



**UNIVERSIDAD LATINA S. C.**

**3344-25**

**IMPLEMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN  
COGNITIVA DE MONTREAL EN UN PACIENTE  
CONSUMIDOR DE TABACO EN TRATAMIENTO**

**TESIS**

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

**P R E S E N T A:  
JULIETA ITZEL SOTO HERNÁNDEZ**

**ASESORA:  
M. EN C. AMALIA ALEJO MARTÍNEZ**

Ciudad de México

Enero, 2024



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## ÍNDICE

Agradecimientos .....	3
Índice de abreviaturas .....	5
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
Adicción .....	7
Definición .....	7
Factores de riesgo y protección en el desarrollo de la adicción .....	8
Clasificación de las drogas de abuso .....	9
Epidemiología del consumo de drogas de abuso .....	11
Criterios diagnósticos de los trastornos relacionados con el uso de sustancias .....	12
<b>NEUROBIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN .....</b>	<b>15</b>
Sistema de recompensa .....	16
Deterioro cognitivo y consumo de sustancias .....	19
<b>TABAQUISMO .....</b>	<b>21</b>
Epidemiología del tabaquismo .....	21
Compuestos químicos .....	21
Farmacocinética de la nicotina .....	23
Farmacodinamia de la nicotina .....	24
Comorbilidades asociadas al consumo de tabaco .....	25
Diagnóstico psicológico del tabaquismo .....	28
Deterioro cognitivo y tabaquismo .....	30
Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA) .....	32
<b>TRATAMIENTO DE LA CLÍNICA CONTRA EL TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS ADICTIVAS DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO .....</b>	<b>34</b>
Historia de las clínicas para la disminución del consumo de tabaco .....	34
Tratamientos farmacológicos y terapias de sustitución de la nicotina .....	36
Técnicas de intervención no farmacológica .....	37
Terapia Cognitivo Conductual (diagnóstico) .....	37
Pruebas psicológicas usadas en el tratamiento contra el tabaquismo .....	38
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Estado y rasgo .....	38
Inventario de Depresión de Beck (BDI) .....	39
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) .....	39
Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (IDARE) .....	39
Escala de Impulsividad de Barratt .....	40
Test de Fagerström de dependencia a la nicotina .....	40
Test de Russell .....	41
Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2) .....	41

<b>Test de Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)</b> .....	<b>42</b>
<b>Terapia Racional Emotivo Conductual</b> .....	<b>42</b>
<b>Estadios del cambio Prochaska y Diclemente</b> .....	<b>43</b>
<b>Técnicas de intervención en tabaquismo</b> .....	<b>46</b>
<b>MÉTODO</b> .....	<b>50</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>59</b>
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>67</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>69</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>72</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>81</b>

## **Agradecimientos**

*A mi madre, Silvia Hernández, no fue un inicio fácil para ninguna de la dos, pero, hemos crecido y aprendido juntas, fuiste y eres mi inspiración en la vida. Reconozco todo el esfuerzo y la entrega que día a día haces por mí. Te amo y te admiro demasiado.*

*A mi padre, Alberto Soto, por apoyarme y entenderme cuando ni yo me entendía, eres excepcional, admiro y reconozco todo esfuerzo que haces por mí, eres mi motor para superarme día a día. Te amo demasiado.*

*A ambos por inculcarme los valores que hoy son parte fundamental de lo que soy, por escucharme, amarme, cuidarme y ser incondicionales.*

*A mi hermana, Karla Soto, por ser mi primera amiga y el ejemplo más bonito, admiro tu fortaleza y la gran mujer que eres. Por acompañarme, apoyarme y compartir cada momento de mi vida escolar y personal, por las risas y los conciertos. Por hacer parte de la familia a Samael: eres lo más cercano a un hermano, gracias por cuidarme, por las risas. Los amo.*

*A mi bebé bonito, Mateo Soto, verte crecer es lo más bonito que me ha pasado, sin darte cuenta me apoyaste mucho con tu pequeñez, tus chistes, ocurrencias y lo inteligente eres. Me hace muy feliz que ser tu tía, eres mi mejor amigo y mi personita favorita. Te amo mucho y siempre pienso en ti.*

*A mis abuelitas, Reyna y Julia, y a mis abuelitos, Fernando y César, por ser los pilares más importantes de mi familia. Por su apoyo, su esfuerzo y por la familia tan extraordinaria que tengo. Los amo y admiro.*

*A mi Lua y Yokko, por ser las compañeras más fieles y bonitas, las amo.*

*A mis amigas, Marce, Karen e Itzel, por compartir 4 años de risas, llantos, experiencias y muchos aprendizajes, no hubiera sido lo mismo sin ustedes. Las amo y admiro como han crecido, profesionalmente. Que sea la primera de muchas experiencias juntas.*

*Marce, por ser mi mejor amiga, por emprender conmigo, por las risas, por el apoyo, por tu amistad, es la experiencia más bonita porque la comparto contigo. Te amo amiga.*

*A mi querida amiga, Elia Sosa, por apoyarme cada que lo necesitaba, ser incondicional y pasar horas hablando conmigo, fuiste y serás parte importante en mi crecimiento personal y profesional. Te amo, te admiro y te extraño mucho.*

*A la Doctora Angélica Ocampo, por brindarme su espacio, tiempo y conocimientos durante mi servicio social y en la realización de esta tesis. Admiro su entrega y profesionalismo que día a día muestra con cada paciente.*

*A mi asesora, Amalia Alejo, por brindarme un espacio, su tiempo, paciencia y conocimiento para concluir de manera satisfactoria con este trabajo. Mi admiración total.*

*De igual forma, a mis Sinodales, el Maestro Edgar Avalos y el Doctor René Estrada, por su apoyo y tiempo para este proceso, mi admiración a ambos.*

## Índice de abreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Significado</b>
Ac/NAcc	Núcleo Accumbens
ACV	Accidente Cerebrovascular
AMI	Amígdala
AMPc	Adenosín monofosfato cíclico
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
ATV	Área Tegmental Ventral
BAI	Inventario de Ansiedad de Beck
BDI	Inventario de Depresión de Beck
C	Cerebelo
CES-D	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos
CP	Conducta Problema
CEPREDEY	Centro de Prevención Social del Delito
CPF	Corteza prefrontal
CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones
DSM-V	Manual Diagnóstico y Estadístico V
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ED	Estriado Dorsal
GABA	Ácido gamma-aminobutírico
H	Hipófisis
HAP	Hidrocarburos aromáticos policíclicos
HGM	Hospital General de México
HIT	Hipotálamo
HIP	Hipocampo
IDARE	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo
INER	Instituto Nacional de Perinatología

INPER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
LSD	Dietilamina del ácido lisérgico
MMPI-2	Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2
MoCA	Evaluación Cognitiva Montreal
MT	Modelo transteórico
nAChR	Receptores neuronales nicotínicos de acetilcolina
NIDA	Instituto Nacional sobre el Abuso de las Drogas
NEUROPSI	Instrumento de Evaluación Neuropsicológica
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCP	Fenciclidina
PTC	Productos de tabaco calentados
SEAN	Sistemas electrónicos de administración de nicotina
SEP	Septum
SESN	Sistemas electrónicos sin nicotina
SN	Sistema Nervioso
STN	Sustancia Nigra
SNC	Sistema Nervioso Central
SNP	Sistema Nervioso Periférico
TCC	Terapia Cognitivo Conductual
TREC	Terapia Racional Emotiva Conductual
TSN	Terapia Sustitutiva de Nicotina
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y delito en México



## **INTRODUCCIÓN**

### **Adicción**

#### **Definición**

Desde 1964, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la adicción como “un estado de intoxicación periódica o crónica producida por un consumo repetido de una sustancia” (OMS, 1964; citado en Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC], 2013); mientras que el abuso se describió como el “uso excesivo, persistente o esporádico, incompatible o sin relación con la práctica médica habitual” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1969). Actualmente, la OMS agregó a la definición de adicción el uso excesivo, persistente o esporádico de forma incongruente, entrando en un estado de intoxicación periódica o crónica generada por el consumo constante de una droga natural o sintética que produce consecuencias negativas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en México [UNODC], 2015). Es decir, la adicción se define como un trastorno crónico con recaídas, que se caracteriza por la búsqueda y consumo compulsivos de drogas a pesar de las consecuencias adversas que estas producen. La adicción también se define como un trastorno cerebral, ya que implica cambios funcionales en los circuitos cerebrales involucrados en la recompensa, el estrés y el autocontrol. En los consumidores, dichos cambios pueden perdurar mucho tiempo después de haber cesado el consumo de drogas (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA], 2020a).

La conducta adictiva es un proceso recurrente que se acompaña de signos de tolerancia y/o abstinencia, ansia por el consumo, pérdida de control y búsqueda de la sustancia adictiva a pesar de los riesgos en el estado de salud. El uso prolongado de las drogas causa cambios en el cerebro en distintos niveles (Karila et al., 2020).

Para intervenir en esta enfermedad es necesario tener claridad sobre el concepto y las causas o factores que inciden en el inicio y/o mantenimiento del consumo, así como para disminuir la probabilidad de iniciar el consumo (Muñoz y Vélez, 2017).

## Factores de riesgo y protección en el desarrollo de la adicción

Los factores de riesgo y de protección son aspectos involucrados en el funcionamiento del entorno social y psicológico del paciente:

- Entorno social. Se relaciona con el consumo de alcohol; el abandono de las áreas deportivas y escolares, son algunas de las dimensiones involucradas.
- Entorno psicológico. El consumo puede suponer un escape de la realidad por falta de recursos para afrontar problemas en distintas áreas, por ejemplo, a nivel personal, para sobrellevar un conflicto emocional como las pérdidas, duelos, etc. (Pujadas et al., 2020).

Un factor de riesgo se define como una situación que aumenta la probabilidad de inducir el consumo problemático de sustancias psicoactivas; entre dichos factores se encuentran la percepción del consumo en la colonia de manera popular, el consumo entre los miembros de la familia, amistades y compañeros de escuela y/o trabajo que consumen (Centro de Prevención Social del Delito [CEPREDEY], 2021).

Por otra parte, un factor de protección es aquel que reduce la probabilidad de padecer consumo problemático; por ejemplo, la motivación por los estudios, dificultad para conseguir sustancias en la colonia, la percepción de riesgo por el consumo y el mantener una actitud negativa hacia el uso de drogas (CEPREDEY, 2021).

Entre los distintos factores de riesgo y protección se describen los siguientes:

- **Factores personales.** Se refieren a la vulnerabilidad personal y abarcan desde las variables demográficas y de personalidad hasta las relacionadas con la historia de vida de los individuos. El empleo del tiempo de ocio puede influir en la probabilidad de consumir drogas, realizar actividades deportivas y/o recreativas constituye un factor de protección al disminuir las oportunidades de involucrarse en situaciones de consumo.
- **Factores familiares.** Existen diversas variables que juegan un papel importante en el inicio del consumo, como el control conductual (Becoña et al., 2012; citado en Vega

et al., 2017) en donde se conocen las actividades y amistades de las hijas e hijos. Otra variable es la actitud de los familiares frente al consumo y su desaprobación, un consumo frecuente fuera y dentro de casa, la posesión de frascos de medicamentos no recetados, cerrar la habitación o cajones bajo llave. El consumo se puede manifestar como un mecanismo para minimizar los síntomas vinculados al trauma, principalmente relacionado en mayor medida con la pobreza, problemas económicos, el desempleo, problemas sociales y/o el historial de violencia en la familia de origen; principalmente los individuos que han padecido traumas asociados a la violencia como el maltrato psicológico, físico y/o sexual desarrollan conductas relacionadas con el consumo abusivo de sustancias (Rivas-Rivero et al., 2020).

- **Factores escolares y de trabajo.** La falta de estudio o trabajo del consumidor conlleva a una falta de estructura con consecuencias como el consumo, ser víctima de acoso escolar o laboral y el desempleo son otras variables que se relacionan con el uso de sustancias.
- **Factores comunitarios.** La prevalencia en el consumo de drogas dentro del vecindario en que vive la persona se puede asociar al inicio y permanencia en el consumo de sustancias (Vega et al., 2017).

### **Clasificación de las drogas de abuso**

Para entender las crisis sociales y sanitarias que se han producido a lo largo del siglo XXI como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas es necesario definir qué se entiende por droga o sustancia psicoactiva.

El término droga se utiliza para definir fármacos de prescripción; la droga de abuso o sustancia psicoactiva se refiere a una sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos que pueden producir cambios en el estado de ánimo, la convivencia y el comportamiento y son autoadministradas (Caudevilla, S.F.). Estas sustancias psicoactivas se clasifican como

depresoras, estimulantes, alucinógenas o analgésicas del Sistema Nervioso Central (SNC) (Sateler et al., 2019). A continuación, se mencionan algunas características generales de los grupos antes mencionados:

- **Depresores.** Este grupo disminuye la actividad del SNC aumentando la actividad del ácido gamma aminobutírico (GABA). Entre las principales sustancias que constituyen este grupo se encuentran el alcohol, las benzodiazepinas, los hipnóticos sedantes y los barbitúricos (Badia, 2019; NIDA, 2019).
- **Estimulantes.** Este grupo estimula la actividad del SNC. Entre los efectos fisiológicos que producen se encuentran taquicardia, midriasis, sudoración, aumento en la tensión arterial, entre otras. Entre las principales sustancias se encuentran los estimulantes menores como las metilxantinas (*cafeína*, *teína* y *teobromina*) y la nicotina, así como los estimulantes mayores como la cocaína o las anfetaminas (Badia, 2019).
- **Alucinógenos:** Se trata de un grupo diverso de drogas que altera la conciencia, los pensamientos y sentimientos de los consumidores; estas drogas se clasifican como alucinógenos clásicos, entre los que se incluye a la dietilamida del ácido lisérgico (LSD, por sus siglas en inglés) y las drogas disociativas como la fenciclidina (PCP o polvo de ángel) o la ketamina. Estas sustancias causan alucinaciones, sensación e imágenes que parecen reales, aunque no lo sean. Otros tipos de alucinógenos se extraen de las plantas u hongos (como *Amanita muscaria*), el peyote y la *Salvia divinorum* (NIDA, 2019).
- **Analgésicos:** Estas sustancias se usan en el tratamiento del dolor intenso que no se alivia con otros tipos de analgésicos; estas sustancias se unen a los receptores cerebrales con el objetivo de bloquear la sensación dolorosa. En este grupo se encuentran la caseína, el fentanilo, la morfina, la oxicodona o el tramadol (NIDA, 2022a).

## **Epidemiología del consumo de drogas de abuso**

El Informe Mundial sobre las drogas 2022 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) indica que alrededor de 284 millones de personas entre los 15 y 64 años consumieron drogas en todo el mundo en 2020, generando un aumento del 26% respecto a la década anterior; adicionalmente, se considera que las personas menores de 35 años representan la mayoría de quienes reciben tratamiento por el consumo de algunas sustancias (UNODC, 2022a).

Entre las drogas lícitas, el consumo de tabaco se considera una amenaza para la salud pública, ya que anualmente causa 8 millones de muertes, de las cuales 1.2 millones se deben a la exposición al humo ajeno (fumador pasivo) (OMS, 2022b). En México, el tabaquismo produce 43 mil 246 muertes al año, mientras que el consumo de tabaco provoca 16 mil 408 casos de cáncer, entre el cáncer más común se encuentran el cáncer de pulmón, de esófago, de laringe, de vejiga, de estómago, de labio, de la cavidad oral (Roco et al., 2018); así como 94 mil 033 infartos y hospitalizaciones por enfermedad cardíaca. Algunas estimaciones sugieren que en México hay 15 millones de fumadores, de los cuales, 684 mil (5%) son adolescentes de 12 a 17 años (Secretaría de Salud, 2022a)

En relación con el consumo de alcohol, a nivel mundial 283 millones de personas mayores de 14 años (237 millones de hombres y 46 millones de mujeres) viven con trastornos por consumo de alcohol lo que representa el 5,1% de la población adulta. Cada año se generan alrededor de 3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, además, el consumo de alcohol se relaciona con más de 200 enfermedades, traumatismos y otros trastornos de la salud (OMS, 2022a). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2021) indicó que 1 de cada 5 adolescentes consumía alcohol, es decir, más de 4.6 millones de adolescentes de 10 a 19 años de edad; en la población mayor a 20 años se reportó que 1 de cada 2 adultos tenía un consumo de alcohol, es decir, más de 43.9 millones de adultos en México (Secretaría de Salud, 2022b).

De acuerdo con Stacy de la Torre, Coordinadora de programas de la UNODC, en México se destaca el consumo de metanfetaminas con un aumento de 218% de personas en tratamiento debido al consumo de esta sustancia entre el 2013 y el 2020 (UNODC, 2022a).

En 2022, el World Drug Report, indicó que la cannabis es la sustancia con mayor consumo en el mundo; en 2020 más de 200 millones de personas entre los 15 y 64 años (4% de la población mundial de ese grupo etario) consumieron mariguana. Es importante mencionar que, en los últimos 10 años, la prevalencia del consumo de mariguana aumentó a un 8% (DIANOVA, 2022).

En cuanto al consumo de cocaína se estima que alrededor de 21.5 millones de personas han consumido cocaína por lo menos 1 vez en el último año, lo que representa el 0.4 % de la población mundial de 15 a 64 años, consumo que desde el 2010 aumentó un 32%. Entre los países con los niveles de prevalencia más altos de consumo de cocaína se encuentran: Oceanía, América del Norte, Europa Occidental y Central y América del Sur (UNODC, 2022b).

### **Criterios diagnósticos de los trastornos relacionados con el uso de sustancias**

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico V (DSM-V) (APA, 2013), los trastornos relacionados con sustancias se dividen en 10 distintas clases: alcohol, cannabis, alucinógenos, inhalables, opioides, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, tabaco y una última categoría que engloba sustancias desconocidas. Cada una de las drogas que se consumen en exceso producen una activación en el sistema de recompensa cerebral, implicado en el refuerzo conductual. Entre las secuelas del consumo de drogas se encuentran los problemas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que se asocian a las recaídas y a un intenso consumo de las drogas (APA, 2013).

Los trastornos por abuso de sustancias hacen referencia al desarrollo de síntomas somáticos, cognitivos y conductuales que se producen como consecuencia de la administración de sustancias psicoactivas de forma reiterada, hay cambios neurofisiológicos en el cerebro,

provocando manifestaciones clínicas y conductas compulsivas. Las sustancias psicoactivas llegan a producir cambios en el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento (Sanz, 2019). Los trastornos del ánimo y por uso de sustancias tienen alta prevalencia, una relación estrecha y dinámica; el trastorno del estado de ánimo puede favorecer el consumo de sustancias y, por otra parte, el consumo de sustancias puede causar trastornos del estado de ánimo. El uso de sustancias puede ser utilizado en pacientes con trastornos anímicos para aliviar síntomas depresivos o de ansiedad, en caso de que se presente trastorno por uso de sustancias de forma constante se presentan cambios neuroadaptativos pueden simular trastornos del ánimo (Wettke, 2021).

El consumo de sustancias es un problema multidimensional que afecta diversas esferas de la vida de la persona que desarrolla la adicción, lo que implica que el abuso del consumo constituya un grupo con mayor dificultad en el manejo clínico, como la existencia de alta comorbilidad psicopatológica, por ejemplo, los trastornos de personalidad más frecuentes entre consumidores de sustancias son el trastorno compulsivo, el trastorno por evitación, pasivo-agresivo, obsesivo-compulsivo y trastorno esquizoide. En el consumo de alcohol, los trastornos más prevalentes son los patrones de personalidad histriónicos, narcisista y antisocial; en el consumo de cocaína se tiene mayor prevalencia para el patrón pasivo-agresivo, antisocial y narcisista (Santos et al., 2020).

