa	100.00%	Mantener
L	Cuando bebo alguna bebida con alcohol en una casa	100.00%	Mantener
<u>L</u>	<u>Cuando bebo alguna bebida con alcohol en un antro</u>	<u>14.29%</u>	<u>Eliminar</u>
L	Cuando estoy en casa de un amigo o amiga	71.43%	Mantener
<u>L</u>	<u>Cuando estoy en la calle</u>	<u>28.57%</u>	<u>Eliminar</u>

L	Cuando estoy en la escuela	100.00%	Mantener
L	Cuando me dirijo al trabajo	85.71%	Mantener
PS	Cuando dejando de fumar mis amigos me invitan un cigarro	85.71%	Mantener
<u>PS</u>	<u>Cuando veo en la tele a alguien fumar</u>	<u>14.29%</u>	<u>Eliminar</u>
<u>PS</u>	<u>Cuando quiero sentirme más integrada con mis amigos</u>	<u>14.29%</u>	<u>Eliminar</u>
MF	Cuando me dan cólicos	71.43%	Mantener
MF	Cuando me siento mareada	100.00%	Mantener
NF	Cuando quiero sentir el sabor del cigarro	100.00%	Mantener
MA	Cuando un amigo me invita un cigarro	85.71%	Mantener
MA	Cuando estoy con mi pareja platicando	71.43%	Mantener
MA	Cuando bebo vino	100.00%	Mantener
MA	Cuando bebo cerveza	100.00%	Mantener
MA	Cuando estoy con mis amigos y/o amigas platicando	71.43%	Mantener
BB	Cuando quiero disfrutar ver el humo del cigarro	100.00%	Mantener
BB	Cuando quiero que se me quite el sueño	100.00%	Mantener
BB	Cuando quiero relajarme	85.71%	Mantener
BB	Cuando quiero sentirme más integrada con mi familia	57.14%	Mantener
<u>BB</u>	<u>Cuando huelo el humo del cigarro</u>	<u>0.00%</u>	<u>Eliminar</u>
BB	Cuando veo a alguien fumar	100.00%	Mantener
BB	Cuando quiero disfrutar fumar	100.00%	Mantener
BB	Cuando pienso en el olor del cigarro	100.00%	Mantener
BB	Cuando pienso en el sabor del cigarro	85.71%	Mantener

Una vez que se realizaron los análisis, se redactaron nuevamente los reactivos pertinentes ya que la mayoría de reactivos eliminados fueron únicamente por motivos de redacción, pero los jueces anotaron que su aporte era potencialmente considerable. De la misma forma, se integraron 13 reactivos y gracias a esto, se estableció el instrumento para el pilotaje inicial con un total de 79 reactivos distribuidos en 9 categorías: “Emociones desagradables”, “Malestar físico”, “Emociones agradables”, “Momentos agradables”, “Necesidad física”, “Conflictos con otros”, “Lugares”, “Búsqueda del bienestar” y “Control de apetito”. Dicho instrumento se presenta en el anexo número 3.

### Fase 3: Fiabilidad y Validez

Para determinar estos dos elementos, se llevaron a cabo diversos análisis. Inicialmente, se llevó a cabo un análisis factorial con rotación Varimax, tanto exploratorio como confirmatorio; y finalmente un análisis de confiabilidad mediante el cálculo del alfa de Cronbach.

#### 3.1 Análisis factorial exploratorio y confirmatorio

Para determinar la validez de constructo del inventario, se hizo un análisis factorial exploratorio por componentes principales con rotación Varimax con los 79 reactivos del inventario aplicado. Se realizaron una serie de análisis factoriales exploratorios mediante los cuales se descartaron reactivos y el resultado del último análisis exploratorio indicó que la prueba de esfericidad de Bartlett tuvo una significación de  $p=0.00$ , la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin tuvo un valor de 0.937, mostrando así la pertinencia del análisis factorial. Dicho análisis final arrojó 8 factores con 64.98% de la varianza explicada. El primer factor incluye 9 reactivos, que hacen referencia a la categoría de “Emociones desagradables”. A su vez, el segundo factor también contiene 9 reactivos que integran la categoría de “Consumo en solitario”. De la misma forma, el tercer factor se conformó por 8 reactivos y constituyó la categoría de “Momentos agradables”. Para continuar, el cuarto factor estuvo integrado por 6 reactivos implicados en la categoría de “Búsqueda del bienestar”. Para el quinto factor se ubican 5 reactivos que forman la categoría de “Control de apetito”. El sexto factor implica a 5 reactivos que en conjunto son la categoría de “Conflictos con otros”. El séptimo factor encontramos 5 reactivos que construyen la categoría de “Convivencia familiar”. Finalmente, el octavo factor incluye 4 reactivos que referencian a la categoría de “Consumo de alcohol y tabaco”. Los resultados del análisis exploratorio final se pueden encontrar en la tabla 5.

El proceso completo de los análisis exploratorios incluyendo los reactivos extraídos, el motivo de su extracción y el punto del proceso en el que fueron eliminados, se expone de forma detallada en la tabla número 3. Así mismo, se puede notar que la versión final del instrumento incluye 51 reactivos divididos en 8 categorías y se puede encontrar en el anexo número 4.

**Tabla 3**  
*Reactivos extraídos durante el análisis factorial exploratorio.*

Momento	KMO	Bartlett	Motivo de eliminación	Reactivos eliminados
<b>Análisis 1</b>	0.948	0.00	Puntuar en más de un factor	13, 77, 25, 26, 20, 5, 56, 73, 78, 36, 49, 33, 6.
			No puntuar en ningún factor	48, 17, 37.
			Ser menos de 3 reactivos en un factor	15, 12, 53.
<b>Análisis 2</b>	0.939	0.00	Puntuar en más de un factor	76
			Ser menos de 3 reactivos en un factor	42, 22, 39.
<b>Análisis 3</b>	0.941	0.00	Puntuar en más de un factor	63, 16.
<b>Análisis 4</b>	0.948	0.00	Puntuar en más de un factor	75, 8.
			No puntuar en ningún factor	79.

El análisis factorial confirmatorio estableció 12 factores de acuerdo a las categorías previamente establecidas antes de eliminar algunas mediante el proceso de jueceo, con los 79 reactivos del instrumento aplicado, arrojó un valor de esfericidad de Bartlett de  $p=0.00$ , así mismo, la media de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin obtuvo un valor de 0.948, indicando que es pertinente llevar a cabo el análisis factorial. Los factores resultantes se empataron con las categorías establecidas previamente de forma teórica al hacer la revisión de los instrumentos situacionales: “Emociones desagradables (ED)”, “Malestar físico (MF)”, “Emociones agradables (EA)”, “Momentos agradables (MA)”, “Probando autocontrol (PA)”, “Necesidad física o urgencia por consumir (NF)”, “Conflictos con otros (CO)”, “Presión social (PS)”, “Lugares (L)”, “Imagen Social (IS)”, “Búsqueda de bienestar (BB)” y “Control de apetito (CA) (ver Tabla 4).

