



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Evaluación de una intervención breve
basada en el modelo transteórico de
cambio dirigida a fumadoras reclusas**

TESIS PRESENTADA POR

María Elena Cuevas Álvarez

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Maestra en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Roberto Oropeza Tena (Tutor)

Doctor en Psicología

Ferran Padrós Blázquez

Doctor en Psicología

Esteban Gudayol Ferré

Doctor en Investigación en Medicina

REVISORES

Eiji Alfredo Fukushima Taniguchi

Maestro en Psicología

María de Lourdes Vargas Garduño

Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Psicología Social

MORELIA, MICH., ENERO DE 2017



ÍNDICE

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Capítulo 1. Epidemiología y consecuencias del consumo de tabaco	9
1.1 Breve historia del tabaco	9
1.2 Definición de tabaquismo y formas de administración de la nicotina.....	10
1.3 Epidemiología del consumo de tabaco	10
1.4 Componentes del tabaco	13
1.5 Farmacocinética y farmacodinamia del tabaco	14
1.6 Tolerancia nicotínica	15
1.7 Síndrome de abstinencia nicotínica	15
1.8 Dependencia a la nicotina	16
1.9 Características específicas del tabaquismo femenino	18
1.10 Efectos del tabaquismo sobre la salud.....	19
1.10.1 Efectos del tabaquismo sobre la salud en fumadores activos.	20
1.10.2 Efectos del tabaquismo sobre la salud en fumadores pasivos.....	21
1.11 Beneficios de dejar de fumar	22
Capítulo 2. Tratamientos para dejar de fumar	24
2.1 Factores asociados al abandono o continuación del consumo de tabaco.....	24
2.2 Acciones de prevención para reducir el problema del tabaquismo	25
2.2.1 Convenio Marco de la OMS para la Prevención del tabaquismo (CMPT).	25
2.2.2 MPOWER: un plan de medidas.	26
2.3 Terapias farmacológicas.....	27
2.3.1 Terapias de reemplazo de nicotina (TRN).	27
2.3.2 Tratamientos farmacológicos no nicotínicos.	30
2.4 Tratamientos psicológicos.....	31
2.4.1 Consejo breve.....	31
2.4.2 Intervenciones conductuales.	32

2. 4. 3	Intervenciones cognitivas.....	34
2. 4. 4	Terapia cognitivo-conductual.....	35
2.5	Tratamientos combinados: farmacológicos y psicológicos.....	37
2.6	Tratamientos multicomponentes.....	37
2.7	Tratamientos de tabaco en población penitenciaria	38
Capítulo 3. Modelo Transteórico de Cambio		40
3.1	Modelo Transteórico de cambio	40
3.1.1	Etapas de cambio.	41
3.1.2	Procesos de cambio.....	43
3.2	Entrevista Motivacional	45
3.3	Programa para Cambiar el Consumo de Marihuana e Inhalables (PCMI).....	47
3.3.1	Componentes del PCMI.....	47
3.3. 2	Características del PCMI.....	48
Capítulo 4. Planteamiento del problema		50
	Justificación.....	50
	Pregunta de investigación.....	52
	Objetivo general.....	52
	Objetivos específicos.....	52
	Variables.....	53
Fase I: Adaptación de la Intervención Breve basada en el Modelo Transteórico del Cambio dirigida a Fumadoras Reclusas (IMTC)		55
	Objetivo.....	55
	Procedimiento.....	55
	Resultados.....	56
Fase 2. Aplicación la intervención breve basada en el Modelo Transteórico del Cambio dirigida a población penitenciaria consumidora de tabaco (IMTC)		58
	Participantes	58
	Diseño de investigación	59
	Instrumentos.....	59
	Procedimiento.....	62

Consideraciones éticas.....	64
Análisis de datos.....	65
Resultados.....	65
Primer estudio: Grupo de Etapa de Pre-contemplación (GEP)	66
Segundo estudio: Grupo de Etapa de Contemplación (GEC)	75
Tercer estudio: Grupo de Etapa de Determinación (GED)	89
Cuarto estudio: Comparación de los grupos GEP, GEC y GED.....	101
Discusión.....	106
Referencias	113
Apéndices	125
Apéndice I. Ficha de admisión	125
Apéndice II. Entrevista inicial	126
Apéndice III. Consentimiento informado.....	130
Apéndice IV. Autorregistro de consumo de tabaco.....	131
Apéndice V. Cartas descriptivas	132

Resumen

El tabaquismo es considerado como un problema de salud a nivel mundial, debido a que es la primera causa de muerte prevenible, un factor de alto riesgo de padecer enfermedades, discapacidades y de contar con una menor expectativa de vida. A pesar de estas consecuencias negativas, el tabaco es una de las drogas legales con mayor prevalencia. Además, existen dos poblaciones en las que el consumo incrementa significativamente, una de ellas es el caso de la población penitenciaria. La otra son las mujeres, ya que se ha identificado un incremento en el porcentaje de consumidoras a nivel mundial, al respecto México ocupa el segundo lugar.

Por lo tanto, el propósito de la presente investigación fue adaptar y evaluar el efecto de una Intervención Breve basada en el Modelo Transteórico de Cambio dirigida a fumadoras reclusas. Un segundo objetivo fue el comparar el efecto de la intervención en tres diferentes grupos: 1) Grupo Etapa de Precontemplación (GEP), 2) Grupo Etapa de Contemplación (GEC) y 3) Grupo Etapa de Determinación (GED). El diseño experimental fue de pre-test, pos-test y seguimiento con tres grupos. Participaron 14 mujeres consumidoras de tabaco, que fueron asignadas aleatoriamente a cada uno de los grupos.

Los resultados más importantes de esta investigación fueron que en el GEC y GED, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, mismas que no se hallaron en el GEP, sin embargo, en este último, si se encontraron cambios clínicamente significativos. Los cambios que se presentaron en los tres grupos, fueron en las variables de patrón de consumo, el nivel de dependencia a la nicotina y en algunas de la subescalas de las situaciones de riesgo de consumo e índice de autoconfianza.

A partir de lo encontrado se concluye que la intervención breve basada en el Modelo Transteórico de Cambio, ayuda a reducir o eliminar el consumo de tabaco en población penitenciaria femenina.

Palabras clave: *Tabaco, población penitenciaria, mujeres, Modelo Transteórico del Cambio, tratamientos cognitivos conductuales.*

Abstract

Smoking is considered a health problem worldwide, because it is the leading cause of preventable death, a factor of high risk of disease, disability and having a shorter life expectancy. Despite these negative consequences, tobacco is one of the most prevalent legal drugs. In addition, there are two populations in which the consumption increases significantly, one of them is the case of the penitentiary population. The other is women, since an increase in the percentage of consumers worldwide has been identified, about, Mexico ranking second.

Therefore, the purpose of the present investigation was to adapt and evaluate the effect of a Brief Intervention based on the Transtheoric Model of Change directed to inmate smokers. A second objective was to compare the effect of the intervention in three different groups: 1) Precontemplation Stage Group (GEP), 2) Contemplation Stage Group (GEC) and 3) Determination Stage Group (GED). The experimental design was pre-test, pos-test and follow-up with three groups. Fourteen women consuming tobacco were randomly assigned to each of the groups.

The most important results of this investigation were that groups GEC and GED, statistically significant differences were found, which were not found in the GEC, however, clinically significant changes were found. The changes that occurred in the three groups were in the variables of consumption pattern, the level of nicotine dependence and in some of the subscales of the situations of consumption risk and self-efficacy index.

Based on the findings, it is concluded that the Brief Intervention based on the Transtheoric Model of Change helps to reduce or eliminate smoking in the female prison population.

Key words: *Tobacco, penitentiary population, women, Transtheoric Model of Change, cognitive behavioral treatments*

Introducción

El fumar tabaco y la exposición al humo se consideran la primera causa de muerte prevenible y su consumo se asocia con la muerte de aproximadamente seis millones de personas cada año (OMS, 2013). En México, el consumo de tabaco ocasiona más de 60 000 muertes al año (Kuri-Morales, González-Roldán, Jesús-Hoy y Cortés-Ramírez, 2006).

El tabaco es una de las drogas legales con mayor prevalencia a nivel mundial. En nuestro país, de acuerdo con los datos obtenidos en la sexta Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) un 21.7 % del total de la población reportó un consumo activo de tabaco. Además, hay dos poblaciones en las cuales el consumo de tabaco incrementa, tal es el caso de la población penitenciaria donde el consumo es el doble que en la población en libertad (Yagüe-Olmos y Cabello-Vázquez, 2008). Además, esta adicción se presenta en mayor proporción en las mujeres, ya que de acuerdo con el Convenio Marco para la Prevención del Consumo de Tabaco de la OMS (CMPT), existe un incremento en el número de mujeres fumadoras a nivel mundial (OMS, 2010).

En el 2003, la OMS pactó poner en marcha el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMPT). Una de las recomendaciones que la OMS propone en este marco y que adopta nuestro país es la de crear programas de tratamiento efectivos dirigidos a las personas que desean dejar el hábito de fumar (Lira-Mandujano, Medina-Nolasco y Cruz-Morales, 2008).

Un aspecto a considerar en el ámbito psicoterapéutico, es que usualmente el cambio de una conducta adictiva se ha definido como el paso de una situación de consumo continuado de una sustancia psicoactiva a un estado estable de abstinencia (Trujols, Tejero y Bañuls, 2003). Una alternativa a este enfoque es el Modelo Transteórico de cambio (MTC) es cual es un marco explicativo de la manera en que se entienden, evalúan y se trabaja con los comportamientos adictivos, tomando en cuenta los procesos del cambio (Diclemente y Norcross, 1992; Gañan, Losada, Navarro, Martín y Lorenzo, 2009; Prochaska y Velicer, 1994).

Por lo anterior, el propósito de esta investigación fue adaptar y evaluar un Programa de Intervención Breve basada en el Modelo Transteórico de Cambio dirigida a fumadoras reclusas.

Esta investigación está organizada en dos apartados. El primero se encuentra dividido en tres capítulos. El segundo está dividido en dos fases: en la primera, se mencionan las adaptaciones que se realizaron al Programa para Cambiar el consumo de Marihuana e Inhalables (PCMI), obteniendo como resultado el manual de Intervención Breve basada en el Modelo Transteórico de Cambio (IMTC). La segunda está formada por la aplicación de la IMTC y los resultados obtenidos en los tres grupos (GEP, GEC y GED y una comparación intragrupal.

En el primer capítulo se aborda la historia del tabaquismo, su prevalencia a nivel mundial, nacional, en población penitenciaria y mujeres. También se mencionan los componentes principales del tabaco, las principales consecuencias derivadas de su consumo y finalmente se abordan los beneficios a la salud que se obtienen al dejar de fumar.

En el segundo capítulo se presentan las características de los tratamientos más utilizados para dejar de fumar. Se mencionan los diseñados desde la perspectiva farmacológica hasta los psicológicos. Finalmente se ofrece una descripción de los tratamientos combinados: farmacológicos y psicológicos, los tratamientos multimodales y los dirigidos a población penitenciaria.

En el tercer capítulo se abordan los fundamentos teóricos del MTC y la Entrevista Motivacional (EM) que son los enfoques en los cuales se basa nuestra intervención. También se ofrece una descripción del PCMI que es la intervención que se adaptó con el propósito de evaluar su eficacia en población penitenciaria femenina consumidora de tabaco.

En la fase uno de esta investigación se mencionan las adaptaciones que se realizaron al PMCI, obteniendo como resultado la Intervención Breve basada en el Modelo Transteórico de Cambio dirigida a fumadoras reclusas. En la segunda fase se presentan los resultados derivadas de la aplicación del IMTC, divididos en cuatro estudios. En los primeros tres se realizó un análisis intergrupar de cada uno de los grupos (GEP, GEC y GED) y en el cuarto una comparación intragrupal. En los cuatro estudios se describen los resultados obtenidos en los siguientes indicadores: 1) Patrón de consumo, 2) Nivel de dependencia a la nicotina, 3) Índice de situaciones de consumo, 4) Índice de autoconfianza, 5) Nivel de ansiedad y 6) Nivel de depresión. Estos indicadores fueron comparados en tres fases: pre-tratamiento, post-tratamiento y los seguimientos. Finalmente, se presentan las conclusiones derivadas de esta investigación, así como las limitaciones y sugerencias.

Capítulo 1. Epidemiología y consecuencias del consumo de tabaco

El tabaquismo es considerado como la primera causa de muerte evitable y se asocia a una variedad de enfermedades físicas y una menor expectativa de vida (OMS, 2013). Para una mejor comprensión de este fenómeno, en este capítulo se presenta una revisión de la literatura científica en torno a la historia del tabaco, sus componentes principales y sus mecanismos de acción. También se aportan datos sobre la prevalencia del consumo de tabaco tanto a nivel mundial como nacional, en población femenina y penitenciaria. Finalmente se mencionan las consecuencias derivadas del consumo de tabaco, tanto en fumadores activos como en fumadores pasivos; así como los beneficios obtenidos con la cesación tabáquica.

1.1 Breve historia del tabaco

El nombre de la planta de tabaco es *Nicotiana Tabacum* y es originaria del centro de Sudamérica; de ahí se extendió al noroeste de Argentina y a las tierras bajas tropicales, después a las Antillas y a Centroamérica y por último al sureste de Mesoamérica (Lorenzo y Laredo, 2009; Solama, 2003).

La historia del tabaco se remonta al siglo XVI cuando era utilizado para curar una variedad de enfermedades (Kuhn, Swartzwelder y Wilson, 2012). El tabaco era consumido por los pueblos indígenas americanos, desde la época precolonial, como una costumbre religiosa, ceremonial y medicinal. Lo utilizaban para curar personas, creían que sanaba el asma, la fiebre, las mordeduras causadas por animales, problemas digestivos y enfermedades de la piel (Lorenzo y Laredo, 2009; Pardel, Soltó y Salleras, 1996; Rubio y Rubio, 2006).

En 1828, dos químicos franceses lograron aislar los ingredientes activos de la planta y la llamaron nicotina, en honor a Jean Nicot de Villemain (embajador de Francia), quien promovió su uso con fines medicinales (Pardell, et al., 1996). En el año de 1492, los marinos de Cristóbal Colón fueron los primeros que vieron fumar tabaco, cuando llegaron a la tierra de los indios arahuacos, en las Antillas. En 1510, tras los viajes de Colón, se llevaron las primeras semillas a España. El uso de tabaco se popularizó entre los europeos; se le llamaba hierba santa o hierba para todos los males, ya que en 1574 Nicolas Monardes recomendó su uso como cura para 36 enfermedades diferentes (Brailowsky, 1995).

Para finales del siglo XVI el uso del tabaco se había extendido a casi todos los países del mundo (Rubio y Rubio, 2006). Era popular su empleo al molerlo para ser usado en pipas; durante el siglo XVIII se utilizaba en forma de “rapé”, formado al triturar las hojas y el tallo y al agregarles esencia de clavo y almendras amargas. A mediados del siglo XIX la mayoría de las fábricas producían tabaco para masticar. Fue hasta el siglo XX que se empezó a fumar, primeramente, en forma de puros y después en cigarros (Kuhn et al., 2012; Moreno y Herrero, 2002).

1.2 Definición de tabaquismo y formas de administración de la nicotina

La OMS (1984) definió al tabaquismo como una forma de drogodependencia, y la Sociedad Americana de Psiquiatría en 1987 catalogó a la nicotina como una sustancia psicoactiva, que produce dependencia (Jiménez, Bascarán, García-Portilla, Sáiz, Bousolo y Bobes, 2004).

Los métodos de administración de la nicotina pueden ser fumada, oral, mascada o esnifada. Las formas de presentación son los cigarros puros, cigarrillos, tabaco para pipa, tabaco para mascar y rapé. En la actualidad, el fumar cigarros es la forma más frecuente de consumo de la nicotina. Recientemente también se ha dado un incremento en el consumo de productos sin humo, como el tabaco en polvo o de mascar; sin embargo, estos productos también contienen nicotina y otras sustancias tóxicas (Jiménez et al., 2004; Lorenzo y Laredo, 2009).

1.3 Epidemiología del consumo de tabaco

El tabaco es una de las drogas con mayor prevalencia a nivel mundial. Al ser considerada como una droga legal, de fácil acceso y económico, su consumo se ha convertido en algo permitido y habitual en la sociedad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014; Mae, Iruarrizaga, Cano-Vindel y Dongil, 2009).

De acuerdo con los datos reportados por la OMS (2015), un poco más de mil millones de personas en todo el mundo son fumadoras activas; Se considera que si se mantiene la tendencia actual, para el 2030 la población fumadora se incrementará a 1.600 millones y como consecuencia el número de muertes se aumentará de seis a diez millones por año (Reynales-Shigematsu, Shamah-Levy, Gómez-Humarán, Rojas-Martínez y Lazcano-Ponce, 2011; Serrano y Moreno-Arrones, 2004).