### **Tolerancia y dependencia**

El consumo repetido de una sustancia psicoactiva induce el desarrollo de tolerancia y dependencia. El uso de sustancias psicoactivas se refiere a la administración de cualquier sustancia, el abuso describe un aumento en las consecuencias perjudiciales para el que realiza el consumo. La tolerancia se describe como un mecanismo a través del cual el consumo repetido de una misma dosis ya no produce efectos similares a los iniciales o se requiere una dosis cada vez mayor para experimentar un efecto parecido al del primer consumo (Barberán, 2018).

Por otra parte, la dependencia se refiere a la administración repetida de la sustancia, con el desarrollo de un fuerte deseo o compulsión de consumir la sustancia, no se controla el inicio y/o término del consumo además de que tras el cese del consumo pueden síntomas de abstinencia; al igual que la tolerancia, los síntomas que aparecen al dejar de consumir la sustancia, en la mayoría de las sustancias de abuso al retirar su consumo puede implicar que se desarrolle disforia y anhedonia (síntomas emocionales en la retirada) y un deseo intenso por consumir la sustancia (síntomas motivacionales de la retirada-craving) (Ripoll, 2011). El craving se refiere al deseo o ansias por inducir a una sustancia en el cuerpo, es un estado subjetivo, motivacional y emocional que se presenta cuando no se tiene la sustancia disponible o se mantiene la abstinencia (Leiva-Gutiérrez y Urzúa, 2018). El síndrome de abstinencia se refiere al conjunto de trastornos físicos y psíquicos que presenta un individuo con dependencia a las sustancias psicoactivas y dejar el consumo repentinamente; se trata de un cuadro agudo que en algunos casos adquiere una extremada gravedad que puede poner en peligro la vida de la persona que la padezca; presenta diversos síntomas a nivel físico, psicológico o emocionales, entre los que destacan, a nivel emocional, ansiedad, inquietud, depresión, irritabilidad, sensibilidad al estrés, trastornos del sueño y, a nivel físico, taquicardia, rigidez muscular, temblor, náusea o vómito (Barberán, 2018).



## NEUROBIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN

El sistema nervioso (SN) tiene la función de coordinar las actividades sensitivas, motoras, vegetativas, cognitivas y conductuales de los organismos. El SN se divide en central (SNC) y periférico (SNP). El SNC está formado por el encéfalo (cerebro, cerebelo y tronco cerebral) y la médula espinal, entre sus funciones se incluye recibir, procesar y responder a la información sensorial; mientras que el SNP está constituido por nervios y ganglios y su función es establecer comunicación entre el SNC y el resto del cuerpo y el entorno (Portellano, 2005).

Bajo ciertas condiciones, las funciones del SNC se pueden ver afectadas, por ejemplo, cuando el individuo sufre algún traumatismo, una enfermedad neurodegenerativa, un accidente cerebrovascular o por el consumo de drogas, lo que puede conducir a déficits parciales o totales de las funciones comprometidas (Méndez et al., 2017).

El cerebro es el órgano responsable de las respuestas, las sensaciones, el movimiento, las emociones, la comunicación, el procesamiento del pensamiento y la memoria (Thau et al., 2022). Este se divide en dos hemisferios, el izquierdo y el derecho que están en constante comunicación, ambos son responsables de diferentes comportamientos, lo que se conoce como lateralización cerebral. El hemisferio izquierdo es dominante con el lenguaje, la lógica y habilidades matemáticas, mientras que el hemisferio derecho es más creativo, dominando las situaciones artísticas, musicales y la intuición (Thau et al., 2022).

El cerebro se compone de varios circuitos cerebrales que se encargan de coordinar y realizar funciones específicas. Las redes neuronales envían señales entre sí y a distintas partes del cerebro, la médula espinal y los nervios del resto del cuerpo. Para enviar un mensaje, la neurona libera un neurotransmisor que es captado por un receptor postsináptico con el objetivo de modificar la excitabilidad neuronal y, con ello, producir o inhibir potenciales de acción (NIDA, 2022b).

Las sustancias psicoactivas interfieren con la forma en que las neuronas envían, reciben y procesan señales por medio de los neurotransmisores, aunque no activan las neuronas de la

misma manera que un neurotransmisor natural, provocan el envío de mensajes a través de la red; de igual forma, las sustancias psicoactivas pueden hacer que las neuronas liberen cantidades mayores de neurotransmisor, por lo que también amplifican o interrumpen la comunicación normal de las neuronas (NIDA, 2022b).

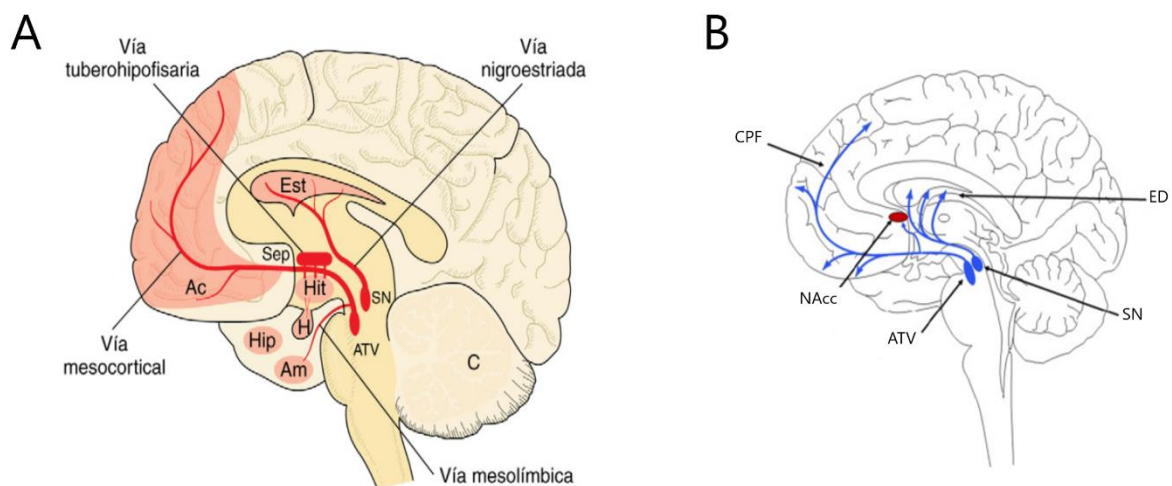
### **Sistema de recompensa**

El consumo de sustancias psicoactivas está relacionado con la activación de los mecanismos cerebrales involucrados en la motivación y la recompensa que tienen descritos en 1954 por James Olds y Peter Milner. Estos autores identificaron que las ratas que tenían un electrodo implantado en el área septal oprimían con mayor frecuencia una palanca que estaba conectada a un interruptor para auto-estimularse, conducta que se podría presentar hasta 2 mil veces por hora, ignorando la presencia de reforzadores naturales como la comida, el agua o la cópula con una hembra receptiva. Olds y Milner también reportaron que aun si los animales transitaban por superficies electrificadas, eran capaces de soportar descargas eléctricas en las patas para conseguir auto-estimularse. Tras estos hallazgos, los autores concluyeron que la conducta (presión de la palanca) era impulsada por el placer y regulada y mantenida por diversos sistemas (Olds & Milner, 1954; citado en Méndez et al., 2017).

El sistema o circuito de recompensa (Figura 1) se relaciona con la percepción de los efectos placenteros y recompensantes de estímulos y conductas. Por ejemplo, entre los estímulos encontramos aquellos asociados a la satisfacción de necesidades básicas de los organismos como la ingesta, el sueño o la conducta reproductiva que permiten su supervivencia. El sistema de recompensa favorece el desarrollo de conductas aprendidas en respuesta a eventos placenteros y desagradables. Este sistema está constituido por las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral (ATV) que proyectan al núcleo accumbens, conocido como vía mesolímbica, cuando se envían proyecciones hacia la corteza prefrontal (CPF) se forma la vía mesocortical (Méndez et al., 2017). Ambas vías participan en la

detección de los efectos placenteros tanto de los reforzadores naturales como de los secundarios (por ejemplo, la lectura, las actividades de ocio o el consumo de sustancias psicoactivas).

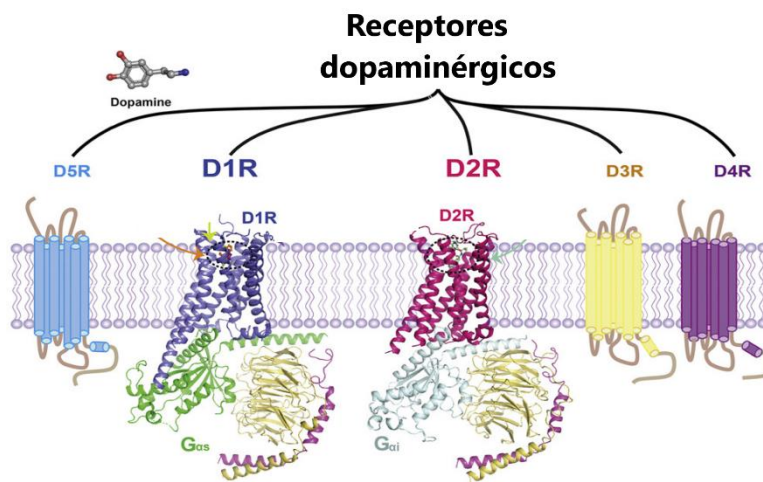
**Figura 1.** Vías dopaminérgicas. **(A)** Localización anatómica de las vías dopaminérgicas cerebrales, **(B)** el circuito de recompensa (vía mesolímbica) se activa como resultado de la presencia de estímulos placenteros en el ambiente o el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol, los opioides o la nicotina. Est: estriado, Ac/NAcc: Núcleo Accumbens, Hit: Hipotálamo, Sep: septum, Hip: hipocampo, STN: sustancia nigra, H: hipófisis, Ami: amígdala, C: cerebelo, ATV: área tegmental ventral, CPF: corteza prefrontal ED: estriado dorsal (Modificado de Morales & Barbano, 2023 y Rang et al., 2012).



El ATV se activa al realizar una tarea gratificante produciendo un aumento en la liberación de dopamina en el NAcc, mientras que en la amígdala se inhibe su liberación. El consumo de sustancias psicoactivas estimula intensamente al ATV promoviendo la liberación de dopamina y facilitando una mayor sensación placentera, afectando así el sistema de motivación y recompensa, ya que se induce una liberación masiva de dopamina asociada al consumo y una reducción en su liberación al cesar el consumo (Méndez et al., 2017). Tras su liberación, la dopamina se une a los receptores dopaminérgicos D1 y D2 expresados en las neuronas del núcleo accumbens y sobre terminales glutamatérgicas provenientes de estructuras como la CPF y la amígdala (AMI). Cabe destacar que los receptores D1 y D2 no

son los únicos receptores dopaminérgicos, ya que existen 3 subtipos más de receptores dopaminérgicos (D3, D4 y D5; **figura 2**). Los receptores dopaminérgicos se subdividen en dos familias: los receptores D1-like (D1 y D5) y D2-like (D2, D3 y D4), los primeros están acoplados a una proteína Gs, mientras que la segunda familia está acoplada a una proteína Gi, es decir, estos receptores inducen o inhiben la producción de segundos mensajeros intracelulares como el adenosín monofosfato cíclico (AMPc), respectivamente (Méndez et al., 2017).

**Figura 2.** Receptores dopaminérgicos. La familia de receptores D1-like está acoplada a una proteína Gs, mientras que la familia D2-like está acoplada a una proteína Gi (Modificado de Zhuang et al., 2021).



Es importante indicar que, si bien el consumo de sustancias psicoactivas modifica la actividad cerebral en el circuito de recompensa, en zonas cerebrales que controlan funciones vitales pueden impulsar el consumo compulsivo de una sustancia, como se indica a continuación:

- Ganglios basales. Genera efectos placenteros de actividades como comer, al igual que en hábitos y rutinas. El consumo de sustancias produce hiperactividad en este circuito produciendo euforia, el consumo repetido induce la adaptación del circuito y con ello su sensibilidad (NIDA, 2020b). De igual forma, juega un papel en el control de

estrés, ansiedad, irritabilidad e incomodidad, lo que caracteriza la abstinencia después de que cesa el consumo de la sustancia psicoactiva (NIDA, 2022b).

- Amígdala. Su activación en situaciones estresantes genera ansiedad, irritabilidad e inquietud que suelen presentarse durante los periodos de abstinencia (NIDA, 2020b).
- Corteza prefrontal. En los humanos esta corteza es la última parte del cerebro en madurar, es una estructura que dirige la capacidad de pensar, planificar, resolver problemas, la toma de decisiones y el control de impulsos. Su desequilibrio, junto con las estructuras cerebrales anteriores, conlleva un nulo control de impulsos, por lo que el individuo no puede dejar de consumir la sustancia (NIDA, 2020b).

### **Deterioro cognitivo y consumo de sustancias**

Desde una perspectiva psicológica y biológica, la adicción a sustancias psicoactivas es un trastorno en donde los procesos cognitivos se ven alterados, las regiones y los procesos cerebrales que subyacen a la adicción se superponen ampliamente con aquellos que se involucran en las funciones cognitivas esenciales como el aprendizaje, la memoria, la atención, el razonamiento y el control de impulsos (Gould, 2010).

El consumo de sustancias psicoactivas es un trastorno crónico, cuyo consumo compromete la neuroplasticidad cerebral (Sampredro-Piquero, et al., 2018). Por ejemplo, se ha descrito que la prevalencia del deterioro cognitivo en consumidores de sustancias psicoactivas va del 30 al 80%, la sintomatología más común está asociada a déficits de memoria, el aprendizaje, atención, concentración, la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas (Valdevila et al., 2020).

El deterioro cognitivo por consumo de sustancias psicoactivas, es una epidemia, ya que el individuo tiene un mayor riesgo de evolucionar hacia una demencia debido a que el uso excesivo y a largo plazo de sustancias psicoactivas pueden producir desde disminución en

memoria hasta la pérdida del hilo del pensamiento, dificultad, así como dificultades en el entorno familiar, entre otras (Salazar y Bermúdez, 2019).

El consumo de sustancias afecta de manera significativa estructuras cerebrales que son responsables del aprendizaje, la memoria y la toma de decisiones; de igual manera, provoca un desgaste neuropsicológico que ocasiona la disminución de materia gris, malformación cerebral, muerte neuronal o disminución de las neuronas, además de alterar la sinapsis, provocando cambios bioquímicos importantes en las hormonas (dopamina, serotonina y noradrenalina), lo que disminuye sus funciones y provoca un deterioro cognitivo (Salazar y Bermúdez, 2019).

El consumo continuo de sustancias psicoactivas llega a producir déficits cognitivos que exacerbaban la dificultad de mantenerse en abstinencia, debido a que se altera la estructura y función normal del cerebro. Aún no se conoce el alcance total que tienen las sustancias psicoactivas en la cognición, sin embargo, se han encontrado alteraciones en regiones del cerebro que incluyen el cuerpo estriado, la corteza prefrontal, la amígdala y el hipocampo. La naturaleza de los déficits varía según la sustancia psicoactiva específica, el entorno y la composición genética del usuario (Gould, 2010).

## **TABAQUISMO**

### **Epidemiología del tabaquismo**

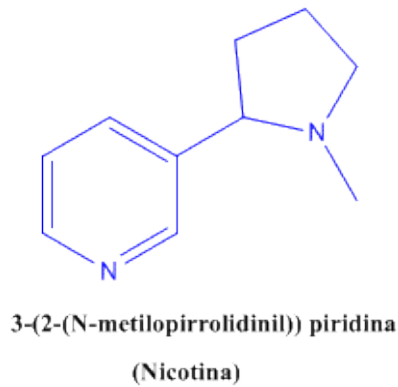
El tabaquismo es la primera causa de muerte prevenible a nivel mundial, de acuerdo con la OMS causa la muerte anualmente alrededor de más de 8 millones de defunciones anuales, 7 millones por consumo directo y 1.3 millones de fumadores pasivos (Cámara de Diputados, 2020). En México, fumar mata a 63,200 personas anualmente y genera gastos de 116 mil millones por año en atención médica; se estima el 24.8% de los hombres y el 7.8% de las mujeres realizan el consumo frecuente de tabaco y cada año se generan 196 576 casos de enfermedad pulmonar crónica (EPOC), 1 38 930 de enfermedades cardíacas, 43 966 de neumonías, 34 810 de accidente cerebrovascular (ACV) y 8 975 de cáncer, incluyendo 6 123 de pulmón (Salud Justa, 2021).

En la actualidad, 60 países están en vías de alcanzar la meta para la reducción del consumo de tabaco fijada para el 2025. En niños en edades comprendidas entre 13 y 15 años consumen tabaco, 13 millones son niñas y 25 millones de niños y en mujeres 231 millos consumen tabaco, siendo las mujeres de 55 a 64 años (OMS, 2021).

### **Compuestos químicos**

La nicotina es la sustancia responsable de la adicción al tabaco, es una sustancia catalogada químicamente como una amina terciaria compuesta por un anillo de piridina y otro de pirrolidina (Figura 3). Se extrae de las plantas de tabaco y es una sustancia muy tóxica que se puede usar como insecticida (Cruz, 2014).

**Figura 3.** Nicotina. Alcaloide que se encuentra en la planta de tabaco (*Nicotiana Tabacum*) con altas concentración en sus hojas. En bajas concentraciones actúa como estimulante (Fuentes, 2012).



El consumo común de la nicotina es por la combustión del cigarro fumado, sin embargo, han aparecido nuevas formas de consumo con y sin humo, añadiendo saborizantes con la finalidad de hacer más atractivo el producto (García, 2021 c).

Entre los productos de tabaco y de administración de nicotina se encuentran:

- Productos de tabaco calentados (PTC): Son tóxicos y contienen sustancias cancerígenas. Generan aerosoles con nicotina y otras sustancias tóxicas al calentar el tabaco o encender un dispositivo que los contiene. De esta manera, se inhala el aerosol por succión o aspiración, los cuales suelen ser aromatizados, con nicotina y distintos aditivos. Actualmente, no se dispone de datos suficientes para concluir que son menos perjudiciales que los cigarrillos convencionales, tampoco hay suficientes datos sobre los efectos que generan a fumadores pasivos (OMS, 2022b).
- Cigarrillos electrónicos: Los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN) y los sistemas electrónicos sin nicotina (SESN), son dispositivos que al ser calentados generan un aerosol que es inhalado por el usuario. Los principales ingredientes de la solución son el propilenglicol, con o sin glicerina y los aromatizantes. Los SEAN aumentan el riesgo de cardiopatías y afecciones pulmonares. Hay publicidad engañosa sobre su eficacia para ayudar a dejar de fumar, ya que no hay



datos científicos adecuados en el que se considere la eficacia del producto (OMS, 2022b)

Los ingredientes que aparentemente son inofensivos, como el chocolate o los azúcares, pueden contribuir al incremento de los efectos adictivos; de igual manera, estas sustancias, mentol y edulcorantes, facilitan la inhalación profunda de esta mezcla tóxica en los pulmones, suavizando el humo y calmando los sentidos (OMS, 2006).