**Tabla 4**  
*Resultados del análisis factorial confirmatorio.*

Reactivo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11	Factor 12
38	<b>0.811</b>	0.125	0.028	0.092	0.099	0.099	0.166	0.1104	0.029	0.050	0.110	-0.006
18	<b>0.804</b>	0.192	0.009	0.090	0.099	0.119	0.097	-0.013	0.072	0.059	0.023	-0.046



51	<b>0.799</b>	0.143	0.057	0.084	0.089	0.029	0.161	0.114	0.091	0.081	0.110	0.057
19	<b>0.770</b>	0.218	0.112	0.049	0.130	0.091	0.108	-0.053	0.114	0.068	0.031	-0.025
13	<b>0.733</b>	0.080	0.053	0.1709	0.041	0.063	0.075	0.043	-0.079	0.069	0.141	0.141
24	<b>0.729</b>	0.203	0.170	-0.006	0.138	0.107	0.056	0.076	0.214	0.029	0.023	0.025
69	<b>0.720</b>	0.209	0.079	0.149	0.128	0.042	0.210	0.071	0.089	0.062	0.132	0.053
41	<b>0.667</b>	0.163	0.219	0.052	0.105	0.081	0.048	0.073	0.200	0.120	-0.012	-0.061
2	<b>0.667</b>	0.254	0.138	0.114	0.124	0.140	0.054	-0.077	0.113	0.134	-0.120	0.008
77	<b>0.607</b>	0.154	0.121	0.338	0.067	0.070	0.088	0.141	-0.126	0.059	0.124	0.231
6	<b>0.568</b>	0.167	0.097	0.174	0.069	0.123	0.052	0.110	-0.017	0.078	0.080	0.149
26	<b>0.506</b>	<b>0.466</b>	0.089	0.182	0.029	0.162	0.117	0.058	0.116	0.232	0.034	0.134
25	<b>0.504</b>	<b>0.416</b>	0.212	0.104	0.106	0.122	0.046	0.000	0.207	0.144	0.144	0.054
74	<b>0.428</b>	0.074	0.278	0.177	0.215	0.260	0.313	0.092	0.137	0.068	0.007	-0.047
20	<b>0.411</b>	0.043	0.079	0.119	0.106	0.344	0.246	-0.036	0.388	0.129	0.292	-0.086
3	0.318	<b>0.765</b>	0.079	0.138	0.117	0.117	-0.020	0.142	0.005	0.073	-0.012	-0.038
31	0.189	<b>0.756</b>	0.116	0.173	0.064	0.116	0.115	0.045	0.088	0.166	0.076	0.110
4	0.264	<b>0.755</b>	0.161	0.072	0.096	0.131	0.148	0.003	0.037	0.178	0.021	0.127
29	0.200	<b>0.710</b>	0.090	0.155	0.176	-0.010	0.076	0.285	0.080	0.001	0.148	-0.007
62	0.390	<b>0.709</b>	0.079	0.217	0.031	0.052	-0.014	0.199	-0.005	-0.044	0.059	-0.032
56	<b>0.448</b>	<b>0.601</b>	0.098	0.143	-0.072	0.036	-0.039	0.225	0.141	-0.073	0.045	0.038
5	0.187	<b>0.599</b>	0.032	0.032	0.106	0.153	0.037	0.024	-0.051	<b>0.594</b>	0.033	0.122
73	<b>0.448</b>	<b>0.585</b>	0.131	0.273	-0.009	0.006	0.026	0.204	0.008	-0.039	0.213	-0.006
59	0.126	0.050	<b>0.791</b>	0.184	0.103	0.115	0.079	0.058	0.164	0.034	0.040	0.100
58	0.141	0.090	<b>0.769</b>	0.260	0.098	0.067	-0.013	0.142	0.083	-0.048	0.090	0.097
35	0.100	0.081	<b>0.703</b>	0.034	0.081	0.141	0.256	0.037	0.173	0.092	0.072	0.039
52	0.102	0.094	<b>0.689</b>	0.203	0.135	0.058	0.057	0.025	0.080	0.091	0.123	0.086
40	0.081	0.151	<b>0.670</b>	0.174	0.175	0.038	0.031	0.166	0.061	0.017	0.198	0.132
78	0.212	0.109	<b>0.499</b>	0.268	0.052	0.208	0.158	0.184	-0.090	0.148	<b>0.422</b>	0.090
54	0.332	0.067	<b>0.483</b>	0.141	0.108	0.296	0.294	0.049	0.153	0.096	-0.067	-0.066
36	0.137	0.155	<b>0.471</b>	0.250	0.155	0.207	0.134	0.122	0.022	0.111	<b>0.446</b>	0.009
79	0.197	0.129	<b>0.432</b>	0.320	0.228	0.175	0.175	0.178	0.041	0.078	0.179	-0.039
67	0.273	0.167	0.015	<b>0.691</b>	0.193	0.091	0.112	0.126	-0.079	0.070	0.159	0.195
65	0.065	0.182	0.292	<b>0.685</b>	0.059	0.056	0.004	0.086	0.217	-0.037	0.042	0.022
60	0.143	0.231	0.212	<b>0.673</b>	0.221	0.133	0.124	0.168	0.154	0.015	0.097	0.092
64	0.120	0.174	0.234	<b>0.660</b>	0.154	0.181	0.196	0.063	0.198	0.049	0.064	0.020
66	0.359	0.038	0.063	<b>0.620</b>	0.184	0.007	0.106	0.026	0.139	0.181	0.068	0.002
72	0.212	0.204	0.332	<b>0.543</b>	0.132	0.054	0.131	0.128	0.023	-0.006	-0.028	-0.146
61	0.160	0.250	0.366	<b>0.532</b>	0.134	0.095	0.220	0.059	0.192	0.068	0.089	0.133
63	0.136	0.235	0.322	<b>0.472</b>	0.096	0.132	0.310	0.065	0.155	0.161	0.127	0.016
70	0.073	0.025	0.272	<b>0.455</b>	0.202	0.096	0.016	0.237	-0.033	0.231	0.091	0.284
71	0.083	0.058	0.156	<b>0.436</b>	0.210	-0.0807	-0.173	0.082	0.058	0.058	0.162	0.339
48	0.256	0.047	0.226	<b>0.406</b>	0.091	0.2404	0.326	0.111	0.202	0.125	0.023	0.022
53	0.133	0.058	0.140	0.303	0.248	-0.123	0.147	0.110	0.063	0.020	0.180	0.293
32	0.063	0.190	0.152	0.156	<b>0.819</b>	0.036	0.042	0.063	0.092	0.001	0.099	0.020
46	0.178	0.065	0.121	0.135	<b>0.808</b>	0.026	0.062	0.098	0.073	0.036	0.208	0.049
45	0.123	0.043	0.209	0.171	<b>0.784</b>	0.013	0.097	0.128	0.027	0.088	0.157	0.130
1	0.268	0.052	0.051	0.151	<b>0.757</b>	0.180	0.093	-0.093	0.039	0.102	-0.077	0.035
27	0.191	0.032	0.154	0.210	<b>0.751</b>	0.038	0.141	0.111	0.069	-0.008	0.062	0.134
44	0.207	0.055	0.104	0.060	0.046	<b>0.728</b>	0.138	0.051	0.144	0.092	0.094	0.030
30	0.102	0.203	0.180	-0.035	0.066	<b>0.687</b>	0.079	0.221	0.066	0.021	0.043	-0.044
28	0.276	0.063	0.136	0.064	0.036	<b>0.677</b>	0.010	0.034	0.149	0.052	0.163	-0.063
55	0.017	0.137	0.114	0.257	0.092	<b>0.597</b>	0.095	0.210	-0.093	0.038	-0.019	0.141
8	0.304	-0.005	0.083	0.144	0.057	<b>0.405</b>	0.193	-0.038	0.339	0.072	0.323	-0.076
49	0.399	0.085	0.223	0.181	0.132	0.073	<b>0.644</b>	0.105	0.076	0.054	0.252	0.039
10	0.290	-0.005	0.134	0.101	0.086	0.153	<b>0.629</b>	0.111	0.219	-0.011	0.127	0.133
76	<b>0.415</b>	0.104	0.163	0.138	0.148	0.130	<b>0.627</b>	0.036	0.153	0.042	0.163	0.012

