



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Variables que predicen la deserción de usuarios en una intervención telefónica cognitivo conductual para dejar de fumar."

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Gabriela Enríquez Rodríguez
Daniela Reyes Sánchez

Directora: Dra. Jennifer Lira Mandujano

Dictaminadores: Dra. Sara Eugenia Cruz Morales

Dra. Ana Leticia Becerra Gálvez

*Vo Bo
Dra. Jennifer Lira Mandujano
JLM:*



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 16/03/2022.



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.

Agradecimientos

El presente trabajo fue realizado gracias al apoyo del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPPIT) de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), UNAM, titulado “Efectividad de dos modalidades de intervención para dejar de fumar dirigidos a universitarios en un ensayo clínico aleatorio”. IN309619 otorgado a la Dra. Jennifer Lira Mandujano.

Agradecimientos

Esta tesis de licenciatura, si bien ha requerido de esfuerzo, dedicación y mucha paciencia por parte de las autoras y su directora de tesis, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación citaré, y muchas de las cuales han sido un soporte muy fuerte en momentos de angustia y desesperación.

Quiero agradecer hoy y siempre a mis dos madres, a quienes admiro en sobremanera, pues tengo la fortuna de poder decir que tengo a dos seres hermosos que me han acompañado y cuidado a lo largo de mi vida; a mi madre biológica Ramona por ser la persona más resiliente y bondadosa que conozco, quien me ha enseñado a través de su ejemplo a resistir en medio de las injusticias de la vida. A mi segunda madre, mi prima Luz quien ha alumbrado mi camino, dándome dirección, fortaleza y consintiéndome en los momentos más duros. A mi padre por ser el sustento en mi carrera y otorgarme la mejor herencia, el poder de la información y educación de calidad.

A mis amigos Mario, Carmen y Belen (y a su familia por adoptarme), que más que confidentes son hermanos y familia que nos hemos escogido. Gracias por regalarme risas, anécdotas, y abrazos que curan el alma. Gracias por coincidir en mi camino durante 14 años y los que seguirán sumando. Gracias infinitas por nunca soltarnos, por acompañarnos en las luchas, por aceptar al otro tal cuál es sin querer cambiarlo, por sentirnos orgullosos de compartir el camino a un lado del otro, por alegrarnos de la evolución y logros de cada uno, gracias por demostrarme la forma más desinteresada de amar, la amistad.

Agradecimientos especiales a Daniela Reyes, quien además de ser parte de lo anteriormente redactado, es la conexión más bonita que pude conocer en la carrera, gracias hermana mía por crecer y caernos juntas, por llenar los pasillos y jardineras de la FESI con tu presencia, sonrisa y singulares anécdotas. Tengo la dicha de decir que ya encontré a una compañera que quiere soñar, que cree en sí misma y sale a luchar; y que redactamos una tesis juntas, con el propósito de conquistar nuestras metas de libertad.

Dra. Jennifer, gracias por ser parte de éste proyecto, por orientarme y compartir su conocimiento, gracias por las horas extras que nuestros inconvenientes representaban, gracias por ayudarnos a cosechar un logro más y por creer en nosotras. Agradezco a nuestras sinodales y revisores de tesis por su tiempo, conocimientos y dedicación para la finalización de este trabajo.

Por último, agradeceré siempre la serenidad y tranquilidad que los ronrones de nieves podían brindarme, en los momentos más exactos y confusos.

Gabriela Enríquez Rodríguez

Agradecimientos

Agradezco hoy, mañana y siempre a mi familia, mi madre por enseñarme la fortaleza, perseverancia y dedicación, porque desde los primeros años de mi vida has estado al pie de cañón, no pude haber tenido mejor mamá que tú; a mi padre por consentirme y brindarme el apoyo a su manera; a mi hermana por escucharme, ser confidente, defenderme y ser mi fiel compañera; a Cindy por estar ahí mientras me desvelaba en las noches de final de semestre. Gracias por tanto porque sin ustedes nada de esto sería posible, los amo con todo mi ser.

Agradecimiento muy especial a Gabriela Enríquez, amiga, hermana y colega que desde los primeros años de licenciatura me otorgó su amistad, conocimiento y solidaridad, gracias por acompañarme y aventurarte conmigo, recuerda que esta investigación concluye pero nuestros proyectos recién comienzan, nuestros sueños se cumplirán.

Además estoy profundamente agradecida con mi directora de tesis la doctora Jennifer Lira Mandujano, gracias por apoyarnos, por la paciencia, por las horas dedicadas a este trabajo, pero sobre todo por convertirse en una amiga, agradecemos infinitamente todo lo que ha hecho por nosotras.

También quiero agradecer a cada una de las personas que forman parte de mi vida académica y personal, por sus consejos, por sus conocimientos y por la motivación que me brindaron, entre ellos Daniel Pech, Eréndira Valdez y Tanya Ortiz.

Sin olvidar a la Universidad Nacional Autónoma de México en especial a la Fes Iztacala porque a lo largo de estos 4 años me ha brindado grandes experiencias, amigos inigualables, magníficos aprendizajes y recuerdos imborrables.

Por último pero no por ello menos importante, quiero agradecerme a mí porque he crecido, madurado y aprendido, porque volteo al pasado y estoy tan orgullosa de mí, de mi esfuerzo, de mi trabajo, de mis batallas. Danny ¡lo estamos logrando!, todo esto es por y para ti, mujer imparable.

Daniela Reyes Sánchez.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Epidemiología.....	4
1.2 Políticas de control para el consumo de tabaco.....	9
1.3 Tratamientos para dejar de fumar.....	14
1.4 Factores asociados a la deserción de un tratamiento.....	27
1.5 Factores asociados al éxito de una intervención.....	34
2. MÉTODO.....	44
3. RESULTADOS.....	50
4. DISCUSIÓN.....	54
5. CONCLUSIÓN.....	57
6. REFERENCIAS.....	59

Variables que predicen la deserción de usuarios en una intervención telefónica cognitivo conductual para dejar de fumar.

Introducción

En México, la planta de tabaco o de acuerdo a la lengua náhuatl *xiutecuitlanextli*, fue utilizada por los indígenas con fines medicinales y ceremoniales, su forma de uso era masticado o untado para tratar dolores, sanar heridas, para las picaduras de insectos y lesiones cutáneas. También se solía inhalar a través de trozos de caña con huecos y perforados, con hojas liadas o con pipas talladas de madera, para conciliar el sueño, aliviar el asma y fortalecer el estómago, y como práctica social se acostumbraba fumar colectivamente durante la conversación y rituales. Cuando los españoles se establecieron en nuestro territorio, el cultivo y consumo de esta planta era exclusivo de los indígenas, pero fue obsequiada a Cristóbal Colón y llevada a España, para su posterior uso y explotación (González, 2015).

Para la mitad del siglo XX el hábito se difundió al resto de la población (hombres y mujeres), la fabricación y distribución de cigarrillos constituyó una fuente de empleo para varios sectores de la sociedad colonial, entre los que quedaron incluidos cultivadores, dueños de fábricas, talleres artesanales y tiendas. En la ciudad, la gente de bajos recursos se vendía en las calles y como estos se hacían a mano por una misma persona de principio a fin, era considerados un artículo de lujo. En la búsqueda de popularizar los cigarrillos y que más personas lo consumieran sin importar su estatus económico, se inició con la fabricación en cantidades industriales, comenzado en Estados Unidos con James Buchanan Duke, expandiéndose por todo el mundo gracias a la comercialización, distribución, propaganda y publicidad del consumo. En México la empresa *British American Tobacco* comenzó actividades en el año 1923, con sus plantas situadas en Ciudad de México, Irapuato y

Monterrey, pero es hasta 54 años después que estas empresas comienzan a tener éxito en la producción de tabaco, principalmente con la empresa *Philips Morris International* (Vargas y Domínguez, 2014).

Para el año 1950 el investigador Morton Levin, publicó una investigación que demuestra que fumar y desarrollar cáncer de pulmón están totalmente relacionados, a partir de esto, surgen más investigaciones que estudian la correlación del consumo de tabaco con distintas enfermedades, por ello se realizaron campañas antitabaco, se aplicaron estrategias para evitar que la personas iniciaran el consumo de tabaco, se aprueban políticas de control de tabaco y se instrumentan estrategias para disminuir el consumo a partir de que se ratifica el Convenio Marco para el Control del Tabaco, entrando en vigor para el año 2004 en México, así mismo, para el año 2008 la Organización Mundial de la Salud [(OMS)] publicó el plan nacional “MPOWER: Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo”, con la visión de que crear un mundo en el que ningún niño o adulto esté expuesto al humo de tabaco (Vargas y Domínguez, 2014).

Por lo anterior, en el presente trabajo se realizó una revisión de la literatura científica dividida en cinco apartados, en el primer apartado hace una revisión de la epidemiología a nivel mundial y nacional, además de las múltiples consecuencias a la salud que ocasiona el consumo de tabaco. En el segundo apartado se habla sobre las políticas de control implementadas a nivel mundial y nacional para combatir esta situación. Para el tercer apartado se describen los diversos tratamientos farmacológicos y psicológicos para tratar la problemática, destacando a la Intervención Breve Motivacional para dejar de Fumar [(IBMDF)], por su efectividad en el tratamiento del tabaquismo, que tiene como fundamento la teoría cognitivo social y emplea técnicas cognitivo conductuales. De esta intervención se

recuperaron los resultados de su versión telefónica, para el estudio de los factores que predicen la deserción del tratamiento, y así desarrollar la presente tesis.

En el cuarto y quinto apartado se llevó a cabo una revisión teórica enfocada en los resultados de investigaciones que han estudiado los factores que influyen en la finalización o deserción de los usuarios en tratamientos para dejar de fumar.

Posteriormente, se describe el método de la presente investigación cuantitativa, no experimental, transversal y explicativa, que tuvo como objetivo evaluar el nivel de predicción de la dependencia a la nicotina, las estrategias de afrontamiento, las expectativas de consumo y el género con respecto a la deserción en una intervención cognitivo-conductual telefónica para dejar de fumar. Además, se describe el perfil de consumo (número de intentos previos para dejar de fumar, edad de inicio de consumo, tiempo de consumo regular y promedio de consumo diario) de las personas que desertaron y concluyeron la intervención. Posteriormente se describen los resultados de la presente investigación, en donde se encontró que la única variable de este estudio que predice la deserción es la subescala de retirada social perteneciente al instrumento de estrategias de afrontamiento.

En este trabajo, en el apartado de discusión, se realiza un análisis sobre las semejanzas y diferencias de los resultados identificadas con respecto a los hallazgos obtenidos en otros estudios, y a su vez se describen las limitaciones metodológicas del proyecto, dando pauta a sugerencias para futuras investigaciones. Se concluye que contar con la estrategia de afrontamiento de retirada social, aumenta la probabilidad de que el usuario no deserte del tratamiento, siendo esta una habilidad que se puede desarrollar a lo largo de la intervención, y a su vez promueve que la conducta de cesación tabáquica prevalezca a lo largo del tiempo.

Epidemiología

El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable y su industria uno de los negocios más lucrativos en la actualidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) señala al consumo de tabaco como uno de los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónico degenerativas, de tipo pulmonares y cardiovasculares. El tabaquismo causa la muerte de 8 millones de personas al año, de acuerdo con los registros, 7 millones son consumidores directos y 1,2 millones son fumadores pasivos.

De acuerdo con el *Global Burden of Disease Study* ([GBD], 2017) existe una gran población de consumidores activos, de los cuales 175 millones son mujeres y 942 millones son hombres mayores de 15 años, asimismo los países con mayor índice de consumo diario son: China, India, Indonesia y Estados Unidos.

A nivel nacional, según los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, se menciona que, en la población de 12 a 65 años, actualmente 14.9 millones de mexicanos son fumadores, que corresponde al 17,6% de la población nacional, de los cuales 5.4 millones fuman diariamente y 9.4 millones lo hacen de forma ocasional. En las mujeres, la edad promedio de inicio de consumo es a partir de los 21 años y en los varones de 18.8 años (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2017).

Con respecto a las consecuencias directas a la salud, al fumar casi todos los órganos del cuerpo sufren afecciones graves que paulatinamente se convierten en factores asociados para desarrollar diversos tipos de cáncer y enfermedades crónico degenerativas, Bardach et al. (2016) señala que en la población latinoamericana el tabaquismo es responsable de 26, 346 infartos de miocardio, más de treinta mil episodios de síndrome coronario agudo y más de veinte mil diagnósticos de cáncer por año, en la tabla 1 se enlistan las enfermedades más

comunes relacionadas al tabaquismo reportadas por el Centro Nacional para el control y la Prevención de Enfermedades ([CDC]).

Tabla 1.
Enfermedades vinculadas causalmente al tabaco.

Cánceres	Enfermedades crónicas
Orofaringe	Accidentes cerebrovasculares
Laringe	Ceguera
Esófago	Cataratas
Tráquea	Degeneración macular relacionada con la edad
Bronquios	Defectos congénitos relacionados con el
Pulmón	tabaquismo materno: (hendiduras orofaciales)
Leucemia mieloide aguda	Periodontitis
Estómago	Aneurisma aórtico
Hígado	Aterosclerosis aórtica abdominal temprana en
Páncreas	adultos jóvenes
Riñón	Cardiopatía coronaria
Uretra	Neumonía
Cuello uterino del estómago	Enfermedad vascular aterosclerótica
Vejiga	abdominal temprana en adultos jóvenes
Colorrectal	Enfermedad vascular aterosclerótica
De mama	periférica
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica,
	Tuberculosis
	Asma y respiratorios
	Diabetes
	Efectos en la función reproductora de las
	mujeres (incluida menor fertilidad y embarazo
	ectópico)
	Disfunción eréctil
	Artritis reumatoide
	Problemas en el funcionamiento inmunitario

Nota: Centro Nacional para el control y la Prevención de Enfermedades [CDC], (2014).

Como se puede observar en la tabla 1 existen múltiples tipos de cáncer asociados al tabaquismo según Bardach et al. (2016), aquellos con mayor prevalencia se encuentran el cáncer de pulmón, laringe, boca, faringe, esófago y páncreas.

Otra de las enfermedades con mayores niveles de ocurrencia asociadas al tabaquismo son las de tipo cardiovasculares, y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [EPOC].

En cuanto a las enfermedades cardiovasculares se refiere, las estructuras anatómicas más afectadas por humo de tabaco son las arterias, producto de un efecto directo sobre la pared de los vasos sanguíneos, poca oxigenación de la sangre y el mayor agrupamiento de plaquetas, hace a las arterias más susceptibles a formar trombos o coágulos, causando isquemia o reducción en la concentración de oxígeno en prácticamente todos los tejidos del cuerpo, con graves consecuencias, principalmente a nivel cardiaco y cerebral. Otra complicación derivada de la oxigenación deficiente de los tejidos es el retraso en la cicatrización y la infección de las heridas quirúrgicas, lo cual puede ocasionar infecciones graves (Zinser, 2014).

La EPOC es una condición patológica crónica respiratoria que se caracteriza por una limitación constante del flujo aéreo, ocasionada por la inhalación crónica de humo de tabaco o leña, que puede estar acompañada de síntomas como disnea, tos y expectoración, así como de exacerbaciones, efectos extrapulmonares y enfermedades concomitantes, esta condición es parcialmente reversible pero no curable. La EPOC representa el prototipo de mayor daño pulmonar del tabaquismo, por ejemplo, alguien que inició su consumo desde la adolescencia tiene, a los 52 años de edad, una capacidad respiratoria equivalente a la de una persona de 75 años; es decir, por cada año de consumo regular los pulmones sufren una afectación de 4 meses (Arancibia, 2017).

Como se ha descrito, el consumo de tabaco está directamente relacionado con efectos nocivos sobre la salud, principalmente en el aparato respiratorio, el sistema cardiovascular y en la piel. Las afecciones dermatológicas son fáciles de identificar y se clasifican en dos categorías:

1. *Enfermedades cutáneas*: melanosis, psoriasis, pustulosis palmoplantar, discoide neoplasias cutáneas, (melanoma de piel, cavidad oral, de labio, anogenital, vulvar),

carcinoma escamoso, carcinoma basocelular, gingivitis necrosante ulcerosa, herpes simple, hidradenitis supurativa, estomatitis, entre otras (Malagón y Vega, 2018).