### **Efectos de los cigarrillos electrónicos**

Al consumir un cigarro electrónico, la nicotina contenida se absorbe rápidamente al torrente sanguíneo, seguida de la estimulación de las glándulas suprarrenales para la liberación de epinefrina (adrenalina) que estimula el SNC e induce un aumento en la presión arterial. La nicotina aumenta los niveles de dopamina, afectando áreas del cerebro que controlan la recompensa, como el placer que es generado al comer, los cigarrillos exponen a los pulmones a una variedad de sustancias químicas, cancerígenas y productos químicos tóxicos con alto contenido de níquel y cromo (NIDA, 2020c).

### **Farmacocinética de la nicotina**

La farmacocinética se refiere a la medida e interpretación de los cambios en la concentración de fármaco en una o más regiones del cuerpo en relación con la dosis de consumo, es decir, la farmacocinética estudia lo que el cuerpo hace al fármaco (Rang et al., 2012).

En este sentido, la nicotina pasa al torrente sanguíneo tras inhalar el humo, alcanzando el cerebro en 10 segundos tras su inhalación; sin embargo, los efectos agudos se disipan

rápidamente con la sensación gratificante que produce su consumo, la brevedad de este ciclo impulsa el consumo repetido de tabaco con la finalidad de evitar los síntomas de abstinencia (NIDA, 2020d).

La vida media de la nicotina en el cerebro es de 8 minutos, aproximadamente; y su vida de eliminación es de alrededor de las 2 horas que es el tiempo de acción en el SNC (Molero y Muñoz, 2005).

La nicotina se absorbe principalmente por inhalación en pulmones, por mucosa nasal y los plexos sublinguales, incluso la piel; su vida media es alrededor de dos horas y la mayor parte se metaboliza en hígado de 80 a 90% y aproximadamente un 7% por el riñón; llega a atravesar la barrera hematoencefálica y llega al cerebro entre 7 y 8 segundos, ejerciendo su acción sobre el SNC (Aguilera y Lores, 2016). El consumo de tabaco expone a distintos tóxicos que derivan de la combustión, como los hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP), ya que químicamente, los átomos de carbono e hidrógeno se enlazan para formar varios anillos unidos entre sí, y al estar en contacto frecuente con este compuesto, las enzimas que se encargan de su eliminación (CYP1A2) se concentran para que el organismo se libere de estos tóxicos del organismo (Cruz, 2014).

### **Farmacodinamia de la nicotina**

La farmacodinamia estudia la acción de un fármaco en el organismo humano, es decir, lo que deriva de la interacción del fármaco con el receptor (Rang et al., 2012).

La nicotina es un agonista colinérgico, es decir, se une a receptores de acetilcolina, principalmente a los nicotínicos. Se determinan de la siguiente manera:

- Sensibles: Al abrir el canal iónico que está en su centro, permitiendo su unión a la nicotina.

- Estimulados: Se altera la carga eléctrica de la neurona, entra calcio y se libera acetilcolina.
- Desensibilizados: La nicotina posee larga vida media, lo que mantiene un largo tiempo unido a los receptores, por lo que las nuevas moléculas de nicotina quedan insensibles (Corvalán, 2017).

Los receptores nicotínicos son tipo acetilcolinérgico que se componen por dos cadenas  $\alpha 4$  y tres cadenas  $\beta 2$ , la presencia de esta última, es imprescindible para el desarrollo en el proceso de dependencia. El estado del receptor nicotínico pasa de la siguiente manera: en primer momento se encuentra en “estado sensible” pasando a un “estado estimulado” por la nicotina, generando cambios eléctricos en las cadenas polipeptídicas, que después, evoluciona a un “estado desensibilizado”, recuperando su actividad eléctrica y permaneciendo insensible a nuevas moléculas de nicotina, por último, al recuperar la carga eléctrica de sus cadenas vuelve a un “estado sensible”. El consumo de nicotina incrementa el número de receptores nicotínicos que se relacionan con el síndrome de abstinencia y la tolerancia (Corvalán, 2017).

La tolerancia farmacodinámica a la nicotina puede ser aguda (se desarrolla en pocos minutos y acabar a las pocas horas) o crónica (aparece a los pocos días; y la sensibilización después de la administración permanece durante meses) permaneciendo durante meses la duración de la sensibilidad después de la administración de la sustancia (Molero y Muñoz, 2005).

### **Comorbilidades asociadas al consumo de tabaco**

El tabaquismo se considera un problema de salud pública por las grandes repercusiones que tiene en las personas que consumen de manera directa e involuntaria al exponerse al humo del tabaco; pues, aunque el uso de este producto es legal, produce la muerte de la mitad de sus consumidores (Ruiz et al., 2018).

El tabaquismo se considera un factor de riesgo que influye en la aparición de distintas causas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles como enfermedades respiratorias, cardiovasculares, diversos tipos de cáncer, por mencionar las más comunes (Fernández y Figueroa, 2018).

El tabaco se encuentra en distintos lugares, situaciones y contextos de la vida diaria, por lo que se considera como al tabaquismo una adicción socialmente aceptada; sin embargo, en el país se registran en promedio 6 muertes por hora debido a enfermedades asociadas al tabaquismo, como los accidentes cerebrovasculares, enfermedad isquémica del corazón e infecciones recurrentes del sistema respiratorio (García, 2021a).

Una vez que el humo del tabaco se inhala y llega a los pulmones, la nicotina viaja a través de los alvéolos hacia el torrente sanguíneo, inmediatamente estimula las glándulas suprarrenales, liberan adrenalina, que es la encargada de aumentar la presión arterial y la frecuencia cardíaca. De igual forma, suprime la producción de insulina del páncreas (Aguilera y Loes, 2016).

Entre las comorbilidades más representativas asociadas al consumo de tabaco se encuentran:

### **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**

Es una enfermedad crónico-degenerativa, clínicamente se compone de dos padecimientos: bronquitis crónica y enfisema pulmonar, que conducen al desarrollo de la obstrucción en vías respiratorias. Es una enfermedad prevenible y tratable, se caracteriza por síntomas respiratorios persistentes y una limitación del flujo aéreo por anomalías de las vías respiratorias o alveolares causado por la exposición a partículas o gases nocivos (Martínez et al., 2020).

La EPOC ocupa el cuarto lugar entre las principales causas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial. La prevalencia depende del país, la edad y el sexo, sin embargo, se

aproxima a 10% para personas mayores de 40 años. En México, desde el 2018, fue considerada como la novena causa de mortalidad; teniendo una mayor prevalencia en hombres (López, 2020). En 2012 hubo más de 3 millones de fallecimientos por esta causa y se espera que para el 2030 se considere como la tercera causa de muerte (Martínez et al., 2020).

La nicotina es un elemento principal en el tabaco, esta se evapora al encender el cigarrillo, se deposita en el pulmón, para ser absorbida y llegar al cerebro. El daño que produce al pulmón está mediado por el alquitrán, el 27% de muertes por esta enfermedad se relaciona con el consumo de tabaco; su desarrollo se debe a múltiples factores (Martínez et al., 2020).

### **Bronquitis crónica**

Es una inflamación continua del revestimiento de los bronquios que se genera por la exposición sostenida a ciertos irritantes pulmonares. Entre las causas por las que se desarrolla esta enfermedad es por el consumo de tabaco, la contaminación y los gases de sustancias químicas en los entornos laborales pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad. Se produce una gran cantidad de moco debido a la irritación crónica, lo que dificulta un intercambio de aire en los pulmones (García, 2021a).

La bronquitis crónica se caracteriza por presentar tos persistente, expectoración, dificultad para respirar, un aumento de dióxido de carbono en sangre (hipercapnia) y por la disminución de oxígeno en sangre (hipoxemia). Cuando hay una exposición de estos irritantes se paralizan los cilios, el moco de las vías respiratorias se acumulan y no puede ser expulsado del cuerpo (García, 2021a).

## **Enfisema pulmonar**

Se caracteriza por la sobredistensión de los espacios aéreos distales al bronquio terminal, se acompaña de adelgazamiento, distensión y la destrucción alveolar. Los pulmones contienen cerca de 500 millones de alveolos, por lo que una persona puede pasar años fumando sin que se detecte daño; sin embargo, la enfermedad se manifiesta cuando ya no hay suficientes alveolos que le permitan respirar. El humo del tabaco destruye poco a poco los alveolos, este daño es acumulativo e irreversible, por lo que no se pueden recuperar los alveolos que ya se han destruido; sin embargo, es posible detener el daño al dejar de fumar (García, 2021a).

## **Diagnóstico psicológico del tabaquismo**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), cataloga al tabaquismo como una adicción; siendo la nicotina la sustancia más adictiva junto con la cocaína y la heroína (Trebilcock y Paz, 2018).

De acuerdo con el DSM-V, el Trastorno por consumo de tabaco se considera cuando el paciente presenta los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Patrón problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta al menos por dos de los derechos siguientes en un plazo de 12 meses:
  - 1. Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
  - 2. Existe deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco.
  - 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad para consumir tabaco.
5. Consumo recurrente de tabaco, llevando al incumplimiento de los deberes fundamentales en trabajo, escuela, hogar.
6. Consumo continuo de tabaco a pesar de contraer problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco.
7. Su consumo provoca el abandono o reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de tabaco en situaciones que provocan un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o exacerbado por el tabaco.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
  - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado.
  - b. Un efecto notablemente reducido después del consumo continuado de la misma cantidad de tabaco.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
  - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco
  - b. Se consume tabaco (alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia (APA, 2013).

Para indicar que el paciente se encuentra en abstinencia al tabaco, es necesario considerar los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Consumo diario de tabaco por lo menos durante varias semanas.
- B. Cese brusco o reducción en cantidad de tabaco consumido, dentro de las siguientes 24 horas, considerando 4 o más de los signos y síntomas siguientes:

1. Irritabilidad, frustración o rabia.
2. Ansiedad.
3. Dificultad para concentrarse.
4. Aumento de apetito.
5. Intranquilidad.
6. Estado de ánimo deprimido.
7. Insomnio

C. Los signos o síntomas del punto B provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia (APA, 2013).

### **Deterioro cognitivo y tabaquismo**

Al hablar de procesos cognitivos, nos referimos a la variedad de funciones mentales como la atención, la memoria, la percepción, el lenguaje y la capacidad para solucionar problemas. Cada una de ellas va a llevar una secuencia continua de desarrollo que se va a correlacionar con la maduración del SNC (Martelo y Arévalo, 2017).

Existen distintas enfermedades o factores que tienen un impacto permanente o reversible sobre el funcionamiento cognitivo. En el caso de las adicciones, se han observado cambios cerebrales asociados al uso de drogas ilícitas como la cocaína y con drogas lícitas como el tabaco. A través del tiempo se ha hecho evidente que al exponerse de manera continua al tabaco hay daño lento y progresivo en el cerebro, al igual que en otros órganos, lo que genera una serie de modificaciones y posible deterioro cognitivo (Díaz et al. 2014).

El consumo de nicotina conlleva al deterioro de algunos aspectos cognitivos, como es la capacidad para mantener la atención y memorizar información. A largo plazo, se asocia con la disminución cognitiva y riesgo de contraer la enfermedad de Alzheimer (NIDA, 2020e)d).



El tabaquismo crónico tiene efectos perjudiciales en varios dominios neuropsicológicos, incluidas las habilidades intelectuales generales, la velocidad de procesamiento, la atención, la memoria, la flexibilidad cognitiva y las funciones ejecutivas (Nadar et al., 2021).

La nicotina produce cambios cognitivos durante la abstinencia, como consecuencia del cese en la administración de nicotina. Algunos estudios han demostrado que la disminución en la dosis de nicotina genera los déficits, que pueden contribuir a las recaídas; estos déficits generalmente se disipan con el tiempo (Gould, 2010). La nicotina es la sustancia adictiva del tabaco que ejerce los efectos a través de la estimulación de los receptores neuronales nicotínicos de acetilcolina (nAChR) cuya acción principal es la modulación de la liberación de neurotransmisores. La unión de la nicotina a los receptores nicotínicos induce la liberación de dopamina, glutamato y GABA. En el ATV la estimulación de la subunidad  $\alpha 4 \beta 2$  aumentan la liberación de dopamina en el núcleo accumbens y la CPF, áreas importantes en los efectos gratificantes y de mejora cognitiva de la nicotina. La liberación de dopamina es probablemente la fuente principal de las propiedades adictivas de la nicotina, se cree que los efectos de la nicotina en múltiples neurotransmisores contribuyen al rendimiento cognitivo. Después de fumar, los nAChR no unidos están presentes en un nivel más alto durante una semana, y la disponibilidad de la unión de nAChR se ha asociado con abstinencia (Ashare et al., 2015).

En pacientes con EPOC se ha identificado algún grado de déficit cognitivo, comprometiendo la memoria, funciones ejecutivas, atención y concentración (NIDA, 2021). En estos pacientes la prevalencia de deterioro cognitivo oscila entre 10 y el 61% con afección de algunos dominios o de forma global; incluso, se ha reportado que el deterioro puede empeorar según el tiempo de evolución de la EPOC (Varela et al., 2021). Se ha demostrado que paciente con EPOC severo requieren oxigenoterapia crónica como tratamiento con un alto índice de deterioro cognitivo, ya que existen periodos de hipoxia que pueden desencadenar anomalías cerebrales (Giménez et al., 2020). El perfil neuropsicológico del deterioro cognitivo leve se caracteriza por una disminución en los siguientes dominios de atención compleja, lenguaje y trastornos en las funciones ejecutivas (Ocaña et al., 2019).

Para evaluar las funciones cognitivas existen pruebas estandarizadas para la evaluación neuropsicológica:

- Instrumento de Evaluación Neuropsicológica Breve en Español (NEUROPSI): desarrollado en México por Ostrosky-Solís, Ardila y Rosselli en 1999, diseñado para reconocer un amplio espectro de funciones cognitivas, incluyendo orientación, atención y activación, memoria, lenguaje, aspectos visoespaciales y visoperceptuales y funciones ejecutivas (Varela et al., 2021).
- Evaluación Mínima de Funciones Mentales de Foltstein (MMSE): Es la prueba internacionalmente más utilizada en población adulta, con el objetivo de valorar el deterioro cognitivo, siendo estandarizada en población hispana mayor a 60 años. (CENAPRECE, 2015).
- Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA)

### **Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA)**

La Organización Panamericana de Salud indica que, en el continente americano, ha aumentado la esperanza de vida en paralelo con la población de adultos mayores, lo que generaría implicaciones relevantes en el ámbito social, económico y de salud física y mental, la prevalencia del síndrome demencial en América Latina y en el Caribe es de 6 por cada 100 adultos mayores de 60 años (Loureiro, et al., 2018).

En México, se estima que un 8% de las personas mayores de 65 años podría presentar algún tipo de deterioro cognitivo. El concepto de deterioro cognitivo leve (DCL) surge para identificar a las personas que presentan algún déficit de memoria u otra capacidad cognitiva que no es lo suficientemente grave para ser considerado como demencia; sin embargo, la presencia de un DCL se asocia a un mayor riesgo de demencia (Aguilar-Navarro et al., 2017).

En el DCL los individuos presentan quejas cognitivas en memoria, atención, percepción, sensación o concentración, sin que se tenga alguna repercusión en sus actividades de la vida diaria; por lo que, la evaluación neuropsicológica es fundamental para el diagnóstico del DCL (Loureiro et al., 2018).

La Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA) o *Montreal Cognitive Assessment* (por sus siglas en inglés) fue desarrollada por el libanes Nasreddine en el 2005; es una prueba breve para la evaluación de la función cognitiva que explora 6 dominios diferentes: memoria, capacidad visuoespacial, función ejecutiva, atención y concentración, lenguaje y orientación (Delgado et al., 2019). Tiene una puntuación que va de 0 a 30 puntos, mientras más alta es la puntuación mejor función cognitiva; su tiempo de administración es de 10 minutos aproximadamente y se agrega 1 punto extra a los sujetos con una escolaridad menor o igual a 12 años. Teniendo una sensibilidad y especificidad en el DCL de 90 al 87% (Aguilar et al., 2017). En su versión 7.0, el MOCA es una prueba válida y confiable para la detección de deterioro cognitivo en adultos mayores mexicanos (Aguilar-Navarro et al., 2017). Entre los trabajos realizados con el MOCA, en España se utilizó la prueba con 79 sujetos que iniciaban tratamiento por abuso/dependencia para la detección de déficits cognitivos, en conclusión, su aplicación indica que cerca de dos tercios de los pacientes que inician tratamiento por su adicción presentan un deterioro cognitivo próximo al de personas de edad avanzadas con deterioro cognitivo leve (Rojo-Mota, 2013).

## TRATAMIENTO DE LA CLÍNICA CONTRA EL TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS ADICTIVAS DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

### Historia de las clínicas para la disminución del consumo de tabaco

Desde los años ochenta, México, al igual que otros países, generó diversos planes y programas con la finalidad de combatir el tabaquismo. En 1955, en Estocolmo se establecieron clínicas públicas con diversos abordajes terapéuticos que favorecieran la reducción del tabaquismo, mismos que han evolucionado en los últimos cincuenta años (Ocampo, 2011).

En México, en 1981, se realizó un programa de investigación para la cesación del consumo de tabaco, técnicas educativas y educativo-conductuales, junto con el apoyo y asesoría del Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente, en tres instituciones gubernamentales: el Hospital General de México, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y el Instituto Nacional de Perinatología; con la finalidad de describir perfiles de los distintos tipos de fumadores del país, evaluando la eficacia y el costo-beneficio de ambas intervenciones, enfocándose en tratamientos psicológicos como en el médico-biológico, ya que ambos van en paralelo para entender el proceso del tabaquismo (Ocampo, 2011). La población y el tipo de intervención que fue realizado se aplicó en distintas sedes:

- **Instituto Nacional de Perinatología (INPER):** Trabajando con mujeres embarazadas de alto riesgo, aplicando técnicas de psicoterapia conductual y educación para la salud
- **Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER):** Utilizaron técnicas educativas: educativo-conductuales y con sustitutos orales como la tableta masticable con nicotina y vitamina C (como placebo) a población fumadora abierta. Con ello se obtuvo que la vitamina C tuvo una mejor respuesta en pacientes que presentaban el síndrome de abstinencia y generaba una mejor adherencia terapéutica en el proceso de cesación del tabaquismo.
- **Hospital General de México (HGM):** Se implementó en pacientes con padecimientos cardio-respiratorios, aplicando técnicas de educación para la salud y reestructuración

cognoscitiva, debido a los terremotos del 19 y 20 de septiembre de 1985 se suspendió dicha investigación. Fue hasta 1986, que la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México junto con el Hospital General de México, que retomó una segunda etapa en la que se agregó la administración de tableta masticable con nicotina en grupos en los que se implementó la técnica de reestructuración cognoscitiva (Ocampo, 2011).

El modelo de intervención de la Clínica contra el Tabaco y otras sustancias adictivas del Hospital General de México se rige por las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) NOM- 004 - SSA3 - 2012 y NOM-0028 - SSA2 - 1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. La NOM-004 aborda lo relacionado con el expediente clínico, esta norma fue publicada el 15 de octubre del 2012, se compone de información confidencial del paciente que se integra en la nota clínica, lo que conlleva todos los establecimientos para la atención médica, social o sector privado por parte del personal de salud (NOM-004-SSA3-20012, 2022); este proceso es parte de la evidencia médico-legal cuando así se requiera. Su finalidad es garantizar calidad en la documentación que permita atender oportunamente al paciente, proporcionando un diagnóstico y por consiguiente, un tratamiento adecuado (Lupa et al, 2015).

Por otra parte, la modificación de la NOM-0028 el 29 de noviembre de 2005 tuvo como objetivo establecer los procedimientos y los criterios en la atención integral de las adicciones, con la finalidad de que los prestadores de servicios de la salud en el Sistema Nacional de Salud y el establecimiento de los sectores públicos, social y privado realicen las actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social y así realizar una reducción del daño (CONADIC, 2009).