16	0.116	0.191	0.157	0.275	0.136	0.147	<b>0.475</b>	0.361	0.031	0.258	-0.044	0.031
47	0.359	0.062	0.160	0.211	0.182	0.164	<b>0.453</b>	0.070	0.317	0.229	0.312	-0.066
17	0.135	0.183	0.188	0.266	0.333	0.193	<b>0.404</b>	0.260	0.005	0.136	-0.092	0.088
21	0.085	0.139	0.083	0.043	0.061	0.111	0.107	<b>0.796</b>	0.106	0.143	0.017	0.007
50	0.019	0.143	0.103	0.109	0.196	0.020	0.060	<b>0.703</b>	0.012	0.131	0.080	0.163
14	0.129	0.210	0.224	0.210	0.084	0.126	-0.009	<b>0.599</b>	0.061	0.143	-0.104	0.051
68	0.094	0.158	0.175	0.249	0.032	0.174	0.095	<b>0.573</b>	0.210	0.024	0.284	0.009
9	0.075	0.098	-0.007	0.089	-0.136	0.371	0.155	<b>0.474</b>	0.205	-0.049	0.153	0.115
23	0.174	-0.012	0.256	0.234	0.061	0.135	0.243	0.224	<b>0.626</b>	0.196	0.031	0.123
7	0.205	0.122	0.189	0.170	0.112	0.174	0.086	0.154	<b>0.619</b>	0.067	0.076	0.126
57	0.240	0.109	0.349	0.266	0.142	0.187	0.127	0.195	<b>0.530</b>	0.166	0.106	0.092
43	0.178	0.131	0.360	0.262	0.113	0.041	0.206	0.193	<b>0.472</b>	0.158	0.151	0.225
22	0.238	0.084	0.081	0.070	0.007	0.080	0.059	0.206	0.212	<b>0.781</b>	0.001	0.016
42	0.176	0.086	0.156	0.180	0.098	0.006	0.111	0.223	0.148	<b>0.733</b>	0.093	0.026
33	0.191	<b>0.567</b>	0.026	0.069	0.072	0.109	0.079	0.015	0.024	<b>0.636</b>	0.077	0.061
39	0.092	0.121	0.234	0.079	0.204	0.028	0.012	0.134	0.053	-0.015	<b>0.679</b>	0.059
11	0.136	0.127	0.142	0.131	0.134	0.261	0.246	-0.063	0.160	0.051	<b>0.509</b>	0.172
75	0.287	0.047	0.289	0.193	0.137	0.331	0.386	0.069	0.130	0.134	<b>0.434</b>	-0.046
37	0.324	0.065	0.280	0.150	0.082	0.349	0.223	0.045	0.194	-0.014	0.383	0.054
34	0.181	0.246	0.170	0.124	0.128	0.177	0.213	0.093	0.372	0.201	0.376	-0.003
15	0.095	0.015	0.158	0.051	0.264	0.010	-0.021	0.284	-0.016	0.057	0.055	<b>0.710</b>
12	0.077	0.173	0.149	0.186	0.023	0.051	0.151	-0.033	0.289	0.031	0.005	<b>0.670</b>

### 3.2 Análisis de Confiabilidad

Por último, se llevó a cabo el análisis de consistencia interna total del instrumento y por factores, a través del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, en donde el valor total del instrumento fue de 0.96. Así mismo, se determinó el coeficiente por factor, encontrando que el factor 1 “Emociones desagradables”, tiene una consistencia interna de 0.93. El segundo factor, “Consumo en solitario”, el alfa encontrado es de 0.89. En el tercer factor, “Momentos agradables”, el coeficiente de confiabilidad es de 0.87. En cuarto factor, de “Búsqueda del bienestar” mostró un coeficiente de 0.87. El factor número 5, “Control del apetito”, puntuó 0.911 de alfa. El sexto factor determinado: “Conflictos con otros”, obtuvo una puntuación de 0.911 de alfa. En el factor 7, “Convivencia familiar”, el alfa es de 0.78. Finalmente, el octavo factor, “Consumo de alcohol y tabaco” tiene un alfa de 0.77.

En la tabla 5 se muestran los reactivos que integran el inventario final con su respectiva carga factorial para cada factor, así como la confiabilidad total y en cada categoría del inventario.

**Tabla 5**  
*Resultados del análisis factorial exploratorio y del análisis de confiabilidad.*

Reactivo	Factor 1 Emociones Desagradables	Factor 2 Consumo en Solitario	Factor 3 Momentos Agradables	Factor 4 Búsqueda del Bienestar	Factor 5 Control de Apetito	Factor 6 Conflictos con Otros	Factor 7 Convivencia Familiar	Factor 8 Consumo de Alcohol y Tabaco
18	<b>0.832</b>	0.110	0.067	0.009	0.083	0.167	0.025	0.102
38	<b>0.823</b>	0.132	0.129	-0.004	0.105	0.125	0.109	0.125
19	<b>0.806</b>	0.084	0.104	0.116	0.116	0.185	-0.008	0.069
51	<b>0.793</b>	0.128	0.217	0.026	0.111	0.135	0.104	0.060
24	<b>0.749</b>	0.035	0.180	0.158	0.116	0.181	0.095	0.086
69	<b>0.725</b>	0.183	0.246	0.047	0.144	0.195	0.059	0.081
41	<b>0.710</b>	0.086	0.153	0.211	0.064	0.144	0.084	0.066
2	<b>0.700</b>	0.145	0.068	0.132	0.099	0.227	-0.036	0.116
74	<b>0.479</b>	0.190	0.198	0.275	0.206	0.018	0.129	0.297
67	0.218	<b>0.732</b>	0.153	-0.024	0.221	0.166	0.111	0.099
60	0.125	<b>0.687</b>	0.241	0.206	0.194	0.228	0.157	0.145
65	0.054	<b>0.683</b>	0.189	0.277	0.030	0.160	0.074	0.070
64	0.131	<b>0.659</b>	0.257	0.233	0.136	0.144	0.065	0.211
66	0.359	<b>0.642</b>	0.243	0.027	0.175	0.030	0.013	0.015
61	0.178	<b>0.546</b>	0.320	0.332	0.145	0.210	0.079	0.110
70	0.057	<b>0.531</b>	0.082	0.247	0.216	0.038	0.302	0.058
72	0.219	<b>0.529</b>	0.071	0.306	0.097	0.188	0.092	0.105
71	0.041	<b>0.502</b>	0.017	0.168	0.230	0.054	0.157	-0.122
23	0.176	0.214	<b>0.697</b>	0.260	0.044	-0.017	0.223	0.083
43	0.168	0.272	<b>0.620</b>	0.342	0.126	0.117	0.208	0.001
7	0.208	0.162	<b>0.617</b>	0.180	0.075	0.107	0.171	0.085
34	0.171	0.098	<b>0.597</b>	0.155	0.162	0.267	0.072	0.201
47	0.391	0.203	<b>0.596</b>	0.125	0.215	0.073	0.046	0.203
57	0.226	0.252	<b>0.579</b>	0.344	0.130	0.116	0.201	0.139
11	0.123	0.182	<b>0.488</b>	0.081	0.200	0.137	-0.090	0.289
10	0.341	0.117	<b>0.485</b>	0.129	0.132	-0.087	0.115	0.217
59	0.112	0.208	0.222	<b>0.790</b>	0.106	0.056	0.069	0.112
58	0.120	0.308	0.090	<b>0.771</b>	0.092	0.071	0.165	0.064
52	0.098	0.231	0.170	<b>0.690</b>	0.151	0.100	0.033	0.081
35	0.106	0.040	0.361	<b>0.683</b>	0.105	0.076	0.021	0.174
40	0.076	0.215	0.124	<b>0.671</b>	0.193	0.146	0.192	0.050
54	0.359	0.144	0.221	<b>0.479</b>	0.109	0.045	0.050	0.334
46	0.168	0.141	0.151	0.106	<b>0.839</b>	0.078	0.109	0.037
45	0.109	0.195	0.161	0.189	<b>0.812</b>	0.050	0.119	0.042
32	0.071	0.178	0.097	0.161	<b>0.805</b>	0.185	0.084	0.018
27	0.172	0.234	0.176	0.141	<b>0.758</b>	0.026	0.099	0.038
1	0.282	0.167	0.031	0.053	<b>0.745</b>	0.057	-0.071	0.164
3	0.326	0.154	-0.002	0.071	0.089	<b>0.790</b>	0.144	0.124
31	0.207	0.204	0.179	0.120	0.058	<b>0.778</b>	0.084	0.110
4	0.287	0.115	0.150	0.160	0.085	<b>0.773</b>	0.045	0.116
29	0.193	0.164	0.171	0.070	0.169	<b>0.731</b>	0.264	0.026
62	0.382	0.235	-0.016	0.066	0.036	<b>0.679</b>	0.192	0.093
21	0.109	0.060	0.126	0.081	0.056	0.105	<b>0.829</b>	0.115
50	0.015	0.139	0.095	0.098	0.204	0.139	<b>0.734</b>	0.033
14	0.142	0.238	0.048	0.194	0.065	0.182	<b>0.642</b>	0.088
68	0.066	0.266	0.373	0.126	0.036	0.150	<b>0.533</b>	0.208