2. *Alteraciones cutáneas:* acné, arrugas faciales (labios superiores y comisuras palpebrales externas), adelgazamiento de la cara, aspecto rugoso de la piel con coloración grisácea, piel de apariencia pletórica (“sin vitalidad”), mayor probabilidad de apariencia de manchas, poca cicatrización, caída del cabello, pigmentación gingival en la boca, lesiones asociadas al VIH y Diabetes mellitus potencializadas por el cigarrillo (Le-Bert y Prado, 2011).

Dichas enfermedades y afectaciones biológicas se presentan tanto en hombres como en mujeres sin distinción, pero al hacer una comparación entre género, los hombres se ven mayormente afectados, el 33% de los varones fallecen a consecuencia del tabaco a comparación del 19% de las mujeres. De igual forma, el consumo de cigarrillo repercute en la calidad de vida de las personas, específicamente, los hombres fumadores tienen una expectativa de vida menor de 4.91 años, y las mujeres una expectativa de vida menor de 4.17 años. La gran mayoría de muertes prematuras de estas personas se deben a cáncer de pulmón, EPOC, muerte cardiovascular isquémica, y accidentes cardiovasculares (Bardach et al., 2016). Pero existen otros factores que aumentan la probabilidad de padecer cáncer en los fumadores, estos son: historia familiar de cáncer, consumo de alcohol, presencia de ciertos virus, como el de la hepatitis C, para cáncer de hígado, y el del papiloma humano, principalmente, para cáncer cervicouterino. Los carcinógenos del humo alteran el ácido desoxirribonucleico [ADN] a través de la formación de alteraciones en su estructura química. Entre menor sea la edad de inicio de consumo de las personas, la probabilidad de desarrollarlo se incrementa (Zinser, 2014).

Por otro lado, una parte del humo de un cigarrillo que no es inhalado por los

consumidores activos, queda en el ambiente, propiciando que las personas a su alrededor sean fumadores pasivos, este humo a su vez contiene sustancias tóxicas y cancerígenas que ponen riesgo su salud. Es decir, aquellas personas que consumen de forma indirecta la combustión del tabaco generada por los fumadores activos, están expuestas a desarrollar diversas enfermedades que puede ocasionarles la muerte (OMS, 2019a).

Las enfermedades que están asociadas causalmente a la exposición de humo de segunda mano en la etapa infantil son: enfermedad del oído medio, síntomas respiratorios, deterioro del funcionamiento pulmonar, enfermedad respiratoria baja y síndrome de muerte súbita del lactante. Así mismo, las consecuencias asociadas a la etapa adulta son: accidentes cerebro vasculares, irritación nasal, cáncer de pulmón, cardiopatía coronaria y efectos en la función reproductora de las mujeres (bajo peso al nacer del producto) (Centro Nacional para el control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2014).

De acuerdo a lo anterior, los niños, y mayor aún, los bebés en gestación, son susceptibles a adquirir enfermedades por los hábitos de las personas que les rodean, lo que permite entender el incremento en algunos tipos de cáncer en la niñez y adolescencia, en hijos de mujeres que, sin ser fumadoras, convivían con fumadores durante el embarazo, como su pareja, padres, amigos o hermanos (Centros para el control y Prevención de Enfermedades, 2021).

Desde hace veinte años, el número de fumadores incrementó de 9 a 13 millones de personas, como consecuencia la mortalidad en México asociada al tabaquismo aumentó, representando el 10% de las muertes nacionales, es decir, más de 53 000 personas cada año, equivalente a 6 personas por hora (OPS, 2017).

La OPS (2017) estima que todas las muertes a nivel mundial aumentarán en los próximos años, y que para entonces este porcentaje será mayor que el de las muertes causadas

por VIH/SIDA, tuberculosis, mortalidad materna, accidentes automovilísticos, homicidios y suicidios en conjunto.

Como se observa, el consumo frecuente y prolongado de esta sustancia provoca graves daños a la salud de la población consumidora y una disminución en su calidad de vida que a su vez representan fuertes gastos en salud pública, por lo que decretar leyes que rigen el consumo es de suma importancia, por ello, cada vez más se desarrollan medidas para concientizar a la población en general de los efectos nocivos del tabaco, es así que se inician, amplían y fortalecen programas efectivos de control del tabaquismo (Molina, 2005).

Estos programas se han implementado a lo largo del mundo, como una solución para disminuir la incidencia y prevalencia del consumo de tabaco, un ejemplo de ellos es:

Políticas de control para el consumo de tabaco

Con la finalidad de reducir las consecuencias por el uso de tabaco en el mundo, la OMS crea el primer tratado internacional, el cual busca prevenir o disminuir el consumo de tabaco en los diferentes países, es así que a finales de los 90 se crea una oficina encargada de redactar un tratado internacional para el control de tabaco, pero es hasta el año 2003 cuando los países integrantes de la OMS adoptaron por unanimidad el Convenio Marco para el control de Tabaco, el cual entró en vigor desde el 27 de febrero del 2005, aplicado en 182 países del mundo entre ellos México; este convenio confirma el derecho a gozar del nivel de salud más alto posible, establece un marco jurídico para la cooperación sanitaria internacional y fija criterios rigurosos para su cumplimiento (Guerrero-López et al., 2013).

Este convenio tiene como objetivo disminuir la demanda, producción, distribución y venta de productos de tabaco para evitar el consumo en jóvenes, proteger a los no fumadores

de la exposición del humo ajeno, así como apoyar a los fumadores a abandonar su consumo y mantener la abstinencia (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016).

La protección que brinda este convenio está por encima de las interferencias de la industria tabacalera, apoyando la salud pública dictaminando así las siguientes leyes: la creación y promoción de espacios libres de cigarrillo; queda prohibida la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco; para la promoción de las consecuencias a la salud causadas por el cigarro, es obligatorio que los productos de tabaco incorporen pictogramas de advertencia en su empaquetado y etiquetas; realizar un monitoreo del consumo en la población por parte de las autoridades sanitarias; y por último la creación, financiamiento y promoción de programas enfocados en la cesación y apoyo para las personas que desean dejar de fumar (Guerrero-López et al., 2013).

A pesar de las medidas propuestas, tan solo 16 países cuentan con leyes que restringen la promoción del consumo del tabaco. Cuando se realizó la implementación en México del Convenio Marco de la OMS (2019b) para el control del Tabaco, se dividió en cuatro momentos clave: el primero de ellos es la Oficina para el control de Tabaco, creada con la finalidad de establecer una organización enfocada en la aplicación y fortalecimiento de las políticas públicas de control de tabaco en todo el país; el segundo momento es cuando la Ley General para el Control del Tabaco fue aprobada y marcó un avance significativo en México, esta ley aseguraba que hubieran espacios exclusivamente para fumadores; el tercer momento fue el Acuerdo Secretarial de Pictogramas y Advertencias Sanitarias en el empaquetado y etiquetado de los productos del tabaco, entró en vigor el 24 de septiembre del 2011 con ocho modelos de mayor contenido e impacto visual que aparecen en la portada y caras laterales de la cajetilla; por último, el incremento de los impuestos a los productos del tabaco que entró

en vigor en el año 2010. Sin embargo, hay más retos bajo la supervisión de la Secretaría de Salud, que México debe cumplir, por ejemplo, la promoción de espacios 100% libres de humo de tabaco en todo el país, la prohibición total de toda forma publicitaria, promoción y patrocinio, el incremento al tamaño de las imágenes de advertencias sanitarias, el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo, la oferta permanente y accesible de servicios de tratamiento para la dependencia a la nicotina, entre otras (Guerrero-López et al., 2013).

Estas leyes han tenido diferente impacto en la población mexicana, de acuerdo con Zavala-Arciniega et al. (2019) en el periodo 2011-2016 la Ciudad de México tuvo una reducción de la exposición al humo de tabaco de segunda mano del 35% en bares y 57% en restaurantes comparación con otras entidades que aún no cuentan con la restricción de los ambientes libres de humo de tabaco, sin embargo, en el transporte público y en el trabajo no hay una diferencia significativa en esta exposición, por lo que una de las propuestas del autor es reformar la Ley General para el Control de Tabaco para garantizar ambientes 100% libres de tabaco.

Teniendo como base el Acuerdo Secretarial de Pictogramas y Advertencias Sanitarias en el empaquetado, Reynales-Shigematsu (2017) en el periodo del 2009-2015 realizó un estudio que comprobó que los pictogramas de advertencia sanitaria de las cajetillas, causaron que los consumidores pensarán en la posibilidad de dejar de fumar, a pesar de esto, recomienda ampliar el tamaño de las imágenes a un 70% e incluir mensajes informativos sobre el padecimiento impreso. Así como implementar un empaquetado genérico, es decir, que se utilice una sola fuente, tamaño y color, con la finalidad de eliminar aspectos atractivos y promocionales (Rey-Pino et al., 2017). De igual manera, Ibarra et al., (2019) realizaron un análisis del efecto de las advertencias sanitarias con pictogramas en la demanda de tabaco de

México en una serie de tiempo de 1994 a 2003, se encontró una reducción significativa en el consumo, aproximadamente una cajetilla per cápita, es decir que fueron resultados muy similares a los de Reynales-Shigematsu (2017), por lo que la política regulatoria de empaquetado y etiquetado de cajetillas de cigarro ha sido efectiva para reducir la demanda de tabaco en México.

Durante el periodo del 2009 al 2016 se observó que hubo una disminución de dos cigarrillos por día en el consumo de los fumadores diarios, esto debido al incremento de 35 centavos por cada cigarrillo puesto a la venta, además es necesario que el precio del cigarrillo se modifique cada año para evitar que se vuelvan más baratos con el tiempo, además se requiere un protocolo para la eliminación del comercio ilícito y el fortalecimiento de la ley que prohíbe la venta de cigarrillos sueltos (Reynales-Shigematsu, 2020).

En el año 2008 la OMS estableció otras medidas denominadas MPOWER, con el propósito de intensificar la aplicación de las principales disposiciones en materia de reducción expuestas en el Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. Estas seis medidas se han traducido en diferentes idiomas, la primera denominada *Monitor* hace seguimiento del consumo de tabaco y de las medidas de prevención con el objetivo de mejorar los programas de control de tabaco, esto se realiza a través de encuestas y censos que monitorean y vigilan los perfiles demográficos, las tendencias, el impacto en la salud, las políticas de control del tabaco, los tipos e inventarios de los productos, el cumplimiento de las leyes y reglamentos, así como el impacto social y económico del tabaco; la segunda es *Protect* y su objetivo es proteger a la población de la exposición de tabaco, no solo en espacios cerrados, sino también en exteriores o cuasi exteriores en todo el país; la tercera es *Offer* ofrece ayuda para dejar de consumir tabaco, la integración de tratamientos dependerá

de la disponibilidad de recursos y financiamientos de cada uno de los países, este tipo de intervenciones puede llegar a más de 80% de los consumidores de tabaco y motivar a más de 40% de ellos a abandonar el consumo; la cuarta es *Warn* que advierte de los peligros del tabaco por medio de advertencias gráficas en la superficie del empaquetado o también por medio de empaquetados neutros, es decir, sin ningún tipo de imagen; la quinta es *Enforce* que hace cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco lamentablemente solo se hace la prohibición de manera indirecta permitiendo que la industria tabacalera cree otras estrategias publicitarias; y por último *Raise* que busca a partir del 2008 aumentar los impuestos sobre el tabaco (OMS, 2019b).

Aunque los esfuerzos políticamente posibles se han realizado para lograr disminuir el consumo de tabaco, la industria tabacalera ha logrado persistir a través del tiempo con la creación y atracción de nuevos productos, por ejemplo, los cigarrillos electrónicos o vapeadores que en los últimos años han sido tendencia por su supuesta solución al tabaquismo y por el poco daño que ocasiona en el organismo a comparación del daño producido por el consumo de cigarrillos, sin embargo, esta información sólo se ha utilizado como estrategia de ventas, ya que no hay evidencia científica que respalde la eficacia de este producto en la cesación de tabaco, además se desconocen sus efectos a largo plazo y está comprobado que los aerosoles llegan a partes profundas de los pulmones, desarrollando enfermedades nunca antes vistas en fumadores tradicionales provocadas principalmente por los saborizantes y el inicio de consumo a temprana edad, México desde el 2016 realiza estrategias para poder eliminar la venta y promoción de estos nuevos artículos, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios ejerce acciones para eliminar la publicidad de cigarrillos electrónicos en internet y a pesar de estar regulado en México el uso de estas herramientas, no se han tenido

grandes efectos (Salud Justa de México, 2020).

Otra estrategia utilizada para impulsar nuevas acciones a favor del no tabaquismo, es el Día Mundial de Tabaco celebrado el día 31 de mayo desde 1988, con apoyo de gobiernos y organizaciones de salud pública, su objetivo principal es contribuir a proteger a las generaciones presentes y futuras de las consecuencias del tabaco en la salud, lo social, ambiental y económico (Losardo, 2017).

El tabaco mata año con año a sus consumidores por lo que la industria tabacalera tiene que encontrar alternativas para reemplazar esas pérdidas, buscando nuevos horizontes, poblaciones y estrategias de publicidad para sus nuevos clientes quienes principalmente son mujeres, jóvenes y niños (OPS, 2017).

Retomando toda la información se deduce la necesidad de implementar y mejorar las estrategias para disminuir y erradicar el consumo de tabaco, es así como las medidas utilizadas por la OMS mediante la estrategia MPOWER ofrecen asistencia práctica para disminuir el consumo de tabaco, reduciendo por tanto la morbimortalidad que se asocia al consumo activo y pasivo. Por lo que, los profesionales de la salud han realizado investigaciones, pruebas e instrumentos para poder desarrollar diferentes tratamientos conductuales y farmacológicos que ayuden a los fumadores a mejorar su calidad de vida.

Tratamientos para dejar de fumar

La nicotina es una sustancia psicoactiva, líquida y soluble al agua, con un alto nivel adictivo; una vez que el fumador inhala, esta sustancia se deposita en los pulmones y viaja a través de la sangre al cerebro; haciendo contacto con los receptores del circuito de recompensas, ubicado a lo largo del haz mediano del telencéfalo, lo que induce la liberación de dopamina y produce una sensación reforzante automática para el consumidor. Debido a

que este circuito está constituido por tres componentes (emocional, motivacional y cognitivo), crea una sensación falsa de disminución de la ansiedad y apetito, haciendo pensar al consumidor que mejora su capacidad de concentración y rendimiento. Estos factores aumentan la búsqueda de bienestar inmediato y como consecuencia generan una dependencia a la nicotina (Campos, 2012).

La dependencia a la nicotina es un indicativo para iniciar un tratamiento antitabáquico con el objetivo de mejorar la calidad de vida. Estas intervenciones están enfocadas en incrementar la motivación, desarrollar habilidades para dejar de fumar y afrontar los síntomas de abstinencia que se presentan ante la reducción o suspensión del mismo, estos síntomas se caracterizan por la presencia de ansiedad intensa, deseo apremiante por consumir tabaco, irritabilidad, intranquilidad, dificultad para concentrarse, aumento del apetito, insomnio, cefalea, humor disfórico o depresivo (Paz et al., 2017).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. 2016-2017: Reporte de Tabaco, en México el 73,6% de los fumadores actuales están interesados en dejar de fumar, el 3,5% recurrió al uso de farmacoterapia y apoyo en la asesoría profesional, el 7,8% intentó por otros métodos como la medicina tradicional y dispositivos electrónicos de vapeo, por último, el 85,1% por fuerza de voluntad (Reynales et al., 2017). En ocasiones la dependencia a la nicotina es alta por lo que se necesita iniciar un tratamiento de tipo farmacológico para cesar el consumo de tabaco, hay diversos tratamientos para lograr la abstinencia a largo plazo de los usuarios, como los farmacológicos y los psicológicos.

Farmacológico:

El tratamiento farmacológico resulta ser benéfico para usuarios que presentan un alto nivel de dependencia física a la nicotina, pues ofrece la función de disminuir la sensación de

ansiedad y depresión, aumentando la capacidad del control de consumo y logrando estabilizar sus estados de ánimo (Institutos Nacionales de la Salud, 2010).

El alto nivel de dependencia física a la nicotina frecuentemente es un impedimento para los fumadores que desean dejar de consumir tabaco por sí mismos, porque el uso constante de nicotina, altera significativamente la función cerebral, disminuyendo con el control sobre el impulso de fumar, razón por la cual en estos casos se recomienda un tratamiento farmacológico para aumentar la probabilidad de abstinencia a corto y largo plazo (Institutos Nacionales de la Salud, 2010).