En relación a los datos epidemiológicos del consumo de tabaco a nivel nacional; la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT. 2012), reportó que el porcentaje total de adultos que mencionó consumir tabaco fue el 19 %. Esta prevalencia es similar a la encontrada por la sexta Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) realizada a población mexicana de 12 a 65 años de edad, un 21.7 % del total de la población mencionó presentar un consumo activo de tabaco lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos. De este porcentaje el 8.9 % refirió ser fumador diario, 26.4 % reportaron ser ex fumadores, 20.1 % refieren ser ex fumadores ocasionales y 51.9 % indica nunca haber fumado.

Uno de los indicadores más importantes del consumo de tabaco es la cantidad y la frecuencia. Al respecto la ENA (2011), identificó que los fumadores que consumen diariamente, fuman en promedio 6.5 cigarros al día; los hombres fuman entre 6.3 y 7.3 y las mujeres entre 4.9 y 6.2. Esta misma encuesta también arrojó datos sobre la edad de inicio y reportó que los fumadores diarios, declaran haber fumado tabaco por primera vez en promedio a los 20.4 años; los hombres iniciaron a los 20 años y las mujeres a los 21.7 años. Comparando los resultados con la ENSANUT (2012), la edad de inicio en las personas que fumaron por primera vez un producto de tabaco se redujo a 16.9 en los hombres y en las mujeres a los 19.5 años.

Los resultados de la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos en México (GATS, 2015), refieren que el consumo de tabaco en México sigue siendo un grave problema de salud pública, con una tendencia progresiva de incremento entre los grupos de la población más vulnerables que son los adolescentes, adultos jóvenes y las mujeres. Los resultados de esta encuesta muestran que el 16.4 % de los mexicanos son fumadores actuales, lo que equivale a uno de cada seis adultos, de los cuales la cuarta parte son mujeres.

Respecto a los datos epidemiológicos del consumo de tabaco en población penitenciaria. Se ha identificado que el consumo de tabaco aumenta significativamente en poblaciones en situaciones de estrés y privaciones. En este contexto el consumo de tabaco es el doble que en la población en libertad (Yague-Olmos, et al., 2008). El consumo de cigarro dentro de las cárceles mexicanas aumenta en un 90 % en comparación con la población en libertad; de los 260 mil internos que se encuentran en situación de cárcel, 230 mil son fumadores (Valadez, 2016).

En esta población un factor importante derivado del consumo de tabaco es la exposición al humo constante de los fumadores pasivos, ya que la mayor parte de los espacios son cerrados y los internos que no fuman se ven obligados a convivir con fumadores activos muchas horas al día, en diferentes lugares donde la ventilación no es la adecuada (Yagüe-Olmos y Cabello-Vázquez 2008).

En relación a la prevalencia del consumo de tabaco en mujeres, se ha identificado que el porcentaje de mujeres fumadoras en todo el mundo es del 9 % en comparación con un 40% en los hombres; de los 1000 millones de fumadores a nivel mundial, 200 millones son mujeres y en relación a las muertes atribuibles al consumo de tabaco en el 2002, el 13.3% fueron varones y el 3.8 % mujeres (Serrano y Moreno-Arrones, 2004). Sin embargo, se ha identificado que en algunos países el consumo de tabaco está disminuyendo lentamente entre los hombres, pero también se reportó que en otras naciones el consumo de tabaco está aumentando en las mujeres (OMS, 2010).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (INEGI, 2012) dio a conocer que México ocupa el sexto lugar en número de fumadores y el segundo en fumadoras a nivel mundial. La ENSANUT (2012) comparó las prevalencias del consumo de tabaco entre los años 2000 y 2012, y se identificó una leve disminución del consumo en hombres (35.8 % en 2000 a 31 % en 2012). Mientras que en las mujeres la prevalencia se ha mantenido estable (10.2 % en 2000 y 9.9 % en 2012).

En el 2005 el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, consideró que se debe proteger a las mujeres y a los hombres, del humo del tabaco y de las técnicas comerciales de la industria tabacalera. Dicho convenio reconoció que existe un incremento en el número de mujeres fumadoras a nivel mundial. Por lo tanto, admite la necesidad de estrategias de control del tabaco específicas tomando en cuenta el género (OMS, 2008). Entre los factores que se contribuyen a este incremento se encuentran la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco, dirigidos específicamente a las mujeres (OMS, 2010); la mayor sensibilidad de las mujeres a los efectos fisiológicos de la nicotina (Kandel y Chen, 2000) y el cambio y la modernización en los roles de género (Pathania, 2011).

1.4 Componentes del tabaco

El tabaco contiene aproximadamente 4 000 productos químicos; entre los más destacados están la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono. Las sustancias que son producidas por la quema de la planta, se agrupan en gases y sustancias particuladas, de los cuales al menos 250 son nocivos y más de 50 causan cáncer (OMS, 2015; Tapia y Cravioto, 2001). Sin embargo, la proporción de sustancias que se aspiran está sujeta a variables como: “la variedad de tabaco, la mezcla de saborizantes, colorantes, conservadores, agentes que aumentan la combustión, grado de compactación de la mezcla, tamaño del cigarro, fuerza con la que se aspira, la temperatura que se alcanza al aspirar, si tiene filtro, y el tipo de papel, entre otras “(Brailowsky, 1995. p. 265).

❖ Nicotina

El principal componente químico del tabaco es la nicotina, la cual tiene un efecto estimulante que incrementa la atención, la concentración y la memoria; también tiene un efecto relajante y contrarresta la ansiedad (Kuhn et al., 2012). Se considera que esta es la sustancia principal responsable de la adicción, debido al estímulo placentero que produce en el sistema nervioso central. Si las personas continúan fumando y consumiendo nicotina, frecuentemente experimentarán síntomas de abstinencia después de algunas horas de haber dejado de fumar, lo que los lleva a encender otro cigarro (Secretaría de salud, 2001).

Cuando la persona comienza a fumar, la nicotina se libera a los pulmones, pasa al torrente sanguíneo y alcanza concentraciones significativas en el cerebro en muy pocos segundos. Un cigarrillo estándar contiene de 0,9 a 2,4 mg de nicotina, de los cuales se inhala entre 1 y 2 mg por cigarro (Lorenzo y Laredo, 2009; Ruiz, Gómez, Rubio, Revert y Hardisson, 2004). Por lo tanto, el porcentaje de nicotina que se absorbe cuando la persona aspira el humo es del 90 % (Kuhn et al., 2012). Esta sustancia se metaboliza en el hígado y pulmón y es expulsada mediante la orina, la saliva y el sudor (Lorenzo y Laredo, 2009; Martín, Rodríguez, Rubio, Revert y Hardisson, 2004).

Algunos de los efectos negativos de la inhalación de nicotina son el incremento de la frecuencia cardiaca, de la presión arterial y la disminución de la temperatura corporal. También surgen efectos como náuseas, vómito, diarrea e hiperventilación (Tovar, Flores y López, 2002).

❖ **Alquitrán**

El alquitrán es un componente de tipo sólido que está formado por una variedad de elementos químicos; es el nombre que se le da a una amplia amalgama de hidrocarburos de alta toxicidad. Se considera el responsable de generar la gran parte de los cánceres, como son el cáncer de pulmón y el de garganta, ya que la mayoría de los compuestos carcinógenos se encuentran presentes en él. También es el causante de los problemas bronquiales al dañar los tejidos respiratorios y de los vasculares. El contenido promedio de alquitrán de un cigarrillo varía de 0.5 a 3.5 mg (Marulanda, Nolber, Escobar y Cortés, 2014).

❖ **Monóxido de carbono**

Es un gas incoloro, extremadamente tóxico, que se desprende al encender un cigarro, ya que todas las sustancias que contiene sufren un cambio debido a la alta temperatura a la que se encuentran expuestas. Ingresa en la sangre a través de los alvéolos pulmonares y se adhiere a la hemoglobina desplazando al oxígeno. Los niveles altos influyen para que la sangre se vuelva espesa, lo que obstaculiza el paso del oxígeno hacia los tejidos, esto provoca la presencia de enfermedades coronarias, lo que genera un daño en las arterias y un daño en la función respiratoria (Ruiz, et al., 2004). En los cigarrillos el monóxido de carbono está presente entre el 1.9 y el 6.3 % del humo (Samet, 2002).

1.5 Farmacocinética y farmacodinamia del tabaco

La absorción y la intensidad de los efectos de la nicotina, dependen de varios factores como el volumen, la frecuencia, la intensidad y la profundidad de la inhalación del humo, además del fenómeno de la tolerancia. Estos efectos son más intensos y la posibilidad de adicción será mayor con aumentos rápidos de la concentración de nicotina, tal como ocurre con la inhalación del humo del cigarrillo. Un factor importante es la vía de administración, “cuando el tabaco es fumado, la nicotina se absorbe y llega rápidamente a la sangre a través de los pulmones y pasa al cerebro en pocos segundos, si se ingiere en forma de rapé o tabaco en polvo, la absorción puede ser más completa que si se fuma, pero la dosis tarda mucho más en llegar al organismo. Cuando se fuman puros, una parte del humo llega a los pulmones, gran parte entra en contacto con las membranas de la boca y las vías respiratorias superiores, a través de las cuales puede absorberse la nicotina” (Kuhn et al., 2012, pp. 248-249).

Una vez que la nicotina se ha absorbido es metabolizada en un 80-90 % en el pulmón, hígado y riñón. La vida promedio es de dos horas, el fumar un tabaco produce una concentración en los pulmones, la sangre y el cerebro en un periodo de 10 minutos. La cual a los 20 minutos se reduce a la mitad ya que es redistribuida a otros tejidos del cuerpo. “Después de que la nicotina se absorbe y circula por todo el cuerpo, el hígado descompone gran parte, convirtiéndola en dos metabolitos inactivos: la cotinina y el óxido-N de nicotina, los cuales se eliminan a través de los riñones mediante la orina” (Kuhn et al., 2012, p. 251); el porcentaje de nicotina que se excreta sin ningún cambio es aproximadamente del 17 % (Sandí y Sandí, 2016).

1.6 Tolerancia nicotínica

La tolerancia a la nicotina se refiere a un estado de adaptación del organismo que se caracteriza por la necesidad que tiene un fumador de consumir una cantidad cada vez más alta de nicotina para lograr el mismo efecto (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). La nicotina crea tolerancia ya que el placer obtenido de la nicotina es muy breve, seguida de un lento descenso, el proceso se reinicia cuando el fumador consume otro cigarro (Sthal, 1999).

Se considera que existe un rápido desarrollo de tolerancia hacia la mayoría de los efectos de la nicotina. Cuando las personas inician la conducta fumadora, generalmente sienten una variedad de efectos desagradables, como mareo, náuseas vómitos o sudoración, los cuales desaparecen en unos días o semanas si la persona continúa fumando (Kuhn et al., 2012).

1.7 Síndrome de abstinencia nicotínica

El síndrome de abstinencia nicotínica inicia cuando la persona elimina o disminuye el consumo habitual de tabaco. Los primeros síntomas se manifiestan entre las primeras dos o 12 horas y se agudizan entre el periodo del primer al cuarto día y su duración aproximada es de tres a cuatro semanas (Torrecilla, Barrueco, Jiménez, Hernández, Plaza y González, 2001).

Los síntomas de abstinencia que presentan las personas que dejan de fumar son: cefalea, temblor, tos, incapacidad para dormir, disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, bradicardia, hipotensión, sudoración, molestias gastrointestinales, estreñimiento, ingestión excesiva de alimentos y aumento de peso, agresividad, irritabilidad, ira, inquietud, signos de deterioro cognitivo, dificultad para concentrarse, disminución en el rendimiento de pruebas de vigilia o en tareas que exigen coordinación psicomotora, labilidad emocional, depresión, ansiedad, insomnio o incapacidad para dormir (Lorenzo y Laredo, 2009; Torrecilla, et al., 2001). Sin embargo, de acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2015) el síntoma más frecuente es un intenso deseo de fumar un cigarro o “craving” para reducir los síntomas que les genera la abstinencia.

Se considera importante el conocimiento de los síntomas que muestra un paciente con síndrome de abstinencia nicotínica, ya que esto permite diseñar y llevar a cabo tratamientos específicos que le ayuden al paciente a evitar las recaídas y lograr que los efectos del tratamiento se mantengan a largo plazo (Lira, González, Medina, Cruz y Vega, 2009; Munozt, Sanjuant, Vilat y Montoyat, 2011; Torrecilla et al., 2001).

1.8 Dependencia a la nicotina

Los primeros síntomas de adicción a la nicotina se generan a los escasos días de fumar solo unos pocos cigarrillos, es decir la dependencia a la nicotina no se considera un proceso lento y gradual que se logra con el consumo reiterado del tabaco, sino que más bien es un proceso rápido (Lorenzo y Laredo, 2009).

Se considera que el tabaco es un producto que genera dependencia, debido a la nicotina, la cual produce alteraciones fisiológicas y psicológicas que pueden ser comparables a las provocadas por otras drogas legales e ilegales como el alcohol, la heroína y la cocaína (Tenas, Ballesteros, Barceló, Bueno, García, Guillen et al., 2008). Su consumo tiene características similares a otras drogodependencias, como son la administración reiterada, la falta de control sobre el consumo, el desarrollo de tolerancia, un síndrome de abstinencia definido, dificultad para dejar de fumar y una alta prevalencia de las recaídas (Jiménez y Colmenarejo, 2006).

La dependencia al tabaco puede presentar tanto un componente psicológico, como uno físico, se conoce que ambos tienen un papel fundamental en el mantenimiento del hábito. La dependencia psicológica es una combinación de asociaciones aprendidas entre la conducta de fumar y las circunstancias internas y externas. El fumador recibe estímulos sociales, comportamentales y culturales que refuerzan su hábito tabáquico, de tal manera que el cigarrillo se integra a la personalidad del fumador, constituye sus gestos, costumbres y autoimagen, haciendo del fumar un estilo de vida (Carmo, Andrés-Pueyo y Álvarez, 2005; Sandí y Sandí, 2016).

La sustancia causante de la dependencia física es la nicotina, un 50 % de los fumadores pueden ser clasificados como dependientes a la nicotina. Se considera que la dependencia a la nicotina puede ser de duración intensa, esto de acuerdo con la alta tasa de fracasos que se da entre las personas que desean dejar de fumar; un 88 % refieren que quieren dejar de fumar, de los cuales solo un 35 % realizan intentos de dejarlo, pero solo el 5 % lo consiguen sin ayuda. Por lo cual la nicotina es considerada como la sustancia más poderosa para producir una dependencia (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994).

Uno de los indicadores más importantes de la adicción a la nicotina es el tiempo que pasa en que un fumador enciende su primer cigarro del día. La ENA (2011) nos menciona que un 11.4 % de los fumadores activos en el último mes, fumaron su cigarro 30 minutos después de despertarse, este nivel alto de adicción es muy similar entre hombres (12.6 %) y mujeres (8.6 %). Lo anterior, coincide con los datos encontrados en la ENSANUT (2012) ya que un 18.6 % de los fumadores diarios, refiere que fuma su primer cigarro dentro de los primeros 30 minutos de haber despertado.

Otro indicador de la dependencia al tabaco es la prevalencia de intentos fracasados para dejar de fumar (Jiménez et al., 2006). Una de las razones por las que los fumadores realizan intentos para dejar de fumar es que el 90 % se encuentra preocupados por su salud actual o futura (Hyland, Li, Bauer, Giovino, Steger y Cummings, 2004). En México de acuerdo con la GATS (2015), el 98.1 % de los adultos cree que fumar causa serios daños a la salud. De acuerdo con los datos encontrados en la ENA (2011), el 58.4% del total de los fumadores mexicanos ha intentado dejar de fumar. La manera en que lo han realizado es dejar de fumar súbitamente (57.2 %), o disminuyendo gradualmente el número de cigarros (17.6

%), dejando de comprar cigarros (14 %); sustituyendo el fumar por otras actividades (4.2 %) o se ha sometido a un tratamiento (2 %).

1.9 Características específicas del tabaquismo femenino

El consumo de tabaco es diferente entre hombres y mujeres; el tabaquismo femenino muestra características específicas en el campo de la salud y en los factores implicados en el inicio, el mantenimiento y el abandono de la conducta fumadora (Allen; Isaksson, Meier, Anderson, Jensen, Severson y Hatsukami, 2016; Jané, 2004). Algunas de estas diferencias son que ellas fuman menos cigarros al día y la inhalación es menos profunda. También se ha identificado que hay una menor posibilidad de que las mujeres dejen de fumar y si lo hacen tienen más probabilidades de sufrir una recaída, debido a que los programas para dejar de fumar que utilizan el reemplazo de nicotina, como el parche o el chicle, en las mujeres no son tan eficaces para reducir el deseo de fumar. Otras diferencias que contribuyen son la intensidad de los síntomas del síndrome de abstinencia y la preocupación por el aumento de peso que puede ocasionar el dejar de fumar (NIDA, 2011).