## DISCUSIÓN

Los datos referentes al consumo de tabaco en universitarias son dinámicos, por ejemplo, Morrell, Cohen y McChargue (2010), afirman que un gran porcentaje de mujeres entran a la licenciatura sin consumir tabaco y llegan al final de la misma ya sea fumando ocasionalmente o diariamente. Esto demuestra que nuestro entendimiento del problema se hace más grande, develando una creciente complejidad en las vías de acción para lidiar con este problema. A modo de ejemplo, las mujeres utilizan el cigarro con fines distintos que los hombres, normalmente para regular el afecto negativo, es decir como reforzador negativo (Eissenberg, 2004; Leventhal, Boyd, Moolchan, Waters, Lerman y Pickworth, 2007). Consecuentemente, crear un instrumento que nos ayude a identificar las situaciones en las que estos afectos se presentan, será de gran ayuda para que el terapeuta pueda enseñar las estrategias pertinentes de acuerdo a lo detectado por el instrumento. Los instrumentos existentes que se encargan de evaluar situaciones de consumo están diseñados pensando en poblaciones generales, dejando de lado situaciones específicas que el género femenino atraviesa y que pueden o no estar relacionadas con el consumo de tabaco, de entre las cuales podemos ejemplificar de índole fisiológico, como el síndrome premenstrual o social, como los roles de género.

Por esto, el objetivo de este trabajo fue crear un instrumento válido y confiable que permitiera identificar las situaciones de mayor riesgo de consumo en fumadoras universitarias, los resultados mostraron que la construcción del instrumento cumplió con los criterios necesarios de validez y confiabilidad para ser utilizado en la población objetivo. Tanto el coeficiente alfa de Cronbach como la distribución de los ítems en las categorías presentaron valores por encima de lo aceptable, siendo así confirmación la consistencia interna y de la fiabilidad en las mediciones al utilizar este instrumento.

Respecto al proceso de análisis factorial, se tomaron en cuenta los valores encontrados en la variante exploratoria por encima de la confirmatoria, debido a que este instrumento es de nueva creación y no existe uno equivalente para contrastar, el ajuste desplegado tanto en los reactivos y los factores no permiten determinar con precisión su validez, únicamente se logra determinar su no invalidez.

Actualmente no hay instrumentos dirigidos específicamente a la población universitaria femenina, sin embargo, podemos encontrar cierta variedad de instrumentos relacionados que sientan un precedente para la elaboración de este instrumento y que permiten subrayar las aportaciones sustanciales de su elaboración para otras poblaciones.

En primera instancia el *Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)*, adaptado por De León y Pérez (2001), cuyas categorías son de gran amplitud, abarcando el consumo de diversas sustancias, incluyendo alcohol, cannabis, alucinógenos, tranquilizantes, sedantes, solventes, heroína, cocaína y otros narcóticos, en diversas circunstancias sociales. Sus categorías giran en torno a las emociones desagradables, agradables, necesidad física, prueba de control personal, necesidad y tentación de consumo, conflicto con otros, presión social y momentos agradables en compañía de otras personas. El punto importante para motivar el desarrollo de nuestro instrumento, es que el ISCD no considera el consumo de tabaco.

De la misma forma, encontramos el Cuestionario de Consecuencias del Fumar de Cepeda y Reig (2000) que está completamente enfocado en el consumo del tabaco. A pesar de que este es un instrumento orientado a las expectativas del fumador, sus dimensiones muestran ciertas equivalencias a las de este instrumento, ya que abarcan las categorías de reducción del afecto negativo, estimulación/aumento del estado de ánimo, riesgos para la salud, experiencia sensorial al fumar, facilitación social, mantener el control, urgencia por fumar y reducción del aburrimiento. A pesar de esto, no se hace ninguna acotación respecto

a la población y puede ser aplicado a cualquier persona sin importar género, edad, grado de estudios ni ningún otro factor.

Además de estos, Martínez, Ruiz y Ayala (2003), adaptaron el *Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas para Adolescentes*, que nuevamente involucra una gran variedad de sustancias, pero que en este caso delimita la población a la adolescente, sin distinción de género. Las categorías que este inventario mide son Emociones Agradables con Otros, Emociones Desagradables, Búsqueda de Bienestar y Momentos Agradables con otros.

Finalmente, Medina (2009) desarrolló el Inventario de Situaciones de Consumo de Tabaco (ISCT) orientado a la población en general de México, sin distinciones de ningún tipo, pero centrado en su totalidad en el consumo de tabaco sin incluir el consumo de ninguna otra sustancia. Dicho Inventario está conformado por 4 categorías que son Emociones Desagradables, Búsqueda del Bienestar, Ocupando mi Tiempo Libre y Momentos Agradables con Otros dentro de las cuales se distribuyen 33 reactivos.

A pesar del invaluable aporte que estos indicadores pueden aportar al tratamiento de las adicciones en general y del consumo de tabaco en particular, se pierden muchos datos importantes al abarcar poblaciones tan amplias. Ahí radica la importancia del desarrollo de este instrumento que se enfoca exclusivamente en mujeres universitarias consumidoras de tabaco, tomando en cuenta las particularidades que su contexto social y biológico puede aportar a la aplicación de un tratamiento.

### Problemas en la investigación

A pesar de existir instrumentos similares que nos permitieron establecer teóricamente las categorías en las que se distribuirían los reactivos, tras realizar el piloteo y posterior análisis factorial se requirió nombrar a ciertas categorías que aparecieron por primera vez en esta clase de instrumentos, concretamente

hablamos de las categorías de “Consumo en solitario”, “Control del Apetito”, “Convivencia Familiar” y “Consumo de Alcohol y Tabaco”, cuyas particularidades se explicarán a continuación.

La categoría de “Consumo en Solitario” podría percibirse como similar o equivalente a las categorías “Ocupando mi tiempo libre” y “Reducción del aburrimiento” encontradas en los instrumentos ya existentes, pero la diferencia sustancial es que, en las situaciones categorizadas en este instrumento, no necesariamente la persona tiene tiempo libre o está aburrída, por el contrario, son situaciones en las que el único factor común es la soledad.

La categoría de Convivencia Familiar fácilmente podría tomarse como equivalente a “Momentos agradables en compañía de otros” o “Momentos agradables con otros”, categorías que se pueden localizar en los instrumentos revisados previamente, pero existe una notable diferencia en el hecho de que ninguno de los reactivos asignados a la categoría creada para este instrumento involucra a personas fuera del entorno familiar.

Las categorías Control del apetito y Consumo de alcohol y tabaco no figuran como tal en ninguno de los instrumentos revisados con anterioridad, aunque algunos reactivos coinciden con los que se encuentran en diversas categorías de dichos instrumentos, los que aquí figuran tienen como eje principal y factor común la no consumición de alimentos, en el primer caso y el consumo de alcohol en el segundo.

Además del problema de la creación de categorías nuevas, uno de los principales problemas con los que esta investigación se encontró, fue con la escasa cantidad de información teórica respecto al consumo de tabaco en mujeres universitarias en México, lo que probablemente influyó en no establecer todas las posibles categorías desde el inicio. Posterior al análisis factorial se logró delimitar con mayor precisión aquellas categorías involucradas con el consumo de tabaco en mujeres universitarias mexicanas.



### Propuestas para futuras investigaciones.

La elaboración de este Inventario mostró categorías muy específicas para el género femenino que se desenvuelve en un entorno universitario, dejando en claro entonces que las particularidades de cada grupo social pueden arrojar indicadores importantes para la prevención y el tratamiento del consumo de tabaco. Así mismo, se extrajo y condensó gran parte de la información que hay al respecto en nuestro país.