Recordando que esta opción de tratamiento no sustituye la decisión para dejar de fumar, ni actúa sobre la dependencia psicológica o socioconductual, únicamente tiene acción directa en la dependencia física disminuyendo los síntomas de abstinencia por nicotina, principalmente el deseo intenso de fumar, las emociones negativas y disminuir los riesgos de recaídas. Los fármacos utilizados en este tipo de tratamientos son: el Bupropión®, la Vareniclina® y la terapia de reemplazo, además de la Clonidina® y la Nortriptilina® aunque son eficaces no se recomienda su uso habitual por los efectos adversos (Saimovici, 2011) y aunque este tipo de tratamientos puede ser recetado para la mayoría de los casos, no se recomienda usar en embarazadas o mujeres que estén lactando, personas que consuman menos de 10 cigarros al día y adolescentes.

El uso del antidepresivo Bupropión® (aprobado en Estados Unidos por la Administración de Medicamentos y Alimentos [FDA] en el año de 2006), es prescrito para dejar de fumar ya que reduce los síntomas de abstinencia. Puede tomarse solo, acompañado de un producto de reemplazo de nicotina o junto con un programa para dejar de fumar. Se recomienda iniciar la ingesta una o dos semanas antes de comenzar la abstinencia del consumo de tabaco, se inicia con un comprimido de liberación prolongada de 150 mg por

tres días, después del cuarto día se debe aumentar una tableta, y se continúa con esta dosis de 7 a 12 semanas. Si es necesario, el tratamiento se puede prolongar hasta 6 meses. Provoca efectos secundarios como el insomnio, boca seca y estreñimiento (Descalzi, 2017). Al llegar a la cesación, algunos fumadores, principalmente las mujeres con dependencia alta a nicotina, tienden a aumentar entre 4 y 5 kilogramos de peso en promedio y en algunos casos aún más, esto es debido a la ausencia de nicotina, ya que esta sustancia actuaba en los neurotransmisores del hipotálamo responsables de la regulación del apetito y la saciedad. En estos casos, el Bupropión® es una herramienta importante, ya que se ha demostrado que retrasa la ganancia de peso durante el tratamiento. Es también beneficioso en los pacientes diagnosticados con depresión, siendo eficaz en ambos aspectos. Sin embargo, está contraindicado en personas con epilepsia, convulsiones, anorexia, bulimia, insuficiencia hepática severa, abstinencia aguda de alcohol o benzodiacepinas (Leiva y Quesada, 2019).

Aunque el Bupropión® es un fármaco altamente beneficioso para la cesación de tabaco, este debe ser monitoreado con especial atención por un médico, pues de acuerdo con la investigación documental de Howes et al. (2020) el Bupropión® es un medicamento que ayuda a controlar los síntomas de abstinencia a largo plazo, pero dentro de sus efectos secundarios está el aumento de eventos adversos, por ejemplo, náuseas, dolor de cabeza, pérdida de apetito, entre otras. Sin embargo, en tasas de efectividad la Vareniclina® (otro fármaco aceptado para el tratamiento de cesación tabáquica) es más eficaz que el Bupropión®, y no encontraron ninguna diferencia significativa entre la aplicación de Bupropión® solo o combinado con la Vareniclina®.

La Vareniclina®, que de acuerdo al *National Institute for Health and Clinical Excellence* ([NICE]), se puede prescribir como parte de un programa de terapia de reemplazo de nicotina, la cual fue aprobada por la FDA en el año 2006, su mecanismo consiste en

estimular los receptores nicotínicos de acetilcolina $\alpha 4\beta 2$ de áreas prefrontales, como agonista parcial, eleva los niveles de dopamina y alivia los síntomas de abstinencia, como consecuencia los usuarios sentirán alivio al usar el medicamento y menos placer al fumar debido a la ocupación parcial de los receptores, facilitando el abandono del consumo y aunque actúa de una forma similar al Bupropión®, la Vareniclina® ha demostrado una tasa de efectividad mayor (Peña y Zagolin, 2017).

La Vareniclina®, se debe empezar a consumir siete días antes de empezar el abandono, la dosis recomendada es un comprimido de 0.5 mg con el desayuno los días uno a tres, un comprimido de 0.5 mg con desayuno y cena los días cuatro a siete, y el día del abandono se debe tomar un comprimido de 1 mg con desayuno y cena, algunos de sus efectos secundarios son: náuseas, sueños anormales y constipación; el tiempo de tratamiento es de 12 semanas desde el primer día de abstinencia; está contraindicado en pacientes diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico, personas con insuficiencia renal, embarazadas y adolescentes, ya que las probabilidades de recaer, son más elevadas por parte de los fumadores con patología psiquiátrica o drogodependencias. En esta población no existen estudios que avalen la seguridad de este fármaco para la cesación tabáquica (Roig et al., 2013).

Otra opción es la TRN que es el uso de productos con dosis bajas de nicotina, como lo son la goma de mascar, parches transdérmicos, inhalador oral y aerosol nasal, su función es reemplazar temporalmente la nicotina de los cigarrillos, provocando una estimulación de los receptores de forma más segura, disminuyendo los efectos de abstinencia y permitiendo que el proceso para dejar de fumar sea menos abrupto por lo que su consumo debe iniciarse desde el primer momento del abandono de tabaco, está contraindicado durante embarazo y lactancia, en personas con hipersensibilidad a la nicotina o con enfermedades

cardiovasculares, se recomienda por 12 semanas, posterior a esto se debe reducir o suspender el tratamiento (Carpenter et al., 2013).

Los parches de nicotina se pueden adquirir sin receta médica, su tipo de aplicación es transdérmica en los brazos, hombros y tórax. El tipo de parche varía según la complejión de la persona y el grado de dependencia física a la nicotina, la mayoría de los fumadores debe empezar usando un parche de máxima concentración (15-22 mg) diariamente durante cuatro semanas, y después un parche de menor concentración (5-14 mg de nicotina) por otras cuatro semanas, de acuerdo con la American Cancer Society (2017) existen dos tipos de parches de acuerdo con su tiempo de aplicación:

- El parche de 16 horas funciona mejor para los usuarios con un consumo regular menor a 10 cigarrillos. Es menos propenso a causar efectos secundarios. Sin embargo, no suministra nicotina durante la noche, por lo que puede que no ser útil si la persona presenta síntomas de abstinencia por la madrugada.
- El parche de 24 horas provee una dosis constante de nicotina, por lo que su efecto no tiene “altas y bajas”. Con este tipo de parche se evitan los síntomas de abstinencia que ocurren por la mañana. Sin embargo, puede generar mayores efectos secundarios.

La goma de mascar de nicotina puede ser utilizada como único tratamiento o estar combinado con otro fármaco, se puede adquirir sin receta, son de acción rápida y la dosis recomendada es de un chicle de 2 mg, pero en caso de consumir más de 25 cigarrillos por día o fumar dentro de los primeros 30 minutos después de despertarse la dosis sube a un chicle de 4 mg, se recomienda de tres a ocho chicles por día, se debe masticar el chicle hasta sentir un sabor similar a la pimienta, la nicotina se absorbe por la mucosa bucal, posteriormente se deja el chicle en la línea de la encía, hasta que desaparezca el sabor y se vuelve a masticar,

debe permanecer en la boca aproximadamente 30 minutos y se retira; el tiempo de tratamiento es de 3 meses; no es recomendable usarlo cuando el usuario tenga prótesis dentaria o síndrome ácido sensitivo activo (Corvalán, 2017)

El aerosol nasal de nicotina sólo se puede adquirir con receta médica, sin embargo, no está disponible en México, puede ser usado como único tratamiento o ser combinado con otros. Este método suministra rápidamente nicotina al torrente sanguíneo porque se absorbe a través de la mucosa orofaríngea, se deben realizar inhalaciones durante 20 minutos por cada cartucho. Alivia muy rápidamente los síntomas de la abstinencia y le permite controlar el deseo por los productos del tabaco que suministran la nicotina. Por lo general, a los fumadores les resulta bien este método ya que es fácil de usar cuando se necesita un rango de dosis; la cantidad recomendada oscila entre los 8 y 40 disparos por día, en un rango de tiempo de tres a seis meses, aunque puede provocar irritación bucal y respiratoria, además no se debe usar si hay hiperreactividad bronquial severa (American Cancer Society, 2017).

Dentro de la segunda línea se encuentra el fármaco Nortriptilina®, es un antidepresivo tricíclico que bloquea la recaptura de noradrenalina y serotonina, los efectos secundarios son sequedad de la boca y constipación, este fármaco ayuda en los síntomas de privación y depresión post cesación. En la misma línea se encuentra el Clonidina®, otro medicamento agonista noradrenérgico, sus efectos adversos son sequedad de boca, sedación, hipotensión y constipación; su efectividad no es tan alta como las otras de sustancias de reemplazo de nicotina y sus efectos adversos limitan su uso (Bello, 2011).

Psicológico:

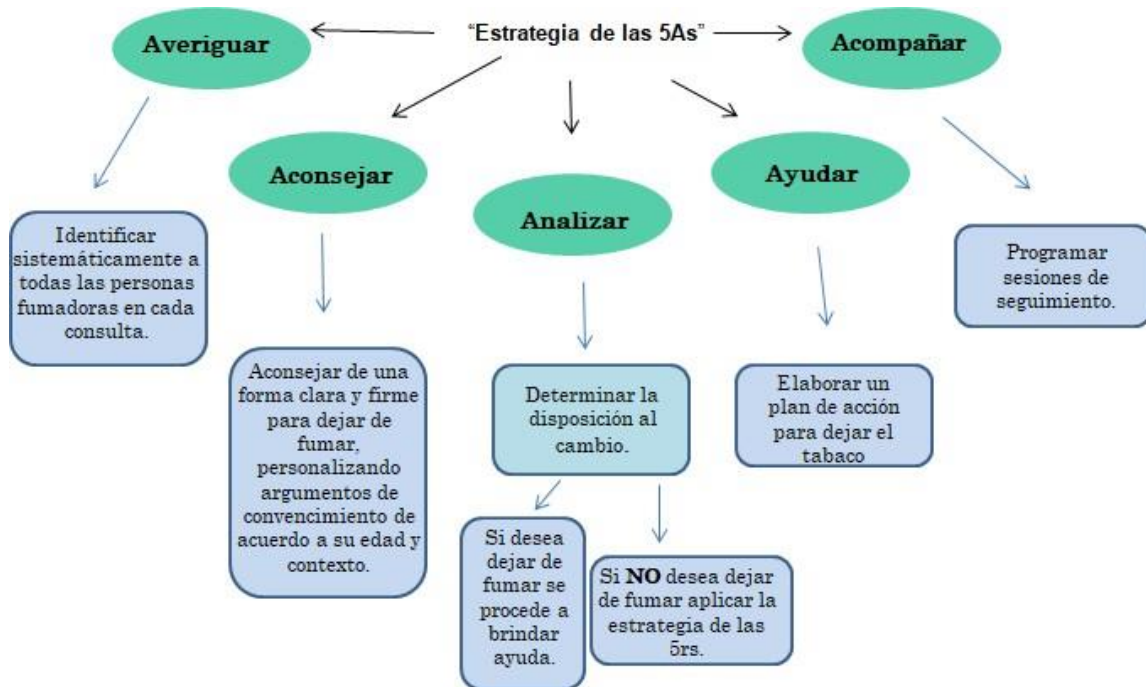
Las intervenciones psicológicas brindan análisis e intervenciones desde un modelo biopsicosocial o bioconductual con el objetivo de modificar el comportamiento adictivo o de riesgo, uno de estos tratamientos es la consejería, que brinda apoyo y orientación para dejar

de fumar, se considera como una intervención de primera línea y se ofrece a todo fumador que requiera los servicios de salud, además, de ser aplicada por un psicólogo profesional capacitado. Una vez identificado el problema, la intervención comportamental primaria resulta pieza clave para lograr la cesación. Las estrategias de las “5As” y las “5Rs”, son uno de estos métodos estructurados que sirven como guía para implementar la consejería de primera línea (Moore, 2017)

El objetivo de la estrategia de las 5As es ayudar y acompañar a las personas que se sienten listas para abandonar el tabaco. Como se puede observar en la figura 1, consiste en preguntar al paciente si consume tabaco, si es así, se aconseja el abandono de la sustancia, posteriormente se realiza un análisis para determinar el nivel de disposición al cambio, si la persona está decidida a dejar de fumar entonces se elabora un plan de acción personalizado, y por último, se debe acompañar en el seguimiento del proceso. En caso de que el paciente aún no esté preparado para dejar de fumar, entonces se recomienda aplicar la estrategia de las 5Rs, siguiendo el proceso como se muestra en la figura 2, esta estrategia sirve para aumentar la motivación para dejar de fumar, esta intervención se realiza después de averiguar que el usuario no está motivado para dejar de fumar, al menos no antes de un mes, se emplea para aconsejar de una forma personalizada, y así aumentar el nivel de motivación para la cesación de consumo en un futuro. Consta de cinco estrategias que son informar sobre la relevancia que tiene dejar de fumar, identificar riesgos y ganancias del consumo, identificar las resistencias y obstáculos que el usuario tiene para dejar de fumar, y por último, dar un seguimiento posterior para averiguar si el paciente ya está preparado para llegar a una cesación de tabaco (OPS, 2019).

Figura 1.

Estrategia de las 5As para consejería breve motivacional.

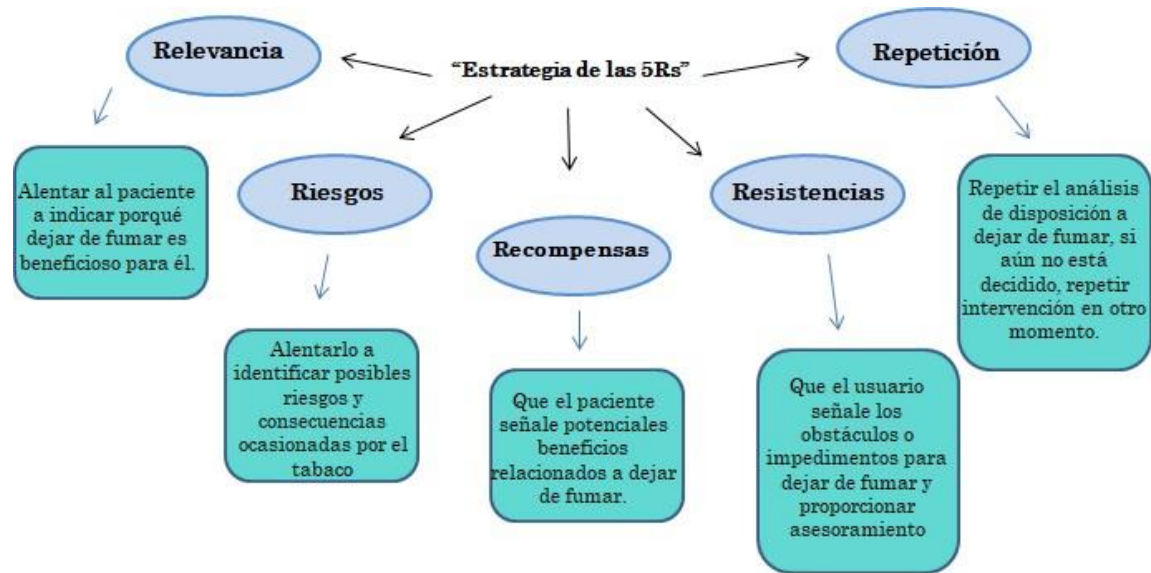


Nota. Adaptado de Herramientas para aplicar las intervenciones breves de las 5a y las 5r para tratar el consumo de tabaco en personas con tuberculosis a nivel de la atención primaria., por Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019, <https://iris.paho>, CC BY-NC-SA 3.0. IGO.

En caso opuesto, cuando se ha detectado que el usuario es consumidor y no está interesado en dejar de fumar, es recomendable aplicar la estrategia de “las 5rs”, la cual está enfocada en aumentar la motivación para dejar de fumar, a continuación, se describe el proceso en la figura 2.

Figura 2.

Estrategia de las 5Rs para consejería breve motivacional.



Nota. Adaptado de Herramientas para aplicar las intervenciones breves de las 5a y las 5r para tratar el consumo de tabaco en personas con tuberculosis a nivel de la atención primaria., por Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019, <https://iris.paho.org/>, CC BY-NC-SA 3.0. IGO.

Otro método altamente efectivo son los tratamientos cognitivos conductuales que pueden ser aplicados de manera individual o en conjunto con medicamentos, estas intervenciones proporcionan a las personas herramientas para identificar situaciones de alto riesgo que le incitan a fumar; y a su vez, desarrollar estrategias alternas para prevenir recaídas, manejar el estrés, desarrollar su habilidad para resolver problemas y encontrar redes de apoyo (NIDA, 2020).