Las consecuencias sobre la salud derivadas del tabaquismo en las mujeres tienen generalmente las mismas repercusiones negativas que las de los hombres (Laredo, 2009) y algunas adicionales que perjudican especialmente a la salud sexual y reproductiva (Jane, 2004). Las consecuencias específicas son la disminución de la fertilidad y retraso en la concepción, incremento en el riesgo de embarazos ectópicos, abortos, partos prematuros, nacimientos de bajo peso, surgimiento adelantado de la menopausia e incremento de riesgo de osteoporosis y, por lo tanto, peligro de fractura de cadera (Pont, 2007).

El consumo de tabaco en el embarazo es considerado como uno de los riesgos más importantes para la salud de la madre y el feto. El monóxido de carbono y la nicotina generados por el humo de tabaco pueden afectar el suministro de oxígeno al feto y cruzar la placenta, y llegar al producto a través de la sangre de la madre (NIDA, 2011). Algunas de las consecuencias que se han identificado es que entre 20-30 % de los casos hay bajo peso en los recién nacidos, 14 % de los partos son prematuros y cerca del 10 % existen defunciones infantiles. En los niños la posibilidad de padecer asma se duplica en cuyas madres fuman más de 10 cigarrillos al día, además del incremento en la posibilidad de malformaciones congénitas y cardíacas (Vélez-Barajas y Velásquez-Sosa, 2005).

1.10 Efectos del tabaquismo sobre la salud

El consumo de tabaco y la exposición al humo se consideran la primera causa de muerte prevenible a nivel mundial, se asocia a un importante número de padecimientos prevenibles, años de vida perdidos de manera prematura y un mayor número de años vividos con discapacidad (Juárez-Jiménez, Valverde-Bolívar, Pérez-Milena y Moreno-Corredor, 2015; Vélez-Barajas et al., 2005). Su uso provoca la muerte de uno de cada diez adultos, lo que equivale a seis millones de personas cada año, de este número cinco millones son consumidores del producto y más de 600 000 son fumadores pasivos que se encuentran expuestos al humo del tabaco (OMS, 2013).

La OMS en el 2008 reporta que el tabaquismo es un factor de riesgo de padecer seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo. El riesgo de padecer las principales enfermedades asociadas al consumo de tabaco es de dos a nueve veces mayor entre las personas fumadoras que las no fumadores. Cada cigarrillo fumado equivale a perder casi 11 minutos de vida, por lo tanto, la esperanza de vida de un fumador se reduce en un 10 % (Vélez-Barajas, et al., 2005). Se estima que el 71 % de los casos de cáncer de pulmón, el 42% de las enfermedades respiratorias crónicas y alrededor del 10 % de las enfermedades cardiovasculares son causadas por el tabaquismo (OMS, 2011). Por otro lado, se considera que muchas de estos padecimientos se pueden prevenir, demorar o atenuar si se deja de fumar (Tenas, et al., 2008).

En nuestro país el número de muertes que ocasiona el consumo de tabaco es de 60 000 muertes al año, lo cual representa 165 muertes por día (Kuri-Morales, et al., 2006). Estos datos coinciden con lo encontrado en una encuesta realizada por la Secretaría de Salud en el 2011, en la cual se señala que el tabaquismo es el responsable de cerca de sesenta mil muertes anuales. En México las principales causas de mortalidad relacionadas con el tabaco son: la enfermedad isquémica del corazón, enfisema pulmonar, enfermedad cerebral vascular y cáncer pulmonar (SS, 2011). Además, el tabaquismo impacta de manera negativa en la calidad de vida del fumador, en la economía familiar, produce una disminución de la productividad laboral, genera mortalidad prematura y altos costos para el sector salud (ENSANUT, 2012).

1.10. 1 Efectos del tabaquismo sobre la salud en fumadores activos.

De acuerdo con Brailowsky (1999) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2015), las manifestaciones de toxicidad de los fumadores crónicos son las siguientes:

- Riesgo de muerte prematura y disminución de la expectativa de vida. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) menciona que la mitad de las personas que fuman morirán por una enfermedad causada por el tabaco, y su vida se reducirá en promedio de 10 a 15 años de vida.
- Afecciones cardiovasculares, entre ellas, aneurismas en el cerebro, coágulos sanguíneos y mala circulación en las piernas, enfermedades del corazón, ataques cardíacos, hipertensión arterial y problemas para mantener la erección en el pene.
- Aceleración o agravamiento del aterosclerosis.
- Mayor incidencia de problemas crónicos como bronquitis, enfisema, sinusitis, úlceras, entre otros.
- Cáncer de pulmón, laringe, cavidad oral, boca, riñón, matriz, esófago, vejiga y páncreas.
- Disminución de la capacidad para saborear y oler.
- Pérdida de la vista.
- Enfermedades en dientes y encías.
- Envejecimiento prematuro de la piel.
- Daño a los espermatozoides, lo cual contribuye a la esterilidad.
- Problemas de sueño, ansiedad, irritabilidad, depresión y angustia.

Es importante tomar en cuenta que todas las complicaciones anteriores dependen de la cantidad de cigarros fumados por día, es decir, a más cigarros hay mayor toxicidad (Brailowsky, 1999). Por ejemplo, se ha identificado que el fumar en promedio 24 cigarros por día, incrementa la probabilidad de:

- Fallecer de cáncer de pulmón en 100 % o de otra clase de cáncer en un 200%.
- Sufrir enfermedades en las vías respiratorias en 400 %.
- Padecer endurecimiento de las arterias y las venas en 150 %.

1.10.2 Efectos del tabaquismo sobre la salud en fumadores pasivos.

Un fumador pasivo se denomina como la persona que no fuma, pero inhala de manera involuntaria las sustancias tóxicas que emergen del cigarro de un fumador activo (IMSS, 2015; Rodríguez, Calle y Álvarez-Sala, 2009). Además de fumador pasivo, también se le denomina, tabaquismo pasivo, fumador involuntario, exposición ambiental al humo del tabaco, tabaquismo ambiente, entre otros (Tapia, 2001).

El humo ambiental del tabaco surge de dos fuentes, la principal y la colateral: la primera es un aerosol que es aspirado por el fumador, el cual es inhalado un 20 % y es filtrado en sus pulmones y exhalado. El humo colateral contiene una concentración más elevada de carcinógenos y agentes tóxicos, que corresponden al 80 % de la contaminación al ambiente (Sandí y Sandí, 2016). Otro factor importante es el tiempo de exposición al humo, en el caso del fumador pasivo la exposición es constante mientras que la persona se encuentre en el ambiente, en el caso del fumador activo el tiempo se limita en lo que tarda en fumar el cigarro (Tapia, 2001). Por ejemplo, los fumadores pasivos que aspiran el humo del cigarro en el transcurso de una hora, inhalan la cantidad equivalente a dos o tres cigarros, además de que aspiran tres veces más nicotina y alquitrán, así como cinco veces más monóxido de carbono, que un fumador activo (IMSS, 2015).

Existe una asociación entre el ser fumador pasivo y las enfermedades. Se considera que el tabaquismo pasivo se sitúa en el tercer lugar de muerte evitable (Rodríguez et al., 2009). Y puede provocar la mayoría de las mismas enfermedades que el fumador activo, se incrementa el riesgo de padecer cáncer pulmonar en un 30 % y de enfermedad coronaria en un 25 % (Sandí y Sandí, 2016).

Las causas de mortalidad más habituales relacionadas a la exposición del humo de segunda mano son la cardiopatía isquémica, infecciones del tracto respiratorio inferior, asma y cáncer de pulmón (Ericksen, Mackay, Schluger y Drope, 2015). En México la exposición de los fumadores pasivos al humo del tabaco es del 30.2%, es decir que 12.5 millones de mexicanos que nunca han fumado se encuentran expuestos. De los cuales el 26.1% son adultos y el 36.4% son adolescentes (ENA, 2011).

De acuerdo con el IMSS, (2015) y Rodríguez, et al., (2009) entre los efectos nocivos más conocidos asociados a la inhalación involuntaria del humo de tabaco se encuentran los siguientes:

Corto plazo

- Tos, estornudos y congestión nasal
- Problemas dentales y en encías
- Mareos
- Irritación ocular, lagrimeo y enrojecimiento
- Dolor de cabeza y de garganta

Mediano plazo

- Hipertensión arterial
- Arterioesclerosis
- Bronquitis crónica
- Asma
- Enfisema pulmonar
- Infartos
- Infertilidad tanto en el hombre como en la mujer
- Alteraciones en el embarazo como: enfermedades genéticas, bajo peso al nacer y muerte súbita del bebé

Largo plazo

- Cáncer pulmonar, de mama, garganta, lengua, boca, esófago y estómago, entre otros y tumores malignos.

10.11 Beneficios de dejar de fumar

La nicotina es una droga adictiva y dejar de fumar significa realizar un cambio complicado y difícil de llevar a cabo (Kuhn et al., 2012). Sin embargo, de acuerdo con el IMSS (2015) el dejar de fumar trae beneficios inmediatos, a mediano y a largo plazo:

A corto plazo

- La presión arterial y el pulso regresan a su nivel normal
- La temperatura de las manos y pies se nivela.
- La concentración de monóxido de carbono en la sangre, vuelve a su nivel normal
- La concentración de oxígeno en la sangre se estabiliza
- La posibilidad de padecer un ataque cardíaco comienza a disminuir.

- Las terminaciones nerviosas empiezan a crecer nuevamente.
- Los olores y sabores se distinguen mejor

A mediano plazo

- La circulación sanguínea mejora
- La función pulmonar incrementa hasta en un 30 %
- Decremento en las molestias en la garganta.
- Se disminuyen los padecimientos como: tos, congestión nasal, el cansancio y la disnea.
- Los pulmones se empiezan a regenerar, por lo que mejora el funcionamiento de la mucosa, la limpieza de los pulmones y se disminuyen las infecciones
- Se reducen las infecciones y malestares en la garganta, así como el dolor de cabeza

A largo plazo

- El riesgo de sufrir una enfermedad del corazón, se reduce a la mitad.
- La posibilidad de padecer cáncer de pulmón disminuye a la mitad
- El riesgo de padecer un accidente cerebrovascular es igual a la de un no fumador
- El riesgo de sufrir cáncer en la boca, garganta, esófago, vejiga, riñón y páncreas disminuye.
- En caso de padecer una enfermedad crónica como diabetes, asma o insuficiencia renal, dejar de fumar mejora extraordinariamente la salud.

Como ya se mencionó el consumo de tabaco es una de las principales problemáticas de salud en nuestro país, debido a su elevada prevalencia y a los efectos adversos que genera tanto en los fumadores activos y los pasivos. Ante esta problemática, se cuenta con tratamientos farmacológicos y psicológicos dirigidos a las personas que presentan un consumo de tabaco. Los cuales serán descriptos en el siguiente capítulo.

Capítulo 2. Tratamientos para dejar de fumar

Una de las medidas recomendadas por el Convenio Marco de Control del Tabaco propuesto por la Organización Mundial de la Salud es la de ofrecer ayuda para la cesación del consumo de esta sustancia. Por este motivo, se han desarrollado diferentes tipos de tratamientos enfocados a reducir o eliminar su consumo. Entre los que se identifican en la literatura se encuentran los diseñados desde la perspectiva farmacológica hasta los psicológicos. Dentro de los psicológicos los más utilizados y los que se ha identificado que tienen una mayor eficacia son principalmente los tratamientos conductuales, los cognitivos, una combinación de ambos (cognitivo-conductuales) y prevención de recaídas. También se ofrece una descripción de los tratamientos combinados: farmacológicos y psicológicos, los tratamientos multimodales y los dirigidos a población penitenciaria.

2.1 Factores asociados al abandono o continuación del consumo de tabaco

El identificar los factores que fomentan y los que perjudican el éxito al dejar de fumar, puede apoyar a desarrollar programas de tratamiento que ayuden a incrementar la tasa de éxito en la cesación del hábito tabáquico.

De acuerdo con López-Núñez, Martínez-Loredo, Weidberg, Pericot-Valverde y Secades-Villa (2016), existen ciertos factores individuales y ambientales que predicen el éxito en la conducta de la cesación tabáquica. El género es uno de estos factores que, ya que se ha identificado que los tratamientos basados en las terapias de reemplazo de nicotina en los hombres presentan mejores resultados que en las mujeres. Otro factor es que a mayor nivel educativo suele aumentar la probabilidad de dejar de fumar. Además de los anteriores están el comienzo del hábito de fumar a una edad tardía, el presentar una baja dependencia a la nicotina, que la etapa de cambio en que se encuentre sea de determinación acción y un aumento de la autoeficacia del fumador, constituyen también factores importantes para lograr un abandono exitoso del consumo del tabaco (Schnoll, Martinez, Tatum, Glass, Bernath, Ferris y Reynolds, 2011).

Entre algunos de los indicadores asociados a la falta de éxito al dejar de fumar se encuentran: la intensidad de los síntomas de abstinencia, debido a que si son muy intensos pueden provocar una recaída (Ferguson, Patten, Schroeder, Offord, Eberman y Hurt, 2003); el consumo de otra sustancia ilegal que estimule el consumo de tabaco (Winhusen, Brigham, Kropp, Lindblad, Gardin, Penn et al., 2014); el pertenecer a una familia donde algunos de sus miembros también sean fumadores (García-Rodríguez, Suárez-Vázquez, Santonja-Gómez, Secades-Villa y Sánchez-Hervás, 2011); así como el presentar una historia previa de depresión (Burch y Hemsley, 2008).

2.2 Acciones de prevención para reducir el problema del tabaquismo

En México se han realizado diferentes esfuerzos, impulsados por la aprobación del Convenio Marco para la Prevención del Consumo de Tabaco (CMPT) propuesto por la OMS y las seis medidas de control conocidas como MPOWER. Una de estas recomendaciones es la de crear programas de tratamiento efectivos dirigidos a las personas que desean dejar el hábito de fumar (Lira-Mandujano et al., 2008).

2.2.1 Convenio Marco de la OMS para la Prevención del tabaquismo (CMPT).

En respuesta a la epidemia mundial del tabaquismo, la OMS en el 2003 acordó poner en marcha el CMPT. Este Convenio reconoce que el consumo de tabaco genera importantes daños en términos de salud, y puntualiza la necesidad apremiante de prevenirlos (OMS, 2013). Por lo tanto, el objetivo del CMPT es facilitar un marco para proponer las medidas que los países deben de adoptar, con la finalidad de reducir la epidemia del tabaquismo y proteger a las generaciones presentes y futuras de las consecuencias sociales, sanitarias y económicas del consumo del tabaco y de la exposición al humo del mismo (Calleja, 2012).

México ha alcanzado varios logros en materia de control del tabaco después de la firma de este convenio en el año 2004 (GATS, 2015). Dentro de los logros destacan: la aprobación en el 2008 de la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT); la fundación de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco (ONCT); el convenio de pictogramas y advertencias sanitarias sobre el empaquetado y etiquetado; el desarrollo y fortalecimiento de diferentes pautas de monitoreo de la epidemia del tabaquismo y el aumento de los impuestos en los productos del tabaco en 2011 (Gámez, Lamy y Blanco, 2013).

2.2.2 MPOWER: un plan de medidas.

En el 2008, la OMS identificó seis medidas de control del tabaco basadas en la evidencia de su efectividad para reducir el consumo de tabaco y tienen la finalidad de ayudar a los países a lograr las metas del CMPT. Estas medidas se conocen como «MPOWER» y corresponden a una o más de las medidas de reducción de la demanda contenidas. Las seis medidas MPOWER son las siguientes:

1. M=Monitor: Vigilar el consumo de tabaco y las medidas de prevención.
2. P=Protect: Proteger a la población del humo de tabaco.
3. O=Offer: Ofrecer ayuda a las personas que desean dejar de fumar.
4. W=Warn: Advertir sobre los peligros del tabaco.
5. E=Enforce: cumplir con las prohibiciones en la publicidad, promoción y patrocinio.
6. R=Raise: Aumentar los impuestos al tabaco.

Los avances realizados en el ámbito mundial se representan a través de la adopción de al menos una de las medidas MPOWER. La población del mundo que ha sido beneficiada ha pasado de 2300 a 2800 millones y el número de países que la aplican ha incrementado desde 2012, de 92 a 103 (OMS, 2015).

México es uno de los seis países que han puesto en marcha servicios apropiados para dejar el tabaco (OMS, 2015). Para ellos se crearon clínicas especializadas de segundo y tercer nivel, que brindan ayuda a las personas que son consumidoras de tabaco. En nuestro país existen 257 clínicas, de las cuales el 41 % son los Centros de Integración Juvenil (CIJ), el 34.2 % son Centros Nueva Vida, el resto está conformado por clínicas del Instituto de Seguridad Social para Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Secretaría de Salud (SS), clínicas privadas y universitarias. En todas se brinda consejo breve para dejar de fumar y 80 % ofrece terapia psicológica individual y grupal. El 75 % proporciona terapia farmacológica y un 62 % cuenta con un sistema médico. Los responsables de las clínicas en su mayoría son el 51 % psicólogos, 28 % médicos y 10 % trabajadores sociales (Sansores, Regalado, Velázquez, Ramírez, Valdelamar, Casar et al., 2013).