## **Tratamientos farmacológicos y terapias de sustitución de la nicotina**

El combatir la adicción a la nicotina ha generado una variedad de alternativas de intervención enfocadas en la modificación del mecanismo de acción de la nicotina o bien en la reducción de los síntomas de abstinencia, considerando las siguientes alternativas:

### **Terapia sustitutiva de nicotina (TSN)**

La terapia sustitutiva de nicotina consiste en administrar nicotina al paciente que quiere abandonar el consumo de tabaco, por una vía distinta a la del consumo del cigarrillo y en cantidad suficiente para no generar síndrome de abstinencia y sin la posibilidad de dependencia. Existen distintos procedimientos en la terapia sustitutiva de nicotina como chicles, parches dérmicos, spray nasal e inhalador bucal; en la dependencia severa es útil combinar el uso de parche y chicle de nicotina para reducir el deseo en el consumo de tabaco (Ocampo, 2007). Se ha comprobado que la combinación de la liberación continua de nicotina con el parche transdérmico y alguna otra forma de nicotina administrada, como sea necesario, tiene mayor eficacia que con un solo tipo individual de TSN para disminuir los síntomas de abstinencia; se tiene un índice de éxito entre el 50 y el 70% (NIDA 2020 e).

### **Bupropión**

Esta sustancia se aprobó originalmente como antidepresivo debido a que inhibe la recaptura de noradrenalina y dopamina e incrementa su liberación. En comparación con un placebo bupropión aumenta el éxito para dejar de fumar, además, se ha descrito que tiene la misma eficacia que la terapia sustitutiva de nicotina (NIDA 2020 e).

## **Vareniclina**

Reduce las ansias intensa o compulsión de consumir nicotina a través de la estimulación del receptor nicotínico alfa-4-beta-2, por lo que se aumenta las probabilidades para dejar de fumar, llegando a ser más efectivo que la TSN y el bupropión (NIDA, 2020 d).

## **Técnicas de intervención no farmacológica**

### **Terapia Cognitivo Conductual (diagnóstico)**

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se desarrolló en los años 70 y es una de las terapias más eficaces, además de amplia en el campo de psicoterapia (Mendoza, 2020).

La terapia cognitiva ha sido ampliamente evaluada a partir de 1977 con distintos estudios controlados que, han demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión mayor, trastornos de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobias sociales, trastornos de alimentación y por consumo de sustancias. La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que la percepción de los eventos influye en las emociones y en el comportamiento de las personas (Beck, 2006). Este modelo de intervención plantea que los sentimientos no se determinan por las situaciones mismas, sino más bien por el modo en que las personas interpretan esas situaciones en las que se desarrollan pensamientos automáticos, como su nombre lo dice, brotan de manera automática, suelen ser veloces y breves, suelen ser aceptados sin ser sometidos a ninguna clase de crítica; para ello se someten a una reflexión racional, las emociones suelen modificarse; en tanto, los pensamientos automáticos se relacionan con un fenómeno cognitivo más perdurable como las creencias (Beck, 2006).

Las creencias centrales son ideas fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni de manera personal; constituyen el nivel más esencial de creencias, son globales, rígidas y generalizadas en exceso. Mientras que los pensamientos automáticos son palabras e

imágenes que pasan por la mente de la persona, son específicos para cada situación y se considera que constituyen el nivel más superficial de la cognición (Beck, 2006).

Aaron Beck y Albert Ellis tomaron en cuenta las creencias y aspectos cognitivos en dificultades emocionales, generando tres principios básicos: el primero hace referencia a la influencia que la cognición ejerce sobre el comportamiento y las emociones; el segundo indica que se realiza un seguimiento a la cognición generada con la finalidad de cambiarla y finalmente, el tercer principio indica que cambiar las propias creencias puede modificar la conducta (Mendoza, 2020).

La intervención del tratamiento busca que se realice un cambio en el pensamiento y en la conducta (Carrascoza et al., 2020). La TCC tiene similitud con la terapia racional emotiva conductual (TREC), la terapia cognitivo-conductual considera el contexto social, los principios del aprendizaje derivados de un análisis experimental en la conducta y la entrevista motivacional para adquirir las estrategias de afrontamiento que van a ser efectivas en las situaciones de riesgo (Carrascoza et al., 2020).

## **Pruebas psicológicas usadas en el tratamiento contra el tabaquismo**

### **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Estado y rasgo**

Fue creado por Beck et al. en 1988 y se estandarizó para la población mexicana por Robles et al. en 2001. Es una escala de 21 reactivos que se califica mediante escala Likert (0 al 3), considerando la intensidad de cada factor (Salazar y Bermudez, 2019). El instrumento evalúa la presencia de sintomatología ansiosa y su severidad, presenta un puntaje que se clasifica como:

- 0-5 mínima
- 6-15 leve
- 16-30 moderada
- 31-63 severa



### **Inventario de Depresión de Beck (BDI)**

Fue desarrollado originalmente por Beck y colaboradores en 1961 (Beltrán et al., 2012). Consta de 21 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert (0 al 3) en todos los ítems. El contenido se compone de: tristeza, pesimismo, fracaso en el pasado, anhedonia, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, autoconcepto pobre, autocrítica, ideación suicida o pensamientos de muerte, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, sentimientos de inutilidad, pérdida de energía, cambios en el patrón de sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultades en la concentración, cansancio o fatiga y disminución en interés por el sexo. Se realizó una estandarización en Ciudad de México por González et al en el 2015 (Salazar, 2019), con los siguientes niveles de corte:

- 0-9 no depresión
- 10-18 leve
- 19-29 moderada
- 30-63 grave

### **Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)**

Fue creada por Radloff en 1977, con el objetivo de medir la sintomatología depresiva consta de 20 reactivos que son señalados por la frecuencia en que se han experimentado los síntomas durante la semana pasada: raramente o ninguna vez (menos de 1 día), alguna o pocas veces (1-2 días), ocasionalmente o una buena parte del tiempo (3-4 días) y la mayor parte o todo el tiempo (5-7 días). En 1993 fue validada en México por María del Carmen Mariño y colaboradores (Salazar, 2019).

### **Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (IDARE)**

La prueba fue elaborada por Spielberger et al. en 1970, con la finalidad de evaluar la ansiedad como “estado” que se caracteriza por la presencia de tensión y aprehensión, así como la actividad del SNA. Para la ansiedad, “rasgo” se refiere a un rasgo de personalidad, es la tendencia a percibir las situaciones consideradas como amenazantes. Consta de 20

reactivos para determinar la ansiedad-estado y 20 reactivos para ansiedad-rasgo, por medio de una escala tipo Likert va del 1 al 4 o de 4 a 1 en algunos reactivos indicados. Los puntos de corte en México son de 20 a 31: ansiedad muy baja, 32 a 43: ansiedad baja, 44 a 55: ansiedad media, 56-67 ansiedad alta y 68 o más: ansiedad muy alta. Fue adaptado en México en el 2007 (Salazar, 2019).

### **Escala de Impulsividad de Barratt**

Creada en 1995 por Patton y colaboradores, se compone de 30 reactivos, con una escala Likert de cuatro opciones (nunca, ocasionalmente, a veces, siempre) cada opción con un valor numérico correspondiente en 0, 1, 3, 4, donde 4 indica la respuesta más impulsiva, la prueba se divide en tres factores que miden la impulsividad motora (IM), que hace referencia a la tendencia para actuar sin pensar; la impulsividad cognitiva (IC), que se relaciona con una propensión a tomar decisiones rápidamente, y la impulsividad no planificada (INP) que se identifica con una tendencia a no trazar planes y realizar tareas de forma descuidada. La puntuación se obtiene al sumar las puntuaciones obtenidas, no hay un punto corte propuesto. En México, no hay una validación del instrumento, por lo que se utiliza una versión adaptada en población chilena adolescente que data del 2013 y fue llevada a cabo por Salvo y Castro (Salazar, 2019).

### **Test de Fagerström de dependencia a la nicotina**

Se creó por el Doctor Karl Fagerström en 1978, siendo una escala de siete reactivos con un puntaje que va del 0 al 10, con la finalidad de medir el nivel de dependencia física a la nicotina y su cesación tabáquica. El puntaje se clasifica como:

- 0-2 muy poca dependencia
- 3-4 poca dependencia
- 5 dependencia media
- 6-7 mucha dependencia
- 8-10 dependencia alta

Es uno de los instrumentos que se utiliza, mayormente, para la evaluación de la dependencia al cigarro (Salazar, 2019). El desarrollo de esta prueba parte de que la nicotina es el principal refuerzo del hábito de fumar y puede ser un factor clave en el uso compulsivo. Fue adaptado en 1991, desde entonces ha demostrado alta correlación con marcadores biológicos. El uso del test se recomienda por la Secretaria de Salud (SSA, 2009), ya que ha sido validada en población mexicana por Pereiro et al. (2008, citado en Ortíz, 2017).

### **Test de Russell**

Es un test creado por Russell et al. (1974), consta de 20 reactivos, cada reactivo se considera la frecuencia del consumo informando acerca de la motivación que mantiene el consumo de tabaco, siendo los componentes psicológicos y conductuales que impulsan al paciente a realizar el consumo, considerando:

- Estimulo
- Manipulación
- Relajamiento
- Reducción de tensión
- Necesidad
- Adicción

Las puntuaciones iguales o superiores a seis en alguno de los apartados. No se han encontrado datos de validación en México (Salazar, 2019).

### **Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2 (MMPI-2)**

Se desarrolló en las décadas de 1930 y 1940 por Starke Hathaway y Charnley McKinley, su principal función es realizar la evaluación de la personalidad y la psicopatología del paciente por medio de 338 reactivos que serán contestadas por verdadero o falso. Es un instrumento de evaluación psicológica de amplio rango (Butcher et al., 2019). Su validación

en México se realizó en 1994 por la Universidad Nacional Autónoma Mexicana (UNAM) (Bezanilla et al., 2010).

### **Test de Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)**

Fue creada en 1996 por el libanés Ziad Nasreddine, es una evaluación de la función cognitiva: memoria, capacidades visuales, función ejecutiva, atención, concentración, memoria, lenguaje y orientación. En 2017 la versión 7 fue validada con adecuada confiabilidad por Sara Navarro, Alberto Mimenza, Alberto Palacios y Samudio Cruz. Tiene una puntuación total de 30 puntos, con un punto de corte de 26 a 30 para determinar que no hay un deterioro cognitivo, si el puntaje es menor a 26 se considera que hay un deterioro cognitivo tomando en cuenta los errores obtenidos, se debe considerar los años de estudio del paciente, en caso de ser menor a 12 años se aumenta 1 punto al total (Aguilar et al., 2017).

### **Terapia Racional Emotivo Conductual**

En 1955 Albert Ellis desarrolló la Terapia Racional Emotiva Conductual, planteando que el pensamiento es un determinante primordial en las emociones, siendo el pensamiento irracional el origen del malestar emocional, para modificar las emociones se tiene que hacer un análisis en las cogniciones y lo que origina el pensamiento irracional por factores externos (Mendoza, 2020).

Ellis desarrolló el modelo ABC busca identificar la situación que se conoce como el evento activador (A), posteriormente se identifica las creencias irracionales sobre el evento activador (B) y, por último, se identifica la emoción no saludable y las conductas disfuncionales (C) (Mendoza, 2020).

A diferencia de la TCC, la TREC llega a ser más especulativa con mayor vinculación con la idea de racionalidad de las creencias, es más directiva con la finalidad de identificar creencias disfuncionales de la persona (Carrascoza et al., 2020).

Entre los principales puntos de la TREC se encuentra generar cambios a nivel emocional como a nivel conductual; por lo tanto, no solamente pretende la mejoría en los síntomas, sino inducir a un cambio en la doctrina que se emplea día a día analizando, debatiendo y modificando las creencias irracionales en racionales para el cambio en los estilos de vida. Para Ellis, las creencias racionales permiten al individuo ser práctico y flexible con los distintos puntos de vista; en cambio, las creencias irracionales no se basan en la realidad y son incongruentes (García, 2022).

### **Estadios del cambio Prochaska y Diclemente**

Desde hace más de cuatro décadas el modelo transteórico (MT) ha planteado que el cambio comportamental se considera como un proceso en que las personas adquieren diversos niveles de motivación con la intención de modificar su conducta, como resultado de una serie de postulados con respecto a la naturaleza del ajuste de comportamiento que hace el individuo y de la intervención que puede facilitar la modificación mencionada. El modelo transteórico del cambio del comportamiento se propuso en 1980 por James Prochaska y Carlo DiClemente citado en (Rondón et al., 2019). La investigación respalda un modelo transteórico en diversas teorías de la psicoterapia (Prochaska y DiClemente, 1992).

La modificación en la conducta adictiva implica la progresión por medio de cinco etapas, que el paciente suele atravesar varias veces por cada una de ellas antes de terminar con la adicción (Prochaska et al., 1992). Una de las variables principales para el cambio conductual es la motivación del paciente, para ello, se usa el modelo de Prochaska y Diclemente que describe varias etapas del cambio, cada una con estrategias específicas. La etapa de cambio en el nivel de motivación define la intervención que se requiere realizar para que esta sea efectiva para el paciente (García, 2021 b).

Para considerar los cambios en las personas con adicciones, se considera lo siguiente:

- Se considera un amplio rango de maneras de cambio: como intervenciones tradicionales de rehabilitación.
- Se aplica a diversas conductas adictivas de cualquier sustancia
- Se aborda todo el proceso de cambio, desde que un individuo comienza a percibir un comportamiento como problemático hasta que el problema deja de existir.

Un punto relevante para tomar en cuenta es que estos estadios no son lineales ya que se pueden presentar recaídas que ocurren cuando se presentan situaciones externas en cualquier etapa.

**Precontemplación.** Esta etapa se identifica porque el paciente no tiene intención de cambiar su comportamiento. Generalmente, el paciente no es consciente de sus problemas, no acude a tratamiento y en caso de hacerlo es por presión con alguna circunstancia ambiental, abandonando el cambio al disminuir dicha presión. Se perciben más ventajas de seguir consumiendo que desventajas (Berra y Muñoz, 2018).

Un consejo breve efectivo se sugiere que se indague en las metas personales del paciente y, posteriormente, exponer las consecuencias asociadas a su consumo, resaltar lo que puede influir en la obtención de esas metas. Generalmente, el paciente no considera dejar el consumo en los próximos seis meses (García, 2021b).

**Contemplación.** Aquí se reconoce la presencia de un problema y se considera un tratamiento, pero no hay un compromiso a tomar medidas. Puede llegar un largo periodo de tiempo en esta etapa, sin embargo, se encuentran abiertos a recibir información relacionada con su comportamiento. Se perciben muchas ventajas para dejar el consumo y muchas ventajas para continuar el consumo (Berra y Muñoz, 2018).

El principal objetivo consiste en que el paciente considere las ventajas para dejar el consumo y con ello guiar a que el paciente realice un balance decisional evocando las razones para

dejar el consumo y los riesgos de no hacerlo. El paciente considera la posibilidad de dejar el consumo en los próximos seis meses (García, 2021b).

**Preparación.** Durante esta etapa existe la intención de abandonar el consumo y el paciente considera un plan de acción que se enfoque en el cambio de conducta. El paciente tiene la intención de tomar las medidas y el compromiso de generar cambios se perciben más ventajas de dejar el consumo y se encuentran menos ventajas de seguir consumiendo (Berra y Muñoz, 2018).

El objetivo es ofrecer el recurso terapéutico más adecuado, accesible, apropiado y objetivo para el paciente; para ello se genera una clarificación de las metas del paciente con las estrategias de cambio, entregando información relacionada con el consumo de sustancias y utilizando la consciencia de que hay un problema con el consumo. En esta etapa el paciente se propone dejar de consumir en un lapso de tiempo no mayor a un mes (García, 2021b).

**Acción.** Durante esta etapa el paciente realiza una modificación en su comportamiento, experiencias o en el lugar para trabajar y superar sus problemas. En esta etapa se ven implicados los cambios de comportamiento de una manera más notoria, hay una notable inversión de tiempo y energía. Generalmente, se acompaña el proceso con un régimen alimenticio, el realizar actividades físicas y llevar una regularización en los hábitos (Berra y Muñoz, 2018).

Uno de los objetivos durante esta etapa es apoyar al paciente a que realice una determinación al cambio al identificar situaciones que ponen en riesgo o interfieren con la meta, por lo que se busca desarrollar estrategias para enfrentarlas. Durante esta etapa hay un riesgo mayor de recaídas. En la etapa de acción el paciente ha dejado de consumir por un tiempo no mayor a 6 meses (García, 2021b).

**Mantenimiento.** En esta última etapa, el paciente trabaja para evitar una recaída y hay una consolidación con los logros alcanzados en la etapa de acción; por lo que esta etapa

se llega a considerar con una continuación al cambio con la suspensión total del consumo, creando un esfuerzo para seguir con los hábitos que han sido modificados (Berra y Muñoz, 2018).

El objetivo durante esta etapa es apoyar al paciente a mantenerse sin consumo, preparándose ante posibles situaciones que pongan al paciente en riesgo de recaída, tomando en cuenta las emociones, los estímulos asociados al consumo. La etapa de mantenimiento se considera cuando el paciente ha dejado de fumar por un tiempo mayor a los seis meses (García, 2021b).

**Recaída.** Las recaídas suelen presentarse en algún momento del proceso de las etapas de cambio. Con ello es importante que el paciente no pierda motivación, apoyando al paciente a entender los motivos de recaída y retomar el cambio que inicialmente fue planteado, renovando la determinación y mejorando los esfuerzos realizados en etapas anteriores. Es importante tomar en cuenta las variables que provocaron la recaída y con ello prevenirla (García, 2021b).

### **Técnicas de intervención en tabaquismo**

Son estrategias cognitivo-conductuales a proporcionar emergencias breves, menores a 10 minutos, la pueden llevar a cabo la mayoría de profesionales sanitarios. Tiene como objetivo cambiar patrones clínicos, culturales y prácticos para el paciente con consumo de tabaco, reciba consejos para el abandono del tabaco y se le ofrecerán tratamientos de eficacia demostrada (Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, 2010).



## **Autorregistro-automonitoreo**

Es una herramienta básica para cambiar o manejar de manera adecuada una conducta, porque es usuario en el momento de autoobservación lleva implícita la toma de conciencia de lo que está sucediendo con la conducta de fumar. Realiza un monitoreo y registro de su conducta, en caso de fumar: en sus registros reales, lo que proporciona datos para evaluar la conducta problema (CP), antecedentes situacionales, consecuencias y afecto que la acompaña (Ocampo, 2011). El autorregistro ayuda a la autoobservación en lo que sucede en la mente, con los pensamientos para reflexionar sobre ellos y cuestionarlos, obteniendo información relevante para trabajar con el paciente, la reestructuración cognitiva (Díaz, 2019).