La terapia cognitivo-conductual, tiene por objetivo modificar los procesos cognitivos de las personas en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta, identifican y sustituyen las cogniciones desadaptativas del paciente por otras más adecuadas. Se integra

de diferentes técnicas (asertividad, motivación, autorregistros), pero esencialmente se nutre de los marcos teóricos cognoscitivos personales, como lo son la atención, la percepción, la interpretación de los estímulos, etc., que median entre los estímulos y las respuestas que se dan y que son los que desencadenan un comportamiento desadaptado y así lidiar con las dificultades en la regulación emocional, unidas a creencias acerca del consumo, las sustancias, y sus consecuencias (Keegan, 2012).

Por otra parte, las Intervenciones Breves Motivacionales [(IBM)], han demostrado efectividad para la cesación tabáquica en el consumidor que está decidido en dejar de fumar. Su objetivo es guiar, inducir o fortalecer la motivación al cambio. Se enfatiza la autonomía, la colaboración y la evocación del usuario involucrándolo en su propio proceso. La IBM considera fundamental la reflexión del paciente al enfrentarse con su ambivalencia, así, el profesional de salud tiene un papel facilitador que identifica las contradicciones que existen en el paciente, entre su conducta actual y lo que considera como valores y bienes para su vida y su salud (Moore et al., 2017). Por ello, algunas instituciones han propuesto intervenciones, como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) que desarrolló el programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores [(IBMF)] que está diseñado para intervenir en cuatro factores del nivel individual de la persona: la motivación, la dependencia a la nicotina, las barreras para dejar de fumar en el entorno social (de la familia y amigos) y entrenamiento en diversas estrategias de afrontamiento, fue validada empíricamente, diseñada y evaluada por Lira-Mandujano et al. en el año 2012, esta intervención tiene como base la teoría cognitivo social, consiste en nueve sesiones, una de admisión, otra de evaluación, cuatro de tratamiento y tres seguimientos, durante la intervención se hace uso de tres folletos, auto-reportes de consumo y síntomas de abstinencia. Uno de los propósitos es incrementar la percepción de autoeficacia para ejecutar un curso de acción en una situación

demandante, además de establecer un modelo de prevención de recaídas para mantener la abstinencia del consumo durante y después de la intervención por al menos seis meses, para así lograr llegar al objetivo principal de intervención: que el usuario tenga una cesación total del consumo. Ya que esto tendrá un impacto en su estado físico y psicológico, empleando técnicas de autocontrol (establecimiento de metas, automonitoreo) y el aprendizaje de habilidades alternativas de afrontamiento (Lira-Mandujano et al., 2009).

Evaluar la eficacia del programa de Intervención Breve Motivacional para dejar de Fumar resulta importante al ser una herramienta que se suma al propósito de leyes como el MPower, brindando una opción más que los profesionistas de la salud pueden aplicar a partir de la evidencia científica. Siendo este un modelo integrador que es útil a nivel clínico y de salud pública, ya que las técnicas psicológicas propuestas están validadas empíricamente (Lira-Mandujano et al., 2008).

Es por ello que Lira-Mandujano et al. (2020), mediante un estudio demostraron la efectividad de la IBMDF combinada con un tratamiento de Vareniclina® para dejar de fumar; incluyeron a 22 fumadores, 11 de ellos recibieron la Intervención Breve Motivacional para Dejar de Fumar y los otros 11 participantes recibieron la misma intervención, pero combinada con Vareniclina®. Los resultados no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos. La IBMDF es un modelo integrador útil a nivel clínico y de salud pública, pues utiliza técnicas validadas empíricamente y pretende promover que los profesionales de la salud realicen su práctica a partir de la evidencia científica. Es recomendable acompañar ambas terapias (médica y psicológica) para ayudar a reducir la prevalencia del consumo, la carga de la enfermedad y el costo económico social.

De igual forma se ha demostrado la eficacia de esta intervención con pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM). Una investigación evaluó la eficacia de

una intervención cognitivo-conductual para dejar de fumar en personas con DM, mediante técnicas enfocadas en el autocontrol, el manejo de emociones y la reestructuración cognitiva, su muestra fue de 19 fumadores, a quienes se les aplicó una evaluación previa, posteriormente una intervención de cuatro sesiones, una evaluación posterior y dos evaluaciones de seguimientos. Los resultados demostraron que hubo una reducción estadísticamente significativa en el consumo después de aplicar la intervención y una cuarta parte de los participantes logró la abstinencia al final de la intervención, obteniendo un considerable efecto clínico y el monitor de monóxido de carbono Bedfont® Micro+™ Smokerlizer® que utilizaron, demostró una reducción estadísticamente significativa del monóxido de carbono, así como un aumento en la evaluación de todas las áreas de la autoeficacia del no consumo (Pech et al., 2020).

Además Lira-Mandujano et al.(2009) realizaron una investigación que tuvo como propósito evaluar la efectividad del programa de intervención breve motivacional para fumadores en la población universitaria y los factores relacionados con la adherencia al tratamiento, participaron 45 fumadores que solicitaron la intervención, los resultados indicaron que aquellas personas que tenían un nivel de dependencia severa al tabaco redujeron significativamente su consumo promedio, mientras que aquellos que mantenían un nivel dependencia bajo, dejaron de fumar, los resultados mostraron que era eficaz ya que los resultados se mantuvieron a través del tiempo.

Sin embargo, nació la necesidad de crear intervenciones que pudiesen ser aplicadas a distancia, ya generando así la intervención telefónica cognitivo conductual, la cual es una intervención proactiva para dejar de fumar de Lira-Mandujano et al. (2019), consta de cinco sesiones telefónicas de tratamiento y tres seguimientos, se hace uso de folletos, auto-registros de consumo y síntomas de abstinencia, así como la aplicación de nueve instrumentos vía

online.

Este tipo de intervenciones están enfocados en incrementar la motivación, desarrollar habilidades para dejar de fumar y afrontar los síntomas de abstinencia que se presentan ante la reducción o suspensión del mismo; estos síntomas se caracterizan por la presencia de ansiedad intensa, deseo apremiante por consumir tabaco, irritabilidad, intranquilidad, dificultad para concentrarse, aumento del apetito, insomnio, cefalea, humor disfórico o depresivo (Paz et al., 2017).

Las intervenciones telefónicas deben ser aplicadas por profesionales capacitados para aconsejar y ayudar a los pacientes a explorar y resolver su ambivalencia, son terapias no agresivas, que apoyan la autoeficacia, el optimismo y la atención, se pretende que los pacientes expresen e identifiquen sus pensamientos y conducta de compulsión. Comúnmente el apoyo es brindado por asesoramiento telefónico, mensajes de texto, servicios en línea y redes sociales, los beneficios de este tipo de intervenciones amplían el acceso a la atención y eliminan barreras geográficas que puedan disuadir a las personas de iniciar un tratamiento (NIDA, 2020).

A pesar de existir una gran variedad de intervenciones para dejar de fumar, un fenómeno común entre ellos es la deserción de usuarios, derivando en consecuencias negativas no sólo para el usuario sino también para el sector salud, por los recursos invertidos, por lo que se busca analizar estos factores.

Factores asociados a la deserción de un tratamiento

Para referirnos a la deserción tomaremos en cuenta la definición de Domínguez-Martín et al. (2008) quienes refieren que se trata de la falta de asistencia por parte del usuario al programa. Se ha señalado que no existe una causa directa asociada a la deserción ya que

es un fenómeno multifactorial, cuyos motivos pueden ser por ejemplo, la falta de apoyo familiar o económico, fracaso del tratamiento, falta de tiempo, inadecuada asesoría profesional, falta de motivación y expectativas ante el tratamiento.

Generalmente, el consumo diario de cigarrillo se inicia y se establece en etapas tempranas de la adolescencia. Este patrón de consumo produce complicaciones médicas, casi siempre a largo plazo, y es responsable de elevadas tasas de morbimortalidad en la vida adulta. Asimismo, el consumo diario de cigarrillo está asociado con otras conductas de riesgo a corto plazo relacionadas a la salud física y mental. En el estudio realizado por Rueda-Jaimes et al. (2009) obtuvieron que el consumo regular de cigarrillos no tiene una relación con el género ya que es muy similar entre hombres y mujeres, pero hallaron que la dependencia alcohólica, tener un hermano consumidor de sustancias ilícitas y la alta autoestima son factores asociados a un consumo regular de tabaco en adolescentes entre 10 y 22 años.

Se sabe que las personas comienzan a fumar por distintas razones, algunos por las expectativas, las creencias, motivación, tentación, presión del grupo, balance decisional y autoeficacia, generando como consecuencia que los usuarios de consumo de tabaco normalmente comienzan antes de los 18 años. La mayoría de los adultos que empezaron a fumar en la adolescencia no se imaginaban que iban a volverse adictos (Londoño, 2007).

La edad de inicio de consumo es un predictor significativo para el desarrollo de problemas, mientras más temprano comienza una persona a fumar, mayor será el riesgo de convertirse en un fumador regular, desarrollar dependencia y sufrir consecuencias a largo plazo derivadas de este hábito. Aunque la mayoría de los fumadores no suelen consumir otras drogas, cuando inician el consumo a menor edad y el consumo es constante de tabaco, el riesgo de usar otras drogas se incrementa. Así mismo, los usuarios de opiáceos presentan una alta prevalencia en el consumo de tabaco y perciben más difícil dejar de fumar que dejar de

consumir opiáceos (Muñoz y Rodríguez, 2014).

El test de Fagerström evalúa el nivel de dependencia física a la nicotina, por medio de las preguntas clave que se realizan sobre la cantidad de cigarrillos fumados al día y el tiempo que transcurre entre que la persona despierta y fuma su primer cigarro. La dependencia se clasifica de la siguiente forma dependiendo el puntaje obtenido en dicho instrumento.

- 0-2 dependencia MUY BAJA
- 3-4 dependencia BAJA
- 5 dependencia MEDIA
- 6-7 dependencia ALTA
- 8-10 dependencia MUY ALTA

Los fumadores con dependencia ALTA y MUY ALTA se ven beneficiados por el uso de apoyo farmacológico, mientras que las personas con una dependencia MUY BAJA, BAJA y MEDIA es indicado el tratamiento psicológico (Juárez-Jiménez et al., 2015).

Dentro de los diversos factores asociados a la deserción, se encuentra el nivel de dependencia a la nicotina. Una investigación determinó si existían diferencias entre los que siguen el tratamiento y los que abandonan con respecto a los niveles de asertividad, perfil sociodemográfico y niveles de dependencia, se encontró que de los 130 participantes totales, 65 terminaron satisfactoriamente el tratamiento y 65 desertaron en diversas fechas, evidenciando que las características que aumentan la probabilidad de terminar un tratamiento para dejar de fumar son: pertenecer al sexo masculino, ser mayores de 40 años, tener una pareja, escolaridad mínima de licenciatura y tener una ocupación laboral. Además, no hubo diferencias significativas entre los dependientes y los no dependientes a la nicotina con respecto a la deserción. Por último, la asertividad no es un factor relacionado con la adherencia o el abandono de un tratamiento para dejar de fumar (Leal et al., 2010).

Un estudio sobre el análisis de variables relacionadas con la deserción, fue el realizado por Samarin et al. (2014) con el objetivo de conocer el proceso de deshabitación, los métodos empleados para dejar de fumar y los motivos para dejar de fumar de los participantes, a través de la recolección de datos como: edad de inicio del consumo, índice tabáquico, intentos de abandono y duración de abstinencia. Los resultados mostraron que ser hombre, tener una edad media de 51 años, una edad media de inicio del consumo de tabaco de 16 años, haber intentado dejar de fumar con anterioridad son algunos datos de personas que tuvieron éxito en tratamientos para dejar de fumar, además de que los principales motivos están relacionados con problemas físicos y prevención de enfermedades.

Por otra parte, Godoy et al. (2016) realizaron un estudio para evaluar el éxito de tratamiento de acuerdo con el sexo, las comorbilidades y los tratamientos implementados en los usuarios. Participaron de 838 fumadores con una edad media de 46.18 años, los resultados mostraron que los varones que presentaban enfermedades cardiovasculares, alguna comorbilidad psiquiátrica o no recibieron tratamiento, tuvieron mayor probabilidad de desertar. Por otro lado tener uno o dos intentos previos y recibir Vareniclina® para dejar de fumar aumentó la probabilidad de éxito.

Así mismo, De Andrés (2017) realizó un estudio para identificar los factores relacionados a la adherencia y deserción de un tratamiento en personas con dependencia a sustancias. Los datos fueron obtenidos de los pacientes que concluyeron un tratamiento de deshabitación de conductas adictivas, cuyo significado de adherencia hace referencia a la finalización con éxito del tratamiento y a la asistencia de forma regular a las sesiones. Los resultados indican que aquellos usuarios que vivían con sus padres o hermanos, que tenían un trastorno de inicio en la infancia, dependencia a varias sustancias, autoestima baja, tienen menos probabilidad de adherencia, además se encontró que las expectativas de los usuarios

sobre el tratamiento están relacionadas con la deserción del mismo (a mayores expectativas de éxito, menor deserción) además de previos intentos para dejar de fumar, personas con mayores intentos de fumar, menor deserción.

En otro estudio retrospectivo que investigó los factores de deserción y el cese del consumo de tabaco con 1324 personas que fueron asignadas a dos grupos: los que abandonaron el tratamiento y los que terminaron el tratamiento. Los resultados obtenidos mostraron que 540 participantes desertaron después de su primera visita, con las siguientes características: aquellos con pocos conocimientos sobre su salud, personas de raza negra, un bajo nivel socioeconómico y ser joven (Bahadir et al., 2016).

En la misma línea, López et al. (2014) analizaron los factores de deserción de su tratamiento psicológico para dejar de fumar, en modalidad telefónica, con una muestra de 140 participantes mayores de edad. Los resultados obtenidos mostraron que los predictores de deserción y a posibles recaídas fueron la impulsividad, altos niveles en el temperamento, mayor búsqueda de novedades y recompensa.

Por su parte, Evins et al. (2008) realizaron una investigación con adultos diagnosticados con trastorno depresivo unipolar, proporcionó una dosis de Bupropión® agregada al parche de nicotina combinándolo con terapia conductual para dejar de fumar, con el objetivo de determinar si esta terapia combinada mejoraba las tasas de abstinencia y los síntomas depresivos en los usuarios. En los resultados encontraron que el parche redujo significativamente la ansiedad presente en los síntomas de abstinencia, aquellos que no recibieron el parche de nicotina tuvieron una tasa mayor de deserción además presentaron ansiedad y trastorno depresivo, no lograron la abstinencia y el 50% abandonó el tratamiento.

Otro tipo de intervenciones son aquellas que utilizan las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) como es el estudio de Kamke et al. (2019) que empleó una

intervención a distancia para dejar de fumar a partir de mensajes de texto dirigida a mujeres embarazadas donde analizaron las variables asociadas a la deserción. Se encontró que los factores asociados a la deserción fueron bajo nivel educativo, el fumar diario y presentar síntomas de abstinencia. Sin embargo, las mujeres embarazadas tuvieron más probabilidades de dejar de fumar espontáneamente que otros fumadores y, por lo tanto, si se implementa la intervención al comienzo del embarazo, los intentos para dejar de fumar tenían mayor probabilidad de éxito.

En el mismo tipo de intervención Chan et al. (2020) realizaron una investigación con una muestra de 399 adolescentes en un rango de edad de 13 a 19 años inscritos en el programa *SmokeFreeTeen* del Instituto Nacional de Cáncer. El programa es una intervención a distancia para dejar de fumar mediante mensajes de texto basada en la teoría cognitivo social. El principal objetivo del estudio fue examinar la deserción, la respuesta y la abstinencia de los usuarios de dicho programa. Utilizaron una regresión logística binomial para identificar el grado de predicción entre las variables, en los resultados encontraron como factores de deserción no haber tenido intentos anteriores para dejar de fumar y el tipo de intervención (no motivacional).

Otros estudios se han enfocado al análisis del género como variable de deserción en las intervenciones para dejar de fumar. Tal es el caso de Borrelli et al. (2002) quienes identificaron las variables asociadas a la deserción en mujeres fumadoras de un tratamiento cognitivo conductual para dejar de fumar y de aquellos que además estaban dentro de un programa de ejercicio aeróbico con el propósito de conocer si ambos tenían una repercusión significativa en la cesación del consumo. Los predictores de deserción resultantes fueron tener un menor Índice de Masa Corporal ([IMC]), no tener intentos anteriores de cesación tabáquica y baja autoeficacia. En cuanto a la variable de ejercicio, se concluyó que esta

actividad ayudaba a las participantes a tener una mayor adherencia al tratamiento cognitivo conductual, además de bajar los niveles de ansiedad y conseguir en menor tiempo la abstinencia.