2.3 Terapias farmacológicas

De acuerdo con la OMS (2015) la mayor parte de los fumadores que están conscientes de los peligros de consumir tabaco, tienen la intención de dejarlo. Se considera que los tratamientos y la medicación pueden duplicar con creces la probabilidad de que un fumador que desea abandonarlo, lo consiga. Por este motivo han surgido varias estrategias orientadas a la solución de esta problemática; una de ellas se refiere a las intervenciones que tienen como objetivo ayudar a los fumadores a dejar este hábito. Actualmente se sabe que las intervenciones cognitivo conductuales y los tratamientos farmacológicos, ya sea combinados o por sí solos, se consideran eficaces para dejar de fumar entre la población adulta (Martínez, Fernández, López-Durán, Rodríguez-Cano, Martínez-Vispo y Becoña, 2016; Patnode, Henderson, Thompson, Senger, Fortmann y Whitlock, 2015).

Los tratamientos para dejar de fumar pueden dividirse en dos grupos. Los primeros son los farmacológicos, que a su vez se dividen en la terapia de reemplazo con nicotina y los fármacos sin nicotina, ambos se describen a continuación.

2.3.1 Terapias de reemplazo de nicotina (TRN).

Las TRN tienen como característica la administración de nicotina mediante métodos diferentes al consumo de cigarrillos. Se utilizan para evitar los síntomas del síndrome de abstinencia, que se consideran el motivo principal de recaídas. Estos fármacos suministran niveles de nicotina más bajos que los del tabaco y no contienen los carcinógenos y gases que se generan a través del humo del tabaco (Díaz-Maroto, Muñoz y Jiménez-Ruiz, 2008; NIDA, 2011). El principio activo es la nicotina que penetra en la sangre, llega al Sistema Nervioso Central y ayuda a controlar los síntomas de abstinencia (García-Galbis, Leal, Hernández y Abellán, 2012; Sandí y Molina, 2013).

En México la TRN empezó a utilizarse a finales de la década de 1980 (Sensores et al., 2002). Entre los dispositivos de TRN que han sido aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) están los chicles de nicotina, los parches de nicotina, el inhalador bucal y el spray nasal (Camarelles, González-Gallarza, Clemente, Díaz-Maroto, Lozano y Pinet, 2013).

❖ *Chicle de nicotina.*

Es una goma de mascar que contiene de 2 a 4 mg de nicotina, que se absorbe mediante la masticación. Proporciona la cantidad de sustancia que requiere el fumador que está intentando dejar de fumar, para reducir o eliminar los síntomas de la abstinencia (entre ellos el deseo intenso por fumar un cigarro). La probabilidad de adicción a la goma de mascar es baja debido a que la nicotina que contiene se administra en el organismo con mayor lentitud en comparación con la obtenida en los cigarros (Jiménez-Ruiz, Riesco, Ramos, Barrueco, Solano, De Granda et al., 2008).

El chicle de nicotina se debe masticar uno cada una o dos horas o cuando la persona sienta el deseo de fumar. Las dosis recomendadas son 2 mg para los fumadores que presentan una dependencia baja a la nicotina y si presentan una dependencia alta la indicación es consumir el chicle de 4 mg y se puede utilizar un máximo de 30 chicles por día. Después de un periodo de dos o tres meses la cantidad se debe reducir de manera gradual. La duración total del tratamiento será entre 6 y 12 meses (Díaz-Maroto y Jiménez-Ruiz, 2008; García-Galbis et al., 2012).

Los efectos secundarios del uso del chicle que se pueden presentar son: la indigestión estomacal, dolor en boca, garganta y mandíbula, náuseas y mal sabor de boca (Nerín y Córdoba, 2004). Además de un riesgo de adicción a los chicles de nicotina, que se presenta en un 15-30 % de los consumidores (Lorenzo y Laredo, 2009).

En México, el chicle de nicotina existe en el mercado desde el año de 1986 y se encuentra disponible en dosis de 2 mg de nicotina. En cuanto a su eficacia se ha identificado que ayudan en el proceso para dejar de fumar, en la mayoría de los fumadores (Sansores, Ramírez-Venegas, Espinosa-Martínez y Sandoval, 2002).

❖ *Parche de nicotina.*

Es un dispositivo diseñado con un sistema transdérmico de liberación controlada y continua de nicotina durante 24 horas (Jiménez-Ruiz et al., 2008). Se recomienda utilizarlo en tres etapas: durante la fase inicial se utiliza un parche de 21 mg al día durante seis semanas; en la intermedia la dosis disminuye a 14 mg diarios por cuatro semanas; y en la fase final se utiliza la presentación de 10 mg por día por un periodo de cuatro semanas (Díaz-Maroto y Jiménez-Ruiz, 2008; Jiménez-Ruiz, Ayesta, Planchuelo, Abengozar, Torrecilla, Quintas et al., 2001).

Con relación a la tasa de éxito de los parches de nicotina se ha identificado que entre el 8 % y el 21 % de las personas permanecen sin fumar a los 6 meses después de terminado el tratamiento, y a los 12 meses el porcentaje oscila entre el 10 % y el 16 % (Mould-Quevedo y Contreras-Hernández, 2009).

El efecto adverso más frecuente es la irritación o quemadura localizada de la piel, cefalea, náuseas, vértigo y trastornos del sueño (Bello, Flores y Bello, 2008; Jiménez-Ruíz, Granda, Solano, Carrión, Romero y Barrueco, 2003).

❖ ***Inhalador de nicotina.***

Es un dispositivo que tiene un tamaño y forma similar a la de un cigarro, lo que puede llegar a sustituir aspectos orales y conductuales de fumar, es decir, el ritual mano-boca. Cada cartucho contiene 10 mg de nicotina y 1 mg de mentol, la manera de consumirla es aspirándolo en dosis bajas, provocando la reducción de los síntomas de la abstinencia (Schneider, Olmstead, Frazon y Lunell, 2001).

La dosis indicada es utilizarlo de 6 a 16 veces al día, y debe mantenerse durante tres a seis semanas, posteriormente se realiza una reducción gradual durante tres meses. Las consecuencias más frecuentes son la tos y la irritación de la garganta (Nerín y Cordoba, 2004).

❖ ***Spray nasal de nicotina.***

Consiste en un dispositivo que deposita la nicotina sobre la mucosa nasal. Se absorbe de una manera muy rápida, generando un pico de nicotina, por lo cual se produce una sensación muy similar a la que surge cuando se fuma el cigarro. Aunque esta tiene concentraciones más bajas, se considera el método que más pronto reduce los síntomas de la abstinencia (Bello, Flores y Bello, 2008; Nerín y Córdoba, 2004). Suele ser útil en fumadores que requieren conseguir niveles de nicotina en la sangre de manera inmediata (Lorenzo y Laredo, 2009).

Cada dosis libera 0,5 mg de nicotina por fosa nasal, se puede utilizar 5 mg por hora y 40 mg por día, con una reducción paulatina a partir del tercer mes, el tratamiento tiene una duración de 6 meses (Torrecilla et al., 2001).

Dentro de los efectos secundarios se encuentran la irritación nasal y de la garganta, lagrimeos, estornudos y tos. Estos síntomas suelen disminuir paulatinamente después de algunas semanas de tratamiento (Nerín y Córdoba, 2004; Sampablo y Angril, 2004).

2. 3. 2 Tratamientos farmacológicos no nicotínicos.

Dentro de los tratamientos para dejar de fumar se cuenta con un grupo de fármacos alternativos o complementarios no nicotínicos. Son medicamentos que ayudan a reducir los síntomas de la abstinencia (García-Galbis et al., 2012). Entre ellos se encuentran los antidepresivos, antagonistas, ansiolíticos y los inhibidores (Pérez y Clemente, 2001). Sin embargo, los que han sido aprobados por la FDA son el bupropión y la vareniclina, los cuales se describen a continuación:

❖ *Bupropión.*

El bupropión fue el primer fármaco aprobado por la FDA en 1997. Es un antidepresivo que mostró que puede ser eficaz en la reducción de los síntomas de abstinencia y ayudar a las personas para dejar de fumar (NIDA, 2011). La dosis a utilizar es un comprimido diario de 150 mg durante tres días, después se recomiendan dos comprimidos por día. El tratamiento comienza cuando el paciente todavía se encuentra fumando, por lo cual debe dejar el hábito dentro de los primeros quince días de iniciado el tratamiento, el cual tendrá una duración de 2 a 12 meses. En lo que respecta a su efectividad se ha identificado que el uso de 300 mg de bupropión durante siete semanas está asociado con la abstinencia a los 12 meses de seguimiento (García-Galbis et al., 2012). Dentro de los efectos secundarios se encuentran el dolor de cabeza, boca seca y convulsiones, este último efecto solo se presenta en caso de que el paciente tenga ya antecedentes (Sansores et al., 2002).

❖ *Vareniclina.*

La vareniclina está específicamente diseñado para ayudar a las personas a dejar de fumar; este medicamento es un agonista parcial de los receptores de la nicotina y de esta manera favorece la reducción de los síntomas de la abstinencia y el deseo de fumar; si la persona intenta fumar, la experiencia no será una sensación placentera a la que estaba acostumbrado (García-Galbis et al., 2012; NIDA, 2011).

Por lo que respecta a su eficacia, se ha encontrado que 22.5 % de los pacientes se mantienen en abstinencia después de un año de iniciado el tratamiento (Jiménez, Granda, Cicero, Perera, Mayayo, Cristóbal, Vaquero y Solano, 2014; Mould-Quevedo y Contreras-Hernández, 2009).

2. 4 Tratamientos psicológicos

Los tratamientos psicológicos enfocados en lograr la cesación tabáquica, aparecieron alrededor de los años 60. Estos han demostrado ser eficaces y se consideran de primera elección para muchos fumadores (Becoña, Fernández, López-Durán, Martínez, Martínez y Rodríguez, 2014). Desde entonces, se han ido desarrollando tratamientos enfocados en técnicas conductuales, cognitivas, una combinación de ambas, cognitivo-conductuales y de prevención de recaídas (Becoña, Míguez, Fernández y López, 2010; Collins, Baker, Mermelstein, Piper, Jorenby, Smith et al., 2011).

Los tratamientos psicológicos para dejar de fumar se enfocan en tres factores principales: 1) técnicas para incrementar la motivación y el compromiso del fumador para que abandone la conducta de fumar; 2) aplicación de las técnicas psicológicas de deshabitación; y 3) técnicas de prevención de la recaída, cuyo objetivo es evitar que la persona se mantenga abstinenta una vez que ha dejado de fumar (Becoña et al., 2014).

2.4.1 Consejo breve.

El consejo breve para dejar de fumar se ha definido como una actividad que tiene una duración de entre 3 y 10 minutos, que consiste en el intercambio de información entre el profesional de la salud y el fumador, el objetivo es promover el desarrollo de capacidades en el paciente para dejar de fumar (Alba, Murillo y Castillo, 2013).

Una ventaja de esta técnica es que no se tiene que invertir demasiado tiempo, ni recursos económicos, por lo que se propone que sea adoptada por los profesionales de la salud (García-Gómez, Sansores, Díaz, Urdapilleta-Herrera, González-Rojas, Pérez-Márquez, y Ramírez, 2015).

Godoy, Callejas, Tornero, Molina, Agustín, y Tárraga (2016) realizaron un estudio con 838 pacientes españoles fumadores y encontraron que del total de su muestra un 7.6 % de los participantes que recibieron consejo breve tuvieron resultados favorables al lograr la cesación tabáquica. En México, en una investigación realizada por García-Gómez et al., (2015), encontraron que del 100 % de los participantes del estudio, el 6.6 % de los fumadores a quienes se les dio el consejo breve dejaron de fumar por lo menos durante seis meses y que el 16 % pidieron ayuda profesional para dejar de fumar. Tanto Godoy et al., (2016) como García-Gómez et al., (2015) concluyeron que el consejo breve para dejar de fumar es una técnica que fomenta la motivación de las personas para que busquen tratamiento o disminuyan su consumo.

2. 4. 2 Intervenciones conductuales.

Se considera que las intervenciones conductuales pueden ser un tratamiento antitabáquico integral. Las técnicas conductuales son fundamentales en cualquier intervención para la adicción a la nicotina (Gutiérrez, 2001). En este enfoque, los objetivos son enseñar a los fumadores a identificar las situaciones de riesgo en las cuales es muy posible que fumen, a utilizar estrategias alternativas para evitar el consumo, a controlar la ansiedad, a incrementar su habilidad en la resolución de problemas y a buscar el apoyo social (NIDA, 2011).

Este tipo de tratamientos proponen una reducción en el consumo basándose en el desarrollo de nuevas pautas de comportamiento que lo eviten. Dicha aproximación está basada en las teorías de aprendizaje y tiene como objetivo enseñar al usuario habilidades específicas que lo ayudan a combatir las deficiencias de su funcionamiento social, así como de autocontrol (Carrascoza, 2007; Oropeza, 2003).

❖ Técnicas aversivas

Estas técnicas se enfocan en eliminar lo agradable de una conducta desadaptativa, como lo es el hábito de fumar; el objetivo es que el cigarro se convierta en un estímulo desagradable para el fumador y de esta manera se pueda llegar a la abstinencia; las más utilizadas son los métodos de fumar rápido, la sobresaturación y retención del humo (Becoña, 2004b).

La técnica de fumar rápido se basa en los principios del condicionamiento, utilizando el cigarro como un estímulo aversivo. Este método consiste en que la persona debe inhalar el humo de la marca de su cigarro favorito durante 6 segundos, en cada sesión se realizan tres ensayos con una duración de 15 minutos y haciendo una pausa de 5 minutos de descanso entre ellos. El fumador debe de identificar las sensaciones negativas que presenta al fumar. Los efectos adversos son la taquicardia, sudoración, malestar general, náuseas y vómitos. Esta técnica es utilizada por personas que estén de acuerdo en realizarla y que además gocen de una buena salud (Becerra-García, 2011).

La sobresaciedad consiste en pedirle al fumador que incremente de forma exagerada el número de cigarros que consuma respecto a la cantidad que fumaba al inicio del tratamiento. Este proceso durará una o varias semanas. El objetivo es que los aspectos placenteros de fumar (sabor, deleite, satisfacción, entre otros) se conviertan en aversivos. Con este método lo que se logra es ocasionar en el fumador malestares, dolores y vómitos. Después de dos o tres semanas de encontrarse fumando de forma exagerada, se le pide al fumador que deje de consumir cigarros. En cuanto a las recomendaciones se sugieren las mismas que en la técnica de fumar rápido y de un control exhaustivo por parte del terapeuta o médico (Becoña, 2004b; Gutierrez, 2001).

En la técnica de retención del humo, se utiliza el mismo humo de los cigarros como estímulo aversivo. Consiste en que el fumador debe aguantar el humo en la boca y garganta durante 30 a 45 segundos y al mismo tiempo seguir respirando por la nariz. Los descansos son de 30 segundos entre ensayos, que tienen una duración total de cinco minutos; se logra la abstinencia después de ocho a diez sesiones. Este método no tiene efectos secundarios y es menos aversiva que las dos técnicas anteriores (Montero y González, 2001).

❖ *Técnicas no aversivas*

Las técnicas no aversivas más utilizadas son la reducción gradual del nivel de la nicotina y el control de estímulos (Becerra-García, 2011). Ambas técnicas se describen a continuación.

El método de reducción gradual del nivel de nicotina y alquitrán fue desarrollado por Foxx y Brown en 1979 y está formado por tres factores principales: 1) se va reduciendo paulatinamente la nicotina, ya sea que se decida reducir el número de cigarros o que se cambie de marca de cigarros por una que contenga menos nicotina y alquitrán; 2) se lleva un autorregistro de la cantidad de cigarros fumados; y 3) los fumadores que no consiguen la abstinencia, logran disminuir el número de cigarros por día, lo que reduce los problemas asociados al consumo de tabaco (Roales-Nieto, 1992). En esta técnica se deben realizar reducciones semanales paulatinas del 30 %, 60 % y 90 % respecto a la línea base del consumo acostumbrado de nicotina hasta que la persona logre llegar a la abstinencia (López, Roales-Nieto y Ayllón, 2001).

En la técnica del control de estímulos los fumadores están expuestos a una variedad de estímulos que se encuentran asociados a la conducta de fumar (al despertarse, al ir al baño, después de comer, en situaciones sociales, descansos, entre otros). Cuando la persona se encuentra ante estas situaciones surge el deseo de fumar y se desencadena la conducta. Los procedimientos de control de estímulos están enfocados a debilitar o extinguir estas señales con el objetivo de facilitar el rompimiento con el hábito mediante la disociación entre la conducta de fumar y las situaciones a las que estaba asociada (Becoña, 2008; Frojan y Santacreu, 1993).