La manera más habitual para realizar el autorregistro es a través de anotaciones y estas pueden ser muy simples como el registro de número de veces en las que sucede la CP y más elaborada con el monitoreo con el que hace un análisis funcional del la CP en el momento en que ocurre, registrando el número de cigarrillos que fuma: el registro inicial evalúa las dimensiones del fumar con la cantidad de cigarrillos (frecuencia), hora de consumo, lugar, estado de ánimo e intensidad de la inhalación (golpe). Los beneficios que proporciona la utilización de los autorregistros son:

- Rompe la conducta automática
- Crea un cambio conductual en el momento de iniciar el registro
- Genera autorreflexión (estímulos internos-externos)
- Mantiene alerta al fumador sobre su conducta
- Facilita el proceso de disonancia cognitiva que lleva a la búsqueda de alternativas de cambio

Al anotar las condiciones antecedentes ayuda a planificar una intervención, ya que al anotar las situaciones más comunes en las que una persona fuma cigarrillos proporciona información para desarrollar un programa de visualización dirigida que inocule la conducta de fumar en

cada uno de los escenarios o bien crear respuestas alternativas para situaciones o respuestas anímicas encubiertas, no disponibles para los observadores externos. La evaluación constante de la conducta durante el proceso terapéutico proporciona al paciente y al terapeuta una indicación sobre la necesidad de revisar las estrategias de intervención cuando el progreso no se desarrolla como se esperaba. Mediante este instrumento, el sujeto que se encuentra en abstinencia registra las situaciones de riesgo (internas y externas), el grado de deseo y la estrategia que utiliza para controlarlo, al experimentar el deseo o la urgencia de consumir (Ocampo, 2011).

### **Relajación**

Se refiere a relajar el tono muscular por diferentes métodos con la finalidad de soltarse; esta técnica se utiliza, ya que la mayoría de los pacientes con consumo de tabaco ha utilizado el tabaco como una herramienta para aliviar la tensión, la cual se ve aumentada ante la idea de dejar el tabaco a causa del síndrome de abstinencia (Ocampo, 2011). Las técnicas de relajación tienen como objetivo reducir los síntomas mediante la modificación de los factores que generan la exposición a estímulos ansiosos y alcanzar un estado de hipoactivación que lo contraste (Rodríguez, 2018).

### **Respiración**

Es una parte esencial en la relajación, su control adecuado es una estrategia sencilla para hacer frente a situaciones de estrés y manejar los aumentos de activación fisiológica que provoca. Un hábito correcto en la respiración aporta al organismo el suficiente oxígeno para nuestro cerebro. Los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles para reducir la ansiedad, la depresión, irritabilidad, tensión muscular y fatiga (Ocampo, 2011).

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

La terapia cognitiva conductual ha utilizado como medio terapéutico y de reestructuración cognoscitiva, autoreportes o registros conductuales con un aspecto de reestructuración. Las cartas de despedida son un medio de revelación emocional y de compromiso a largo plazo, por este medio se pretende hacer que el fumador se haga consciente de sus emociones y características desplazadas al cigarro, así como hacer patente su decisión de abandonar el tabaco mediante un compromiso escrito a largo plazo (Ocampo, 2011).

## **MÉTODO**

### **Cartas descriptivas de las sesiones**

#### **Contacto de primera vez**

El paciente se presentó en febrero del 2022 al ser remitido por el Dr. Cueto del servicio de Neumología, donde fue diagnosticado con EPOC por consumo de tabaco. Se recolectaron los datos personales del paciente, el motivo de consulta y se le realizaron algunas preguntas para identificar la etapa de cambio (DiClemente y Prochaska, 1992) en la que se encuentra el paciente, de igual forma se comenzó con el tratamiento con educación para la salud y se recolectó la siguiente información (anexo 1):

- Significado del consumo: “Por el mal humor que me ocasionan las cosas” sic paciente, hace 48 días intentó abandonar el consumo por su diagnóstico de EPOC; sin embargo, no lo logró por sentirse de mal humor.
- Qué placentero es el consumo: Demasiado, principalmente después de comer y la primera mitad del cigarro, ya que indica que la segunda mitad considera que se calienta y no le gusta.
- Para su salud, cómo considera el actual consumo: Demasiado riesgo porque le es importante que mantener su salud para poder trabajar, teniendo un discurso constante sobresa situación económica.
- Cuando le gustaría dejar de fumar: Hoy
- -Cuando considera dejar el consumo: Hoy
- Se considera preparado para dejar el consumo: Sí
- Qué necesita para lograrlo: Valor
- Qué espera del tratamiento: Dejar de fumar definitivamente

A continuación, se describe el esquema de tratamiento Psicológico breve para la cesación del tabaquismo que se realizó en la Clínica contra el tabaquismo del Hospital General de México O.D.

**-Objetivo General:** Generar que el paciente logre la abstinencia mediante el aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento (Ocampo et al., s/f).

Se realizaron 8 sesiones con una duración de 45 minutos por sesión, una vez por semana durante 2 meses, posteriormente se realizó un seguimiento a los 15 días, 30 días y 3 meses, tras finalizar la intervención. Se proporciona la descripción de cada una de las sesiones de la intervención.

### **Sesión 1**

**Objetivos:** Establecer una relación de confianza (rapport) paciente-terapeuta, establecer un compromiso terapéutico de ambas partes. Comenzar con los principios de modificación de los hábitos asociados con el consumo de tabaco e incrementar la motivación del cambio en el paciente.

**Actividades:** Encuadre

- Firma del consentimiento informado (anexo 2)
- Meta del programa
- Horario
- Lineamientos del contrato terapéutico

**Actividades:** Modificación de conducta

- Estilos de vida saludable (tomar agua, hacer ejercicio y dieta)
- Tareas en casa
- Explicación de los autorregistros individuales
- Historia del consumo de tabaco

**Procedimiento:**

Durante esta sesión se da la bienvenida al terapeuta, quien describe brevemente en qué consistirá el tratamiento, así como los lineamientos del contrato terapéutico del grupo. Se mencionó la importancia de los estilos de vida saludable. También se explicó el llenado del autorregistro y su importancia para lograr la meta de estar sin fumar. Se realizan pruebas psicológicas (Fagerström, Russell, BAI, CES-D, BDI, IDARE, BARRAT) para complementar

la información del paciente (anexo 5). La sesión concluyó con la indicación de realizar el registro de su consumo de tabaco y automonitoreo antes de encender cada cigarro diariamente, así mismo las indicaciones de los estilos de vida saludable (anexo 3 y 4).

## **Sesión 2**

**Objetivo:** Que el paciente reconozca sus patrones de consumo y el mecanismo de adquisición de las conductas, para posteriormente facilitar el abandono del tabaquismo.

**Actividades:** Tabaquismo como conducta aprendida

- Relación aprendizaje e historia de consumo de tabaco
- Relación aprendizaje con autorregistro inicial

**Procedimiento:** Al comienzo de la sesión se explicó cómo es que se adquiere y mantiene una conducta por medio de la imitación y el reforzamiento de algunas conductas, cuál es el tiempo en que se establece la misma como fija y cómo se automatiza. Finalmente, se cerró la sesión con la indicación de realizar durante la semana el registro de consumo por un autorregistro, así como la realización de estilos de vida saludable (anexo 6).

## **Sesiones 3 y 4**

**Objetivo:** Que el paciente logre identificar al tabaquismo como una adicción y conozca los mecanismos de dependencia psicológica, así como de dependencia social; de igual modo que el paciente sea capaz de generar estrategias de afrontamiento a la presión social. Motivar al paciente hacia la toma de decisión. Aplicación del MOCA.

**Actividades:** Componentes químicos del tabaco

- Tabaquismo como adicción
- Daños a la salud
- Aplicación de MOCA (anexo 7)

**Procedimiento:** Se llevó a cabo la revisión del consumo de tabaco de cada participante. Se da un panorama general de cómo afectan las sustancias contenidas en el tabaco a la salud y la relación que tiene con el EPOC por consumo de esta sustancia. Se le indicó al paciente que el uso de los autorregistros, es parte fundamental en el mantenimiento de la abstinencia. Para complementar datos se empleó el MOCAI. Finalmente, se cerró a la sesión indicando a los pacientes la elaboración de su carta de despedida.

## **Sesión 5**

**Objetivo:** Generar estrategias que reduzcan los síntomas del síndrome de abstinencia, la desintoxicación para lograr el mantenimiento de la abstinencia.

### **Actividades:**

- Revisión de autorregistro
- Síntomas que se presentaron en el síndrome de abstinencia
- Lectura de carta de despedida
- Técnica motivacional

### **Procedimiento**

Se llevó a cabo la revisión de registros haciendo énfasis en las estrategias usadas por el paciente para mantenerse sin fumar, en cada una de las situaciones estresantes cotidianas, se refuerzan las que fueron productivas y saludables y se desalientan las que no son. Se le dio lectura a las cartas de despedida de cigarro, haciendo una revisión de los pensamientos irracionales, emociones producidas por el duelo y se comentan algunas formas eficaces de manejar las emociones generadas por la pérdida de su anterior estilo de vida. Para finalizar se reconocieron los logros alcanzados por el paciente como técnica motivacional para que se mantenga sin consumo.

## **Sesiones 6 y 7**

**Objetivo:** Aplicación y, posteriormente, revisión del Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota-2 (MMPI-2) para datos complementarios

### **Procedimiento**

Se le explicó al paciente que la aplicación del MPPI-2 con la finalidad de complementar los datos se realizaría la evaluación de la personalidad y de la psicopatología del paciente.

## **Sesión 8**

**Objetivo:** Indicar las habilidades con las que el paciente se mantendrá en abstinencia (prevenir recaídas)

### **Actividades**

- Revisión de autorregistros
- Identificación y manejo de situaciones de crisis

### **Procedimiento:**

Se le brindaron estrategias de prevención ante situaciones estresantes del día a día, se le dio educación para la salud relacionada con su enfermedad, revisando sus estudios con el médico. Se identificaron las conductas que podrían propiciar un reinicio del consumo para, posteriormente, recomendar soluciones alternativas, eficaces y saludables.

## **Sesiones de seguimiento (15 días, 30 días y 3 meses)**

**Objetivo:** Que el paciente refuerce técnicas y habilidades que mantengan y consoliden la abstinencia, así como adherencia a su tratamiento médico.



**Actividades:**

- Temas relacionados con la salud
- Atención a diálogos internos
- Nuevas alternativas al tratamiento

**Procedimiento:**

Se abordaron los temas dependiendo las necesidades del paciente y el estilo de vida que ha llevado tras la última sesión. A los 3 meses de seguimiento se le realizaron las pruebas (Fagerström, Russell, BAI, CES-D, BDI, IDARE, BARRAT) y la Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA).

**Método**

Se llevará a cabo, mediante enfoque metodológico, un estudio longitudinal basado en un estudio de caso práctico, de diseño pretest-posttest, describiendo cada una de las sesiones de un paciente con consumo de tabaco severo diagnosticado, que asiste a la Clínica contra el Tabaco en el Hospital General de México. Se investigará si existe una relación entre el impacto que conlleva el consumo de una sustancia estimulante del Sistema Nervioso Central como el tabaco fumado a nivel neuropsicológico y el deterioro cognitivo, mediante la aplicación de la prueba de Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA, por sus siglas en inglés).

## **Planteamiento del problema**

¿Es importante la implementación y aplicación de la prueba neuropsicológica de Evaluación Cognitiva Montreal para identificar existencia de deterioro cognitivo en pacientes con consumo de tabaco tradicional (fumado), dentro de la Clínica contra el Tabaco y otras sustancias adictivas dentro del Hospital General de México?

## **Justificación**

El tabaquismo es un problema de salud pública por las repercusiones que produce el exponerse al humo de tabaco; la exposición continua al tabaco genera un daño lento y progresivo en el cerebro, al igual que en otros órganos, lo que puede causar una serie de modificaciones y deterioro cognitivo (Díaz et al., 2014). Entre los aspectos cognitivos afectados se encuentra la capacidad para mantener la atención y memorizar la información (NIDA, 2020d); además, la EPOC se asocia con una posible contribución al deterioro cognitivo en los pacientes que la padecen, comprometiendo la memoria, las funciones ejecutivas, la atención y la concentración (NIDA, 2021). Entre los trastornos de personalidad que se presentan de manera más frecuente para los consumidores de sustancias psicoactivas se encuentra el trastorno compulsivo, trastorno por evitación, trastorno pasivo-agresivo, obsesivo-compulsivo y trastorno esquizoide (Santos et al., 2020). Por ello, es necesario considerar la adición de una prueba que permita evaluar la presencia de déficit cognitivo en un paciente consumidor de tabaco.

## **Objetivo general**

- Determinar si el cese del consumo de tabaco produce deterioro cognitivo en un paciente que asiste a la Clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas del Hospital General de México durante la fase de abstinencia.

## **Objetivos específicos**

- Identificar y determinar si existe deterioro cognitivo en un paciente con consumo severo de tabaco.
- Determinar si la implementación de la Evaluación Cognitiva de Montreal permite identificar los cambios en la cognición por medio de un estudio longitudinal.
- Implementar la historia clínica en el área de las adicciones y la importancia de la nota clínica como referente para el tratamiento y diagnóstico.

## **Participante**

Paciente masculino de 67 años, que inició su consumo de tabaco entre los 18 y 19 años con un cigarro diario, aumentando su consumo a los 25 años con un mínimo de 10 cigarros y un máximo de 20 cigarros al día. Su último consumo fue hace 6 días con ½ cigarro. El paciente fue referido por neumocardiología por probable cáncer de pulmón.

## **Instrumentos utilizados**

-Historia clínica, Norma Oficial Mexicana - 004 - SSA3 - 2012 Expediente clínico y Norma Oficial Mexicana - 0028 - SSA2 - 1999; para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

- Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

- Inventario de depresión de Beck (BDI)

- Inventario de ansiedad estado/rasgo (IDARE)

- Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D)

- Escala de impulsividad de Barratt

- Test de fagerström de dependencia a la nicotina

- Test de Russell (Motivos para fumar)
- Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)

### **Procedimiento**

Se llevaron a cabo 8 sesiones de tratamiento, 3 sesiones de psicoterapia de prevención de recaída (seguimiento) al finalizar el tratamiento, de la siguiente manera: en 15 días, 30 días y 90 días; dentro de la Clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas en el Hospital General de México. Se aplicaron pruebas para determinar los niveles de ansiedad, depresión, impulsividad y la dependencia física de la nicotina.

### **Consideraciones éticas**

Al paciente se le explicó el tratamiento psicológico sin invasión que se llevaría a cabo, entregando un consentimiento informado, informando en este las características del tratamiento psicológico y médico. Se le otorgó el material correspondiente a cada sesión, siempre manteniendo en privado sus datos personales

### **Escenario**

Consultorio de la consulta externa de neumología ubicado en el 1.er piso de la Torre de Cardio-Neumo 503T, de uso permanente para la Clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas.

## RESULTADOS

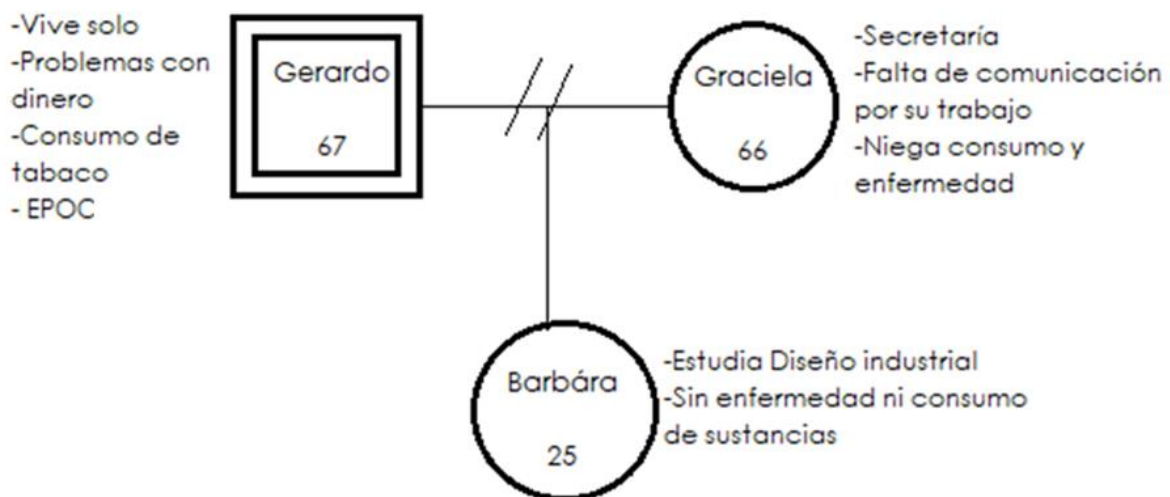
### Diseño

#### Reporte de caso clínico

##### Datos sociodemográficos

- **Sexo:** Masculino
- **Edad:** 68 años
- **Estado civil:** Separado
- **Ocupación:** Comerciante
- **Escolaridad:** Pasante de relaciones industriales
- **Fecha de nacimiento:** 28/Enero/1955

##### 5.1.2 Familiograma



#### Motivo de consulta

Disminuir el consumo de tabaco, como recomendación, quien refirió a interconsulta, fue el Dr. Cueto del departamento de neumología por diagnóstico de EPOC/Tabaquismo.

#### Antecedentes familiares

Entre los antecedentes heredofamiliares del paciente se incluyen en consumo de tabaco por parte de sus padres y su consumo de alcohol de su hermano. Sus padres también consumieron tabaco; sin embargo, ellos “de la noche a la mañana lo dejaron” sic paciente.

Como consecuencia del consumo de tabaco, su madre desarrolló tumoraciones en el colón, y aunque su padre tuvo problemas estomacales, estos no fueron asociados al consumo.

El paciente estuvo casado y tuvo una hija que actualmente tiene 25 años. Hace 12 años se separó de su esposa por problemas de comunicación y, desde entonces, dejó de hacerse cargo de la manutención de su hija. Desde la separación, el paciente vivió solo; sin embargo, hace un tiempo vive con su hermano en Chalco debido a sus problemas económicos que se agudizaron durante la pandemia, ya que tuvo que cerrar su negocio y con el objetivo de ahorrar y reducir costos, comenzó a vivir con su hermano.

En relación con sus antecedentes personales, el paciente padece pie cavo y problemas digestivos (relacionados con los problemas que padeció su padre, aunque no ofreció detalles). En 1995 le diagnosticaron trastorno de angustia general en un hospital privado, como resultado inició un tratamiento con venlafaxina y fluoxetina que interrumpió cuando comenzó a sentirse bien. Hace poco fue diagnosticado con EPOC/tabaquismo.

## **Resultado de las sesiones**

### **Sesión 1**

Durante la sesión 1 se realizó la entrevista de primera vez, en donde se estableció una relación de confianza (rapport) con el establecimiento de un compromiso terapéutico en ambas partes. Se identifica un discurso constante del paciente en relación con sus problemas económicos. Se identifican sus antecedentes de consumo, su estilo de vida y las personas con las que normalmente se relaciona, su consumo de tabaco es de era alrededor de 20 cigarros al día durante 48 años; su consumo decremento al ser diagnosticado con EPOC, siendo el último consumo hace 6 días con ½ cigarro. Se le indica que realice un autorregistro de los momentos en que fuma o tiene la necesidad de hacerlo durante una semana. Se

aplican pruebas psicológicas para datos complementarios (BAI, BDI, CES-D, Barrat, Fageström, Russell).

## **Sesión 2**

Al iniciar la segunda sesión, se le pidió el autorregistro, pero indicó haberlo olvidado, es decir, no lo hizo. No obstante, durante la semana consumió 1 cigarro completo. Al conversar con el paciente sobre sus razones para dejar de fumar, este indicó que es por el diagnóstico de EPOC, sentir resequedad en la garganta, molestia ótica y porque al menos en una ocasión tosió sangre. Es importante mencionar que los días previos el paciente compró medicamentos antidepresivos naturistas por recomendación de un familiar, aunque no señaló si ya tuvo alguna revisión médica o solo por autodescripción.