Las categorías de nueva creación figuran como posibles puntos de inicio para profundizar en las implicaciones que cada una tiene, de forma tal que se pueden elaborar, por ejemplo, instrumentos específicos para determinar la influencia de la familia, el control del apetito o el alcohol en el consumo de tabaco. Mediante la implementación de análisis factoriales exploratorios adicionales tras incrementar los reactivos de cada categoría y el piloteo en poblaciones con las características buscadas en las mismas.

Adicionalmente y gracias al precedente que este instrumento asienta, sería posible aplicar un análisis factorial confirmatorio, que contrastado con este instrumento puede aportar valiosa información respecto a la validez de este y cualquier instrumento desarrollado a partir del mismo o que sea equivalente.

## REFERENCIAS

- Aguilar, A., Aguilar, J., Calleja, N. y Valencia, A. (2015), Un modelo estructural de la dependencia al tabaco en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, Vol. 25, No. 1, 103-109 pp.
- Álvarez, E., Pueyo, A., Teixeira, J. (2005) La evolución del concepto de tabaquismo. *Saude de Pública*. Vol. 21, 999- 1005 pp.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Annis, H., Turner, N. y Sklar, S. (1997). Inventory of Drug-Taking Situations: User's Guide. *Toronto. Canada: Addiction Research Foundation*. Centre for Addiction and Mental Health.
- Ascanio, S., Barrenechea, C., De León, M., García, T., Gómez, E., González, G., Irigoyen, E., Melo, A., Moratorio, X., Natero, V., Nosei, C., Olivera, L., Selios, A., Termezana, L., Vizcarra, P. y Zulawski, M. (2011). Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención. OPS- OMS, PRONACAN. <en línea>
- Ávila, L. y Ramos, R. (2008) Fisiopatología del tabaquismo y beneficios de su abandono. *Revista Científico Estudiantil de las Ciencias Médicas de Cuba*.  
RL: <http://www.16deabril.sld.cu>
- Beamonte, A., Gargallo, P.; Jiménez, A.; Marqueta, A. y Nerín I. (2010). Evolución de la ansiedad en el proceso de dejar de fumar en fumadores que acuden a una Unidad de Tabaquismo. *Adicciones*. Vol. 22, No. 4, 317- 324 pp.
- Becoña, E. (2003) El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del psicólogo*, Vol. 24, No. 085, pp. 48-69.
- Bello, M., Bello, S., Flores, A. (2008). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*. No. 24, 127-137 pp.

- Bonilla, J. y Escobar, J. (2009). Grupos Focales: Una Guía Conceptual y Metodológica. Universidad El Bosque. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9, (1), 51-67.
- Bordón, D., Márquez, D., Rodríguez R., Rodríguez, J. y Traviesas, E. (2011). Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones. *Revista Cubana de Estomatología*. 48, 257-267.
- Briseño, M., García, S., Fernández, P., Marina, F., Torre, B. y Pérez, P., (2015). Tendencias de la mortalidad estandarizada por edad y su comparación con las tasas de muerte específicas anuales por grupos de edad y sexo por cáncer pulmonar en México, 2000-2010. *Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas*, Ciudad de México. *Neumología y Cirugía de Tórax*. 74 (3), 179-183.
- Calleja, N., Pick, S., Reidl, L. y González, C. (2010). Programas de prevención de tabaquismo para mujeres adolescentes. *Salud Mental*. 33 (5), 419-427.
- Cepeda, B. y Reig, F. (2000). Smoking consequences questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors*. 3, 219-230.
- Cohen, R. y Swerdlik, M. (2000). *Pruebas y evaluación psicológicas*. México: McGraw-Hill.
- Comín, F. y Aceña, P. (1998). El Negocio del Tabaco en la Historia. *Programa de Historia Económica*, Fundación Empresa Pública, Madrid.
- Curry, S., Wagner, E., Cheadle, A., Diehr, P. y Koepsell, T. (1993). Assessment of community level influences on individuals attitudes about cigarette smoking, alcohol use and consumption of dietary fat. *American Journal of Preventive Medicine*, 9, 78-84.

- De Micheli, A. y Izaguirre, R. (2005). Tabaco y tabaquismo en la historia de México y Europa. *Revista de Investigación Clínica*. 57(4), 608-613.
- De León, P., y Pérez, F., (2001). *Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)*. Tesis de Licenciatura. UNAM
- Díaz, O., Méndez, I., Ramírez D. y Saldías F. (2007). El riesgo de infecciones respiratorias en el fumador activo y pasivo. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*. 23, 179-187.
- Eissenberg, T. (2004). Measuring the emergence of tobacco dependence: the contribution of negative reinforcement models. *Addiction*, 99 (Suppl. 1), 5-29.
- Ervik, M., Lam, F., Ferlay, J., Mery, L., Soerjomataram, I. y Bray, F. (2016). *Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. *Cancer Today*. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today> consultado el [28/07/2017].
- Espinosa, M., Sandoval, R., Sansores, R. y Ramírez, A. (2002). Tratamientos para dejar de fumar, disponibles en México. *Salud Pública de México*, Vol. 4, No. 1, 116- 124 pp.
- Fernández, J. y Secades, R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, Vol. 13, No. 3, 365-380 pp.
- Fiore, M., Jaén, C., Baker, T., Bailey, W., Benowitz, N., Curry, M., Dorfman, S., Froelicher, E., Goldstein, M., Healton, C., Henderson, P., Heyman, R., Koh, H., Kottke, T., Lando, H., Mecklenburg, R., Mermelstein, R., Mullen, P., Orleans, T., Robinson, L., Stitzer, M., Tommasello, A., Villejo, L. y Wewers, M. (2010). *Guía de Tratamiento del Tabaquismo*. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR, España.

- Flores, G., Morchón, S., Masuet, C., Carrillo, P., Manchón, P. y Ramon, J. (2005). Edad de inicio en el consumo del tabaco como predictor de la deshabituación tabáquica. *Atención Primaria*, 39, 466-471.
- Gallardo, M., Grasa, I., Beni, D. y Esteban, A. (2013). Intervención en tabaquismo desde atención primaria de la salud: *Guía para profesionales. Principado de Asturias* [en línea] consultado el 10 de junio de 2017, disponible en [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Salud%20Publica/AS\\_Drogas/Tabaco/Programa/Guia%20Antitabaco%20protegido.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Tabaco/Programa/Guia%20Antitabaco%20protegido.pdf).
- Haglund, M. (2010) La mujer y el tabaco: atracción fatal. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 88, p. 563.
- Hernandez, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. McGrawHill, México. Quinta Edición.
- INEGI (2016<sup>a</sup>) Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. Aguascalientes, Aguascalientes. Recuperado 28 de mayo de 2017 de <[http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/cancer2016\\_0.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/cancer2016_0.pdf)>
- INEGI (2016<sup>b</sup>) Estadísticas de Mortalidad [En línea] Cubos dinámicos en [http://www.inegi.org.mx/est/lista\\_cubos/](http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/)
- Jiménez, A., Beamonte, A., Marqueta, A., Gallargo, P. y Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*. 21 (1), pp. 21-28.
- Kuri, P., González, J., Hoy, J. y Cortés, M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública*. 48 (Supl. 1), 591-598.
- Lara, G., Espinosa, A., Ramírez, A., Regalado, J. y Sansores, R. (2007). Indicadores de síntomas de abstinencia en un grupo de fumadores mexicanos. *Salud Pública*. Vol. 49, 257- 262 pp.
- Leventhal, M. A., Boyd, S., Moolchan, T. E., Waters, J. A., Lerman, C. y Pickworth,

- W. (2007). Gender Differences in Acute Tobacco Withdrawal: Effects on Subjective, Cognitive, and Physiological Measures. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 15(1), 21–36. doi:10.1037/1064-1297.15.1.21
- Llorens, N., Perelló, M. y Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16(4), 1-6.
- Londoño, Rodríguez y Gantiva (2011). Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillo (C4) para jóvenes. *Revista Diversitas, Perspectivas en Psicología*. 7(2), 281-291.
- Marlatt, G. y Gordon, J. (1980). *Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change*. Elmsford, NY: Pergamon, 410-452.
- Marlatt, G., Witkiewitz K. (2005). *Relapse prevention for alcohol and drug problems. Second edition, Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: The Guildford Press, 1-44.
- Martínez, I. (2011) Estudio del efecto de la presencia de diferentes catalizadores sobre la composición del humo del tabaco, síntesis y modificación de catalizadores. Universidad de Alicante
- Martínez, K., Ávila, O., Pacheco, A. y Lira, J. (2011). Investigaciones Longitudinales: su importancia en el estudio del mantenimiento del cambio en las adicciones. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 16 (2), 357-386.
- Martínez, K., Ruiz, G. y Ayala, H. (2003). *Adaptación y Validación del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas*. México: Universidad Autónoma de México.
- Medina, N. (2009). *Construcción, Validación y Confiabilización de Inventario de Situaciones de Consumo de Tabaco*. Tesis. Facultad de Psicología, México.