2. 4. 3 Intervenciones cognitivas.

Esta terapia señala que los desórdenes de abuso de sustancias reflejan pensamientos habituales, automáticos y negativos, así como creencias que deben identificarse y modificarse para cambiar tanto las formas erróneas de pensar como las conductas que se asocian. Esta aproximación tiene como objetivo usar los procesos cognitivos para identificar los eventos disparadores o los estados emocionales que reactivan el uso de sustancias y los reemplazan con respuestas consideradas como saludables (Carrascoza, 2007; Oropeza, 2003). Las técnicas cognitivas usadas para el tratamiento tabáquico son el entrenamiento en solución de problemas y la reestructuración cognitiva.

El entrenamiento en solución de problemas consiste en enseñar a las personas a identificar sus problemas y encontrar la mejor solución a los mismos y su implementación (Becoña 2004a). Esta técnica está conformada por cinco pasos: 1) reconocer la existencia de un problema, 2) identificar y definir claramente el problema, 3) generación de soluciones alternativas, 4) toma de decisiones y aplicar la solución y 5) verificación de la solución (Oropeza, Loyola y Vázquez, 2012). Esta técnica está incluida en varios de los tratamientos para dejar de fumar y es una estrategia que ayuda en la prevención de las recaídas, ya que el paciente cuenta con la capacidad de plantear y llevar a cabo soluciones alternativas al consumo. Se ha identificado que cuando se combina con un tratamiento psicológico que ha demostrado tener resultados positivos, aumenta más su eficacia (Becoña 2004a).

La técnica de la reestructuración cognitiva ayuda a brindar herramientas psicológicas al paciente para que identifique y cuestione sus cogniciones desadaptativas, erróneas o irracionales, de manera que pueda modificarlas por información, expectativas y pensamientos más ajustados a la realidad de la conducta de fumar. El objetivo es que los fumadores pongan a prueba sus ideas desadaptativas y lleguen a una conclusión sobre su utilidad y de esta manera puedan sustituirlas por otras más apropiadas que les ayuden a lograr el dejar de fumar (Ayesta y Otero, 2004).

2. 4. 4 Terapia cognitivo-conductual.

Los tratamientos que prevalecen actualmente para disminuir el tabaquismo combinan las técnicas conductuales y cognitivas, ya que se considera que al combinar las dos terapias se logra una mayor eficacia en la conducta de dejar de fumar (Secades, 1997) y un mayor éxito en el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo (Becoña, 2004a).

Los Tratamientos Cognitivo Conductuales (TCC) están basados en las teorías del condicionamiento clásico, el condicionamiento operante, el aprendizaje social y la terapia cognitiva. Algunas de las técnicas más utilizadas son la identificación y el afrontamiento de las situaciones de alto riesgo, sentimientos, pensamientos y conductas relacionadas al consumo de sustancias, el entrenamiento en habilidades, balance decisional, autorregistro, el análisis funcional, solución de problemas, planes de acción, control de estímulos y prevención de recaídas (Monti, Gulliver y Myers, 1994; Carroll, 1998; Oropeza, 2003; Carrascoza, 2007).

Con respecto a la efectividad de la TCC, Fernández, García-Vera y Sanz en el 2014, realizaron un estudio en el que concluyeron que el tratamiento cognitivo conductual intensivo puede lograr tasas de abstinencia equivalentes al ser empleado de manera aislada o si se combina con un tratamiento farmacológico. Debido a esto los tratamientos psicológicos pueden ser considerados como de primera elección; y si se utiliza un tratamiento farmacológico como el parche de nicotina se recomienda aplicarlo en combinación con la TCC, para lograr una mayor efectividad.

2. 4. 6 Terapia de prevención de recaídas.

Dentro de esta aproximación existen varios modelos; entre los más usados son el cognitivo conductual de Annis y Davis (1988) y el de Marlatt y Gordon (1985). Sus bases son el análisis funcional, la identificación de situaciones de alto riesgo de recaídas y entrenamiento en habilidades de enfrentamiento, además de tratar directamente con las cogniciones involucradas en el proceso de recaídas. Se enfocan en ayudar al sujeto a ganar mayor autoeficacia.

De acuerdo con el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985), las personas presentan una recaída cuando se enfrentan a una situación de riesgo y no logran responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas para el mantenimiento de la abstinencia.

Una recaída se define como regresar de nuevo a las conductas desadaptativas asociadas a la utilización de la sustancia (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999). De acuerdo con López-Núñez, Martínez-Loredo, Weidberg, Pericot-Valverde y Secades-Villa (2016) y Martínez et al., (2016), a pesar de contar con tratamientos eficaces para la cesación tabáquica, un alto porcentaje de fumadores presentan una recaída después de algunos meses que ha dejado de fumar.

Míguez y Becoña (1997) identificaron que las situaciones asociadas al problema de recaída son la presión social para que consuma, los estados emocionales negativos (ira, depresión, ansiedad, frustración, estrés) y positivos (estar alegre, pasarla bien en una fiesta). Por lo cual las estrategias de mantenimiento tienen que estar orientadas al control de estos factores.

En un meta-análisis de 36 estudios de intervenciones enfocadas a la prevención de recaídas, se identificó que las más eficaces eran las que identificaban y enseñaban al fumador a enfrentar con éxito las situaciones de riesgo, además de la combinación de un tratamiento farmacológico, como la vareniclina o el bupropión (Hajek, Stead, West, Jarvis y Lancaster, 2011).

2.5 Tratamientos combinados: farmacológicos y psicológicos

Las TRN continúan siendo muy utilizadas por los fumadores que desean dejar de fumar, sin embargo, se ha encontrado que solo uno de cada cinco fumadores alcanza la abstinencia del consumo de tabaco (Stead, Perera, Bullen, Mant y Lancaster, 2008). El principal motivo de recaída en el tabaquismo es debido a los síntomas del síndrome de abstinencia; por lo cual, la recomendación es brindar al paciente un tratamiento farmacológico que este acompañado de uno psicológico (Díaz-Maroto, Jiménez-Ruiz, Alonso, Alonso, Iglesias y Bassa, 2009). Se ha identificado que los tratamientos farmacológicos (terapia de reemplazo de nicotina o el bupropión y vareniclina) son considerados como un apoyo a la motivación y es fundamentalmente útil en las primeras etapas del tratamiento para ayudar a los fumadores a resistir los síntomas de abstinencia y el deseo de fumar (Godoy et al., 2016) y aumentan significativamente su eficacia si se aplica a la par una intervención psicológica (Ranney, Melvin, Lux, McClain y Lohr, 2006).

2.6 Tratamientos multicomponentes

Esta modalidad de tratamiento, surge a partir a principios de la década de los años 80. Son denominados multicomponente debido a que incluyen diferentes técnicas de intervención o componentes de intervención psicológica.

Los programas multicomponentes son de los más empleados en el tratamiento de la cesación tabáquica, debido a que presentan las tasas más elevadas de eficacia, logrando la abstinencia en un 60 a 80 % de los pacientes al finalizar el tratamiento y de 30 a 50 % en el seguimiento a un año (Mrozowicz-Gaudyn, Sanz y Carballo, 2013).

También son llamados terapia multicomponente cognitiva conductual con prevención de la recaída. Estas intervenciones pueden ser aplicadas tanto de manera individual como grupal y están compuestos por tres fases: 1) Fase de preparación, que incluye técnicas que tienen por objetivo incrementar la motivación y el compromiso del paciente para el abandono del consumo de cigarrillos; para ello se puede utilizar contratos de contingencia, realizar un balance decisional mediante el cual se identifican los beneficios y las razones para dejar de fumar, un análisis funcional para conocer los antecedentes y consecuentes, realizado a través del autorregistro. 2) Fase de abandono, es la aplicación de alguno de los tratamientos existentes para dejar de fumar, por ejemplo, la técnica de la reducción gradual de nicotina y alquitrán, la sobresaciedad o alguna otra que haya demostrado ser eficaz. 3) Fase de mantenimiento en la cual se trabaja con estrategias de prevención de recaídas para lograr que la persona continúe en abstinencia en largo plazo. Además, se realizan sesiones de seguimiento (Becoña 2004b; Becoña, 2008; Secades, Díez y Fernández, 1999).

2.7 Tratamientos de tabaco en población penitenciaria

Castellanos (2014) menciona que los tratamientos enfocados a combatir las adicciones en las cárceles son fundamentales para disminuir los problemas asociados al consumo de drogas y la calidad de vida de los internos.

Yagüe-Olmos y Cabello-Vázquez (2008) realizaron una intervención en un centro penitenciario español, con el objetivo de reducir el tabaquismo en las internas y los trabajadores. Obteniendo como resultado una alta tasa de abandono del tabaco al finalizar el tratamiento, en un 40.9 % en el caso de las internas y un 100 % en los trabajadores. En relación a los resultados a un año de haber terminado la intervención, un 22.7 % de las internas continuaban en abstinencia y un 100 % de los trabajadores. Estos autores concluyeron que es viable efectuar con éxito programas para dejar de fumar en las instituciones penitenciarias y sugiere que se implementen los tratamientos para la cesación tabáquica en la generalidad de los centros penitenciarios.

En México, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) está enfocando sus esfuerzos para reducir el consumo de tabaco en las cárceles mexicanas, por lo que se han realizado convenios con centros penitenciarios en los que la prevalencia del consumo de cigarro es alta y genera graves problemas de salud (Valadez, 2016). Sin embargo, en nuestra

revisión bibliográfica, a partir de la búsqueda de las palabras “tabaquismo y cárceles” “tratamientos para dejar de fumar en cárceles mexicanas” “mujeres, tabaco y cárcel” “centros penitenciarios y tabaco” “prevalencia del tabaco en centros penitenciarios mexicanos”, entre otras. En las siguientes bases de datos: Redalyc, google Académico, Elsevier, Pub Med, CONRICyT, Springer Link y Science Direct; no se encontraron artículos científicos en nuestro país que reporten la implementación de tratamientos para el tabaquismo en población penitenciaria.

Debido a lo anterior, esta investigación pone énfasis en adaptar una intervención dirigida a población penitenciaria femenina que este fundamentada en la teoría y metodología del Modelo Transteórico de Cambio y en la Entrevista Motivacional. Por lo tanto, en el siguiente capítulo se presenta una descripción de las principales características de estas teorías y también se ofrece una descripción del Programa para Cambiar el Consumo de Marihuana e Inhalables (PMCI) que es la intervención que fue adaptada con el propósito de evaluar su eficacia en población penitenciaria femenina consumidora de tabaco.

Capítulo 3. Modelo Transteórico de Cambio

Este capítulo incluye una revisión de los fundamentos del Modelo Transteórico del cambio (MTC) y de la Entrevista Motivacional (EM), ambas teorías son las que fundamentan esta intervención. El MTC pone su énfasis en iniciar la intervención en la etapa de cambio en la que se identifique el usuario antes de iniciar el tratamiento y propone procesos de cambio específicos que se deben de utilizar en cada una de las etapas con el propósito de generar un cambio en el paciente. La EM es una herramienta útil que nos aporta estrategias específicas de acuerdo a la etapa y los procesos de cambio en que se encuentre la persona. Por último, se describe el Programa para Cambiar el Consumo de Marihuana e Inhalables de (Fukushima, Berenzon, Benjet y Oropeza, 2014), el cual fue adaptado y aplicado a población penitenciaria femenina.

3.1 Modelo Transteórico de cambio

En el ámbito psicoterapéutico, usualmente el cambio de una conducta adictiva se ha definido como el paso de una situación de consumo continuado de una sustancia psicoactiva a un estado estable de abstinencia (Trujols, Tejero y Bañuls, 2003). Desde este enfoque se ha excluido el proceso que realiza la persona en la dinámica de consumo a no consumo, asumiendo que el consumidor que acude a tratamiento ya está preparado para realizar el cambio. Empero se ha identificado que la mayoría de los pacientes no se encuentran preparados para realizar los cambios de su conducta adictiva (Becoña, Cortés, Arias, Barreiro, Berdullas, Iraurgi, et al., 2011).

Desde la perspectiva del proceso, la modificación de una conducta adictiva no es un fenómeno que siga la ley del todo o nada. Un modelo comprensivo debe tomar en cuenta el progreso del cambio, desde el momento en que el individuo identifica que hay un problema hasta el punto en que éste ya no existe. Hay una serie de etapas de cambio que preceden y siguen a la consecución de la abstinencia (Marshall y Biddle, 2001; Velicer, Prochaska y Rossi, 1995). En el campo de las adicciones Prochaska y DiClemente plantean en los años ochenta el MTC, el cual es un marco explicativo de la manera en que se entienden, evalúan y se trabaja con los comportamientos adictivos, tomando en cuenta los procesos del cambio (Diclemente y Norcross, 1992; Gañan et al., 2009; Prochaska y Velicer, 1994).

Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) consideran que en la problemática del consumo de drogas existen dos variables de las cuales dependerá, en gran parte, la efectividad del tratamiento. Estas variables son la motivación y la percepción del problema por parte del usuario, por lo cual estos autores hicieron el modelo en espiral para representar las etapas de su teoría. En el, los sujetos tienen la habilidad de salir en cualquier momento en que ellos decidan no continuar con el cambio; por lo que ellos consideran dentro del modelo a las recaídas (que es regresar a la conducta previa existente). El patrón en espiral sugiere que los usuarios pueden aprender de sus recaídas, en lugar de pensar que es un fracaso.

Por lo tanto, el MTC es una de las teorías que ayudan a entender más claramente la experiencia de recuperación del adicto (Hansen, Ganley y Carlucci; 2008). En fumadores se ha observado que necesitan realizar de tres a cuatro intentos de cambio de conducta antes de lograr estar en mantenimiento a largo plazo (Díaz, 2001).

La integración teórica del MTC pretende describir y explicar un modelo tridimensional que representa elementos críticos en el proceso del cambio, los cuales son: las etapas, procesos y niveles de cambio. Estos tres elementos hacen referencia al cuándo, cómo y qué se cambia (Prochaska y DiClemente 1992). A continuación, se describen los dos primeros, debido a que son los elementos con los que se trabajó en la IMTC.

3.1.1 Etapas de cambio.

Prochaska y DiClemente (1984) encontraron que cuando las personas hacen un cambio de conducta pasan a través de una serie de etapas. Estas *son precontemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento*. El MTC propone que dejar de consumir tabaco (o cualquier otra sustancia adictiva) es un proceso que transcurre a lo largo de estas cinco etapas. Cualquier fumador estará en algunas de estas etapas dependiendo del grado de su motivación para dejar de fumar (Jiménez y Colmenarejo, 2006). A continuación, se describen las etapas de cambio por las cuales atraviesa una persona cuando realiza un cambio de conducta (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992; Trujols, et al., 2003).

- ❖ **Precontemplación.** En esta etapa la persona no tiene ninguna intención de cambiar la conducta de consumo de tabaco en un futuro previsible. Muchas personas en esta etapa ignoran o no están conscientes de sus problemas, ya que los aspectos gratificantes que obtienen con la sustancia son superiores a los aversivos. Cuando se presentan en terapia, a menudo lo hacen por la presión de alguna persona significativa. La resistencia a reconocer o modificar su problema es la marca distintiva de esta etapa.
- ❖ **Contemplación.** Es la etapa en la cual el usuario progresivamente va tomando conciencia de la existencia de un problema ocasionado por su consumo de tabaco. Pero todavía no ha hecho un compromiso para emprender alguna acción. Durante esta etapa, se plantea la posibilidad de dejar de fumar, ya que los aspectos gratificantes que obtenía por su uso empiezan a equilibrarse respecto a los problemas, que van aumentando de forma paulatina. Otro aspecto importante de la etapa de contemplación es la ponderación de las ventajas y desventajas tanto del consumo como de dejar de consumir, por lo que esta se caracteriza por la ambivalencia que surge en el paciente sobre la posibilidad de modificar su conducta.
- ❖ **Determinación.** Esta etapa combina criterios intencionales y conductuales. Los consumidores ya quieren emprender acciones durante el mes próximo. Los individuos que están preparados para tomar alguna acción empiezan a reportar cambios conductuales pequeños, como algunas reducciones en su consumo. No obstante, los individuos en este período todavía no han hecho una acción efectiva, como la abstinencia o moderación del consumo. Sin embargo, quieren emprender alguna acción en un futuro cercano.
- ❖ **Acción.** En esta etapa, los consumidores ya han modificado su conducta, sus experiencias o su entorno con el fin de vencer su consumo de tabaco. La acción involucra cambios conductuales más evidentes que en las etapas previas y requiere una mayor dedicación de tiempo y energía. Durante esta etapa, se altera con éxito la conducta adictiva durante un periodo de un día hasta seis meses. Modificar exitosamente la conducta adictiva significa alcanzar un criterio particular, como la abstinencia.

- ❖ **Mantenimiento.** Es la etapa donde los cambios del comportamiento han permanecido durante seis meses y la persona trabaja para impedir la recaída y consolidar las ganancias conseguidas durante la acción. Permanecer libre de la conducta adictiva e involucrarse consistentemente en una nueva conducta incompatible por más de seis meses son los criterios de esta etapa.

Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) modificaron el modelo, de lineal a espiral, para representar más adecuadamente varias etapas de su teoría. La progresión a través de estas etapas es cíclica, y nunca es lineal, este cambio está sometido a un proceso dinámico y fluctuante. En este modelo, las personas tienen la posibilidad de salir de la rueda del cambio en cualquier momento en que ellos lo decidan. Como hemos mencionado, ellos consideran las recaídas o regresar a la conducta previa existente, sin que una recaída signifique que regresará a la etapa inicial, estas se consideran como una etapa normal del cambio (Cohen, Pederson, Ashley, Bull, Ferrence y Poland, 2002). Por lo tanto, el (MTC) es una de las teorías más útiles que ayudan a entender la experiencia de recuperación del adicto (Hansenl, Ganley y Carlucci, 2008).

3.1.2 Procesos de cambio.

Por otro lado, Prochaska y Diclemente (1984) identificaron diez procesos de cambio que permiten la transición de una etapa de cambio a otra. Estos son definidos como cualquier actividad que el usuario emprende para ayudarse a modificar su conducta adictiva (Díaz, 2001; Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994). Se consideran elementos importantes para comprender cómo se producen los cambios en las intenciones, actitudes, motivaciones y comportamientos respecto a la adquisición o el cese de la conducta adictiva (Hoeppner, Velicer, Redding, Rossi, Prochaska, Pallonen y Meier, 2006). Los procesos básicos de cambio se estructuran en relación a dos factores: procesos cambio cognitivos y procesos de cambio conductuales:

Los procesos cognitivos de cambio se enfocan en procesos de pensamiento internos y la manera en que la persona percibe su situación; son más relevantes en las etapas de cambio más tempranas (Precontemplación y contemplación). Como parte de estos encontramos:

- ❖ Aumento de conciencia: es un proceso cognitivo que implica un mayor procesamiento de la información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y los beneficios de modificarla. Debido a que los usuarios pueden no ser conscientes de los efectos negativos que conlleva el consumo de la sustancia, el aprender sobre las consecuencias puede ayudar a que realicen mejores decisiones.
- ❖ Alivio dramático: consiste en la experimentación y expresión de las reacciones emocionales del paciente, a partir de la reflexión de los aspectos negativos que le han generado su conducta adictiva.
- ❖ Reevaluación ambiental: consiste en evaluar las consecuencias negativas que le genera la conducta adictiva hacia sus relaciones interpersonales y sus metas de vida, así como reconocer los cambios positivos que obtendría al abandonar el consumo.
- ❖ Autorreevaluación: se refiere a la evaluación afectiva y cognitiva que realiza la persona sobre la manera en que la conducta de adicción afecta sus propios valores y su comportamiento, así como reconocer que dejar de consumir mejorará su calidad de vida.
- ❖ Liberación social: hace referencia a la aceptación de medidas sociales que obligan al individuo al cambio de la conducta adictiva y el aumento de alternativas saludables, que son socialmente aceptables.

Procesos conductuales de cambio: se enfocan en la acción y el cambio de la conducta; son más útiles en las etapas de cambio más tardías (acción y mantenimiento). Estos procesos se describen a continuación:

- ❖ Control de estímulos: Automanejo de los estímulos discriminativos que alteran la probabilidad del comportamiento adictivo.
- ❖ Contracondicionamiento: Consiste en la alteración de la asociación provocada por los estímulos condicionados por el consumo al provocar conductas alternativas. La meta es fomentar el aprendizaje de nuevas habilidades en el paciente que le ayuden a enfrentar con éxito las situaciones de riesgo de consumo.

- ❖ Manejo de contingencias: Es una estrategia de tipo conductual que consiste en la aplicación de refuerzos a una conducta deseada y que incrementan su la probabilidad de ocurrencia.
- ❖ Autoliberación: Representa la toma de conciencia acerca de la propia responsabilidad sobre el control del comportamiento (en lugar de atribuirlo a factores externos) y reconocer que este es un elemento fundamental en el proceso de cambio de la conducta adictiva, además de que es capaz de alcanzar las habilidades elementales para cambiar.
- ❖ Relaciones de ayuda: hace referencia al apoyo social que recibe la persona y que puede facilitar el cambio de la conducta adictiva.

En el campo de las adicciones existen dos modelos que ponen su énfasis en la motivación del usuario y nos ayudan a entender los cambios en los comportamientos adictivos estos son MTC (el cual ya fue descrito anteriormente) y la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 2015) de la cual mencionaremos a continuación sus principales características.

3.2 Entrevista Motivacional

La Entrevista Motivacional (EM) se define como una estrategia de intervención psicológica con un estilo centrado en el cliente, que tiene por objetivo generar el cambio de conducta y ayudarlo a explorar y resolver la ambivalencia que le provoca su conducta (Flórez-Alarcón y Castellanos-Morales, 2012; Torres, 2010). Miller y Rollnick (2015) nos describe los cinco principios fundamentales de la EM, los cuales son los siguientes:

- ❖ Expresar empatía: mediante una escucha reflexiva empática los terapeutas intentan comprender los sentimientos, las necesidades y aspiraciones del paciente, sin juzgar, criticar o culpabilizar.
- ❖ Crear una discrepancia: el objetivo es la exploración de los valores personales del cliente y sus aspiraciones para el futuro, puede surgir un estado particular de malestar, a éste se le denomina discrepancia. Puede generarse del contraste entre donde el paciente se encuentra y donde él quiere estar.

- ❖ Evitar la discusión: este principio se refiere a que el terapeuta evite discutir con el paciente con el fin de convencerle de que tiene un problema con el consumo de drogas y de que necesita cambiar, mientras que el paciente defiende un punto de vista opuesto. Resulta beneficioso el respetar las decisiones del paciente.
- ❖ Darle un giro a la resistencia: el terapeuta no busca imponer nuevos puntos de vista, en su lugar el paciente es invitado a considerar la nueva información; consiste en implicar al paciente de forma activa en el proceso de la resolución de sus problemas.
- ❖ Fomentar la autoeficacia: la cual se define como la creencia sobre sus habilidades o capacidades para llevar a cabo con éxito una tarea. Es un elemento clave en la motivación para el cambio. Potenciar el sentimiento de autoeficacia y la actitud de cambio en el paciente es fundamental en la entrevista motivacional.

Estos cinco principios básicos son la base de las estrategias específicas de la EM. Desde este enfoque la EM nos aporta estrategias específicas de acuerdo a la etapa de cambio en que se encuentre la persona (Balcells, Torres y Yahne, 2004). La motivación es definida como la probabilidad de que una persona comience y continúe el cambio adhiriéndose a una determinada estrategia (Miller y Rollnick, 1991).

Bóveda, Pérula, Campiñez, Bosch, Barragán y Prados en el 2013, mencionan dos estudios que aportan evidencia de la eficacia de la entrevista motivacional en el abordaje del consumo de tabaco. En los dos estudios se realizó una comparación de una intervención motivacional contra el consejo breve; en el primer estudio se encontró que los fumadores que recibieron tratamiento con enfoque en la entrevista motivacional, obtuvieron un mayor porcentaje de abstinencia. Los resultados de la segunda investigación arrojaron que la intervención basada en la entrevista motivacional fue más exitosa que el consejo antitabaco, con una tasa de abstinencia del 18.4 % a los 12 meses en comparación con el 3.4 % en el grupo control.

3.3 Programa para Cambiar el Consumo de Marihuana e Inhalables (PCMI)

La intervención Breve basada en el Modelo Transteórico del Cambio dirigida a Fumadoras Reclusas (IMTC) fue la intervención que se adaptó en el 2016 para una población penitenciaria femenina adulta consumidora de tabaco a partir de las limitaciones y sugerencias de una intervención denominada “Programa para cambiar el consumo de marihuana e inhalables” (PCMI) realizada por Fukushima, et al., en el 2014. A continuación, se presentan las características del PMCI:

3.3.1 Componentes del PCMI.

Está basado en dos programas de intervención que han mostrado su efectividad en el tratamiento del consumo de drogas. El primero es el “Group Treatment for Substance Abuse: a stages of change therapy manual” de Velasquez, Maurer, Crouch, y DiClemente (2001). Este es un tratamiento estructurado basado en el (MTC). Se encuentra conformado por 29 sesiones divididas en dos secuencias. La primera está conformada por 14 sesiones destinadas a los pacientes que se encuentran en las etapas de cambio más tempranas (precontemplación, contemplación y determinación). La segunda está formada por 15 secciones orientadas en las etapas tardías del cambio (acción y mantenimiento).

El segundo es el “Programa de intervención Breve para Adolescentes que inician el Consumo de Alcohol y Otras Drogas” (PIBA) de Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala (2008). El PIBA es un tratamiento dirigido a adolescentes, que están iniciando el consumo de alguna droga (alcohol, cocaína, marihuana e inhalables), que no presentan dependencia, pero reportan problemas relacionados con el consumo. Esta intervención se fundamenta en la Teoría cognitivo social (Bandura, 2001.) y tiene como objetivo fomentar un cambio en el consumo de sustancias y que dicho cambio permanezca a largo plazo.

Para el desarrollo del PCMI se ejieron las técnicas que servirían como base del material de trabajo para las sesiones de intervención de los modelos antes mencionados. Buscando desarrollar una intervención estructurada conformada de sesiones individuales y basado en el (MTC). Es decir, que el programa tenga estrategias para cada proceso de cambio buscando responder a las necesidades del usuario de acuerdo a la etapa de cambio en que se encuentre y ayudar a la transición a través de las etapas de cambio; así como, cambiar en el patrón de consumo del usuario (Fukushima et al., 2014.)

3.3. 2 Características del PCMI.

El objetivo de este programa es el cambiar el consumo de inhalables y/o mariguana de adolescentes de 12 a 19 años de edad, facilitando la transición a través de las etapas de cambio y la modificación en el consumo. Cuenta con 8 sesiones (evaluación, precontemplación, contemplación, preparación, acción 1, acción 2, acción 3 y mantenimiento) que están estructuradas para detectar la etapa de cambio en la que está el usuario y atenderlo de acuerdo al momento motivacional en que se encuentra. Cada sesión corresponde a una etapa de cambio y contienen uno o más procesos de cambio que facilitarán la transición por las etapas. Las sesiones se pueden manejar de manera independiente y pueden llevarse de acuerdo a la etapa de cambio detectada, es decir, las sesiones tienen una coherencia y continuidad, aunque se lleve desde la etapa de precontemplación o iniciando en alguna otra de las etapas (Fukushima, et al, 2014). El programa cuenta con ocho sesiones:

- 1) Etapa de Precontemplación del cambio de consumo de drogas: su objetivo es que el usuario reconozca que el consumo de sustancias le ha ocasionado consecuencias negativas y que le permita considerar que quizá es necesario un cambio respecto a esta conducta.
- 2) Etapa de Contemplación del consumo de drogas: “Quiero dejar el consumo, pero también lo disfruto” con la cual se pretende ayudar al usuario, a través de un balance decisonal, a reconocer que hay más contras (las cosas no tan buenas), que pros (las cosas buenas) de su consumo. Y motivarlo para iniciar un cambio en su consumo de sustancias.
- 3) Etapa de Preparación del consumo de drogas: “Ya estoy listo para el cambio”, en esta sesión se ayuda al usuario a establecer una meta realista sobre su consumo de sustancias, así como identificar las situaciones que lo han llevado al consumo y crear planes de acción ante dichas situaciones.

- 4) Etapa de Acción del consumo de drogas: “¿Cómo le hago para alcanzar la abstinencia de mi consumo?” En esta sesión se pretende dotar al usuario de estrategias que le permitan generar cambios sobre su consumo de sustancias. Esta etapa está formada por tres secciones (etapa de acción parte uno, dos y tres), las cuales llevan el mismo nombre y tienen el mismo objetivo, sin embargo, cada una tiene una serie de técnicas específicas.
- 5) Etapa de Mantenimiento de la abstinencia del consumo de drogas: “¿Cómo sigo sin consumo de drogas?” En esta sesión se busca ayudar al usuario a mantener el cambio alcanzado y a utilizar las estrategias aprendidas para evitar una recaída.

El PMCI es una intervención que se fundamenta en el MTC y la EM, además de utilizar técnicas cognitivas conductuales que han demostrado ser eficaces en el tratamiento del tabaquismo. Debido a esto se decidió adaptar esta intervención a población penitenciaria femenina, con un consumo de tabaco y dirigida a población adulta. Para lo cual se realizó la siguiente investigación con el propósito de evaluar el efecto en el patrón de consumo de tabaco de una Intervención basada en el Modelo Transteórico de Cambio en población penitenciaria femenina.

Capítulo 4. Planteamiento del problema

Justificación

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el fumar tabaco y la exposición al humo se consideran la primera causa de muerte que se puede prevenir y cuyo uso se asocia con la muerte de aproximadamente seis millones de personas cada año (OMS, 2013). La OMS en el 2008 reporta que el tabaquismo provoca una de cada seis muertes debidas a enfermedades crónicas y es un factor de riesgo de padecer seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo. En México, el consumo de tabaco ocasiona más de 60 000 muertes al año (Kuri-Morales et al., 2006).

A pesar de estas consecuencias negativas, el tabaco es una de las drogas legales con mayor prevalencia a nivel mundial. Un poco más de mil millones de personas en todo el mundo son fumadoras (OMS,2015). En nuestro país, de acuerdo con los datos obtenidos en la sexta Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) un 21.7 % del total de la población reportó un consumo activo de tabaco lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores.

Además, existen poblaciones en las cuales el consumo de tabaco incrementa, tal es el caso de la población penitenciaria donde el consumo es el doble que en la población en libertad (Yagüe-Olmos y Cabello-Vázquez, 2008). Lo anterior coincide con lo mencionado por Valadez (2016) ya que se ha identificado que el consumo de cigarro dentro de las cárceles mexicanas aumenta en un 90 %. Además, esta adicción se presenta en mayor proporción en las mujeres, ya que de acuerdo con el Convenio Marco para la Prevención del Consumo de Tabaco CMPT de la OMS, existe un incremento en el número de mujeres fumadoras a nivel mundial (OMS, 2010). Debido a lo anterior, se considera importante el implementar tratamientos efectivos dirigidos a esta población.

Por otro lado, un aspecto importante a considerar es que, en el ámbito psicoterapéutico, usualmente el cambio de una conducta adictiva se ha definido como el paso de una situación de consumo continuado de una sustancia psicoactiva a un estado estable de abstinencia (Trujols, Tejero y Bañuls, 2003). Desde este enfoque se ha excluido el proceso que realiza la persona en la dinámica de consumo a no consumo, asumiendo que el paciente que acude a tratamiento ya está preparado para realizar el cambio. Sin embargo, se ha

identificado que la mayoría de los pacientes no cuentan con la disposición para realizar y mantener los cambios de su conducta adictiva (Becoña et al., 2011).

El Modelo Transteórico de cambio (MTC) es un marco explicativo de la manera en que se entienden, evalúan y se trabaja con los comportamientos adictivos, tomando en cuenta los procesos del cambio (Diclemente y Norcross, 1992; Gañan, Losada, Navarro, Martín y Lorenzo, 2009; Prochaska y Velicer, 1994).

El MTC propone iniciar a partir de la etapa de cambio en que se identifique que se encuentran los usuarios en la evaluación inicial; al realizarlo de esta manera, no se trabaja en etapas previas donde no sea necesario, además de que se le ofrece al paciente un tratamiento adaptado a sus necesidades. Un aspecto importante a tomar en cuenta es que la mayoría de las personas con dependencia a sustancias no están en la etapa de acción, por lo que los tratamientos orientados a la acción pueden ser efectivos con los individuos que están en la etapa de determinación o de acción. Estos mismos programas pueden ser poco efectivos o perjudiciales con los individuos en las etapas de precontemplación y contemplación.

Tomando en cuenta lo anterior, se considera necesario el contar con una intervención que identifique la etapa en la que se encuentra el usuario, para intervenir directamente en esta etapa y no intervenir en etapas previas que no sean necesarias o por lo contrario en etapas posteriores. Se considera importante promover el cambio en personas que se ubican en diferentes etapas motivacionales respecto del consumo de sustancias, en lugar de dar el mismo tratamiento a todos los sujetos, pues esto implica desconocer el momento motivacional del cual se arranca al inicio de la intervención (Florez-Alarcon, 2005).

En este sentido, el propósito de esta investigación fue adaptar y evaluar un Programa de Intervención Breve basada en el Modelo Transteórico de Cambio dirigida a fumadoras reclusas.

Pregunta de investigación

¿Una intervención basada en el MTC ayuda a reducir o eliminar el patrón de consumo de tabaco en población penitenciaria femenina?

Objetivo general

Evaluar el efecto en el patrón de consumo de tabaco de una Intervención basada en el MTC en población penitenciaria femenina.