## **Sesiones 3 y 4**

La sesión comenzó con la aplicación del MOCA con el objetivo de evaluar las funciones cognitivas del paciente. Los resultados obtenidos indicaron que se ubica arriba del límite (28/30 puntos), es decir, se descarta deterioro cognitivo, no obstante se identificaron posibles fallas en los procesos de evocación (memoria). En esta ocasión el paciente presentó los resultados de su autorregistro en los que indicó sentir “ansiedad” matutina y, con ello, la necesidad de fumar, este evento perduró las últimas 2 semanas. Adicionalmente, se le ofreció información relacionada con el contenido del cigarro y sus efectos sobre el cigarro y sus efectos sobre el SNC y que estas pudieron relacionarse con la ansiedad que experimenta. A nivel médico es importante resaltar que durante estos días tuvo cita médica con el neumólogo debido a que le detectaron un nódulo en el pulmón izquierdo. Para la siguiente sesión se le entregó otro formato de autorregistro.

## **Sesión 5**

En la quinta sesión fue posible identificar contradicciones en el discurso del paciente, ya que indicó no recordar el cigarro, aunque después de 2 semanas sin fumar su deseo de consumir

incrementó. Para evitar consumir leyó libros, habló por teléfono con amigos. Considerando estas conductas se ofreció al paciente restructuración positiva relacionada con la inhibición positiva relacionada con la inhibición de la conducta de consumo y se explicó que es la modificación conductual. Durante esta sesión el paciente indicó que su hija realizará una maestría en Italia, pero al preguntarle si podrá visitarla expuso pensamientos distorsionados de tipo “sobregeneralización” pues indicó que si su enfermedad empeora no podría trabajar, no tendría dinero y no podría visitarla. Al tener 2 semanas sin consumo de tabaco, se le proporcionó un esquema de pensamientos distorsionados relacionados con el deseo del consumo de tabaco; se le mencionó que al crear situaciones que crean agobio es necesario que identifique esos pensamientos que se tengan que disolver, clarificando y “rompiendo” esos pensamientos irracionales por pensamientos racionales. Se utilizó una técnica motivacional, al mencionarle que es un hombre disciplinado. El análisis del autorregistro permite identificar que en 6 de los 8 días experimentó ansiedad por las mañanas y solo 1 día por la noche, por lo que se le pidió llenar nuevamente un autorregistro.

### **Sesión 6 y 7**

Para la sesión 6 se realizó la prueba MMPI-2 por lo que se utilizó la sesión para que lo resolviera. Posteriormente, el paciente indicó que le realizaron una fibrobroncoscopia, cuyos resultados salieron bien y no hay cáncer. Los resultados del MMPI-2, la escala que se encuentra por arriba de la media es Hs (Hipocondriasis) y la escala D (Depresión) se encuentra ligeramente arriba de lo normal. En su autorregistro semanal, solamente indica que un día de la semana prendió 3 cigarros para otras personas.

### **Sesión 8**

En las semanas previas cuando se le realizó la fibrobroncoscopia el paciente se sintió mal y mareado por lo que le resultó un procedimiento muy doloroso que al ser un procedimiento invasivo generó una conducta evitativa a la conducta del consumo de tabaco (fumado) y con ello se le pidió que realizara la lectura de su carta de despedida al cigarro, indicó que al



escribir la carta se sintió como un desahogo. Mencionó que tuvo una crisis de ansiedad por la pérdida de su negocio y la falta de dinero. Se le indicó que observara las oportunidades con las que puede trabajar para encontrar una solución. En el autorregistro que se le entregó para esta semana indicó la hora, el lugar, lo que estaba haciendo y cómo se sentía; los lugares que más coinciden son la casa, principalmente el comedor: al trabajar, comer con clientes y se sentía preocupado, enojado y frustrado.

## **Sesiones de seguimiento**

### **Sesión 1 (15 días)**

Tras 62 días sin consumo de tabaco, el paciente indicó sentirse tranquilo, ha realizado diferentes actividades como salir a caminar, cocinar y ayudar con la limpieza. Además, ha buscado contactos que le permitan retomar su trabajo, sin embargo, el tema del trabajo le genera ansiedad, por lo que se mencionaron las distintas opciones que tiene para retomar. El médico de la clínica le explicó que el nódulo se encuentra dentro del alveolo, la falta de mucosidad lo produjo por lo que cada 5 años se le recomienda realizar una tomografía como chequeo y cada 5 años la fibrobroncoscopia, indicándole que la mucosidad puede regenerarse en 10 años si se mantiene sin consumo.

### **Sesión 2 (30 días)**

Para la segunda sesión de seguimiento, 30 días posteriores a la sesión de término y con 77 días sin consumo de tabaco, indica que se siente bien y tiene estabilidad laboral; de igual manera, indicó que desde hace unas semanas comenzó a vivir con su hermano en Chalco por la buena calidad del aire, se siente mejor y le ayuda a mantenerse económicamente estable; se le reconoce el esfuerzo y la dedicación que ha realizado al mantenerse sin consumo de tabaco y mantener su estado de salud. Posteriormente, el Doctor Arturo Guerrero le ayudo a resolver algunas dudas relacionadas con los resultados de gastroenterología.

### Sesión 3 (60 días)

A 92 días sin consumo de tabaco, se le entregó al paciente un consentimiento informado, indicándole que su caso es de interés para realizar una investigación de titulación, por lo que es importante que lo lea y nos indique si está interesado en participar (anexo 8). Se le indicó que se le van a aplicar unas pruebas psicológicas para continuar con el seguimiento de su tratamiento (IDARE, CES-D, BARRAT, BAI, BDI), con el objetivo de determinar los niveles de ansiedad, depresión, impulsividad y la mejoría o el declive de sus habilidades cognitivas de acuerdo con los resultados de la primera aplicación de pruebas.

Figura 4. Se indican los resultados pretest-postest de las pruebas empleadas para evaluar síntomas de ansiedad. Los resultados indican que en la prueba IDARE estado (IDARE-E) los resultados incrementaron cuando se evaluó al paciente en la tercera sesión de seguimiento.

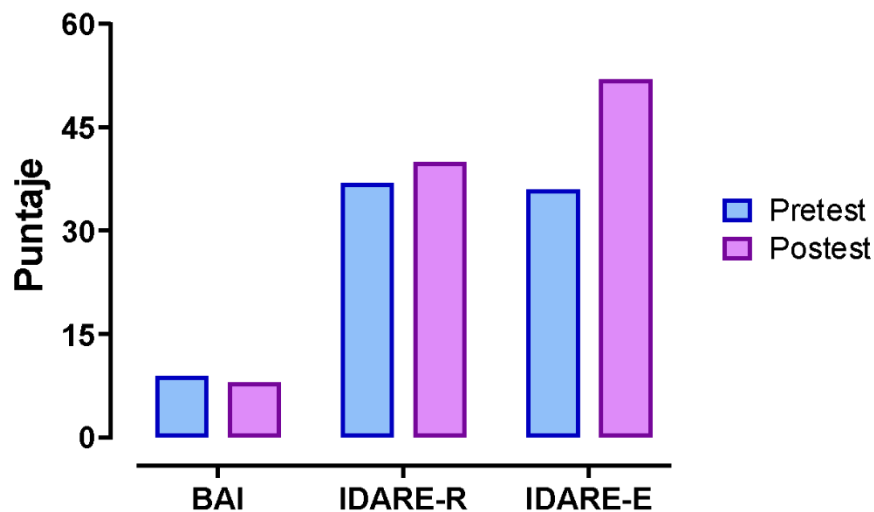


Figura 5. Las pruebas para evaluar depresión. Los resultados indican que en los síntomas depresivos disminuyeron cuando estos se evaluaron a los 86 días de seguimiento, si bien los datos del BDI sugieren que en el seguimiento no hay signos de depresión, el CES-D solo detectó síntomas depresivos leves.

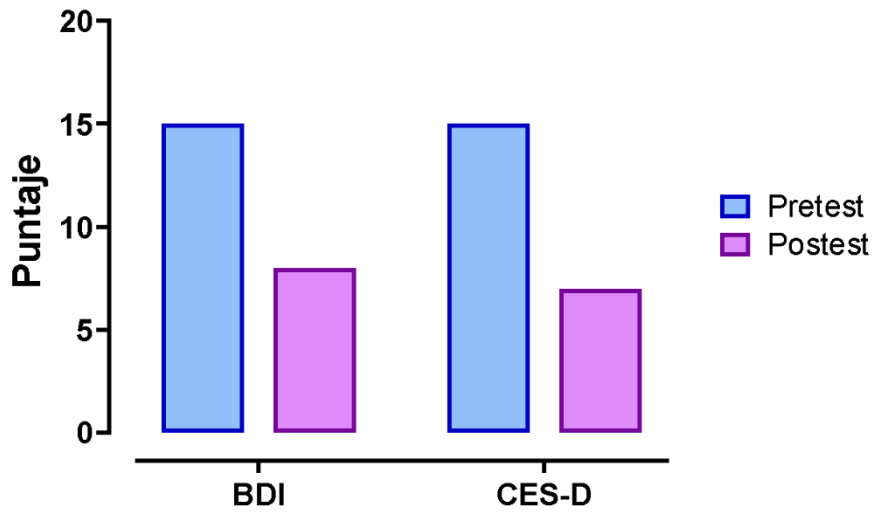


Figura 6. Los resultados en la escala de impulsividad. Los resultados indican un ligero aumento en la impulsividad del paciente, principalmente en impulsividad motora, que se refiere a la tendencia para actuar sin pensar y en la impulsividad cognitiva, que se refiere a la propensión de tomar decisiones rápidamente, sin embargo, la prueba no cuenta con un punto corte, se considera que un puntaje mayor a 70 puntos se considera una impulsividad de riesgo.

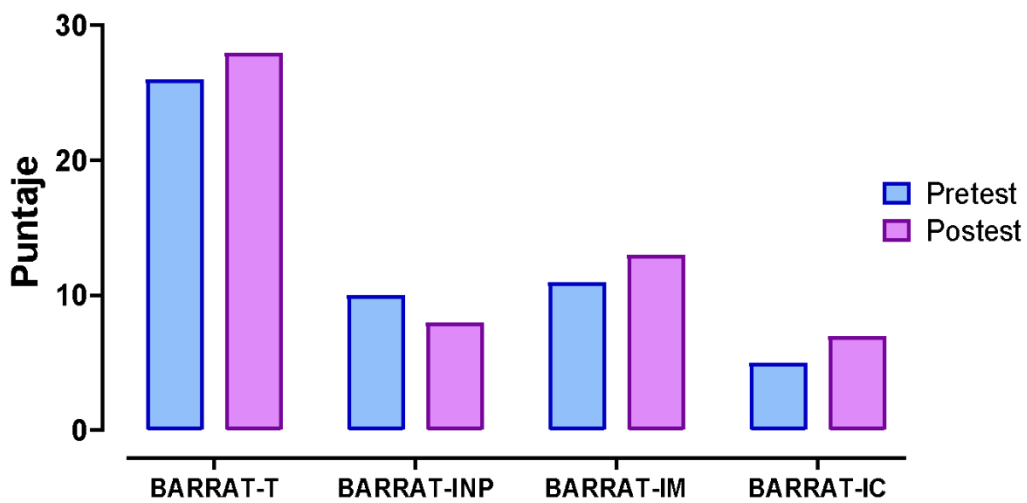


Figura 7. Motivos para fumar. Aunque inicialmente se detectó que al inicio de la intervención el paciente tenía mucha dependencia a la nicotina (7 puntos), cuando se evaluó en el postest se identificó que el paciente ya no tenía dependencia a la nicotina. La evaluación de los motivos para fumar sugiere que el paciente consumía principalmente con el objetivo de relajarse, manipular o reducir la tensión, estos motivos se redujeron tras la intervención.

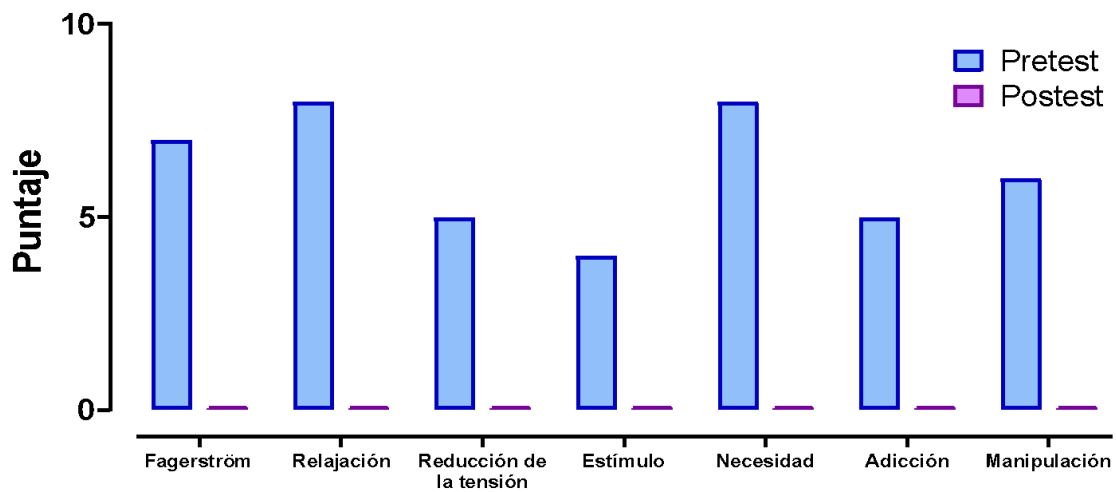
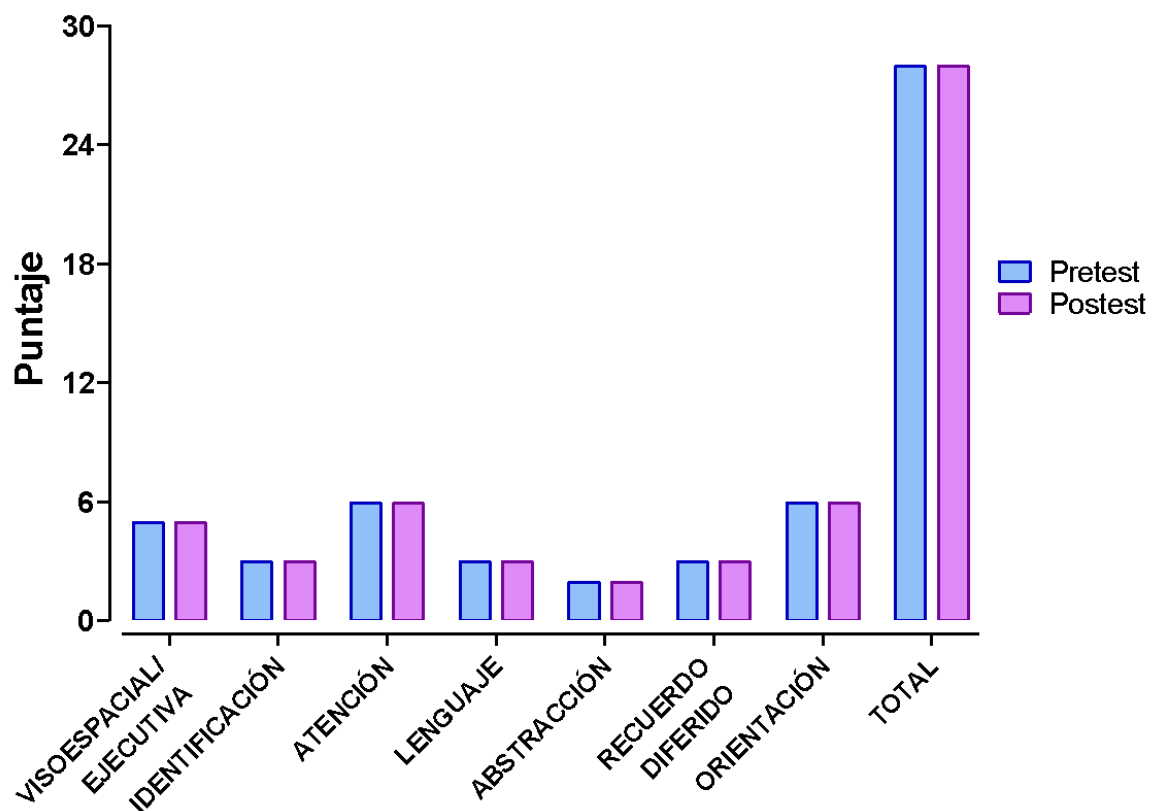


Figura 8. Deterioro cognitivo. El paciente mantuvo el mismo puntaje entre el pretest y el postest en los 6 criterios con un total de 28 puntos, lo que indica que se mantiene en un puntaje normal sin considerar un deterioro cognitivo, sin embargo, dentro de la prueba se observó que el rubro de memoria, el paciente logró evocar las palabras indicadas utilizando únicamente las pistas de categoría en el postest.



## DISCUSIÓN

El principal objetivo de la investigación fue determinar si el paciente que asistió a la Clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas del Hospital General de México, para la cesación del consumo de tabaco, presentaba un deterioro cognitivo para lo cual se implementó la Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA) por medio de un diseño pre-experimental de pretest-posttest (con 86 días de diferencia). El MOCA evalúa: el rubro de visuoespacial/ejecutiva, la identificación de animales, la memoria, la atención, el lenguaje, la abstracción, el recuerdo diferido y la orientación del paciente (Aguilar et al. 2017). De acuerdo con la información recabada, el deterioro cognitivo llega a desarrollarse en pacientes con consumo de tabaco, siendo la Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA) una prueba accesible, sencilla para responder y para aplicar, en donde se explica de manera detallada los posibles deterioros que puede presentar el paciente.

En la Evaluación pretest (6 días sin consumo) el paciente obtuvo una puntuación de 28/30 que significa que el paciente no tiene deterioro cognitivo pues su ejecución fue normal. Cabe destacar que los únicos problemas que se identificaron fueron en el recuerdo diferido para la evocación de palabras, ya que incluso con las pistas de categoría y las pistas de opción múltiple no fue capaz de recordar las palabras indicadas; en las demás áreas no obtuvo errores, por lo que se descarta deterioro cognitivo. De acuerdo con algunos estudios, la nicotina produce cambios cognitivos como la capacidad de mantener la atención, memorizar información (Nadar et al., 2021) e incluso, durante la abstinencia se produce cambios como consecuencia del cese en su administración; mientras que en pacientes con EPOC se ha identificado algún grado de déficit cognitivo que compromete áreas como la memoria, funciones ejecutivas, atención y concentración debido a que presentan periodos de hipoxia que lo desencadenan (Giménez et al., 2020).

Si bien en la Evaluación posttest se observó que tanto a sintomatología depresiva y ansiosa disminuyeron, así como los motivos para fumar y a dependencia a la nicotina, la evaluación cognitiva no mostró cambios en el puntaje en comparación con la medición pretest aunque

es necesario destacar que en la segunda evaluación hubo mejoría en el área de memoria, ya que únicamente requirió pistas de categoría para recordar la información.

Como se indicó previamente el consumo de tabaco es un problema mundial de salud debido a que puede cursar con comorbilidades como EPOC que no sólo aumenta el costo en los servicios de salud, sino que también se ha asociado a la presencia de deterioro cognitivo en pacientes con tabaquismo (Giménez et al., 2020).

Por lo anterior, y, para reducir los costos de salud, se han desarrollado opciones terapéuticas que mejoren la calidad de vida de los pacientes como la implementación de la TCC + el tratamiento médico con el objetivo de que los pacientes cesen el consumo de tabaco.