Meneses, F., Hernández, M., Sepúlveda, J. y Márquez, M. (2002) La industria tabacalera en México. *Salud Pública en México*, vol. 44, núm. 1, pp. S161-S169.

Morrell, R., Cohen, M. y McChargue, E. (2010). Depression vulnerability predicts cigarette smoking among college students: Gender and negative reinforcement expectancies as contributing factors. *Addictive Behaviors*. 35, 607–611. doi:10.1016/j.addbeh.2010.02.011.

Nutt, D., King, L., Saulsbury, W. y Blackmore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*. Vol. 369, p. 1051.

Organización Mundial de la Salud (2003) *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. OMS, Servicios de Producción de Documentos, Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, Crear Ambientes Libres de Humo. *Servicios de Impresión de la OMS*, Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2011). Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, Advertencia sobre los Peligros del Tabaco. *Servicios de Impresión de la OMS*, Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2013). Informe de la OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo. *Servicio de Impresión de documentos de la OMS*, Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Cáncer*. <En línea> Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Ossip, D., Giovino, G., Megahed, N., Black, P. y Emont, S. (1991). Effects of a smoker's hotline: results of a 10-county self-help trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 325-332.

- Prochaska, J. y Di Clemente, C. (1983). Stages and process of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 51, 390-395.
- Quesada, M., Carreras, J., y Sánchez, L. (2002). Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones*, 14(1), 65-78.
- Reynales, L., Guerrero, C., Lazcano, E., Villatoro, J., Medina, M., Fleiz, C., Téllez, M. Mendoza, L., Romero, M., Gutiérrez, J., Castro, M., Hernández, M., Tena, C., Alvear, C. y Guisa, V. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. México: *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud.
- Rubio, H. y Rubio, A. (2006). Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*. 19, (4), 297-300.
- Ruiz, R., Lucena, V, Pino, M. y Herruzo, J. (2010). Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Psychology, Society, & Education*. 2, (1), 21-31.
- Salazar, I. y Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*. 13, 74-89.
- Secades, R. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 9(2), 259-270.
- Secretaria de Salud (2015) Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2015. Juárez, Ciudad de México. <En línea> Disponible en: [http://omextad.salud.gob.mx/contenidos/encuestas/gats2015/ENCUESTA\\_G](http://omextad.salud.gob.mx/contenidos/encuestas/gats2015/ENCUESTA_G)



ATS\_\_2015.pdf

- Shiffman, S., Hickox, M., Paty, J., Gnys, M., Kassel, J. y Richards, T. (1996). Progression from a smoking lapse to relapse: prediction from abstinence violation effects, nicotine dependence, and lapse characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 993-1002.
- Siu, A. (2015) Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 163(8), pp. 622-634.
- Suárez, N. y Campos, E. (2010). Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del policlínico “Dr. Jorge Ruiz Ramírez”. *Revista Cubana de Salud Pública*. 36, 125-131.
- Tirapu, J., Landa, N. y Lorea, I. (2003). Sobre las recaídas, la mentira y la falta de voluntad de los adictos. *Adicciones*, 15(1), 7-16.
- Villalobos, A. y Rojas, R. (2007). Consumo de Tabaco en México. Resultados de las Encuestas Nacionales de Salud 2000 y 2006. *Salud Pública de México*. 49 (2), pp. S147-S154.
- Villatoro, J., Mendoza, M., Moreno, M., Oliva, N., Fregoso, D., Bustos, M., Fleiz, C., Mujica, R., López, M. y Medina-Mora, E. (2014). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes, octubre 2012. *Salud Mental*, 37: 423-435.
- Wagner, E., Myers, M. e Inch, J. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 24 (6), 769–779.
- Wise, R. (1988). The neurobiology of craving: Implications for the understanding and treatment of addiction. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 118-132.

World Health Organization (2010). *Gender, women, and the tobacco epidemic*.  
World Health Organization, pp. 140-142.

## ANEXOS

### Anexo 1: Cuestionario para grupos focales

1. ¿Cuáles son las situaciones que llevan a las mujeres a fumar?
2. ¿Cuáles de esas situaciones propician un mayor consumo?
3. ¿Cuál crees que es el origen de la situación que mayor consumo propicia?  
(presión social, celebración, malestar físico. Esta pregunta se repite con cada una de las situaciones de consumo planteadas por las participantes.)
4. El investigador encargado del registro de eventos verificará, con base en las respuestas obtenidas en la pregunta 3 y sus repeticiones, cuáles clases de situaciones de consumo ya fueron ejemplificadas por las participantes. Tras determinar cuáles han sido omitidas, el moderador procederá a preguntar:  
¿Consideran que haya situaciones en las que X propicie un mayor consumo?  
Recorriendo todas las clases que no se hayan mencionado.

<input type="checkbox"/>	Celebración o momentos agradables	<input type="checkbox"/>	Presión social
<input type="checkbox"/>	Momentos desagradables	<input type="checkbox"/>	Placer
<input type="checkbox"/>	Control de peso	<input type="checkbox"/>	Malestar físico
		<input type="checkbox"/>	Afecto negativo

5. Describe algunas situaciones en las que es más fácil caer en la tentación de fumar.
6. ¿Quién fuma más, hombres o mujeres?
7. ¿Cuáles mujeres fuman más?

## Anexo2: Formato de jueceo

### FORMATO PARA JUECEO DE INSTRUMENTO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE TABACO.

**Instrucciones:** A continuación, se presenta una tabla con una serie de reactivos en la primera columna que corresponden a alguna de las siguientes categorías, sugeridas para el consumo de tabaco en mujeres universitarias:

- **Emociones Desagradables (ED):** en estas condiciones, el consumo de tabaco está directamente relacionado con la percepción de estados emocionales negativos.
- **Malestar físico (MF):** el consumo de tabaco inicia cuando el sujeto sufre de algún dolor físico de cualquier índole en función de la percepción de alivio que el mismo tiene al respecto.
- **Emociones agradables (EA):** el consumo de tabaco, en estos casos, se da cuando el sujeto se percibe en situaciones emocionalmente positivas y de bienestar en general, derivando en el consumo tabaco.
- **Momentos agradables (MA):** esta categoría, implica al sujeto en una situación positiva derivada de un evento en específico, ya sea en compañía de alguien o en solitario.
- **Probando autocontrol (PA):** en estas situaciones, el consumo de tabaco por parte del sujeto inicia o se dispara como una evaluación de su capacidad para evitar recaer en el consumo recurrente de tabaco.
- **Necesidad física o urgencia por consumir (NF):** en este tipo de situaciones, el sujeto experimenta una necesidad urgente, derivada del deseo o tentación, por consumir tabaco como respuesta a los síntomas del síndrome de abstinencia.
- **Conflictos con otros (CO):** situaciones en las que la frustración y enojo resultantes de relaciones interpersonales derivan en el consumo de tabaco.
- **Presión social (PS):** en estos casos, el consumo de tabaco surge a partir de cualquier tipo de intervención social directa o indirecta, tanto verbal como conductual.
- **Lugares (L):** aquí, el consumo de tabaco está determinado por la situación geográfica del sujeto, ya sea que dicha área esté específicamente asociada con el consumo o que simplemente sea un facilitador.
- **Imagen Social (IS):** en estas situaciones, el sujeto fuma para adjudicarse características socialmente aceptadas.
- **Búsqueda de bienestar (BB):** en estas situaciones, el sujeto fuma para conseguir efectos positivos relacionados exclusivamente con el consumo de tabaco en sí mismo, independientemente de elementos externos.