Hipótesis de objetivo general

Ha1: Existen diferencias estadísticamente significativas en el patrón de consumo del tabaco en población penitenciaria femenina al finalizar la intervención y si estos cambios se mantienen durante los seguimientos.

Ho1: No existen diferencias estadísticamente significativas en el patrón de consumo del tabaco en población penitenciaria femenina al finalizar la intervención y los cambios no se mantienen durante los seguimientos.

Objetivos específicos

- 1) Identificar en cuál de los tres grupos (GEP, GEC y GED) se presentó un mayor efecto en el patrón de consumo de tabaco.
- 2) Comparar el efecto de la intervención entre las mediciones realizadas en la evaluación inicial, final y los seguimientos sobre las siguientes variables dependientes: a) patrón de consumo del tabaco, b) nivel de dependencia a la nicotina, c) situaciones de riesgo y d) Índice de autoconfianza.
- 3) Identificar si se presentó una disminución en los niveles de las variables de control: a) ansiedad y b) depresión al finalizar la intervención y durante los seguimientos.

Hipótesis estadísticas

Ha1: Se espera obtener una mayor significancia estadística en el GEC, en comparación con el GEP y EL GED.

Ho1: No existe una mayor significancia estadística en el GEC, en comparación con el GEP y EL GED.

Ha2: Existen diferencias estadísticamente significativas en el patrón de consumo, el nivel de dependencia a la nicotina, las situaciones de riesgo y el índice de autoconfianza en la comparación realizada entre la evaluación inicial, la final y los seguimientos ($p < 0.05$).

Ho2: No existen diferencias estadísticamente significativas en el patrón de consumo, el nivel de dependencia a la nicotina, las situaciones de riesgo y el índice de autoconfianza en la comparación realizada entre la evaluación inicial, la final y los seguimientos ($p < 0.05$).

Ha3: Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de ansiedad y de depresión entre la evaluación inicial, al final de la intervención y durante los seguimientos ($p < 0.05$).

Ho3: No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de ansiedad y de depresión entre la evaluación inicial, al final de la intervención y durante los seguimientos ($p < 0.05$).

Variables

Independiente (VI)

Intervención cognitivo conductual basada en el Modelo Transteórico del Cambio dirigida a fumadoras reclusas. La intervención fue impartida a tres grupos diferentes cada uno con las siguientes características:

- a) GEP: la intervención se inició a partir de la etapa de cambio de precontemplación.
- b) GEC: la intervención se inició a partir de la etapa de cambio de contemplación.
- c) GED: la intervención se inició a partir de la etapa de cambio de determinación.

Dependientes (VD)

Patrón de consumo: identificado mediante la LIBARE (línea base retrospectiva) en los tres meses anteriores a la intervención; durante el tratamiento a través del autorregistro de consumo y en los seguimientos realizados al primer y tercer mes de haber terminado la intervención a través de la LIBARE de seguimiento.

Nivel de dependencia a la nicotina: el instrumento utilizado para medir este nivel fue el Cuestionario de Fagerström para la Dependencia a la Nicotina [CFDN] (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991; adaptado a población española por Becoña, Gómez-Duran, Álvarez-Soto y García, 1992).

Situaciones de riesgo: identificadas a través del Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas [ISCD] (Annis, Graham & Martin, 1988; adaptado a población mexicana por De León, Pérez, Oropeza y Ayala, 2001).

Índice de autoconfianza: medido con el Cuestionario Breve de Confianza Situacional [CBCS] (Annis y Martin, 1985; adaptado a población mexicana por Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998).

De control (VC)

Nivel de ansiedad: identificado mediante el Inventario de Ansiedad de Beck [BAI] (Beck, 1988; adaptado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

Nivel de depresión: identificado mediante el Inventario de Depresión de Beck [BDI] (Beck, 1961; adaptado a población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela en 1998).

La segunda parte de esta investigación se realizó en dos fases: en la primera, se mencionan las adaptaciones que se realizaron al Programa para Cambiar el consumo de Marihuana e Inhalables (PCMI), obteniendo como resultado el manual de Intervención Breve basada en el Modelo Transteórico de Cambio (IMTC). La segunda está formada por la aplicación de la IMTC y los resultados obtenidos en los tres grupos (GEP, GEC y GED y finalmente una comparación intragrupal de los tres grupos anteriores.

Fase I: Adaptación de la Intervención Breve basada en el Modelo Transteórico del Cambio dirigida a Fumadoras Reclusas (IMTC)

Objetivo

Adaptar una intervención dirigida a población penitenciaria femenina consumidora de tabaco basada en el MTC a partir de las limitaciones y sugerencias de una investigación realizada por Fukushima, et al., (2014) denominada “Programa para cambiar el consumo de marihuana e inhalables” (PCMI). En el capítulo tres de esta tesis se ofrece una descripción del PMCI.

Procedimiento

Con base en las sugerencias y limitaciones encontradas en la PCMI se realizaron los siguientes cambios. Mediante la figura 1 se muestran las adaptaciones realizadas.

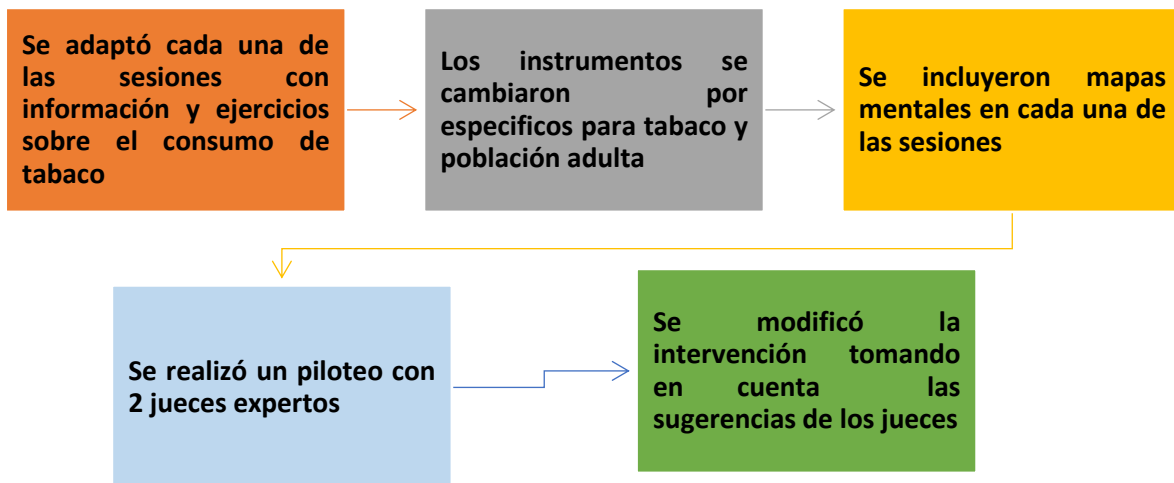


Figura 1. Proceso de adaptación del IMTC.

Para realizar las adaptaciones del PMCI y crear el IMTC, primero se realizó una búsqueda bibliográfica de intervenciones diseñadas para reducir el consumo de tabaco, de las cuales se escogieron las estrategias que resultaron efectivas y se identificó que las técnicas que son eficaces para reducir el consumo de tabaco, eran las de corte cognitivo conductuales. También se investigaron las características específicas de la problemática del tabaquismo y con base en dos factores se adaptaron las técnicas, las metas y los ejercicios de cada sesión del IMTC.

Se identificó cuáles eran los instrumentos confiables y validados en población mexicana adulta que nos arrojaran información sobre el patrón de consumo de tabaco y sus variables asociadas. Tomando en cuenta lo anterior, los instrumentos que se dejaron sin cambios respecto a la PMCI fueron la Línea Base Retrospectiva, el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas, el Cuestionario de confianza situacional versión breve. Entre los que se agregaron están el Cuestionario de Fagerström para la Dependencia a la Nicotina, Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island, Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de depresión de Beck. los instrumentos que no se utilizaron fueron 1) Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta, Cuestionario de percepción del otro significativo y el Cuestionario del Proceso de cambio.

Se decidió agregar un mapa mental al final de cada una de las sesiones, con la intención de realizar una conexión con las metas o sesiones anteriores y que el material trabajado durante las sesiones fuera más fácil de recordar por el paciente. Se tomó como base el manual de Mapping your treatment plan: A Collaborative Approach (Bartholomew, Dansereau y Simpson, 2007).

Esta primera adaptación del manual de trabajo fue sometida a revisión por dos jueces expertos en adicciones. Se hicieron observaciones y recomendaciones que fueron tomadas en cuenta para realizar una segunda adaptación.

Resultados

El resultado de este primer estudio fue el Manual de intervención para Cambiar el Consumo de Tabaco ya adaptado con ejercicios, técnicas y estrategias enfocadas a población penitenciaria femenina consumidora de tabaco (ver tablas descriptivas en el apéndice V).

El IMTC tiene como sustento la teoría del Modelo Transteórico del Cambio, desarrollado por Prochaska y DiClemente (1984). En este modelo el cambio de una conducta es visto como una progresión a través de cinco etapas, las cuales son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. El cambio de los pacientes sigue un modelo en espiral, lo cual implica que el paciente puede presentar una recaída a lo largo del proceso, sin que signifique que regresara a la etapa inicial.

El IMTC está formado por una sesión de admisión, dos sesiones de evaluación (una al inicio y otra al final de la intervención), ocho sesiones de tratamiento y dos seguimientos al primer y tercer mes de haber terminado la intervención. Se propone iniciar a partir de la etapa de cambio en que se identifique que se encuentra el usuario en la evaluación inicial; al realizarlo de esta manera, se interviene a partir de esta etapa y no se trabaja en etapas previas donde no sea necesario, además de que se le ofrece al paciente un tratamiento adaptado a sus necesidades.

El objetivo del IMTC es que el usuario adquiera estrategias específicas que le ayudarán para avanzar a la siguiente etapa, hasta llegar a la etapa del mantenimiento y que logre mantener el cambio logrado.

Fase 2. Aplicación la intervención breve basada en el Modelo Transteórico del Cambio dirigida a población penitenciaria consumidora de tabaco (IMTC)

Objetivo

Evaluar el efecto en el patrón de consumo de tabaco de una Intervención Breve Cognitivo Conductual basada en el MTC en población penitenciaria femenina.

Participantes

En el estudio participaron a 14 mujeres consumidoras de tabaco, que estaban reclusas en un Centro Penitenciario del Estado de Michoacán. Las participantes tenían un rango de edad de 19 a 44 años con una $\bar{x}$ de 31.00 (DE=8.25). En relación al nivel académico un 43.8 % tenían un nivel académico de primaria, un 43.8 % de secundaria, un 6.3 % de bachillerato y un 6.3 % contaban con carrera técnica. Respecto a su estatus jurídico un 81.3 % se encontraban en proceso y en contraste un 18.7 % sentenciadas, el 100% de las participantes no habían sido reclusas anteriormente, el tiempo que habían pasado en reclusión era de $\bar{x}$ =31.81 meses (DE= 29.49).

La muestra inicial estaba formada por 24 participantes de las cuales seis no cumplieron con los criterios de inclusión, dos fueron dadas de baja por inasistencias y 14 concluyeron la intervención. La selección de las participantes fue no probabilística, por conveniencia. Se acudió al Centro Penitenciario al área femenil para realizar una invitación abierta para participar en el estudio. Considerando los siguientes criterios:

Inclusión: Presentar un consumo de tabaco.

Exclusión: No saber leer y escribir.

Eliminación: a) Faltar a más de dos sesiones de tratamiento y b) Ser dada de alta del centro penitenciario.

Las participantes se dividieron en tres grupos (GEP, GEC y GED). Para la asignación original a cada grupo el criterio que se iba a utilizar era identificar la etapa de cambio en que se encontraban al inicio del tratamiento. Sin embargo, al realizar la evaluación inicial se identificó, a través de la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island, que todas las participantes se ubicaron en la etapa de contemplación.

Debido a que el MTC propone iniciar a partir de la etapa de cambio en que se identifique que se encuentran los usuarios en la evaluación inicial. Con el objetivo de comprobar esta hipótesis, es decir identificar si había algún impacto en los resultados del tratamiento, dependiendo de la etapa de cambio en la que se inicie el tratamiento, y si los resultados de la intervención son más eficaces si se inicia en la etapa en que se identifican los participantes al inicio de la misma. Para poder comprobar esta hipótesis se decidió que cada grupo de esta investigación comenzara la intervención en una etapa de cambio diferente.

Para formar los grupos asignó al azar a cada participante a uno de los tres grupos. Una vez hecho esto se hizo una asignación aleatoria de cada grupo a una de las siguientes condiciones:

El grupo GEP fue asignado a la condición uno, en la cual la intervención se inició a partir de la etapa de cambio de precontemplación y se formó inicialmente por cinco participantes, tres de ellas concluyeron el programa y dos fueron dadas de baja por inasistencias.

El grupo GEC fue asignado a la condición dos, en la cual la intervención comenzó en la etapa de contemplación, este grupo contó con seis participantes, de las cuales todas terminaron el programa.

El grupo GED fue asignado a la condición 3, en la cual la intervención se inició en la etapa de determinación y estuvo formado por cinco participantes, las cuales completaron satisfactoriamente el programa.

Diseño de investigación

Tratamiento grupal con asignación al azar a tres condiciones con pre-test, posttest y seguimientos al mes y al tercer mes (García, 2009).

Instrumentos

Instrumentos de preselección:

Ficha de Admisión [FA] (realizada específicamente para esta investigación). Consta de ocho reactivos abiertos y de opción múltiple que tienen como objetivo recopilar datos sociodemográficos (nombre, edad, escolaridad, estado civil, entre otros) y los relacionados con los criterios de inclusión y exclusión (véase apéndice I).

Entrevista Inicial [EI] (elaborada para los propósitos de esta investigación). Consta de 84 reactivos abiertos y de opción múltiple, divididos en 8 áreas: 1) datos generales, 2) área familiar, 3) etapas de cambio, 4) consumo de sustancias y problemas asociados, 4) área escolar y laboral, 5) administración del tiempo libre, 6) área de salud, 7) depresión, ansiedad y riesgo suicida y 8) satisfacción general (Véase apéndice II).

Instrumentos usados durante el tratamiento:

Autorregistro de Consumo [AC] (elaborado específicamente para esta investigación). Es un instrumento que evalúa el patrón de consumo de tabaco y las situaciones de riesgo; se llena diariamente por el participante. El instrumento consta de 7 columnas en las cuales el usuario anotó la fecha, el número de cigarro (mencionaban si era el primero, el segundo, etc. hasta el último del día), la hora de consumo, personas que estaban presentes, el lugar, la situación, los pensamientos y sentimientos que tenían antes de comenzar a fumar (Véase apéndice III).

Lista de Indicadores de Etapas de Cambio [LIEC] (García y Oropeza, 2009). Este instrumento está diseñado para identificar la etapa de cambio en la que se encuentran los usuarios de sustancias que asisten a tratamiento. Se contesta por el terapeuta, después de cada sesión. Cuenta con 70 reactivos dicotómicos con respuesta de presencia (SI) y ausencia (NO) de indicadores de etapas de cambio. La LIEC evalúa 5 etapas de cambio: precontemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento. Cada una de ellas está dividida en dos sub-áreas (pensamientos y conductas). Este instrumento fue validado en población mexicana y mostró una confiabilidad de 0.816. Para determinar su validez se realizó un análisis de ji cuadrada a través de tablas cruzadas entre la variable de cuartiles (grupos extremos) y los reactivos de cada sub-área de la LIEC, se encontraron diferencias estadísticamente significativas de $p \leq 0.05$.

Instrumentos de evaluación inicial, final y seguimientos:

Línea Base Retrospectiva [LIBARE] (Sobell y Sobell 1992; adaptada a población mexicana por Echeverría, Oviedo y Ayala, 1998). Es un registro retrospectivo del consumo del usuario antes de ingresar al tratamiento. Evalúa cambios específicos en el patrón de consumo de tabaco del usuario tres meses antes del tratamiento; permite identificar datos como la frecuencia, los días de abstinencia y los de mayor consumo. Este instrumento presenta una confiabilidad test-retest de 0.91.

Cuestionario de Fagerström para la Dependencia a la Nicotina [FTDN] (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991; adaptado a población española por Becoña, Gómez-Duran, Álvarez-Soto y García, 1992). El objetivo de este instrumento es conocer el nivel de dependencia a la nicotina, la cual puede ser baja, media o alta. Cuenta con ocho reactivos donde el participante debe marcar una de las alternativas que demuestre su situación actual. Las preguntas están relacionadas con indicadores de frecuencia de consumo (número de cigarros por día), preguntas relacionadas con el control del consumo. La prueba cuenta con una consistencia interna de alpha Cronbach de 0.56 a 0.64 y una confiabilidad test-retest de 0.88 y respecto a su validez muestra ser un instrumento útil para predecir el deseo, la sintomatología y las recaídas.