En la misma área sobre estudios de género, Leeman et al. (2006) realizaron una investigación con el objetivo de describir los factores demográficos probabilísticos de abandono de un tratamiento para dejar de fumar en mujeres. El estudio se realizó con 246 mujeres embarazadas y consumidoras de tabaco, recibieron tratamiento con goma de mascar de nicotina y asesoramiento conductual breve, además fueron asignadas al azar a una de tres actividades de acondicionamiento físico. A través de un análisis de regresión logística múltiple encontraron como factores de deserción el tener hijos viviendo en el hogar, no pertenecer a la raza blanca, no concluir el nivel licenciatura, la culpa y el peso. Esto debido a las responsabilidades adicionales que enfrentan las mujeres con hijos a diferencia de aquellas que era su primer embarazo.

De igual importancia, en el estudio de Branstetter et al. (2012) con 755 adolescentes, donde correlacionaron seis características de la conducta de fumar (historial de tabaquismo, intentos previos de dejar de fumar, contextos sociales, apoyo percibido para la cesación, dependencia a la nicotina, y actitudes hacia el tabaquismo), con la variable de género. Como resultados obtuvieron que el bajo índice de éxito en la cesación se relacionó con el sexo femenino, antecedentes de depresión, alto consumo de cigarrillos por día, la duración de los períodos anteriores exitosos para dejar de fumar, bajo nivel educativo, y no presentaron sentimientos de culpa por seguir fumando.

Por último, Puentes et al. (2017) estudiaron las diferencias de género en 83 fumadores adscritos al programa de Salud Mental en Cuba donde analizaron la iniciación y

consolidación del tratamiento para identificar factores de recaídas de consumo, a través de un análisis longitudinal de los resultados obtenidos de la psicoterapia individual y grupal, que implementó técnicas cognitivo conductuales, estrategias motivacionales, medicina natural y tradicional, encontraron que a pesar de que los hombres se caracterizaron por un inicio más precoz y mayor consumo, las mujeres recayeron y desertaron en mayor medida, incluso cuando conocían las complicaciones del tabaquismo y estuvieron en mayor riesgo de contraer enfermedades generales y reproductivas. En general la tasa de recaída fue de 91,7% con dos características en común, el grado de tabaquismo grave y que no se encontraban en la etapa de preparación para la acción. Concluyendo así que dejar de fumar es un proceso en el que los factores clave son la motivación, el grado de dependencia y la confianza en la propia capacidad para dejar de fumar (autoeficacia).

Para que un tratamiento cumpla su objetivo es importante tomar en cuenta los factores asociados a la deserción para evitar que los pacientes abandonen el tratamiento, sin embargo, es igual de fundamental estudiar los factores asociados al éxito para que con ello la intervención designada tenga mayor probabilidad de ser exitosa.

Factores asociados al éxito de una intervención

Se han realizado diversas investigaciones que tienen como propósito identificar los factores asociados al éxito de los tratamientos para dejar de fumar con el objetivo de incrementar su efectividad. Uno de estos estudios es el realizado por Pérez-Pareja et al. (2020) quienes evaluaron si el sexo, la dependencia a la nicotina y variables emocionales como la ansiedad, depresión e ira permiten describir un perfil de paciente que pueda beneficiarse de una terapia cognitivo-conductual para cesar la adicción al tabaco. En una

muestra de 120 fumadores se obtuvieron los siguientes resultados: la probabilidad de adherencia al tratamiento es mayor si el usuario obtiene un alto nivel de dependencia a la nicotina, pero si la ansiedad en interacciones sociales y la ira interna son elevadas, la probabilidad de deserción aumenta al 86,5%, por otra parte el éxito del programa aumentaba si se trata de una mujer y disminuye en el caso de los hombres, sin embargo, entre cada uno de ellos hay variables que se relacionan con el éxito, en el caso de los varones una alta respuesta emocional de ira y en el caso de las mujeres cuando es menor la edad del primer consumo, la ira y la dependencia a la nicotina.

Por su parte, Walker y Loprinzi (2014), realizaron un estudio con diseño prospectivo para examinar el potencial demográfico, conductual, estado de salud y determinantes psicosociales relacionados a la cesación tabáquica en adolescentes y adultos jóvenes. Los resultados obtenidos muestran que, en la comparación del grupo con éxito y deserción, no hubo diferencias en el nivel de dependencia, el sexo y la convivencia con otro fumador en la misma casa. Sin embargo, se encontró que las personas hispanas, con educación universitaria, los interesados en dejar de fumar antes de que algún problema de salud se presente y los que cuentan con confianza para resolver problemas personales, tienen más posibilidades de terminar el tratamiento, además durante la investigación se encontró una relación significativa entre la asistencia a reuniones donde hay fumadores y la probabilidad de recaer.

El estudio de Dorner et al. (2011) tuvo como objetivo identificar los factores predictivos del éxito a corto plazo en el abandono del hábito de fumar, con especial atención en los síntomas de abstinencia, se recopilaron datos generales como sexo, edad, historial médico, historial de depresión, medicación, motivos para dejar de fumar, intentos previos y puntuación en dependencia. Los resultados mostraron que el éxito está relacionado con la

asistencia a las sesiones, un consumo menor de cigarrillos, baja dependencia a la nicotina, no tener antecedentes de depresión, bajo deseo de consumo, irritabilidad, frustración, ira y despertar nocturno, también se resaltó que con terapia de remplazo de nicotina y pertenecer al género masculino, aumenta la probabilidad de éxito.

Marín et al. (2017) realizaron una investigación con el objetivo de explorar las diferencias entre consumidores que exitosamente dejaron de fumar por sí mismos y fumadores que no lo lograron, analizaron las variables sociodemográficas, de autocontrol, dependencia y flexibilidad psicológica. Sus resultados indican que las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo y nivel socioeconómico), el número de cigarrillos consumidos por día, la edad de inicio de consumo, el tiempo como fumadores y el nivel de dependencia no tuvieron diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo, hubo diferencias significativas en la edad media de inicio del tratamiento, siendo para el grupo de ex fumadores de 36.35 años y 29.77 años para el grupo de fumadores. Adicionalmente encontraron que la flexibilidad/inflexibilidad psicológica tiene relación con la no deserción del tratamiento, siendo la puntuación media del grupo de exfumadores más baja a comparación del grupo de fumadores.

Siguiendo con los factores predictivos relacionados al éxito de los tratamientos telefónicos del tabaquismo, en su estudio observacional Carreras et al. (2012) evaluaron las variables sociodemográficas, de dependencia a la nicotina y síntomas de abstinencia, en una muestra de 743 fumadores usuarios de un tratamiento telefónico de tipo cognitivo-conductual y farmacológico para dejar de fumar. Los resultados mostraron que el apoyo social como el de la pareja, era un factor importante en la abstinencia del usuario, ya que aquellas personas que se encontraban dentro de una relación, y su pareja no era consumidora, el usuario tenían

mayor probabilidad para dejar de fumar definitivamente. Por otro lado, se observó que entre mayor dependencia a la nicotina y ser diagnosticado con una enfermedad psiquiátrica se tenía menor la posibilidad de éxito en el tratamiento.

Por otro lado, Pérez-Pareja et al. (2010) realizaron un estudio, donde participaron 226 sujetos que acudieron a un tratamiento psicológico para dejar de fumar compuesto de seis sesiones. Se les aplicó una batería de instrumentos para evaluar la ansiedad rasgo, la ira rasgo y la depresión, con ello concluyeron que los participantes que puntuaron alto en depresión tuvieron menor probabilidad de dejar de fumar, mientras que, los participantes que puntuaron alto en niveles de ira tuvieron mayor probabilidad de éxito, por último, en la variable ansiedad no hubo efectos estadísticamente significativos, por lo que ciertas emociones negativas pudieron tener un impacto en el éxito del tratamiento.

Otras de las variables que están asociadas al éxito de una intervención, es el género de los participantes, como Marqueta et al. (2017) realizaron un estudio que tuvo como objetivo encontrar diferencias entre hombres y mujeres en el éxito de un tratamiento para dejar de fumar a corto y largo plazo. Durante las sesiones se incluyeron diversas estrategias dirigidas hacia las mujeres, los resultados indicaron que no hubo diferencias significativas en el éxito de corto y largo plazo, es decir, hombres y mujeres tienen el mismo porcentaje de éxito en un tratamiento para cesar el consumo de tabaco, sin embargo, los autores propusieron que las razones por las que una mujer no puede dejar de fumar están relacionadas con componentes conductuales a diferencia de la dependencia a la nicotina por parte de los hombres, concluyendo que el tratamiento para la abstinencia tabáquica tiene que considerar las necesidades y preocupaciones específicas de hombres y mujeres.

Igualmente, otro estudio relacionado al género es el de Marqueta et al. (2013) quienes analizaron variables sociodemográficas y variables referentes al consumo de tabaco. En un estudio transversal en personas fumadoras que solicitaron iniciar un tratamiento para dejar de fumar, con respecto al tratamiento ambos géneros tuvieron la misma posibilidad de éxito. Sin embargo, los factores que influyeron en la abstinencia son diferentes entre ellos, en el caso de las mujeres las variables que influyeron para dejar de fumar son: tener mayor edad, fumar menos cigarrillos al día y no ser diagnosticadas con ansiedad o depresión durante el tratamiento, en el caso de los hombres las variables que influyen son: tener un nivel bajo de dependencia a la nicotina y no tener una pareja fumadora, es así que los autores propusieron que los tratamientos para dejar de fumar deben tomar en cuenta estas diferencias y abrir espacios con perspectiva de género para atender de manera más eficiente sus necesidades.

Además, Bello et al. (2015) aplicaron una intervención grupal a 87 pacientes con un grado de adicción de moderado a severo. La intervención grupal se caracterizó por tener siete sesiones desde la perspectiva cognitivo conductual, junto con el acompañamiento de un médico, una psicóloga y enfermeras.

Los resultados mostraron que la combinación de una terapia grupal y acompañamiento farmacológico favorecen el éxito en los tratamientos y que utilizar los principios y estrategias de la entrevista motivacional en terapia grupal, en conjunto con el tratamiento farmacológico, están asociados al éxito de los pacientes para dejar de fumar.

Otro estudio relacionado a los factores de éxito es el de Peña et al. (2016), quienes mediante una investigación de tipo retrospectivo de 10 años con 1850 usuarios tratados con Vareniclina®, compararon las variables de los pacientes que desertaron contra los que concluyeron la intervención farmacológica para dejar de fumar. El estudio se realizó en dos etapas: la primera estuvo compuesta de una evaluación médica inicial y psicológica desde la

terapia cognitivo conductual, durante esta etapa las enfermeras llevaron a cabo entrevistas y recabaron datos epidemiológicos como: sexo, edad, peso, estado civil, nivel educacional, edad de inicio de consumo, número de cigarrillos consumidos al día, número de paquetes al año, comorbilidades, test Fagerström e intentos previos de abandono. Posterior a ello entregaron un disco compacto de relajación y un manual que indica el tipo de dieta y el ejercicio a realizar durante tres meses. En la segunda etapa los pacientes eran monitoreados por enfermeras mediante llamadas telefónicas y visitas durante un año, en cada llamada se registró el nivel de consumo, molestias y/o eventos adversos.

Con dichos datos, en los análisis de resultados encontraron como factores que aumentan la probabilidad de éxito: una baja dependencia a la nicotina, ausencia de depresión y más de 12 años de educación académica. Así como el seguimiento telefónico realizado por las enfermeras que siempre fue efectuado por la misma persona, generando un lazo de comunicación asertiva desde el primer momento, y constituye la base de la credibilidad de la información reportada por el paciente. Por otro lado, aunque existen posibles efectos adversos del tratamiento (náuseas, trastornos del sueño y cefalea) estos no estuvieron correlacionados con el abandono del tratamiento (Peña et al., 2016).

La investigación realizada por Raich et al. (2015) analizó la eficacia de un tratamiento multicomponente para dejar de fumar y evaluó cómo influyen las características de los sujetos, de su entorno y su dependencia. En el estudio se trabajó con un total de 314 participantes, se realizó un seguimiento durante un año acompañado de un tratamiento psicológico basado en técnicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de recaídas junto con un tratamiento farmacológico que hacía uso de sustitutos de nicotínicos, Bupropión® y Vareniclina®, los resultados obtenidos revelan que los pacientes con tratamiento farmacológico, un nivel de estudios alto y la nula convivencia con fumadores

aumentaba la probabilidad de éxito y por último, el género y antecedentes psiquiátricos no muestran diferencias significativas, es decir, no influyeron en la abstinencia del paciente.

Por otro lado, Pech et al. (2017) analizaron si los síntomas de ansiedad, depresión y nivel de motivación al cambio funcionan como predictores de consumo de tabaco, en su estudio participaron 46 sujetos mexicanos que estuvieron bajo el programa IBMF, los datos fueron obtenidos a través de una entrevista inicial, línea base retrospectiva, inventarios de depresión y ansiedad y una escala de disposición al cambio. Los resultados demostraron que el nivel de depresión y la motivación al cambio en el postratamiento, son los principales predictores de consumo, por otro lado, la ansiedad no demostró resultados estadísticos significativos para ser considerada como predictor, finalmente los autores mencionaron que probablemente existan más factores involucrados en el consumo en una persona fumadora.

Además, en otro estudio que tenía los siguientes objetivos: identificar los factores determinantes para dejar de fumar a un año de tratamiento, identificar quienes dentro de la población estudiada se benefician más y determinar si el Bupropión® y los sustitutos de nicotina son efectivos en un tratamiento antitabaco. Se trabajó con 68 participantes y se concluyó que, a mayor consumo diario, mayor motivación para incluirse en un plan para dejar de fumar, también aquellas personas con antecedentes de depresión tienen mayor probabilidad de fracaso dentro de los tratamientos, además concuerdan que el uso de Bupropión® es un factor protector de consumo de tabaco. Por otra parte, los sustitutos de nicotina no demostraron ser eficaces y hallaron que aquellos pacientes con un puntaje bajo en la escala de motivación para dejar de fumar requirieron apoyo durante el tratamiento para cumplir el objetivo (Tamblay y Seijas, 2008)

Entre las investigaciones que tienen el fin de evaluar factores asociados a la dependencia de tabaco que determinan el éxito y efectividad de tratamientos, se encuentra la

realizada por López et al. (2007) que, desde una perspectiva cognitivo-conductual y tratamiento farmacológico, llevaron a cabo entrevistas con médicos y sesiones grupales semanalmente por dos meses; después de terminar el programa realizaron seguimientos telefónicos a lo largo de un año. Al finalizar la intervención y el análisis de datos determinaron que uno de cada tres individuos se mantuvo sin fumar al año, y los factores asociados a la abstinencia fueron: pertenecer al género masculino, una dependencia baja a la nicotina y la interrupción inmediata de consumo durante el tratamiento.

Por otro lado, Gallego et al. (2014) realizaron un estudio con el propósito de obtener datos preliminares de la utilidad clínica y los predictores de éxito del tratamiento de Lenert et al. (2003, citado en Gallego et al., 2014) que consistía en acompañamientos semanales vía correo electrónico y telefónico. Los resultados demostraron que este tipo de intervenciones se pueden aplicar en personas con diferentes perfiles de consumo, además logran una abstinencia mayor durante un año, posiblemente por el tipo de medio de comunicación: correo electrónico y llamadas, otro factor que aumenta la probabilidad de éxito es el uso de tratamiento farmacológico con Vareniclina®. Por otro lado, una característica que disminuye la probabilidad de deserción es el tipo de tratamiento a distancia ya que ayuda a los usuarios a administrar su tiempo.

En otra investigación cuyo objetivo fue hacer una revisión de 18 estudios para describir las características de exfumadores espontáneos, los motivos para realizar una deshabituación de tabaco y los factores predictores de éxito, los resultados demostraron que aquellos pacientes que creen que dejar de fumar es sencillo, poseen mayor nivel de autoeficacia, por lo que la posibilidad de éxito y el nivel de motivación es mayor. Otros predictores de éxito son: un consumo menor a 20 cigarrillos, mayor nivel educativo, mayores ingresos económicos, tener pareja, ser hombre y realizar ejercicio (Sáez de Lafuente et al.,

2016).