- **Control de apetito (CA):** en estas situaciones, la persona fuma con la intención de evitar el hambre, ya sea por cuestiones de tiempo, dinero o incluso en aquellos casos relacionados con desórdenes alimenticios.

Con base en esas categorías, favor de colocar en la segunda columna las iniciales de la categoría en la que se sugiere que se incluya cada situación de consumo de tabaco en mujeres universitarias.

Si existe alguna otra sugerencia de redacción, de categoría o alguna observación adicional, favor de colocarla en la tercera columna, muchas gracias.

**Instrucciones del instrumento:** A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en las cuales algunas personas consumen tabaco. Lea cuidadosamente cada reactivo y responda de acuerdo a su consumo durante el año pasado.

<b>Reactivo Yo fumo.....</b>	<b>Categoría sugerida.</b>	<b>Nueva categoría sugerida (si aplica) u observaciones.</b>
11.- Cuando quiero que se me quite el hambre.		
6.- Cuando estoy preocupada.		
47.- Cuando discuto con alguien de mi familia.		
42.- Cuando discuto con algún amigo o amiga.		
54.- Cuando discuto con mi novio.		
73.- Cuando estoy preocupada por el trabajo.		
20.- Cuando quiero celebrar porque las cosas me salieron bien.		
30.- Cuando estoy con amigos de mi edad.		
56.- Cuando estoy con familiares de mi edad.		
31.- Cuando estoy entre clases.		
32.- Cuando estoy dejando de fumar y mis amigos me invitan un cigarro.		
14.- Cuando me dan cólicos.		
74.- Cuando estoy ansiosa por cuestiones de trabajo.		

33.- Cuando estoy en mi casa.		
17.- Cuando me siento mareada.		
34.- Cuando termino de comer.		
53.- Cuando bebo café		
1.- Cuando estoy estresada.		
57.- Cuando estoy ansiosa.		
51.- Cuando estoy con mis amigos.		
62.- Cuando estoy con mi familia.		
66.- Cuando estoy con mi novio.		
19.- Cuando estoy feliz.		
21.- Cuando quiero tranquilizarme.		
48.- Cuando estoy triste.		
67.- Cuando estoy enojada.		
12.- Cuando no puedo comer por falta de tiempo.		
29.- Cuando bebo alguna bebida con alcohol en un bar.		
49.- Cuando peleo con algún familiar.		
69.- Cuando bebo alguna bebida con alcohol en una casa.		
3.- Cuando peleo con algún amigo o amiga.		
70.- Cuando bebo alguna bebida con alcohol en un antro.		
68.- Cuando no quiero comer.		
5.- Cuando peleo con mi pareja.		
71.- Cuando estoy en casa de un amigo o amiga.		
64.- Cuando veo en la tele a alguien fumar.		
26.- Cuando quiero sentir el sabor del cigarro.		

35.- Cuando veo a alguien fumar.		
50.- Cuando un amigo me invita un cigarro.		
7.- Cuando estoy estresada por la escuela.		
52.- Cuando quiero sentirme más integrada con mis amigos.		
22.- Cuando huelo el humo del cigarro.		
42.- Cuando quiero relajarme.		
82.- Cuando estoy con mi pareja platicando.		
2.- Cuando estoy relajada.		
77.- Cuando quiero sentirme más integrada con mi familia.		
46.- Cuando bebo cerveza.		
13.- Cuando quiero ahorrar tiempo en comer.		
80.- Cuando quiero controlar mi apetito		
28.- Cuando estoy con mis amigos y/o amigas platicando.		
55.- Cuando estoy en la calle.		
27.- Cuando estoy en la escuela.		
81.- Cuando estoy con mi familia platicando.		
9.- Cuando estoy preocupada por la escuela.		
25.- Cuando quiero disfrutar ver el humo del cigarro.		
15.- Cuando quiero que se me quite el sueño.		
63.- Cuando quiero disfrutar fumar.		
78.- Cuando bebo vino.		
60.- Cuando no estoy con mis padres.		
4.- Cuando estoy preocupada por cuestiones familiares.		

18.- Cuando estoy alegre.		
23.- Cuando pienso en el olor del cigarro.		
36.- Cuando pienso en el sabor del cigarro.		
85.- Cuando me dirijo al trabajo.		
40.- Cuando estoy aburrida.		
76.- Cuando estoy ansiosa por cuestiones familiares.		
39.- Cuando no tengo nada que hacer.		
41.- Cuando camino a la escuela.		
83.- Cuando espero el transporte público.		
10.- Cuando me siento cansada al salir de la escuela.		
84.- Cuando me siento cansada al salir del trabajo.		
59.- Cuando algún familiar me invita cigarros.		
72.- Cuando estoy ansiosa por cuestiones escolares.		
38.- Cuando tengo una hora sin fumar.		
16.- Cuando me duele la cabeza.		
58.- Cuando estoy sola en casa.		
75.- Cuando estoy estresada por cuestiones familiares.		
37.- Cuando hace frío.		
44.- Cuando estoy con mis amigos y están fumando.		
61.- Cuando estoy en la escuela.		
8.- Cuando estoy estresada por el trabajo		
24.- Cuando alguien cerca de mí está fumando.		
45.- Cuando llevo mucho tiempo sin fumar.		



**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Anexo 3: Instrumento para piloteo.

**Inventario de situaciones de consumo de tabaco en mujeres universitarias****Universidad Nacional Autónoma de México****Facultad de Estudios Superiores Iztacala****Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:**  
\_\_\_\_\_**Carrera:** \_\_\_\_\_ **Semestre o trimestre:**  
\_\_\_\_\_

**Instrucciones:** A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en las cuales algunas personas consumen tabaco. Lea cuidadosamente cada reactivo y responda de acuerdo a su consumo durante el último mes.

**Marque:**

Si usted **NUNCA** (0%) fuma en esa situación, marque 0.

Si usted **RARA VEZ** (alrededor del 25%) fuma en esa situación, marque 1.

Si usted **FRECUENTEMENTE** (alrededor del 75%) fuma en esa situación, marque 2.

Si usted **SIEMPRE** (100%) fuma en esa situación, marque 3.

<b>Reactivos</b>	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Siempre</b>
1.- Cuando quiero que se me quite el hambre.	0	1	2	3
2.- Cuando estoy preocupada.	0	1	2	3
3.- Cuando discuto con alguien de mi familia.	0	1	2	3
4.- Cuando discuto con algún amigo o amiga.	0	1	2	3
5.- Cuando discuto con mi novio.	0	1	2	3
6.- Cuando estoy preocupada por el trabajo.	0	1	2	3
7.- Cuando estoy bien porque las cosas me salieron como quería.	0	1	2	3
8.- Cuando estoy conviviendo con amigos de mi edad.	0	1	2	3
9.- Cuando estoy con mis primos	0	1	2	3
10.- Cuando estoy entre clases.	0	1	2	3
11.- Cuando dejando de fumar, mis amigos me invitan un cigarro.	0	1	2	3
12.- Cuando me dan cólicos.	0	1	2	3
13.- Cuando estoy ansiosa por cuestiones de trabajo.	0	1	2	3
14.- Cuando estoy en mi casa.	0	1	2	3
15.- Cuando me siento mareada.	0	1	2	3
16.- Cuando termino de comer.	0	1	2	3
17.- Cuando bebo café	0	1	2	3
18.- Cuando estoy estresada.	0	1	2	3
19.- Cuando estoy ansiosa.	0	1	2	3