## **CONCLUSIONES**

Teniendo en cuenta que ambas pruebas se aplicaron cuando el paciente no tenía consumo de tabaco y hubo errores similares que pudieron ser causado por factores externos es importante determinar si estos tienen un valor significativo para la investigación.

El conjunto de información recabada en la historia clínica, en las sesiones en el tratamiento del paciente y la aplicación de la Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA) nos permitieron evaluar el estado cognitivo del paciente durante el cese de consumo de tabaco, considerando su estilo de vida y su estado de salud. Para diagnosticar la existencia de deterioro cognitivo en consumidores de tabaco es necesario extender el periodo de evaluación, así como agregar las pruebas neuropsicológicas correspondientes.

## **PERSPECTIVAS**

Identificar el impacto cognitivo que produce el consumo de sustancias psicoactivas durante la fase de abstinencia.

Ofrecer a los pacientes de la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas acompañamiento terapéutico relacionado y psicoeducación para afrontar el déficit cognitivo asociado al consumo de sustancias psicoactivas en caso de diagnosticarse.

Implementar el uso de pruebas psicológicas usadas en la Clínica Contra el Tabaco y otras Sustancias Adictivas como parte de una evaluación integral



## LIMITACIONES

- No hubo un control de variables
- No se corroboró la información con otras pruebas neuropsicológicas
- Ambas pruebas se realizaron al momento de que el paciente ya había abandonado el consumo tabaco
- El paciente no cuenta con una red de apoyo
- No cuenta con las habilidades para gestionar sus emociones y organizar su presupuesto
- Si bien el diseño consideró 8 sesiones de intervención, la mayor parte del trabajo se enfocó en variables médicas, más que psicológicas

## REFERENCIAS

- Aguilar-Navarro, S., Mimeza-Alvarado, A., Palacios-García, A., Samudio-Cruz, A., Gutiérrez-Gutiérrez, L., y Ávila-Funes, J. (2017). Validez y confiabilidad del MOCA (Montreal Cognitive Assessment) para el tamizaje del deterioro cognoscitivo en México. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. 47 (4)
- Aguilera, K., y Lores, C. (2016). Efectos neuroquímicos de la nicotina en el cerebro humano. *Revista* 16 de Abril. Vol. 54 (260). pp: 31-41.
- American Psychological Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta ed.).
- Badia, A. (2019). Clasificación de las drogas-OMS y sus efectos. Blog Psicología-Online. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/clasificacion-de-las-drogas-oms-y-sus-efectos-918.html>
- Beck, J. (2006). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Beltrán, M., Freyre, M., y Hernández, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, Vol.30 (1), 5-13.
- Barberán, J. (2018). Síndrome de abstinencia por drogas en adulto joven. [Dimensión práctica del examen complejo previo a la obtención del grado académico de licenciado(a) en enfermería]. Universidad Técnica de Babahoyo.
- Berra, E., y Muñoz, S. (2018). El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal. *Revista digital Internacional de Psicología y Ciencia Social* Vol. 4 (1).
- Bezanilla, J., Torres, V., y Lara, L. (2010). Análisis de la adaptación de la prueba psicológica MMPI-II para su aplicación en la población Mexicana. *Revista EOS* Vol. 5 (6).
- Butcher, J., Graham, J., Ben-Porath, Y., Tellegen, A., Dahlstrom, W., y Kaemmer, B. (2019). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2* (4ta Ed.). TEA Ediciones.
- Carrascoza, C., López, F., Domínguez, B., Olvera, Y., Sanchez, J., Campos, E., Jurado, S., Echeverría, L. Cárdenas, G., Gutiérrez, M., Reyes, F., Stepanoy, N., Moreno, A., Cruz, S.,

- Reyes, P., Vázquez, O., y Becoña, E. (2020). Terapias cognitivo-conductuales en México. Fundación de investigaciones sociales, AC. (FISAC). Facultad de estudios superiores Iztacala, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Caudevilla, F. (S.F.). Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. Grupo de intervención en Drogas semFYC.
- CEPREDEY. (2021). Factores de riesgo y protección asociados a la conducta delictiva y el uso problemático de sustancias en juventudes de Yucatán. Centro Estatal de Prevención del Delito y Participación Ciudadana del Estado de Yucatán. Gobierno del Estado de Yucatán.
- CENAPRECE. (2015). Alteraciones de la Memoria en la Persona Mayor Adulta. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Guía de consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención. Secretaría de Salud, México.
- CONADIC. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-0028-SSA3-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Comisión Nacional contra las Adicciones
- CONADIC. (2013). Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de "Nueva Vida". Comisión Nacional contra las adicciones. ISBN 978-970-721-491-0
- Corvalán, M. (2017). El tabaquismo: una adicción. Revista chilena. Vol. 33 (3).
- Cruz, S. (2014). Los efectos de las drogas: de sueños y pesadillas. (2da ed.) Trillas.
- Delgado, C., Aranedac, A., y Behrens, M. (2019). Validación del instrumento Montreal Cognitive Assessment in english en adultos mayores de 60 años. Validación de la versión en español del test Montreal Cognitive Assessment en adultos mayores de 60 años. Revista Neurología, Vol. 34 (6). pp: 376-385.
- Dianova. (2022). Informe mundial sobre las drogas. Disponible en: <https://www.dianova.org/es/noticias/informe-mundial-sobre-las-drogas-2022/>
- Díaz, S. (2019). Autoregistro para la ansiedad: una técnica eficaz. Amadag. Disponible en: <https://amadag.com/autoregistro-para-la-ansiedad/#:~:text=El%20autoregistro%20es%20el%20paso,otros%20m%C3%A1s%20realistas%20y%20adaptativos.>

Díaz, V., García, L., Sansores, R., y Ramírez, A. (2014). Impacto del tabaquismo y la EPOC sobre el funcionamiento cerebral. *Neumol Cir Torax*, Vol. 73 (3).

Fernández, E. y Figueroa, D. (2018). Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. Vol. 17 (2).

Fuentes, C. (2 de diciembre de 2012). Nicotina. *Química Orgánica*. Disponible en: <https://www.quimicaorganica.net/nicotina.html>

García, M., Rodríguez, M., Carreño, S., García, C., Romero, A., y Juárez, F. (2021). Módulo 1 Importancia de atender el tabaquismo Manual de capacitación: Atención del tabaquismo en el Primer contacto con pacientes. (1-37). México: Instituto Nacimiento de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Fundación Gonzalo Río Arronte I.A.P (a)

García, M., Rodríguez, M., Carreño, S., García, C., Romero, A., y Juárez, F. (2021). Módulo 2 Consejería Breve y Motivación para dejar de fumar Manual de capacitación: Atención del tabaquismo en el Primer contacto con pacientes. (38-89). México: Instituto Nacimiento de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Fundación Gonzalo Río Arronte I.A.P (b)

García, M., Rodríguez, M., Carreño, S., García, C., Romero, A., y Juárez, F. (2021). Módulo 3 Cigarro Electrónico Manual de Capacitación Atención del tabaquismo en el Primer contacto con pacientes. (96-106). México: Instituto Nacimiento de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Fundación Gonzalo Río Arronte I.A.P (c)

García, C. (2022). Terapia Racional Emotiva Conductual en una usuaria sin autoaceptación incondicional [Trabajo de suficiencia profesional para optar el título de licenciada en psicología]. Universidad Peruana.

Giménez, A., Del Mar Bruna, M., Latorre, A., Lafuente, S, Del Mar Navarro, M., e Ibañez, T. (2020). EPOC y la relación con el deterioro cognitivo. *Revista Sanitaria de Investigación*.

Gould, T. (2010). Adicción y cognición. Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas(NIDA) Vol.5(2). Disponible en;

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3120118/#:~:text=Thus%2C%20chro>

[ic%20substance%20abuse%20can,lead%20to%20lasting%20cognitive%20d](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3120118/#:~:text=Thus%2C%20chro)

ecline

- Karila, L., Coscas, S. Hermand, M., Lafaye, G., Donnadieu, H., y Benyamina, A. (2020). Conductas adictivas (excluido el tabaco). Revista Elsevier. Vol. 24 (4). Terapia psicológica.
- Leiva-Gutiérrez, J., y Urzúa, A. (2018), Craving en adicciones conductuales: propuesta de un modelo teórico explicativo en la adicción a Facebook y mensaje instantáneo. Vol. 36 (1).
- López, P. (2020). EPOC, novena causa de muerte en México. Gaceta UNAM. Disponible en: [gaceta.unam.mx/epoc-novena-causa-de-muerte-en-mexico/](http://gaceta.unam.mx/epoc-novena-causa-de-muerte-en-mexico/)
- Loureiro, C., García. C., Adana, L., Yacelga, T., Rodríguez, A., y Maruta, C. (2018). Uso del test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) en América Latina: revisión sistemática. Revista neurología. Vol. 66 (12).
- Lupa, S., Yacaman, R., Martínez, E., y Ruelas, V. (2015). La relevancia del expediente clínico para el quehacer médico. Revista Mediagraphic. Vol. 60 (3)
- Martelo, O. y Arévalo, J. (2017). Funcionamiento cognitivo y estados emocionales de un grupo de niños y adolescentes con bajo rendimiento académico. Revista Neuropsicología Latinoamericana. ISSN 2075-9479 Vol. 9 (3).
- Martínez, M., Rojas, A., Lázaro, R., Meza, J., Ubaldo, L., y Ángeles, M. (2020). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Bases para el médico general. Revista de la Facultad de Medicina (México) SCIELO, Vol 63 (3).
- Méndez, M., Romero, B., Cortés, J., Ruíz, A., y Prospéro, O. (2017). Neurobiología de las adicciones. Revista de la Facultad de Medicina (México). Scielo. Vol. 60 (1).
- Mendoza, I. (2020). Terapia Cognitivo Conductual: Actualidad, tecnología [Trabajo de investigación para optar el título de licenciado en psicología]. Universidad peruana.
- Molero, A., Muñoz, J. (2005). Psicofarmacología de la nicotina y conducta adictiva. Departamento de psicología experimental y fisiología del comportamiento, Universidad Granada, Vol 7 (3) pp:137-152.
- Morales, M., y Barbano, F. (2023). Capítulo 2 - Circuitos del cerebro medio (VTA). Revista AcademicPress. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780128234532000084>

- Muñoz, M., Vélez, N. (2017). Adicciones y factores protectores y de riesgo en la adolescencia. Revista electrónica Psyconex. Vol. 9 (15).
- Nadar, M., Hasan, A., y Alsaleh, M. (2021). El impacto negativo del tabaquismo crónico en la función neuropsicológica del adulto: un estudio transversal. Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA). Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.
- NIDA (2019). Los alucinógenos-DrugFacts. Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA). Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.
- NIDA (2020). El uso indebido de drogas y la adicción. Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA). Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. (a)
- NIDA. (2020). Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción. Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA). Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. (b)
- NIDA (2020). Cigarrillos electrónicos (e-cigs). Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA). Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. (c).
- NIDA. (2020). ¿La nicotina es adictiva?. Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA). Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (d)
- NIDA (2020). ¿En qué consisten los tratamientos para la dependencia del tabaco?. Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA). Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (e)
- NIDA. (2021). La enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable asociada a deterioro cognitivo: posible factor de causalidad. PubMed Central. Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA). Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.
- NIDA. (2022). Analgésicos narcóticos. MedlinePlus, Instituto Nacional de Salud (a)
- NIDA. (2022). Las drogas y el cerebro. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estado Unidos (b).
- NOM-004-SSA3-2012. (2022). NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Revista CONAMED. Vol. 27 (3)

- Ocampo, M. A. (2011). Propuesta de transición de la clínica contra el tabaquismo a la clínica de atención de día para tabaco, alcohol, conductas adictivas y otras drogas en el HGM [Tesis de maestría] Centro de Postgrados del Estado de México.
- Ocaña, C., Montoya, P., y Bolaño, G. (2019). Perfil clínico neuropsicológico del deterioro cognitivo subtipo posible Alzheimer. *Medisan*. Vol. 23 (5).
- Ortiz, M. (2017). Adaptación y evaluación de un servicio de tecnología móvil para dejar de fumar [Tesis doctoral en Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana]. Instituto de Ciencias de la Salud:  
<https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/52262/OrtizLeonMaria.pdf?sequence=1>  
[isAllowed=y](#)
- OMS. (1969). Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia. Organización Mundial de la Salud, serie de informes técnicos No. 407.
- OMS. (2006). Tabaco: mortífero en todas sus formas. 31 de Mayo Día Mundial Sin Tabaco. Organización Mundial de la Salud
- OMS. (2022). Alcohol. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> (a)
- OMS. (2022). Tabaco. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (b)
- Portellano, J.A. (2005). Estudio funcional del Sistema Nervioso. En: J.M. Cejudo. (Ed.) Introducción a la neuropsicología (pp: 73-81. Mc Graw Hill.
- Prochaska, J., DiClemente, C. (1992). Stages of change in modification of problem behaviors (Etapas de cambio en la modificación de los problemas de comportamiento). En: Hersen, M., Eisler, R., y Miller, P. Eds. *Progress in Behavior Modification (Progreso en la modificación de comportamiento)*. Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company.
- Pujadas, D., Pérez, J., y García, P. (2020). Tratamiento de un caso de acción a la nicotina. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*. 1. ISSN 2255-5609
- Rang, H., Dale, M., Ritter, J., Flower, R., y Herderson, G. (2012). *Farmacología*. Editorial: ELSEVIER, Séptima edición.

- Ripoll, D. (2011). Cerebro y adicción. Editorial UOC
- Rivas-Rivero, E., Bonilla-Algovia, E., y Vázquez, J. J. (2020, January). *Factores de riesgo asociados al consumo de sustancias en mujeres víctimas de maltrato en contexto de pobreza*. Anales de Psicología.
- Roco, A., Cerda, B., Cayún, J. P., Lavanderos, A., Rubilar, J. C., Cerro, R., Acevedo, C., Cáceres, D., Varela, N., y Quiñones, L. (2018). Farmacogenética, tabaco, alcohol y su efecto sobre el riesgo de desarrollar cáncer. *Revista chilena de pediatría*. Vol. 89 (4).
- Rodríguez, E. (2018). Técnicas de relajación en el paciente con ansiedad. Interpsiquis XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. Disponible en: <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-23-pon3%20005.pdf>
- Rojo-Mota, G., Pedrero-Pérez, E., Ruíz-Sánchez, J., Llanero-Luque, M., y Puerta-García, C. (2013). Cribado neurocognitivo en adictos a sustancias: la evaluación cognitiva de Montreal.
- Rondón, J., y Reyes, B. (2019). Introducción al modelo transteórico: rol del apoyo social y de variables sociodemográficas. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. Vol. 22 (3).
- Ruíz, A., Beverido, P., Salas, B., y Ortiz, M. (2018). Publicidad y consumo de tabaco en mujeres de la Ciudad de México. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*. Vol. 18 (1).
- Salazar, C. (2019). Actualización de pruebas psicométricas utilizadas en la clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas del Hospital General de México. [Informe profesional de servicio social para obtener el título de licenciada en psicología]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Salazar, E. F., y Bermudez, J. L. (2019). Deterioro Cognitivo en jóvenes por el consumo excesivo de drogas. [Trabajo de titulación de grado previo a la obtención del título de licenciado en enfermería]. Universidad Estatal de milagro. Facultad ciencias de la salud. Ecuador.
- Sampedro-Piquero, P., Ladrón de Guevara-Mirando, D., Pavon, F., Serrano, A., Suarez, J., Rodriguez de Fonseca, F., Santín, L., y Castilla-Ortega, E. (2018). Deterioro neuroplástico y cognitivo en los trastornos por uso de sustancias: un potencial terapéutico de la estimulación cognitiva. PubMed. (106). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30481530/>



- Santos, A., Saura, P., y López, C. (2020). Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: aspectos diferenciales entre hombres y mujeres. Revista Anales de Psicología, Scielo. Vol. 36 (3).
- Sanz, J. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. Medicina Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Vol. 12 (85).
- Sateler, A., Pino, G., López, A., Silva, L., Solari, S., Duffau, B., y Ríos, J. C. (2019). Nombres populares y clasificación de las drogas de abuso ilícitas en Chile. Revista Médica Chile. Vol. 12 (147).
- Secretaría de Salud. (2022). Día mundial sin tabaco. Instituto Mexiquense Contra las adicciones. Secretaría de Salud del Estado de México (a)
- Secretaría de Salud. (2022). Día nacional contra el uso nocivo de bebidas alcohólicas. Departamento de Enfermedades Crónicas no transmisibles de los Servicios de Salud del Estado de Puebla y Departamento de Promoción de la Salud de los Servicios del Estado de Puebla. Secretaría de Salud, Gobierno de Puebla (b)
- Servicio de Salud Pública. (2010). Guía de tratamiento del tabaquismo. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Intervenciones clínicas sobre el tabaquismo. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47495/>
- Thau, L., Reddy, V., y Singh, P. (2022). Anatomía, Sistema Nervioso Central. National Library of Medicine. Instituto Nacional sobre el Abuso de las Drogas (NIDA).
- Trebilcock, J., y Paz, M. (2018). Tabaquismo y Salud Mental. Revista chilena de neuro-psiquiatría. Vol. 56 (3).
- UNODC, (2015). Problemática de las drogas. Prevención del uso indebido. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Proyecto “Prevención del Uso Indebido de Drogas en Comunidades Educativas de Bolivia”
- UNODC, (2022). El Informe Mundial sobre las Drogas 2022 de UNODC destaca las tendencias del cannabis posterior a su legalización, el impacto ambiental de las drogas ilícitas y el consumo de drogas entre mujeres y personas jóvenes. Oficina de Enlace y Parteneriado en México. a

UNODC. (2022). Drug Market trends. Cocaine, amphetamine-type stimulants new psychoactive substances [Folleto 4]. World Drug Report. b

Disponible en: <https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/el-informe-mundial-sobre-las-drogas-2022-de-unodc-destaca-las-tendencias-del-cannabis-posterior-a-su-legalizacin--el-impacto-ambiental-de-las-drogas-ilcitas-y-el-consumo-de-drogas-entre-mujeres-y-personas-jvenesok.html>

Valdevila, J. A., Gilbert, J., Carcelén, R., Valdevila, R., y Murillo-Zúñiga, D. (2020). Relación entre el consumo de drogas psicoactivas y el deterioro cognitivo en pacientes ecuatorianos drogodependientes. Revista Correo Científico Médico (CCM). Vol.24(2)

Varela, L., Correa, F., Cazaux, A., Spaccesi, A., Salicia, A. y Vanoni, S. (2021) La enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable asociada a deterioro cognitivo: posible factor de causalidad. Revista Facultad de Ciencia Médicas de Córdoba. Vol. 78 (2).

Vega, J., Escobedo, B. y Zumárraga, F. (2017). Marihuana y drogas ilícitas en jóvenes mexicanos. Factores de riesgo y protección asociados a la edad de inicio de consumo. Revista Iberoamericana de Psicología. México.

Wettke, C. (2021). Enfermería, riesgos psicosociales y trastornos relacionados al consumo de sustancias. Revista Chilena de enfermería. Vol. 3(1).

Zhuang, Y., Peiyu, X., Mao, C., Wang, L., Krumm, B., Zhou, E., Huang, S., Liu, H., Cheng, X., Huang, P., Shen, D. D., Xu, T., Feng, Y., Wang, Y., Guo, J., Jiang, Y., Jiang, H., Melcher, K., Roth, B., Zhang, Y., y Xu, E. (2021). Información estructural sobre los complejos de señalización de los receptores de dopamina D1 y D2 humanos. Revista CellPress. Vol. 184 (4).