En otros estudios relacionados al éxito se encuentra el realizado por Flores et al. (2009) donde compararon el éxito a largo plazo para dejar de fumar en sujetos con EPOC y sin EPOC después de un tratamiento antitabáquico, durante la intervención se implementó un programa cognitivo-conductual y posteriormente tres seguimientos telefónicos, los resultados determinaron que el diagnóstico de EPOC no es un factor que influya en la abstinencia a largo plazo.

Justificación

El consumo de tabaco está implicado en el desarrollo de enfermedades pulmonares y cardiovasculares, cobrando la vida y salud de muchas personas alrededor del mundo, esto ha generado normas mundiales para controlar su consumo, de esta forma, los factores que justifican el desarrollo de la presente investigación son el coste humano y social del consumo de tabaco, así como la exposición al humo que genera fuertes consecuencias económicas al sector salud del país. La gran mayoría de la población conoce las consecuencias del consumo de cigarrillo, a pesar de esto, este se sigue aceptando y normalizando, incluso desde edades tempranas, pues fumar no sólo es una adicción, es también una conducta aprendida, una cultura de interacción y una dependencia social. Es así que es primordial seguir investigando factores que generen intervenciones efectivas para dejar de fumar y específicamente sobre factores asociados a la deserción de tratamientos, por ejemplo, el género, la edad, el nivel de dependencia, número de intentos, estado de salud, embarazo, entre otros, sin embargo, existe pocas investigaciones recientes por lo que el objetivo de esta investigación fue identificar si la disposición al cambio, nivel de dependencia a la nicotina, estrategias de afrontamiento, expectativas de consumo y género, predicen la deserción de los usuarios en una intervención

cognitivo-conductual telefónica para dejar de fumar.

Una visión psicológica del problema del tabaquismo, específicamente en el éxito o abandono de los tratamientos dirigidos a controlar el consumo, puede ayudar a comprender no sólo por qué las personas fuman, sino poder modificar su comportamiento dañino a uno saludable y el de la población.

Objetivos

Objetivo general: Evaluar el nivel de predicción de la dependencia a la nicotina, las estrategias de afrontamiento, las expectativas de consumo y el género en la deserción en una intervención cognitivo-conductual telefónica para dejar de fumar.

Objetivos específicos:

- Describir el perfil de consumo (número de intentos previos para dejar de fumar, edad de inicio de consumo, tiempo de consumo regular y promedio de consumo diario) de las personas que desertaron y concluyeron la intervención.
- Evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los participantes que desertaron y terminaron la intervención, con respecto a la dependencia a la nicotina, puntaje de estrategias de afrontamiento, puntaje de expectativas de consumo y género.
- Evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al perfil de consumo (número de intentos previos para dejar de fumar, edad de inicio de consumo, tiempo de consumo regular y promedio de consumo diario) entre los usuarios que desertaron y aquellos que concluyeron el tratamiento.

Preguntas de investigación

- ¿El puntaje de expectativas de consumo, dependencia a la nicotina y el puntaje de estrategias de afrontamiento predicen la deserción de los usuarios de un tratamiento cognitivo-conductual para dejar de fumar?
- ¿Pertener al género femenino aumenta la probabilidad de desertar del tratamiento?
- ¿Hay diferencias estadísticamente significativas en el perfil de consumo (número de intentos previos para dejar de fumar, edad de inicio de consumo, tiempo de consumo regular y promedio de consumo diario) entre los participantes que desertaron y los que concluyeron exitosamente?

Hipótesis

- Si se asiste a una intervención cognitivo conductual para dejar de fumar, los predictores significativos de la deserción serán estrategias inadecuadas de afrontamiento, una mayor dependencia a la nicotina, mayores expectativas positivas de los usuarios referente a su consumo y pertenecer al género femenino.

Método

Diseño

Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo y un diseño transversal explicativo.

Mayra Moreno

2022-03-23 20:42:21

Pasar a una nueva página

de tipo no experimental

Participantes

La muestra de participantes fue no probabilística y seleccionada por conveniencia, con 53 participantes en total, 31 mujeres y 22 hombres con un rango de edad media de 32.94 años (SD=13.5) consumidores de tabaco, que solicitaron el tratamiento para dejar de fumar voluntariamente. La muestra se conformó en dos grupos: el primer grupo con los participantes que desertaron del tratamiento, y el segundo grupo con los participantes que concluyeron exitosamente el tratamiento.

Los usuarios que abandonaron el tratamiento en cualquiera de las sesiones fueron considerados casos de deserción, mientras que aquellos que concluyeron el tratamiento y mantuvieron una abstinencia de seis meses hasta el tercer seguimiento, fueron considerados casos de éxito.

Criterios de inclusión:

- Haber aceptado y firmado el consentimiento informado.
- Ser mayor de edad.

Criterios de exclusión:

- No responder la evaluación inicial.
- Ser diagnosticado con un trastorno psiquiátrico
- Mujeres embarazadas
- Ser diagnosticado con alguna enfermedad crónico-degenerativa.
- Presentar dependencia a otras sustancias.
- Consumir más de 10 cigarros en promedio al día.

Instrumentos

- *Entrevista inicial* (Lira-Mandujano et al., 2012): donde se obtuvieron datos como el género de los participantes, la edad de inicio de consumo, número de intentos previos para dejar de fumar, si viven con fumadores y si cuentan con familiares o amigos que le apoyen en esta intervención.
- *The Fagerström Test for Nicotine Dependence* (TFDN) (Heatherton et al., 1991 traducido y adaptado por Lira-Mandujano, 2002): test que consta de seis preguntas, donde la puntuación final de 0 a 4 indica una baja dependencia, de 5 a 6 una media dependencia y más de 6 una alta dependencia. Su objetivo es identificar el grado de dependencia a la nicotina del usuario, por medio de indicadores relacionados con la frecuencia de consumo (número de cigarrillos por día), la periodicidad, la cantidad de droga utilizada en las primeras horas después de despertarse y el control del consumo.
- *The Smoking Consequences Questionnaire* (SCQ) (Copeland et al., 1995); está formado por 55 reactivos con 9 posibles respuestas que van desde completamente improbable hasta completamente probable, que evalúan las posibles consecuencias de fumar, mismos que se dividen en 10 factores y estos a su vez se dividen en dos grupos: las expectativas positivas (reducción del afecto negativo, estimulación, manipulación sensoriomotriz-sabor, control de peso, reducción del aburrimiento y facilitación social) y las expectativas negativas (riesgo en la salud, adicción, sentimientos negativos físicos e impresión social negativa) y la consistencia interna es de 0.97 a 0.78.
- *The Coping Strategies Inventory* (CSI) (Tobin et al., 1989 adaptado por Cano-García et al., 2007): evalúa la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento, a través de 40 reactivos con escala tipo Likert, de acuerdo con las siguientes áreas: resolución de

problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, autocrítica.

Procedimiento

Se realizó una invitación a la población en general por medio de redes sociales para participar en el programa breve motivacional para dejar de fumar en su modalidad telefónica (Lira-Mandujano, Núñez, Terán y Bustamante, 2019), una vez que el usuario estuvo interesado, se le solicitó su nombre completo y correo para poder contactarlo, después se compartió un enlace electrónico para contestar la batería de evaluación inicial, que contenía los siguientes instrumentos: Fagerström, Cuestionario sobre consecuencias de fumar, Inventario de Estrategias de Afrontamiento, a través de herramientas de *Google*®. Posteriormente el terapeuta asignado se contactó y continuó el programa.

A continuación, en la tabla 2 se muestra el proceso de intervención que se llevó a cabo en las sesiones con los usuarios del programa.

Tabla 2.

Estructura del Programa de Intervención Cognitivo-Conductual Telefónica para Dejar de Fumar (Lira-Mandujano, et al., 2020).

Nº de llamada	Técnica	Descripción
Antes de la primera llamada enviar evaluación por correo electrónico, resultados de evaluación folleto 1.		Obtener la evaluación antes de la intervención con el propósito de obtener el patrón de consumo, y factores asociados al consumo como disposición al cambio, síntomas de ansiedad y depresión, y consumo de otras sustancias
1. Preparación para iniciar a abstinencia	*Retroalimentación personalizada. *Técnicas de autocontrol. *Análisis funcional de la conducta.	*Revisar los resultados *Revisar folleto 1. preparándose para dejar de fumar
2. Inicio de la abstinencia (de 2 a 4 días después de la última llamada)	*Solución de problemas *Técnicas de autocontrol *Análisis funcional de la conducta.	*Revisar auto-registro de patrón de consumo y síntomas de abstinencia. *Revisar folleto 2. ¿Cómo iniciar la abstinencia del consumo de cigarros? *Identificar los principales desencadenantes del consumo de cigarros. *Establecer estrategias para enfrentar desencadenantes del consumo de cigarros. *Desarrollar un plan de acción para aplicar dichas estrategias.
3. Afrontar la abstinencia (tres días después del inicio de la abstinencia)	*Estrategias de afrontamiento y técnicas de autocontrol	*Revisar auto-registro de patrón de consumo y síntomas de abstinencia *Revisar folleto 3. Síntomas de abstinencia ¿qué hago?
4. Apoyo continuo (una semana después del inicio de la última llamada)	*Técnicas de autocontrol -Estrategias de afrontamiento	*Revisar auto-registro de patrón de consumo y síntomas de abstinencia *Revisar folleto 4. ¿Qué hago si vuelvo a fumar? Principales síntomas de abstinencia presentados. *Estrategias que le han funcionado *Principales obstáculos *Evaluar planes de acción *Enviar por correo electrónico la evaluación final.
5. Mantenerme en abstinencia (dos semanas después de la última llamada)	*Retroalimentación personalizada *Psicoeducación	*Revisar auto-registro de patrón de consumo y síntomas de abstinencia *Preguntar sobre los beneficios o ventajas que han experimentado a partir de que dejó de fumar. *Explicar los resultados obtenidos en la evaluación final y explicarle que se enviarán por correo electrónico.
SEGUIMIENTO	*Estrategias de afrontamiento *Solución de problemas	*Revisión de planes de acción y modificación en caso de ser necesario. *Motivar a los pacientes para continuar con el proceso *Identificar obstáculos para mantenerse en abstinencia.

Los datos obtenidos fueron capturados y analizados mediante el programa IBM SPSS v.23®.

Análisis estadísticos de datos

Para cumplir con los objetivos, se realizó análisis descriptivo del perfil de consumo (número de intentos previos para dejar de fumar, edad de inicio de consumo, tiempo de consumo regular y promedio de consumo diario) de las personas que desertaron y no desertaron de la intervención. Para cumplir con el objetivo general de evaluar el nivel de predicción de la dependencia a la nicotina, estrategias de afrontamiento, expectativas de consumo y el género en la deserción en una intervención cognitivo-conductual telefónica para dejar de fumar, primero se realizó el análisis de correlación, pero como la variable de deserción es dicotómica (deserción y no deserción) se realizó una correlación biserial puntual con las variables: puntaje de dependencia, estrategias de afrontamiento y expectativas de consumo. Para la correlación entre deserción y género, como ambas son dicotómicas se realizó por medio del coeficiente de asociación de Phi. Posteriormente, para las correlaciones estadísticamente significativas ya que la variable de deserción es dicotómica, se realizó un análisis de regresión logística binomial para conocer el nivel de predicción.

Para el objetivo específico de evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los usuarios que desertaron y no desertaron de la intervención, con respecto a la dependencia a la nicotina, estrategias de afrontamiento, expectativas de consumo, se calculó pruebas t de *Student* y para evaluar si existen diferencias entre los usuarios que desertaron y los que no desertaron de la intervención, con respecto al género se realizó una X^2 .

Por último, para evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al perfil de consumo (número de intentos previos para dejar de fumar, edad de inicio de consumo, tiempo de consumo regular y promedio de consumo diario) entre los usuarios que desertaron y aquellos que no desertaron del tratamiento, se realizaron t de Student para cada una de las variables del perfil de consumo.

Resultados

De acuerdo con los análisis descriptivos, el 58,5% de los participantes fueron mujeres y el 41,5% hombres. Del total de la muestra el 35,8% desertaron y el 64,2% no desertaron de la intervención. De los usuarios que desertaron el 63,2% fueron mujeres y 36,8% hombres, y de los que finalizaron la intervención para dejar de fumar, el 55,9% fueron mujeres y 44,1% hombres.

A su vez, se realizó un análisis descriptivo para conocer el perfil de consumo de los participantes. En cuanto al grupo de deserción la muestra ($n=19$) tiene una edad media de inicio de consumo de 15.9 años ($SD=3.07$), el promedio de intentos previos para dejar de fumar fue de 1.7 ($SD=1.65$), la media de años de consumo regular fue de 11.3 ($SD=7.96$) y el promedio de consumo diario en los últimos 30 días fue de 7.6 ($SD=5.99$). En el grupo que no desertó ($n=34$), la edad media de inicio de consumo fue de 17.6 años ($SD=4.89$), el promedio de intentos anteriores para dejar de fumar fue de 1.7 ($SD=1.39$), el promedio de años de consumo regular fue de 12.6 ($SD=9.77$) y el promedio de consumo diario en los últimos 30 días es de 6.7 ($SD=6.4$).

Respecto a las variables que predicen la deserción en personas que intentan dejar de fumar se encontró que la única variable que correlacionó con la variable deserción fue la

subescala retirada social del inventario de estrategias de afrontamiento ($r_{bp} = 0.292$, $p = .034$), la cual es una estrategia de afrontamiento que la persona emplea ante situaciones estresante y de acuerdo a Cano, Rodríguez y García (2007) se define como estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante. En esta subescala las personas que desertaron tienen puntuaciones más bajas en comparación con los que no desertaron del tratamiento ($X^2 = 7.21$ y $X^2 = 10.15$ respectivamente). Por lo tanto, el análisis de regresión logística binomial mostró que la estrategia de retirada social predice el porcentaje de deserción del tratamiento ($X^2(1) = 4.847$, $p = .028$), donde las personas que tienen una menor puntuación en la estrategia de retirada social tienen mayor probabilidad de desertar en una intervención telefónica para dejar de fumar ($Wald(1) = 4.19$, $p = 0.41$, $OR = 1.154$, 95% IC de 1.006 a 1.323).

Con respecto a los objetivos específicos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los usuarios que desertaron y no desertaron de la intervención respecto a la dependencia a la nicotina, las subescalas de expectativas de consumo y siete de las ocho subescalas de estrategias de afrontamiento, como se muestra en la Tabla 3. Mientras que, en la comparación entre los dos grupos respecto a la estrategia de afrontamiento de retirada social, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($t = -2.182$, $gl = 51$, $p < .05$) donde las personas que desertaron tenían puntajes más bajos en comparación con los que finalizaron la intervención, como se observa en la Figura 3. Al realizar la comparación entre los que desertaron y los que no desertaron con respecto al género, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = .051$, $gl = 1$, $p = .822$).

Tabla 3.

Pruebas t para la comparación de los grupos de desertores (n=19) y no desertores (n=34) en las diferentes variables.