20.- Cuando estoy con mis amigos.	0	1	2	3
21.- Cuando estoy con mi familia.	0	1	2	3
22.- Cuando estoy con mi novio.	0	1	2	3
23.- Cuando estoy feliz.	0	1	2	3
24.- Cuando quiero tranquilizarme.	0	1	2	3
25.- Cuando estoy triste.	0	1	2	3
26.- Cuando estoy enojada.	0	1	2	3
27.- Cuando no puedo comer por falta de tiempo.	0	1	2	3
28.- Cuando estoy en un bar.	0	1	2	3
29.- Cuando peleo con algún familiar.	0	1	2	3
30.- Cuando bebo alguna bebida con alcohol en una casa.	0	1	2	3
31.- Cuando peleo con algún amigo o amiga.	0	1	2	3
32.- Cuando no quiero comer.	0	1	2	3
33.- Cuando peleo con mi pareja.	0	1	2	3
34.- Cuando estoy en casa de un amigo o amiga.	0	1	2	3
35.- Cuando quiero sentir el sabor del cigarro.	0	1	2	3
36.- Cuando veo a alguien fumar.	0	1	2	3
37.- Cuando un amigo me invita un cigarro.	0	1	2	3
38.- Cuando estoy estresada por la escuela.	0	1	2	3
39.- Cuando quiero sentirme más integrada con mis amigos.	0	1	2	3
40.- Cuando huelo el humo del cigarro.	0	1	2	3
41.- Cuando quiero relajarme.	0	1	2	3
42.- Cuando estoy con mi pareja platicando.	0	1	2	3
43.- Cuando estoy relajada.	0	1	2	3
44.- Cuando bebo cerveza.	0	1	2	3
45.- Cuando quiero ahorrar tiempo en comer.	0	1	2	3
46.- Cuando quiero controlar mi apetito	0	1	2	3
47.- Cuando estoy con mis amigos y/o amigas platicando.	0	1	2	3
48.- Cuando estoy en la calle.	0	1	2	3
49.- Cuando estoy en la escuela.	0	1	2	3
50.- Cuando estoy con mi familia platicando.	0	1	2	3
51.- Cuando estoy preocupada por la escuela.	0	1	2	3
52.- Cuando quiero disfrutar ver el humo del cigarro.	0	1	2	3
53.- Cuando quiero que se me quite el sueño.	0	1	2	3
54.- Cuando quiero disfrutar fumar.	0	1	2	3
55.- Cuando bebo vino.	0	1	2	3
56.- Cuando estoy preocupada por cuestiones familiares.	0	1	2	3
57.- Cuando estoy alegre.	0	1	2	3
58.- Cuando pienso en el olor del cigarro.	0	1	2	3
59.- Cuando pienso en el sabor del cigarro.	0	1	2	3
60.- Cuando me dirijo al trabajo.	0	1	2	3
61.- Cuando estoy aburrida.	0	1	2	3
62.- Cuando tengo problemas familiares.	0	1	2	3

63.- Cuando no tengo nada que hacer.	0	1	2	3
64.- Cuando camino a la escuela.	0	1	2	3
65.- Cuando espero el transporte público.	0	1	2	3
66.- Cuando me siento cansada al salir de la escuela.	0	1	2	3
67.- Cuando me siento cansada al salir del trabajo.	0	1	2	3
68.- Cuando algún familiar me invita cigarros.	0	1	2	3
69.- Cuando estoy ansiosa por cuestiones escolares.	0	1	2	3
70.- Cuando tengo una hora sin fumar.	0	1	2	3
71.- Cuando me duele la cabeza.	0	1	2	3
72.- Cuando estoy sola.	0	1	2	3
73.- Cuando estoy estresada por cuestiones familiares.	0	1	2	3
74.- Cuando hace frío.	0	1	2	3
75.- Cuando estoy con mis amigos y están fumando.	0	1	2	3
76.- Cuando estoy en la escuela.	0	1	2	3
77.- Cuando estoy estresada por el trabajo	0	1	2	3
78.- Cuando alguien cerca de mi está fumando.	0	1	2	3
79.- Cuando llevo mucho tiempo sin fumar.	0	1	2	3

## Anexo 4: Inventario final

**Inventario de situaciones de consumo de tabaco en mujeres universitarias****Universidad Nacional Autónoma de México****Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Carrera: \_\_\_\_\_ Semestre o trimestre: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en las cuales algunas personas consumen tabaco. Lea cuidadosamente cada reactivo y responda de acuerdo a su consumo durante el último mes.

**Marque:**Si usted **NUNCA** (0%) fuma en esa situación, marque 0.Si usted **RARA VEZ** (alrededor del 25%) fuma en esa situación, marque 1.Si usted **FRECUENTEMENTE** (alrededor del 75%) fuma en esa situación, marque 2.Si usted **SIEMPRE** (100%) fuma en esa situación, marque 3.

<b>Reactivos</b>	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Frecuentemente</b>	<b>Siempre</b>
1.- Cuando quiero que se me quite el hambre.	0	1	2	3
2.- Cuando estoy preocupada.	0	1	2	3
3.- Cuando discuto con alguien de mi familia.	0	1	2	3
4.- Cuando discuto con algún amigo o amiga.	0	1	2	3
5.- Cuando estoy bien porque las cosas me salieron como quería.	0	1	2	3
6.- Cuando estoy con mis primos	0	1	2	3
7.- Cuando estoy entre clases.	0	1	2	3
8.- Cuando dejando de fumar, mis amigos me invitan un cigarro.	0	1	2	3
9.- Cuando estoy en mi casa.	0	1	2	3
10.- Cuando estoy estresada.	0	1	2	3
11.- Cuando estoy ansiosa.	0	1	2	3
12.- Cuando estoy con mi familia.	0	1	2	3
13.- Cuando estoy feliz.	0	1	2	3
14.- Cuando quiero tranquilizarme.	0	1	2	3
15.- Cuando no puedo comer por falta de tiempo.	0	1	2	3
16.- Cuando estoy en un bar.	0	1	2	3
17.- Cuando peleo con algún familiar.	0	1	2	3
18.- Cuando bebo alguna bebida con alcohol en una casa.	0	1	2	3
19.- Cuando peleo con algún amigo o amiga.	0	1	2	3
20.- Cuando no quiero comer.	0	1	2	3

21.- Cuando estoy en casa de un amigo o amiga.	0	1	2	3
22.- Cuando quiero sentir el sabor del cigarro.	0	1	2	3
23.- Cuando estoy estresada por la escuela.	0	1	2	3
24.- Cuando huelo el humo del cigarro.	0	1	2	3
25.- Cuando quiero relajarme.	0	1	2	3
26.- Cuando estoy relajada.	0	1	2	3
27.- Cuando bebo cerveza.	0	1	2	3
28.- Cuando quiero ahorrar tiempo en comer.	0	1	2	3
29.- Cuando quiero controlar mi apetito	0	1	2	3
30.- Cuando estoy con mis amigos y/o amigas platicando.	0	1	2	3
31.- Cuando estoy con mi familia platicando.	0	1	2	3
32.- Cuando estoy preocupada por la escuela.	0	1	2	3
33.- Cuando quiero disfrutar ver el humo del cigarro.	0	1	2	3
34.- Cuando quiero disfrutar fumar.	0	1	2	3
35.- Cuando bebo vino.	0	1	2	3
36.- Cuando estoy alegre.	0	1	2	3
37.- Cuando pienso en el olor del cigarro.	0	1	2	3
38.- Cuando pienso en el sabor del cigarro.	0	1	2	3
39.- Cuando me dirijo al trabajo.	0	1	2	3
40.- Cuando estoy aburrida.	0	1	2	3
41.- Cuando tengo problemas familiares.	0	1	2	3
42.- Cuando camino a la escuela.	0	1	2	3
43.- Cuando espero el transporte público.	0	1	2	3
44.- Cuando me siento cansada al salir de la escuela.	0	1	2	3
45.- Cuando me siento cansada al salir del trabajo.	0	1	2	3
46.- Cuando algún familiar me invita cigarros.	0	1	2	3
47.- Cuando estoy ansiosa por cuestiones escolares.	0	1	2	3
48.- Cuando tengo una hora sin fumar.	0	1	2	3
49.- Cuando me duele la cabeza.	0	1	2	3
50.- Cuando estoy sola.	0	1	2	3
51.- Cuando hace frío.	0	1	2	3