# ANEXOS

## Anexo 1



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

ES USTED:     EL INTERESADO     FAMILIAR DEL FUMADOR     CONOCIDO DEL FUMADOR

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

CARNET: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

COMO SE ENTERÓ DEL SERVICIO DE LA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

QUÉ LO MOTIVO A BUSCAR AYUDA: \_\_\_\_\_

ACTUALMENTE CUÁNTOS FUMA \_\_\_\_\_ DESDE CUANDO \_\_\_\_\_ MÍNIMO/MAXIMO POR DIA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

QUE SIGNIFICA FUMAR PARA USTED \_\_\_\_\_

QUE PLACENTERO ES FUMAR PARA USTED:     NADA     POCO     MUCHO     DEMASIADO

PARA SU SALUD COMO CONSIDERA SU ACTUAL CONSUMO DE CIGARROS:

SIN RIESGO     POCO RIESGOSO     MUCHO RIESGO     DEMASIADO RIESGO

CUANDO LE GUSTARIA DEJAR DE FUMAR:

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

CUANDO CONSIDERA/PIENSA DEJAR DE FUMAR:

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

SE CONSIDERA PREPARADO PARA DEJAR DE FUMAR: \_\_\_\_\_

QUE NECESITA PARA LOGRARLO: \_\_\_\_\_

QUE ESPERA DEL TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

**AHORA, ENTREGUE ESTA HOJA AL PERSONAL QUE SE LA PROPORCIONO**

**PARA LLENADO SOLO DE LA CLINICA CONTRA EL TABAQUISMO**

SE REALIZARON:     VIA TELEFONICA     CONSULTORIO

**¿PORQUÉ ESTA INTERESADO EN INGRESAR AL TRATAMIENTO?:**

**IMPRESIÓN DIAGNOSTICA, ETAPA MOTIVACIONAL Y OBSERVACIONES:**

FECHA Y HORA DE PROXIMA CITA: \_\_\_\_\_

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

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

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



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad de México, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

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

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

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

Nombre y firma del Terapeuta

Firma del Usuario

### "A la vanguardia en el cuidado de la vida"

CLÍNICA CONTRA EL TABACO  
Servicio de Neumología y  
Cirugía de tórax

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

Tel. 2789-2000 Ext. 5127  
[ccthgmod@yahoo.com.mx](mailto:ccthgmod@yahoo.com.mx)

### Anexo 3



#### NIVEL DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA "FAGERSTRÖM"

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

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

Puntaje total: \_\_\_\_\_

0-2 muy poca dependencia  
3-4 poca dependencia

5 dependencia media  
6-7 mucha dependencia

8-10 dependencia alta

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.  
2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof. 10

### Cuestionario de Motivos de Fumar cct2

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

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

1) Estimulo \_\_\_\_\_

2) Manipulación \_\_\_\_\_

3) Relajamiento \_\_\_\_\_

4) Reducción de tensión \_\_\_\_\_

5) Necesidad \_\_\_\_\_

6) Adicción \_\_\_\_\_

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

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof. \_\_\_\_\_

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

**CES-D**

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

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

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

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.  
2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof. 13

**IDARE**

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

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

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

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

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

16



**BARRATT**

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

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

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

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

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

18

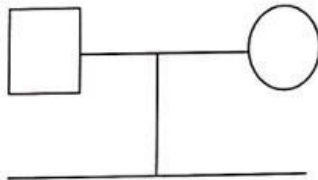
	Raramente o nunca	Ocasionalmente	A menudo	Siempre o casi siempre
17. Visito al médico y al dentistas con regularidad	INP			
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren	IM			
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	IC			
20. Cambio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

# Anexo 4



## ENTREVISTA DE PRIMERA VEZ, PACIENTE CON TABAQUISMO.

FECHA Y HORA \_\_\_\_\_ CARNET \_\_\_\_\_ **DIAGNOSTICO TENTATIVO:** \_\_\_\_\_  
 APELLIDO PATERNO/ MATERNO/ NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 EDO. CIVIL \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ ENTIDAD FEDERATIVA \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 RECIBO PAGO \_\_\_\_\_ RFC: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y TELEFONO DE FAMILIAR PARA EMERGENCIAS \_\_\_\_\_  
 MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_  
 DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 AREAS LIBRES DE CONFLICTO:  
 (Relaciones, actividades, etc. Saludables) \_\_\_\_\_  
**FAMILIOGRAMA** (Explorar relaciones interpersonales de primero y segundo grado, o tres generaciones, con quien vive, tipo de vivienda, convivencia familiar, historia médica familiar, datos generales de familiares directos, antecedentes patológicos y no patológicos, áreas laboral, social, académica, noviazgo, pareja).



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

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.  
 2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

### HISTORIA DE FUMADOR

CUÁNTOS FUMA \_\_\_\_\_ DESDE CUANDO \_\_\_\_\_ MINIMO/MAXIMO POR DIA: \_\_\_\_\_ /

MARCA: \_\_\_\_\_ TIPO: Light Extra light Regular Puro Pipa

CIGARROS MÁS PLACENTEROS DEL DIA (3): a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_ c) \_\_\_\_\_

Hora del primer cigarro del día: \_\_\_\_\_ Del último del día: \_\_\_\_\_ Tiempo Total Consumo: \_\_\_\_\_

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

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

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

CUÁNTOS CIGARROS POR DÍA FUMÓ \_\_\_\_\_ POR CUÁNTO TIEMPO: \_\_\_\_\_

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

TIEMPO MAX. DE ABSTINENCIA: \_\_\_\_\_ CÓMO LO LOGRO: \_\_\_\_\_

MOTIVO por el cual volvió a fumar: \_\_\_\_\_ FECHA ÚLTIMO INTENTO: \_\_\_\_\_

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

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

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

REALIZA EJERCICIO FÍSICO ( SI ) CUÁL: \_\_\_\_\_

(NO) POR QUÉ: \_\_\_\_\_

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

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

**OTRAS DROGAS (OMS - ASSIST V3.0)**

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

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

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

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

6

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

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

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

CUÁL: \_\_\_\_\_

ESTA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO: (NO) (SI) POR QUÉ: \_\_\_\_\_

PRESENTA PROBLEMAS PARA DORMIR: (NO) (SI) CUÁLES: \_\_\_\_\_

TIENE ALGUNA MOLESTIA FÍSICA: (NO) (SI) CUÁL: \_\_\_\_\_

ESTA CONSUMIENDO ALGÚN MEDICAMENTO SIN PREESCRIPCIÓN MÉDICA: \_\_\_\_\_

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

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

ENTREVISTO: \_\_\_\_\_ COTERAPEUTA: \_\_\_\_\_

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

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.

**ESTILO DE VIDA**

**POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

CUÁNTAS COMIDAS HACE AL DÍA: \_\_\_\_\_

CUANTO TIEMPO DEJA PASAR ENTRE UNA COMIDA Y LA SIGUIENTE: \_\_\_\_\_

CUANTAS VECES POR SEMANA CONSUME EN SU DIETA:

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

CUALES SON LAS BEBIDAS QUE ACOSTUMBRA:

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

Nombre y firma de psicólogo que entrevista/Ced. Prof.  
2011, Formato creado y adaptado con base a la NOM-028 SSA y NOM-168 SSA

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof. 8

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre y firma psicólogo Adscrito/Ced. Prof.



Anexo 5



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO  
DR. EDUARDO LICEAGA  
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA  
LICENCIA SANITARIA N°13 AM 09 015 0005  
NOTAS DE EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO  
(HOJA DEL MÉDICO)



Servicio de: Clínica contra el Tabaco y otras sustancias adictivas Cama: Externo Expediente: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Sesión: \_\_\_\_\_

Fecha y hora / / :	<i>Nota clínica de primera vez. Clínica Contra el Tabaco y Otras Sustancias Adictivas</i>
Diagnóstico Psicológico: _____	
Diagnóstico Médico: _____	
Próxima cita: / / :	
Folio: _____	

Todas las notas deberán llevar: Nombre Completo, Cédula Profesional y Firma del Médico Tratante.

DR BALMIS N° 148 COL. DOCTORES. DELEGACIÓN CUAUHEMOC. C.P. 06726 MÉXICO D.F. TEL 27-89-2000

Anexo 6



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



Servicio de : \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Sesión: \_\_\_\_\_

Fecha y hora / / / :  Diagnóstico Psicológico:        Diagnóstico Médico:        Próxima cita: / / Hora: :  Folio:	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Modalidad</th> <th colspan="8">OBJETIVO:</th> </tr> <tr> <td>Individual</td> <td>Grupal</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Alineo e Higiene personal:</td> <td colspan="2">Bien alineado</td> <td colspan="2">Descuidado, limpio</td> <td colspan="2">Descuidado, sucio</td> <td colspan="2">Muy desalineado</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Esferas Cognitivas:</td> <td>Lugar</td> <td colspan="2">Persona</td> <td colspan="2">Circunstancia</td> <td colspan="3">Tiempo</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Edad aparente y cronológica:</td> <td colspan="3">No difiere</td> <td colspan="2">Se observa de menor edad</td> <td colspan="3">Se observa de mayor edad</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Afectividad:</td> <td>Normal</td> <td>Angustiado</td> <td>Deprimido</td> <td>Enojado</td> <td>Agresivo</td> <td>Lábil</td> <td colspan="2">Temeroso</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Contenido del lenguaje:</td> <td colspan="2">Normal para su edad</td> <td>Prolijo</td> <td>Perseverante</td> <td>Pobre para su edad</td> <td>Florido para su edad</td> <td colspan="2">Fantasiosos en exceso</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Actividad general:</td> <td>Normal</td> <td>Hiperactivo</td> <td>Pasivo</td> <td>Actitud General:</td> <td>Libre</td> <td>Forzada</td> <td>Sugerida</td> <td>Tensión</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tono de voz:</td> <td>No habla</td> <td>Normal</td> <td>Bajo</td> <td>Alto</td> <td>Memoria:</td> <td>Normal</td> <td>Fallas leves</td> <td>Fallas marcadas</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Etapa de cambio:</td> <td colspan="2">Pre contemplación</td> <td>Contemplación</td> <td>Preparación</td> <td colspan="2">Acción</td> <td>Mantenimiento</td> <td>Recaída</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Consumo Línea Base:</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="5">Consumo Actual:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Estilos de vida:</td> <td>Agua: _____</td> <td colspan="2">Alimentación: Adecuada/No adecuada</td> <td>Horas sueño: _____</td> <td>Ejercicio Físico: _____ minutos</td> <td colspan="2">Recreación: SI NO</td> <td>Inserción: Laboral/Educativa</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Actividad Conductual:</td> <td>Carta Despedida</td> <td colspan="2">Autorregistro</td> <td>ABC</td> <td>Relajación</td> <td>Visualización</td> <td colspan="2">Ensayo Conductual</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Lectura de mente</td> <td>Maximizar / minimizar</td> <td colspan="2">Adivinar el futuro</td> <td>Catalogar / Rotular</td> <td>Catastrofización</td> <td>Filtro mental</td> <td colspan="2">Personalización</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sobre generalización</td> <td>Pensamiento dicotómico</td> <td colspan="2">Debo / Tengo</td> <td>Comparación</td> <td>Razonamiento emocional</td> <td>Echar la culpa</td> <td colspan="2">Orientación a lo que pudo haber sido y no fue</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tareas para casa:</td> <td colspan="8"></td> </tr> </table>	Modalidad		OBJETIVO:								Individual	Grupal									Alineo e Higiene personal:		Bien alineado		Descuidado, limpio		Descuidado, sucio		Muy desalineado		Esferas Cognitivas:		Lugar	Persona		Circunstancia		Tiempo			Edad aparente y cronológica:		No difiere			Se observa de menor edad		Se observa de mayor edad			Afectividad:		Normal	Angustiado	Deprimido	Enojado	Agresivo	Lábil	Temeroso		Contenido del lenguaje:		Normal para su edad		Prolijo	Perseverante	Pobre para su edad	Florido para su edad	Fantasiosos en exceso		Actividad general:		Normal	Hiperactivo	Pasivo	Actitud General:	Libre	Forzada	Sugerida	Tensión	Tono de voz:		No habla	Normal	Bajo	Alto	Memoria:	Normal	Fallas leves	Fallas marcadas	Etapa de cambio:		Pre contemplación		Contemplación	Preparación	Acción		Mantenimiento	Recaída	Consumo Línea Base:					Consumo Actual:					Estilos de vida:		Agua: _____	Alimentación: Adecuada/No adecuada		Horas sueño: _____	Ejercicio Físico: _____ minutos	Recreación: SI NO		Inserción: Laboral/Educativa	Actividad Conductual:		Carta Despedida	Autorregistro		ABC	Relajación	Visualización	Ensayo Conductual		Lectura de mente		Maximizar / minimizar	Adivinar el futuro		Catalogar / Rotular	Catastrofización	Filtro mental	Personalización		Sobre generalización		Pensamiento dicotómico	Debo / Tengo		Comparación	Razonamiento emocional	Echar la culpa	Orientación a lo que pudo haber sido y no fue		Tareas para casa:									
	Modalidad		OBJETIVO:																																																																																																																																																														
	Individual	Grupal																																																																																																																																																															
	Alineo e Higiene personal:		Bien alineado		Descuidado, limpio		Descuidado, sucio		Muy desalineado																																																																																																																																																								
	Esferas Cognitivas:		Lugar	Persona		Circunstancia		Tiempo																																																																																																																																																									
	Edad aparente y cronológica:		No difiere			Se observa de menor edad		Se observa de mayor edad																																																																																																																																																									
	Afectividad:		Normal	Angustiado	Deprimido	Enojado	Agresivo	Lábil	Temeroso																																																																																																																																																								
	Contenido del lenguaje:		Normal para su edad		Prolijo	Perseverante	Pobre para su edad	Florido para su edad	Fantasiosos en exceso																																																																																																																																																								
	Actividad general:		Normal	Hiperactivo	Pasivo	Actitud General:	Libre	Forzada	Sugerida	Tensión																																																																																																																																																							
	Tono de voz:		No habla	Normal	Bajo	Alto	Memoria:	Normal	Fallas leves	Fallas marcadas																																																																																																																																																							
	Etapa de cambio:		Pre contemplación		Contemplación	Preparación	Acción		Mantenimiento	Recaída																																																																																																																																																							
	Consumo Línea Base:					Consumo Actual:																																																																																																																																																											
	Estilos de vida:		Agua: _____	Alimentación: Adecuada/No adecuada		Horas sueño: _____	Ejercicio Físico: _____ minutos	Recreación: SI NO		Inserción: Laboral/Educativa																																																																																																																																																							
	Actividad Conductual:		Carta Despedida	Autorregistro		ABC	Relajación	Visualización	Ensayo Conductual																																																																																																																																																								
	Lectura de mente		Maximizar / minimizar	Adivinar el futuro		Catalogar / Rotular	Catastrofización	Filtro mental	Personalización																																																																																																																																																								
Sobre generalización		Pensamiento dicotómico	Debo / Tengo		Comparación	Razonamiento emocional	Echar la culpa	Orientación a lo que pudo haber sido y no fue																																																																																																																																																									
Tareas para casa:																																																																																																																																																																	

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

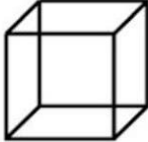
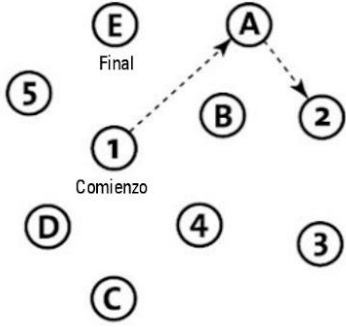
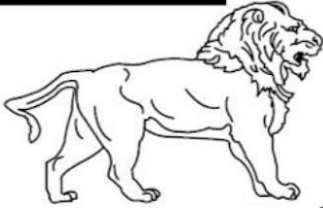
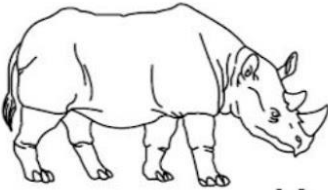
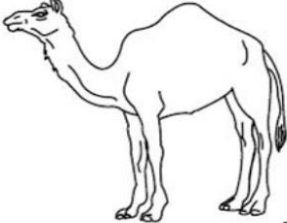
DR. BALMIS N° 148 COL. DOCTORES, DELEGACION CUAUHEMOC, C. P. 06726, MEXICO D. F. TEL. 27-89-2000

Anexo 7

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)**  
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:  
Nivel de estudios:  
Sexo:

Fecha de nacimiento:  
FECHA:

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



### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **“Implementación para la Evaluación Cognitiva de Montreal en un paciente con consumo de tabaco, en tratamiento”**

##### **I. Justificación y objetivos de la investigación**

El consumo de tabaco y/o otras sustancias adictivas representa uno de los mayores riesgos a la salud a nivel mundial, por ello la importancia de plasmar la valoración, tratamiento y seguimiento de los hallazgos relevantes de cada paciente, pues la investigación permite obtener información útil para casos posteriores, así como, contribuir con la comunidad científica y el profesional de la salud. El desarrollo de este caso clínico pretende conocer la importancia de considerar el deterioro cognitivo leve a través de una prueba de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) en consumidores de tabaco: y que, mediante el tratamiento psicológico cognitivo conductual que se brinda en la Clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas se busca lograr la abstinencia, trabajando a la par las conflictivas que involucra la ingesta de tabaco

##### **II. Procedimiento**

Se recolectarán sus datos, siempre y cuando usted lo permita, por medio del expediente clínico, el cual debe contener: consentimiento informado, entrevista psicológica semiestructurada, pruebas de tamizaje: el Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), Escala de Impulsividad de Barratt, Test de Fagerström de dependencia a la nicotina, Test de Russell y el Test de Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA); así como, nota clínica por sesión, incluyendo actividades cognitivas conductuales, autorregistros de línea base y de tratamiento por parte de nuestro servicio acorde al Procedimiento de la clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas 2020, basado en las Guías de práctica clínica, trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo de sustancias. De igual manera, los datos faltantes serán indagados dentro de las sesiones psicológicas de forma semiestructurada con el fin de recolectar información fidedigna y de importancia.

##### **III. Beneficios**

Recibirá atención médica - psicológica para beneficiar la salud, lo que permitirá lograr la abstinencia de tabaco y mantener un estilo de vida saludable. Tener conocimiento del caso apoyará al profesional de la salud con posibles padecimientos similares. Cabe mencionar

que, usted como paciente no recibirá ningún incentivo económico derivado de la participación a este estudio, tampoco incurrirá en ningún gasto monetario.

#### **IV. Procedimientos alternativos**

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

#### **V. Revocar el consentimiento**

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

#### **VI. Confidencialidad**

Como profesionales de la salud estamos obligados a preservar la confidencialidad manteniendo en anonimato su identidad, nombre, sexo, edad, escolaridad, origen, etc., así como, hacer uso de la información únicamente con fines estadísticos, de investigación y médicos.

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

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

**“Implementación para la Evaluación Cognitiva de Montreal en un paciente con consumo de tabaco, en tratamiento”**

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

\_\_\_\_\_

Teléfono del paciente: \_\_\_\_\_

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

---

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

---

Nombre de los terapeutas

- **Dra. María Angélica Ocampo Ocampo**

Coordinadora de la Clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas "Dr. Raúl Cícero Sabido"

Hospital General de México

"Dr. Eduardo Liceaga"

Número de teléfono de la clínica: 27892000 Ext. 5127

Nombre y firma del terapeuta

---

- **Julieta Itzel Soto Hernández**

e-mail: itzelsodz@gmail.com

Nombre y firma del terapeuta

---