		\bar{x} (SD)			
Dependencia nicotina	Desertores	4.11(2.664)			
	No desertor	3.59(2.451)	$t= .714$	gl= 51	$p= .479$
Estrategias de afrontamiento					
Resolución de problemas	Desertores	11.42(4.914)			
	No desertor	12.44(4.705)	$t= -.745$	gl= 51	$p= .460$
Autocrítica	Desertores	7.21(5.062)			
	No desertor	9.65(6.227)	$t= -1.456$	gl= 51	$p= .152$
Expresión emocional	Desertores	8.58(5.113)			
	No desertor	8.76(6.056)	$t= -.113$	gl= 51	$p= .910$
Pensamiento desiderativo	Desertores	11.79(4.602)			
	No desertor	13.26(5.884)	$t= -.942$	gl= 51	$p= .351$
Apoyo social	Desertores	8.32(5.850)			
	No desertor	8.76(5.433)	$t= -.281$	gl= 51	$p= .780$
Reestructuración cognitiva	Desertores	10.47(3.991)			
	No desertor	9.26(5.339)	$t= .860$	gl= 51	$p= .394$
Evitación de problemas	Desertores	5.37(3.818)			
	No desertor	6.65(4.565)	$t= -1.034$	gl= 51	$p= .306$
Retirada social	Desertores	7.21(4.354)			
	No desertor	10.15(4.875)	$t= -2.182$	gl= 51	$p= .034$
Consecuencias de fumar					
Reducción de afecto negativo	Desertores	67.90(21.726)			
	No desertor	57.06(24.835)	$t= 1.591$	gl= 51	$p= .118$
Estimulación	Desertores	26.39(19.421)			
	No desertor	26.06(16.969)	$t= .066$	gl= 51	$p= .948$
Riesgo en la salud	Desertores	46.32(31.319)			
	No desertor	50.00(29.857)	$t= -.423$	gl= 51	$p= .674$
Manipulación sensoriomotriz/sabor	Desertores	51.32(24.993)			
	No desertor	43.29(24.122)	$t= 1.146$	gl= 51	$p= .257$
Facilitación	Desertores	23.47(15.735)			
	No desertor	23.47(18.309)	$t= .001$	gl= 51	$p= 1.000$
Control de peso	Desertores	19.89(23.610)			
	No desertor	14.15(16.437)	$t= 1.041$	gl= 51	$p= .303$
Adicción/craving	Desertores	46.84(23.637)			
	No desertor	44.79(22.312)	$t= .314$	gl= 51	$p= .755$
Sentimientos negativos físicos	Desertores	24.26(28.540)			
	No desertor	22.06(23.866)	$t= .300$	gl= 51	$p= .755$
Reducción del aburrimiento	Desertores	33.00(27.819)			
	No desertor	29.00(17.848)	$t= .638$	gl= 51	$p= .526$
Impresión social negativa	Desertores	21.79(24.380)			
	No desertor	26.18(24.640)	$t= -.624$	gl= 51	$p= .535$

Figura 3.

Se muestra la media obtenida en el grupo de desertores ($n=19$)

Mayra Moreno

2022-03-23 20:42:52

Cuidar que no se mueva

con respecto a la variable retirada social.



Con el fin de cumplir con el objetivo específico relacionado al perfil de consumo de los participantes se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (desertores y no desertores) respecto a las variables, como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4.
Perfil de consumo de la muestra

	Total de la muestra	Desertores	No desertores			
	\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)	\bar{x} (SD)			
Número de intentos previos	1.77(1.47)	1.79(1.65)	1.76(1.39)	$t= .058$	gl= 51	$p= .954$
Edad de inicio	16.98(4.38)	15.84(3.07)	17.62(4.89)	$t= -1.427$	gl= 51	$p= .160$
Años como fumador regular	12.21(9.11)	11.37(7.96)	12.68(9.77)	$t= -.498$	gl= 51	$p= .621$
Promedio de cigarrillos por día	7.08(6.26)	7.60(5.99)	6.79(6.47)	$t= .447$	gl= 51	$p= .650$

Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo evaluar el nivel de predicción de la dependencia a la nicotina, estrategias de afrontamiento, expectativas de consumo y el género con respecto a la deserción en una intervención cognitivo-conductual telefónica para dejar de fumar.

Los resultados obtenidos demuestran que una menor puntuación en la subescala de retirada social perteneciente a *The Coping Strategies Inventory* (CSI) (Tobin et al., 1989), aumenta la probabilidad de deserción del tratamiento y cuando se compararon la medias entre los grupos se encontró que en esta variable se encontraron diferencias significativas entre el grupo de desertores y no desertores. Sin embargo, hasta el momento no se ha identificado en la literatura científica estudios que asocien las estrategias de afrontamiento a partir del instrumento CSI con respecto a la deserción, por lo tanto, no se tiene punto de comparación teórica con investigaciones que se hayan realizado con los factores que constituyen el Inventario de Estrategias de Afrontamiento. El identificar las variables que se asocian a la deserción y específicamente las que se relacionan con las estrategias de afrontamiento con instrumentos validados como lo es el SCI, en usuarios que desean dejar de fumar, resulta importante para el campo de la psicología en la implementación e innovación de tratamientos. Ya que, al saber el perfil de las personas que serán beneficiadas con la intervención telefónica permitirá canalizar a otro tipo de intervenciones a las personas que se sabe que no serán beneficiadas.

Una de las subescalas dentro del CSI es la de apoyo social, Lafuente et al. (2016), Carreras et al. (2012), Leal et al. (2010) y Raich et al. (2015) en sus investigaciones coinciden

que contar con el apoyo, en especial el otorgado por una pareja aumenta la probabilidad de no deserción del tratamiento, y si ésta no es consumidora incrementa aún más dicha posibilidad (Marqueta et al, 2013). A diferencia de Andrés (2017) y Leeman et al. (2006) en sus resultados hallaron que aquellos usuarios que vivían con sus padres, hermanos e hijos tenían mayor probabilidad de deserción. Sin embargo, en la presente investigación no hubo correlación entre la subescala de apoyo social y deserción, por lo que difiere de las investigaciones anteriormente mencionadas, se sugiere complementar este estudio con instrumentos que analicen a profundidad la relación de apoyo social y cesación tabáquica.

A pesar de que no existen estudios que hablen sobre la relación entre el cuestionario de consecuencias de fumar (*The Smoking Consequences Questionnaire*) con la variable de deserción, algunas investigaciones utilizan la variable de riesgo a la salud, siendo esta una de las diez subescalas del instrumento mencionado, la cual evalúa las expectativas de los participantes con respecto a su estado de salud y el uso de tabaco. Por ejemplo, Samarin et al. (2014) encontraron que los participantes de un tratamiento para dejar de fumar que tenían problemas físicos o buscaban prevenir enfermedades, tenían menor probabilidad de desertar ya que conocían las consecuencias en su salud si persistía el consumo. A diferencia de Godoy et al. (2016) quienes mostraron que personas consumidoras con alguna enfermedad cardiovascular o comorbilidad psiquiátrica tienen altas probabilidades de desertar. De acuerdo a Bahadir et al. (2016) las personas con conocimientos insuficientes de su estado de salud tienen mayor probabilidad de desertar de un tratamiento para dejar de fumar. Se recomienda indagar más sobre la autopercepción del estado de la salud y las consecuencias de fumar, como una variable que prediga la deserción. Además de analizar las expectativas de consecuencias negativas o positivas que los usuarios conocen acerca del consumo de tabaco, y la probabilidad de que la persona decida dejar de consumir.

Por otro lado, autores como Puentes et al. (2017), Leal et al. (2010) y Branstetter et al. (2012) describen la relación que existe entre la variable de género y deserción, en la cual mencionan que las mujeres recaen y desertan en mayor porcentaje, a comparación de los hombres. Por otra parte, Marqueta et al. (2017), encontraron que no existen diferencias entre género y deserción, ya que ambos tienen el mismo porcentaje de no deserción en un tratamiento de cesación del consumo de tabaco. Por lo tanto, los resultados de esta investigación concuerdan con los obtenidos por Marqueta et al. (2017) ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre género y deserción.

En cuanto al perfil de consumo se refiere, existen opiniones contradictorias en la literatura, ya que Godoy et al. (2016), De Andrés (2017), Chan et al. (2020) y Borrelli et al. (2002) coinciden que tener uno o dos intentos previos para dejar de fumar aumenta la posibilidad de concluir su tratamiento, pero a diferencia de este estudio, los resultados muestran que los intentos previos no influyeron en la deserción de los participantes.

En la misma línea, las variables relacionadas al perfil de consumo Marín et al. (2017), muestran datos similares a los encontrados en nuestro estudio, ya que en su muestra compararon el grupo de desertores y no desertores con respecto a las características de su consumo (cigarrillos consumidos por día, edad de inicio de consumo, tiempo de consumo regular y dependencia), y en sus resultados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre esas variables al igual que en la presente investigación, el perfil de consumo no es una variable que pueda predecir la eficacia o la deserción de una intervención para dejar de fumar.

En cuanto a la dependencia a la nicotina, en el trabajo de Carreras et al. (2012) obtuvieron una correlación negativa, es decir a mayor dependencia a la nicotina menor probabilidad de finalizar la intervención. Sin embargo, en la presente investigación el nivel de dependencia a la nicotina no fue predictor de la deserción de los usuarios del tratamiento. Por lo tanto, estos resultados coinciden con los obtenidos por Leal et al. (2010) y Walker y Loprinzi (2014) quienes de la misma forma no encontraron relaciones entre ambas variables en su estudio. A partir de ello se deduce que la dependencia no es un factor definitorio en la toma de decisión para continuar o no el tratamiento, por lo que se sugiere mayor atención en variables psicosociales (motivación, asertividad, motivos de consumo y motivos para dejar de fumar) y sociodemográficas (edad, grado de escolaridad, ocupación, nivel económico, contexto social, localidad) para futuras investigaciones, con el objetivo de profundizar en las relaciones potenciales que disminuyan la deserción en las intervenciones para dejar de fumar.

Dentro de las limitaciones metodológicas de esta investigación, se encuentra que la selección de la muestra no fue aleatoria, tampoco homogénea ni representativa, teniendo como consecuencia la falta de generalización de los resultados. Se sugiere para futuras investigaciones se utilice una muestra más amplia y representativa de participantes, así como explorar áreas que de acuerdo con la literatura se identifiquen variables que están asociadas a la deserción, por ejemplo, motivación, ambivalencia, habilidades sociales, estímulos sociales externos, el asistir a tratamientos farmacológicos o combinados.

Conclusión

Con base a la investigación realizada se puede concluir que contar con la estrategia de afrontamiento de retirada social aumenta la posibilidad de que el usuario concluya su

tratamiento. Esto se podría explicar, debido a que los factores precipitadores pueden promover el uso de cigarrillos que provienen del ambiente generado por el entorno social y por consiguiente convivir con amistades, parejas y seres queridos que no sean fumadores crea una red de apoyo para que el usuario consiga su meta. De esta forma, se resalta la importancia del desarrollo de estrategias de afrontamiento en las personas que desean dejar de fumar, a partir de la identificación de factores precipitadores durante implementación de la intervención telefónica que utiliza técnicas cognitivo conductuales, ya que como se pudo observar, en este tratamiento el porcentaje de personas que desertaron es menor en comparación a aquellas que concluyeron, por lo que se puede asumir que es eficaz para la cesación del consumo de tabaco.

Al identificar las estrategias de afrontamiento más efectivas, las personas podrán estar frente a precipitadores de consumo como lo son personas, estados de humor, lugares (por ejemplo restaurantes, cafeterías), o la combinación de ellos sin fumar. Y de acuerdo con esto, se sugiere agregar un análisis longitudinal donde se estudien los datos individuales antes de la intervención, durante la intervención y post-intervención para compararlos.

Por su importancia, las variables de deserción son un objeto de estudio relevante en el abordaje psicológico del tratamiento tabáquico. El hecho de que pueda identificarse un perfil de fumadores proclives al abandono, mediante una técnica sencilla y de bajo costo, es una iniciativa de gran importancia para los intereses de la salud pública.

Referencias

- American Cancer Society. (12 de enero de 2017). *Terapia de reemplazo para tratar el tabaquismo*. <https://www.cancer.org/es/saludable/mantengase-alejado-del-tabaco/guia-para-dejar-de-fumar/terapia-de-reemplazo-de-nicotina.html>
- Arancibia, F. (2017). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Tabaquismo. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33 (3), 225-229. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300225>
- Bahadir, A., Llianz, S., Yurt, S., Ortakoylu, M., Bakan, N. & Yazar, E. (2016). Factors affecting dropout in the smoking cessation outpatient clinic. *Chronic Respiratory Disease*, 24(1), 1-7. <https://doi.org/10.1177/1479972316629953>
- Bardach, A., Cañete, F., Sequera, V. G., Palacios, A., Alacaráz, A., Rodríguez, B., Caporale, J., Agustovski, F. y Pichón, R. A. (2016). Carga de enfermedad atribuible al uso de tabaco en Argentina y potencial impacto del aumento de precio a través de impuestos. *Revista Panamericana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35 (4), 599-609. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.354.3708>
- Bello, S. (2011). Tratamiento del Tabaquismo. *Revista Chilena de Cardiología*, 30(3), 230-239. <http://www.sscardio.org/wp-content/uploads/2012/01/sergio-bello.pdf>
- Bello, S., Chamorro, H., Orellana, M., Cisternas, L. y Salinas, M. (2015). Experiencia de un programa de cesación del tabaquismo en el Instituto Nacional del Tórax. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 31 (2), 94-100. <https://doi.org/10.4067/S0717-73482015000200004>
- Borrelli, B., Hogan, J., Bock, B., Pinto, B., Roberts, M., & Marcus, B. (2002). Predictors of quitting and dropout among women in a clinic-based smoking cessation program. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(1), 22–27. <https://doi.org/10.1037/0893-164x.16.1.22>
- Branstetter S., Blosnich, J. & Dino, G. (2012). Gender differences in cigarette smoking, social correlates and cessation among adolescents. *Addict Behavior*; 37(6): 739–742. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.007>
- Campos, A. (2012). Dependencia de nicotina aproximación a su manejo farmacológico. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 31(1), 67-72. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v31n1/v31n1a06.pdf>
- Carreras, J. M., Maldonado, B., Quesada, M., Sánchez, B., Nerín, I. y Sánchez, L. (2012). Tratamiento por teléfono del tabaquismo. Factores predictivos de éxito. *Medicina Clínica*, 138(6), 242-245. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.04.018>
- Carpenter, M.J., Jardin, B., Burris, J.L., Mathew, A.R., Schnoll, R.A., Rigotti, N.A. & Cummings, K.M. (2013). Clinical Strategies to Enhance the Efficacy of Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation: A Review of the Literature. *Drugs*, 73(5), 407-426. <https://doi.org/10.1007/s40265-013-0038-y>
- Cano-García, F., Rodríguez-Franco, L., García-Martínez, J. (2007). Adaptación española del inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39. <https://www.researchgate.net/publication/235419673>
- Centro Nacional para el control y la Prevención de Enfermedades [CDC]. (2014). *Las consecuencias del Tabaquismo en la Salud: 50 años de progreso; Informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los EE.UU.* Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.

- https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/50th-anniversary/pdfs/executive-summary-spanish.pdf
- Centros para el control y Prevención de Enfermedades. (22 de julio del 2021). Tabaquismo, embarazo y bebés. <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/enfermedades/tabaquismo-embarazo.html#>
- Chan, C., Kamke, K., Assuah, F. & El-Toukhy, S. (2020). Dropout, response, and abstinence outcomes of a national text-messaging smoking cessation intervention for teens, SmokeFreeTeen. *Oxford University Press on behalf of the Society of Behavioral Medicine*, 7(20), 1-8. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa069>
- Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC]. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. 2016-2017: Reporte de Tabaco. *México Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud*. https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_tabaco_2016_2017.pdf
- Copeland, L., Brandon, H., & Quinn, P. (1995). The Smoking Consequences Questionnaire-Adult: Measurement of smoking outcome expectancies of experienced smokers. *Psychological Assessment*, 7(4), 484–494. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.484>
- Corvalán, M.P. (2017). Terapia de Reemplazo de Nicotina. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33(1), 206-208. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v33n3/0717-7348-rcher-33-03-0206.pdf>
- De Andrés, M. S. (2017). Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias. *Metas de enfermería*, 20(2), 18-24. <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.20.1003081031>
- Descalzi, F. (2017). Bupropión: una alternativa farmacológica en cesación tabáquica. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33(1), 209-211. <https://www.scielo.cl/pdf/rcher/v33n3/0717-7348-rcher-33-03-0209.pdf>
- Domínguez-Martín, A., Miranda-Estribí, M., Pedrero-Pérez, E., Pérez-López, M. y Puerta-García, C. (2008). Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes, *Trastornos Adictivos*, 10(2), 112-120. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(08\)74553-7](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(08)74553-7)
- Dorner, T. E., Trostl, A., Womastek, I. & Groman, E. (2011). Predictors of Short Term Success in Smoking Cessation in Relation to Attendance at a Smoking Cessation Program. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(11), 1069-1075. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntr179>
- Evins, E., Culhane, A., Alpert, E., Pava, J., Liese, S., Farabaugh, A. & Fava, M. (2008). A Controlled Trial of Bupropión Added to Nicotine Patch and Behavioral Therapy for Smoking Cessation in Adults With Unipolar Depressive Disorders. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 28(6), 660–666. <https://doi.org/10.1097/jcp.0b013e31818ad7d6>
- Flores, F., Ramírez, A., Hernández, J., Méndez, M. y Sansores, H. (2009). Comparación del éxito para dejar de fumar a largo plazo en sujetos en EPOC y sin EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 22(1), 21-28. <https://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2009/in091d.pdf>
- Gallego, J., Modesto, M., Muñoz, A., Almajano, J., Modolell, E., Modolell, E., Peris, A. y

- Emmelkamp, M. (2014). Tratamiento vía internet con contactos semanales por e-mail utilizado en una unidad de tabaquismo: Utilidad clínica y predictores de éxito. *Behavioral Psychology*, 22(1), 61-78. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-128447>
- Global Burden of Disease Study [GBD] (08 de noviembre del 2021) *Smoking Prevalence 1980-2015*. <http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2015-smoking-prevalence-1980-2015>
- Godoy, R., Callejas, F. J., Tornero, A.I., Molina, A., Agustín, F. y Tárraga, P. J. (2016). Factores asociados al éxito de los tratamientos del tabaquismo. *Journal of negative & no positive results*, 1(4), 131-137. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.2016.1.4.1028>
- González, J. (2015). La práctica de fumar tabaco entre los indígenas norteamericanos. Síntesis de una práctica milenaria. *Arqueología Mexicana*, (133), 82-87. <https://arqueologiamexicana.mx/mexico-antiguo/la-practica-de-fumar-tabaco-entre-los-indigenas-norteamericanos-sintesis-de-una>
- Guerrero-López, C., Muños-Hernández, J., Miera-Juárez, B. y Reynales-Shigematsu, L. (2013). Consumo de tabaco, mortalidad y política fiscal en México. *Salud Pública de México*, 53(2), 276-271. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2013.v55suppl2/S276-S281/es>
- Heatherton, T., Kozlowski, L., Frecker, R. Fagerstrom, K. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.723.973&rep=rep1&type=pdf>
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd000031.pub5>
- Ibarra, J., González, C., Núñez, S., Ramírez, M., Rodríguez, M y Santos, C. (2019). La regulación de etiquetado en la industria del tabaco de México: efecto de los pictogramas en la demanda de tabaco. *Revista economía teoría y práctica*, 27(51). 73-10, <https://doi.org/10.24275/ETYP/AM/NE/512019/Ibarra>
- Institutos Nacionales de la Salud. (2010). Principios de tratamiento para la drogadicción. Estados Unidos: NIH Publicación No. 10-4180(S). <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podatsp.pdf>
- Jiménez-Muro, A., Gargallo, P. y Beamonte, A. (2013). Factores predictores de éxito según género en el tratamiento del tabaquismo. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 26-31. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.011>
- Juárez-Jiménez, M., Valverde-Bolívar, F., Pérez-Milenac, A y Moreno-Corredor, A. (2015). Características del consumo de tabaco, dependencia y motivación para el cambio de los especialistas internos residentes de Andalucía. *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)*, 41(6), 296-304. <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.07.002>
- Kamke, K., Grenen, E., Robinson, C. & El-Toukhy S. (2019). Dropout and Abstinence Outcomes in a National Text Messaging Smoking Cessation Intervention for Pregnant Women, SmokefreeMOM: Observational Study. *JMIR mHealth uHealth* 7(10), 1-16. <https://doi.org/10.2196/14699>
- Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitiva conductual, abuso de sustancias. *Intersecciones, Revista electrónica de la facultad de psicología de la universidad UBA*, 2(3), 5-8. http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=4

- 4:perspectiva-cognitivo-conductual-del-abuso-desustancias&catid=9:perspectivas&Itemid=1
- Leal, B.M., Ocampo, M.A. y Cicero, S. (2010). Niveles de asertividad, perfil sociodemográfica, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar. *Salud Mental*, 33(3), 489-497. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v33n6/v33n6a3.pdf>
- Le-Bert, M. y Prado, B. (2011). Tabaco y Piel. *Revista Chilena Dermatológica*, 27(3), 286-299. https://www.sochiderm.org/web/revista/27_3/1.pdf
- Leeman, F., Quiles, N., Molinelli, A., Terwal, D., Nordstrom, L., Garvey, J. & Kinnunen, T. (2006). Attrition in a Multi-Component Smoking Cessation Study for Females. *Tobacco Induced Diseases*, 3(2). <https://doi.org/59-71>, 10.1186/1617-9625-3-2-59.
- Leiva, K. y Quesada, V. (2019). Nuevas estrategias farmacológicas para el tratamiento de cesación de tabaco. *Revista Médica Singernia*, 4(6), 73-80. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.246>
- Lira-Mandujano, J., González-Betanzos, F., Carrascoza, C., Ayala, H. y Cruz-Morales, S.E. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Mental*, 32(1), 35-41. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2009/sam091e.pdf>
- Lira-Mandujano, J., Cruz-Morales, S.E. y Ayala, E. (2012). ¿Entrevista Inicial?, manual del terapeuta para la aplicación de la Intervención Breve Motivacional para Dejar de Fumar. *Secretaría de Salud: México*, 56-59. http://docs.saludchiapas.gob.mx/transparencia/pot/f01/F01_036.pdf
- Lira-Mandujano, J., Nuñez, M., Terán, E. y Bustamante, B. (2019). Intervención telefónica cognitivo conductual para dejar de fumar. México: FESI, UNAM.
- Lira-Mandujano, J., Nuñez, M., González de Anda, M., Sanabria, C., Bustamante, D. y Pech, D. (2020). Intervención cognitiva conductual telefónica para dejar de fumar: Resultados de un estudio piloto. *Cigarrillos y nuevos productos de tabaco: ¿Nuevas problemáticas?*, pp. 207-228. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM; Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, UNAM; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Londoño, C., Forero, P., Laverde, M. y Mosquera, A. (2012). Construcción del modelo cognitivo social integrado para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes universitarios bogotanos. *Psicología y Salud*, 22(2), 235-245. <https://doi.org/10.25009/pys.v22i2.548>
- López, M. V., Anido, T., Rovira, M., Goja, B., Tubino, M., Alfonso, G., Vezoli, M., Garateguy, E., Bermúdez, F. y López, R. (2007). Factores asociados con la abstinencia y eficacia de un programa de cesación de tabaquismo. *Revista Médica del Uruguay*, 23(1), 25-33. <https://www.rmu.org.uy/revista/2007v1/art4.pdf>
- López, F., Perales, C., Nieto, A. & Verdejo, A. (2014). Temperament and Impulsivity Predictors of Smoking Cessation Outcomes. *PLoS ONE*, 9(12), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112440>
- Losardo, R.J. (2017). Día mundial sin tabaco 2017. OMS y AMA. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 130(4), 33-35. <https://www.ama-med.org.ar/descargacontenido/274>
- Malagón, C. y Vega, C. (2018). Relación entre las manifestaciones cutáneas y el

- tabaquismo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un hospital de Bogotá, D. C., Colombia, 2017-2018. Universidad del Rosario Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. 17-30. <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18433/Vega.Malagon%20EPOC%20y%20lesiones%20cutaneas.pdf?sequence=1>
- Marín, B., Gil, J y Moreno, E. (2017). Variables relacionadas con el éxito al autoabandono del tabaquismo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 87-95. <https://www.redalyc.org/pdf/560/56049624006.pdf>
- Marqueta, A., Nerín, I., Jiménez-Muro, A., Gargallo, P. y Beamonte, A. (2013). Factores Predictores de éxito según género en el tratamiento del tabaquismo. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 26-31. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.01>
- Marqueta, A., Nerín, I. y Gargallo, P. (2017). Diferencias de género en el éxito al dejar de fumar: Resultados a corto y largo plazo. *Adicciones* 29(1), 13-21. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/826/783>
- Molina, M. (2005). Actualizaciones manifestaciones cutáneas y tabaco. *Centro de Salud San Fernando de Henares II*, 12(9), 582-588. <https://www.fmc.es/es-pdf-13080901>.
- Moore, P., Pavié, J., Véjar, L. y Corvalán, M. (2017). Consejería y Entrevista. Motivacional para reducir el consumo de tabaco. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33, 193-200. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v33n3/0717-7348-rcher-33-03-0193.pdf>
- Muñoz, R. y Rodríguez, M. (2014). Factores relacionados con el inicio en el consumo de tabaco en alumnos de Enseñanza Secundaria Obligatoria. *Enfermería Global*, 35, 113-124. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/docencia2.pdf>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA]. (02 de junio, 2020). *¿En qué consisten los tratamientos para la dependencia del tabaco?* <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/hay-tratamientos-eficaces-para-la-adiccion-al-tabaco>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (26 de julio, 2019a). *Tabaco*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Mundial de la salud [OMS] (20 de mayo, 2019b). *El tabaco y el cuerpo humano*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324847/WHO-NMH-PND-19.1-spa.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). Convenio Marco de la OMS para el control de tabaco. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (30 de mayo, 2017). *Día Mundial Sin Tabaco 2017: venzamos al tabaco en favor de la salud, la prosperidad, el medio ambiente y el desarrollo de los países*. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/no-tobacco-day/es/>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). Tabaco mortífero en todas sus formas. *Ministerio de Sanidad y Consumo*, 1-53. https://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2006/translations/Brochure_Spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. *Ediciones de la OMS*, 1-39. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43891/9789243596631_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (27 de abril, 2017). Situación del tabaco en México.
https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=96:situacion-tabaco-mexico&Itemid=387#:~:text=En%20M%C3%A9xico%20en%20menos%20de,10%25%20de%20las%20muertes%20nacionales.%20
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2016). *Informe sobre Control del Tabaco en la región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control de Tabaco.* <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Informe%20sobre%20tabaco%202018.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019). Herramientas para aplicar las intervenciones breves de las 5A y las 5R para tratar el consumo de tabaco en personas con tuberculosis a nivel de la atención primaria, *Pan American Health Organization*, 1-24. <https://doi.org/10.37774/9789275320808>
- Paz, C., Zavala, A., Gutiérrez, T., Ponciano, R. y Reynales, S. (2019). Evaluación de la dependencia física y psicológica al tabaco en fumadores mexicanos adultos, *Encondat 2016. Salud Pública de México*, 61(2), 136-146. <https://doi.org/10.21149/9858>
- Pech, D., Lira-Mandujano, J. y Cruz-Morales, S.E. (2017). Factores emocionales como predictores de consumo en una intervención cognitivo-conductual para dejar de fumar. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(2), 212-222. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29255774008.pdf>
- Pech, D., Lira-Mandujano, J. y Cruz-Morales, S.E. (2020). Eficacia de una intervención cognitivo-conductual para dejar de fumar en mexicanos con diabetes tipo 2. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2(3), 338-349. <https://www.revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/132/94>
- Peña, P. y Zagolin, M. (2017). Vareniclina. *Revista Chilena de enfermedades respiratorias* 33(3), 212-215. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v33n3/0717-7348-rcher-33-03-0212.pdf>
- Peña, P., Zagolin, M., Acuña, M., Navarrete, S., Bustamante, P. y Canals, A. (2016). Factores asociados con el éxito de la terapia antitabaco en pacientes tratados con vareniclina: 10 años de experiencia en un programa multidisciplinario. *Revista Médica de Chile*, 144(8). <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000800002>
- Pérez-Pareja, F. J., García-Pazo, P., Jiménez, R., Escalas, T. y Gervilla, E. (2020). Dejar de fumar, terapia cognitivo-conductual y perfiles diferenciales con árboles de decisión. *Clínica y Salud*, 31(3), 137-145. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a12>
- Pérez-Pareja, F. J., Palmer, A., Sesé, A., Romo, A. F. y Tomás, M. (2010). Influencia de las emociones negativas (Ansiedad, Depresión e Ira) sobre la eficacia de un programa de Tratamiento Cognitivo Conductual de Deshabitación al Tabaco. *Clínica y Salud*, 21(1), 9-19. <https://doi.org/10.5093/cl2010v21n1a2>
- Puentes, D., Rodríguez, L., Pupo, N. y García, A. (2017). Factores asociados a la recaída en fumadores, después de un año de recibir tratamiento antitabáquico. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 14(2), 1-11. <http://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/30/29>
- Raich, A., Martínez-Sánchez, J. M., Marquilles, E., Rubio, L., Fu, M. & Fernández, E. (2015). Smoking cessation after 12 months with multi-component therapy. *Adicciones*, 27(1), 37-46.

- <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/192/270>
- Reynales-Shigematsu, L.M. (Mayo 29, 2020). *El control de tabaco en México, un pendiente histórico y una oportunidad para mejorar la salud* [Presentación de Power Point]. Instituto de Salud Pública. [https://insp.mx/resources/images/stories/2020/docs/200601_Control del Tabaco en Mexico Reynales 29 Mayo%202020.pdf](https://insp.mx/resources/images/stories/2020/docs/200601_Control_del_Tabaco_en_Mexico_Reynales_29_Mayo%202020.pdf)
- Reynales-Shigematsu, L.M., Shamah, T., Cuevas, L., Méndez, I., Ávila, M.A., Rodríguez, M.A., Lazcano-Ponce, E. y Hernández-Ávila, M. (2017). *Encuesta Global de Tabaquismo en adultos, México 2015*. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. <https://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/mex-report-2015-spanish.pdf>
- Reynales-Shigematsu, L.M., Thrasher, J.F, Lazcano-Ponce, E. y Hernández-Ávila, M. (2013). Salud pública y tabaquismo, volumen I. Políticas para el control de tabaco en México. *Instituto Nacional de Salud Pública*. https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/130206_reporteTabacoVol1.pdf
- Rey-Pino, J.M y Lacave-García, I.N. (2017). El envase neutro de los productos de tabaco: una nueva estrategia para el control de tabaquismo. *Gaceta Sanitaria*, 31(1), 62-65. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.020>
- Roig, P., Pinet, C., Ballbè, M., Nieva, G., Mondon, S., Carcolé, B., Serrano, J. y Grupo de Trabajo de Tabaco de la Coordinadora de CAS de Drogodependencias de Cataluña. (2013). Vareniclina en el tratamiento del tabaquismo: eficacia y seguridad en población general, psiquiátrica y drogodependiente. *Revista Española de Drogodependencia*, 38(1), 13-24. https://www.aesed.com/upload/files/vol-38/n-1/v38n1_2.pdf
- Rueda-Jaimes, G., Camacho, P., Rangel, A. y Campo-Arias, A. (2009). Prevalencia y factores asociados con el consumo diario de tabaco en estudiantes adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 4(38), 669-680. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n4/v38n4a08.pdf>
- Sáez de La fuente, A., Cobos, R., Apiñaniz, F., Parraza, N. y Aizpuru, F. (2016). Exfumadores espontáneos. Factores predictores de éxito para abandonar el hábito tabáquico. Revisión sistemática. *Dolor: investigación, clínica & terapéutica*, 31(4), 135-141.
- Saimovici, J.M. (2011). Farmacoterapia para dejar de fumar. *Revista hospital Italiano*, 31(1),21-28. https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/9192_21-28-revision-saimovici-31-1.pdf
- Salud Justa Mx. (2020). XV Evaluación de la sociedad civil sobre políticas públicas para el control del tabaco en México. <https://saludjusta.mx/wp-content/uploads/XV-EVALUACION-DE-LA-SOCIEDAD-CIVIL-Versión-Electrónica.pdf>
- Samarin, E., Gómez, B., Villalobos, A., Botello, M.L., Olguín, J. y López de Castro, F. (2014). Métodos empleados y motivos para dejar de fumar de los exfumadores. *Revista Clínica Médica Familiar*, 7(2), 89-95. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v7n2/original1.pdf>
- Sansores, R., Pérez, O., Neumól, A. y Ramírez, M. (2010). Guías de atención médica para

- dejar de fumar. Una propuesta para Latinoamérica. *Salud Pública de México*, 52(2), 355-365. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v52s2/a34v52s2.pdf>
- Tamblay, N. y Seijas, D. (2008). Factores determinantes en el éxito de un tratamiento antitabaco. *Revista Médica de Chile*, 136(2), 179-185. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872008000200006>
- Vargas, J.G. y Domínguez, R. (2014). Industria Tabacalera en México: El gobierno como institución formal, reguladora del tabaco. *Libre Empresa*, 11(1), 57-67. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6586845.pdf>
- Walker, J. F. & Loprinzi, P. D. (2014). Longitudinal Examination of Predictors of Smoking Cessation in a National Sample of U.S. Adolescent and young Adult Smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 16(6), 820-827. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntu005>
- Zavala-Arciniega, L., Gutiérrez-Torres, D.S., Paz-Ballesteros, W.C., Reynales-Shigematsu, L.M., Fleischer, N.L. (2019). Factores asociados con la exposición al humo de tabaco de segunda mano en lugares públicos y privados en México. Encodat 2016. *Salud Pública México*, 61(5), 591-600. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/9877>
- Zinser, J. (2014). Tabaquismo. *Revista Ciencia*, 40-49. http://revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_1/PDF/Tabaquismo.pdf