Cuestionario Breve de Confianza Situacional [CBCS] (Annis y Martin, 1985; adaptado a población mexicana por Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998). Evalúa el porcentaje de confianza percibido por el usuario para resistirse a consumir en cada una de las siguientes ocho situaciones de riesgo principales: 1) emociones desagradables, 2) malestar físico, 3) emociones agradables, 4) probando autocontrol, 5) necesidad física, 6) conflicto con otros, 7) presión social y 8) momentos agradables con otros. Consta de 8 reactivos donde se le pide al sujeto valore en un continuo de 0 % a 100 % su autoconfianza para no consumir en las situaciones de riesgo. Este instrumento cuenta una consistencia interna alpha de Chronbach de 0.977.

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas [ISCD] (Annis, Graham & Martin, 1988; Adaptado a población mexicana por De León, Pérez, Oropeza y Ayala, 2001). Tiene como objetivo detectar las principales situaciones de riesgo de consumo de tabaco en las que el usuario es más propenso a consumir. Consta de 60 reactivos divididos en ocho categorías: 1) emociones desagradables, 2) malestar Físico, 3) emociones agradables, 4) probando autocontrol, 5) necesidad o tentación de consumo, 6) conflictos con otros, 7) presión social y 8) momentos agradables con otros. En la adaptación a población mexicana mostró una confiabilidad test-retest de 0.98 y una validez en la que todos sus reactivos fueron significativos ($p = .001$).

Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island [URICA] (Prochaska y DiClemente, 1984; adaptada a población peruana por Vallejos, Orbegoso y Capa, 2015). Tiene el propósito de evaluar el grado de intención y disposición hacia el cambio de una conducta ubicando al usuario en uno de los cuatro estadios de cambio: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. Está compuesta por 32 reactivos de tipo Likert que van de uno a cinco puntos, donde uno corresponde a totalmente en desacuerdo y cinco totalmente de acuerdo. La escala presenta una confiabilidad alpha Cronbach de $r=.81$ y una validez de constructo que apoya la existencia de los cuatro estadios de cambio (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento).

Inventario de Ansiedad de Beck [BAI] (Beck, 1988; adaptado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001). Nos arroja el nivel de ansiedad del usuario, durante la semana pasada e inclusive el día de la aplicación. Los niveles se pueden clasificar en mínima, leve, moderada y severa. Es un cuestionario de 21 reactivos con cuatro categorías de aseveraciones. El instrumento mostró una consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.83 y una validez convergente con el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado menor a .05.

Inventario de Depresión de Beck [BDI] (Beck, 1961; adaptado a población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela en 1998). Indica el nivel de depresión que presenta el usuario durante la semana pasada y el día de la aplicación. El nivel se clasifica en mínimo, leve, moderado y severo. Consta de 21 ítems conformados por cuatro aseveraciones de respuesta. La estandarización del instrumento en población mexicana arrojó un alfa de Cronbach de 0.87 y una validez concurrente con la Escala de Zung de $r= 0.70$, con una probabilidad menor a 0.001.

Procedimiento

Se aplicó el IMTC a un total de 14 participantes, divididas en tres grupos (GEP, GEC y GED). La intervención tuvo una duración de 8 sesiones para el GEP, 7 sesiones para el GEC y seis para el grupo GED. Las sesiones se proporcionaron una vez a la semana con una duración de 90 minutos cada una. La aplicación del programa estuvo organizado en cinco períodos: 1) admisión, 2) evaluación inicial, 3) intervención, 4) evaluación final y 5) seguimientos.

Período 1. Admisión

A través de la aplicación de la ficha de identificación a 24 participantes se seleccionó a las 16 que cumplieron con los criterios de inclusión. cuatro fueron excluidas por no presentar un consumo de tabaco y dos por no saber leer, ni escribir.

A las participantes se les informó sobre las características de la intervención y las que manifestaron estar de acuerdo en incorporarse al proyecto se les solicitó firmar un consentimiento informado. (véase apéndice IV).

Periodo 2. Evaluación inicial

Se realizó la evaluación de las principales características del consumo de tabaco de las participantes. Se evaluó el patrón de consumo de los tres meses anteriores al tratamiento mediante la LIBARE, el nivel de dependencia a la nicotina se midió a través del FTDN, también se identificaron las principales situaciones de riesgo con el ISCD y la percepción del nivel de autoconfianza para resistirse a consumir tabaco ante estas situaciones, identificada con el CBCS. También se aplicó la URICA para identificar en qué etapa de cambio se encontraban las participantes antes de iniciar la intervención. Finalmente se identificó el nivel de ansiedad y depresión con el BAI y el BDI.

Periodo 2. Intervención

La intervención tuvo una duración de 8 sesiones para el GEP (el cual inició la intervención en la etapa de precontemplación), 7 sesiones para el GCE (se intervino a partir de la sesión de contemplación) y finalmente a el GED se les impartió 6 sesiones (comenzando en la etapa de determinación).

La sesión de inducción, para los tres grupos, fue la de “Etapas de Cambio” mediante la cual se pretendió fomentar la adherencia al tratamiento utilizando técnicas de la entrevista motivacional y dar a conocer el fundamento teórico del tratamiento.

En las sesiones posteriores se trabajó con el material de la etapa de cambio correspondiente con el objetivo de que las participantes adquirieran estrategias específicas que les ayudarían para avanzar a la siguiente etapa, hasta llegar a la de mantenimiento.

Para una definición más amplia de cada una de las sesiones de la intervenciones ver cartas descriptivas en el apéndice X.

Cada una de las sesiones inició con la revisión de la tarea que consistía en llenar diariamente el autorregistro del consumo de tabaco; si este no había sido realizado de tarea se llenaba junto con el terapeuta durante la sesión. Si hubo cambios positivos en el consumo de tabaco estos eran reforzados. Si no los hubo se indagaba las situaciones que no permitieron el cambio, con la intención de ser trabajadas durante la sesión.

Periodo 4. Evaluación final

Se aplicaron los mismos instrumentos usados en la evaluación inicial, excepto la IIBARE, lo anterior con el objetivo de realizar una comparación entre los resultados obtenidos antes de iniciar el tratamiento y al final del mismo.

Periodo 5. Seguimientos

El objetivo de este periodo fue el análisis del mantenimiento de los cambios obtenidos durante el tratamiento, explorar el cumplimiento de la meta de consumo y el reforzamiento de los cambios logrados. En este periodo se realizaron dos seguimientos, el primero al mes y el segundo a los tres meses de haber terminado el tratamiento. En cada una de las sesiones se aplicaron los mismos instrumentos utilizados en la evaluación final y la LIBARE de un mes después de haber terminado el tratamiento.

Consideraciones éticas

A todos los participantes se les solicitó firmar un consentimiento informado. En este se explicaba el propósito, los riesgos y los beneficios de participar en el estudio; se les pidió su autorización para usar sus datos con fines de investigación, respetando en todo momento la confidencialidad de los datos proporcionados. También se les informó sobre el derecho a retirarse del estudio en el momento que lo decidan. Y finalmente se solicitó su permiso para contactarlas al primer, tercer y sexto mes de haber terminado la intervención para realizar los seguimientos (Véase apéndice III).

Análisis de datos

Se realizaron dos tipos de análisis con el propósito de describir e identificar si hay diferencias en las variables evaluadas durante el estudio:

- 1) Descriptivo. De las variables sociodemográficas y de consumo de las participantes.
- 2) Inferencial. Se realizaron análisis intragrupo con la prueba de Friedman e intergrupo con la prueba de Kruskal-Wallis en las variables dependientes y de control: 1) patrón de consumo, 2) nivel de dependencia a la nicotina, 3) situaciones de consumo, 4) Índice de autoconfianza, 5) nivel de ansiedad y 6) nivel de depresión. Estos indicadores fueron comparados en tres fases: pre-tratamiento, post-tratamiento y el seguimiento a un mes de haber terminado el tratamiento. En todos los casos se trabajó con un nivel de probabilidad de $p < 0.05$.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del IMTC, divididos en cuatro estudios. En los primeros tres se realizó un análisis intergrupar de cada uno de los grupos (GEP, GEC y GED) y en el cuarto una comparación intragrupal de los tres grupos anteriores.

Primer estudio: Grupo de Etapa de Pre-contemplación (GEP)

Participantes

El estudio uno se formó inicialmente por cinco participantes. Sin embargo, dos fueron dadas de bajas por inasistencias y tres completaron una evaluación inicial, un tratamiento compuesto por ocho sesiones, una evaluación final y un primer seguimiento realizado al mes de haber terminado la intervención. El segundo seguimiento a los tres meses solo fue realizado por una de las participantes ya que dos de ellas ya no se encontraban en el centro penitenciario debido a que se les había otorgado la libertad. En la tabla 1 se describen las principales características sociodemográficas del GEP (edad, nivel académico, situación de cárcel y el tiempo en reclusión).

Tabla 1.

Características sociodemográficas del GEP

Participante	Edad	Nivel Académico	Estatus jurídico	Meses en reclusión
P1	42	Secundaria	En proceso	8
P2	35	Secundaria	En proceso	14
P3	44	Primaria	En proceso	22

Como se observa en la tabla 1, las participantes contaban con un rango entre 35 a 44 años de edad. En relación al nivel académico un 33.33 % tenían primaria y un 66.6 % secundaria. Respecto a su estatus jurídico el 100 % se encontraban en proceso. El tiempo que habían pasado en reclusión fue de $\bar{x}$ =14.66 meses con un rango de entre 8 y 22 meses.

Características del consumo de tabaco

En la evaluación inicial se obtuvo la línea base del patrón de consumo de tabaco durante las 12 semanas anteriores a la intervención a través de la línea base retrospectiva (LIBARE). En la figura 2 se muestra el consumo pre-tratamiento de cada una de las participantes.

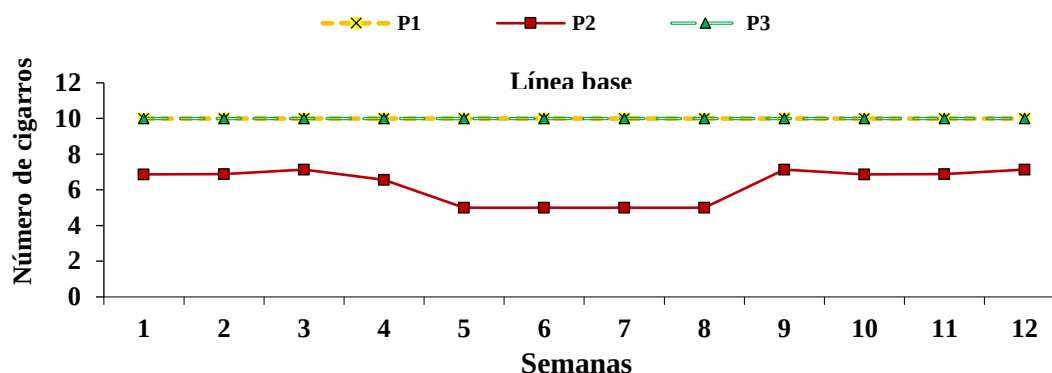


Figura 2: Promedio de consumo semanal del GEP durante la línea base.

Durante esta fase la frecuencia de consumo de tabaco del GEP fue de $\bar{x}=8.76$ cigarros diarios con un rango entre 5 y 10 cigarros. La cantidad de consumo de las participantes uno y tres fue constante durante las 12 semanas. En el caso de la participante dos hubo un ligero incremento durante las últimas 8 semanas. Respecto a la frecuencia del consumo las tres participantes presentaban un consumo diario, es decir con 0% de días de abstinencia. En la tabla 2 se muestran las principales características del patrón de consumo de tabaco de las usuarias antes de iniciar la intervención.

Tabla 2.

Características del consumo pre-tratamiento del GEP

Participante	Consumo semanal promedio	Meses de consumo en forma regular	Edad de inicio	Nivel de dependencia a la nicotina	Intentos anteriores para dejar de fumar
P1	10.00	264	17	Baja	0
P2	6.29	24	31	Baja	1
P3	10.00	12	19	Baja	0

En la tabla 2, se observa que la edad de inicio del consumo de tabaco fue entre los 17 y 31 años de edad. Consumían tabaco de manera regular, es decir sin interrumpir su consumo, durante un rango que va de 12 a 264 meses. El 100 % presentaban un nivel de dependencia a la nicotina bajo.

Efecto de la intervención

Con el objetivo de identificar si se presentaron cambios estadísticamente significativos en el GEP. Se realizó un análisis estadístico mediante la prueba de Friedman en las siguientes variables dependientes y de control.

A) Patrón de consumo de tabaco

El patrón de consumo de tabaco se considera el indicador más importante para evaluar el efecto de la IMTC. Para identificar si existen diferencias estadísticamente significativas en el patrón de consumo del grupo GEP, se realizó un análisis con la prueba de Friedman y los resultados mostraron que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=4.667$, $gl=2$, $p=.097$) entre la línea base, el post-test y el primer seguimiento. Sin embargo, si se observa una disminución gradual del consumo de cigarros, determinado a partir del rango promedio, el cual disminuyó entre la línea base (3.00) y el tratamiento (1.33) y aumentó ligeramente en el primer seguimiento (1.67).

En la figura 3 se muestra el patrón de consumo de tabaco semanal de las usuarias, durante los tres meses anteriores a la intervención, durante las ocho sesiones de tratamiento y en los seguimientos.

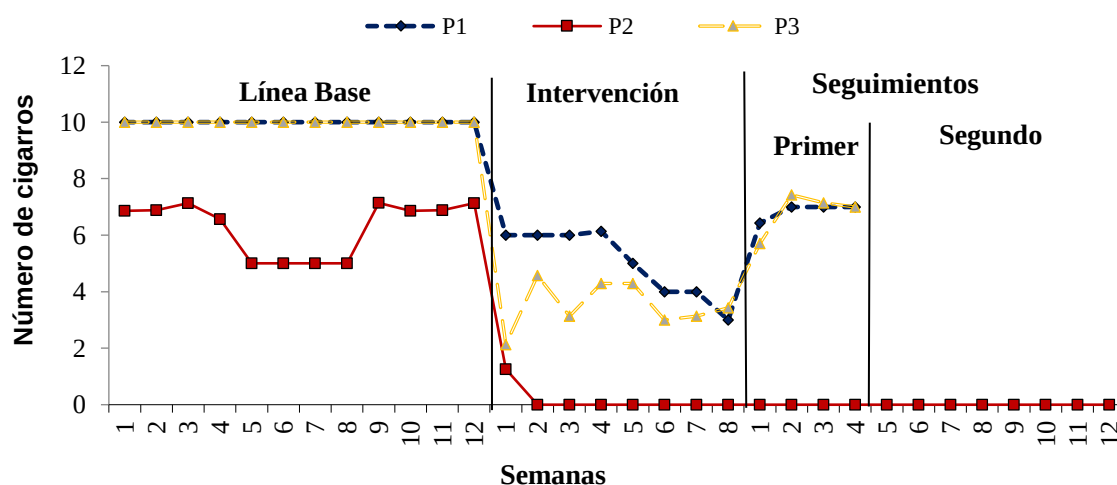


Figura 3. Patrón de consumo semanal del GEP, durante la línea base, la intervención, el primer y segundo seguimiento.

Como se muestra en la figura 3. El patrón de consumo de la participante uno (p1) era de 10.00 cigarros diarios. Al finalizar la intervención su consumo disminuyó a 4.64. Durante el primer seguimiento el consumo incrementó a 6.86. En relación a los días de abstinencia, estos se mantuvieron en 0 % durante las tres mediciones, lo que refiere que la participante consumió de manera constante durante la línea base, la intervención y el primer seguimiento.

Antes de ingresar a la intervención, el consumo diario promedio la participante dos (P2) era de 6.29 cigarros diarios con 0 % días de abstinencia. Durante el tratamiento disminuyó considerablemente a .17 cigarros y se presentó un incremento del 92.85 % de días de abstinencia. En el primer seguimiento presentaba un consumo de 0 cigarros y el 100 % de días de abstinencia. Este mismo patrón continuó durante el segundo seguimiento.

El consumo de la participante tres (P3) antes de ingresar a la intervención era de 10 cigarros. Durante el tratamiento disminuyó a 3.47 cigarros. En el primer seguimiento aumentó a 6.93 cigarros. Los días de abstinencia se mantuvieron en 0 % durante las mediciones.

B) Nivel de dependencia

Otro factor importante para determinar el efecto del tratamiento fue medir los cambios obtenidos en el nivel de dependencia a la nicotina entre el pre-test, el pos-test y los seguimientos. El instrumento utilizado para medir este nivel fue el CFDN. Los datos obtenidos se analizaron mediante la prueba de Friedman y los resultados arrojaron que no existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=.800$, $gl=2$, $p=.670$). Empero, si se presentaron disminuciones en el rango promedio obtenido, en el pre-test el rango fue de 4.00, el cual disminuyó a 2.33 durante el post-test y en el primer seguimiento continuo disminuyendo a 1.67. En la figura 4 se muestran los puntajes obtenidos en el CFDN en las tres mediciones realizadas.

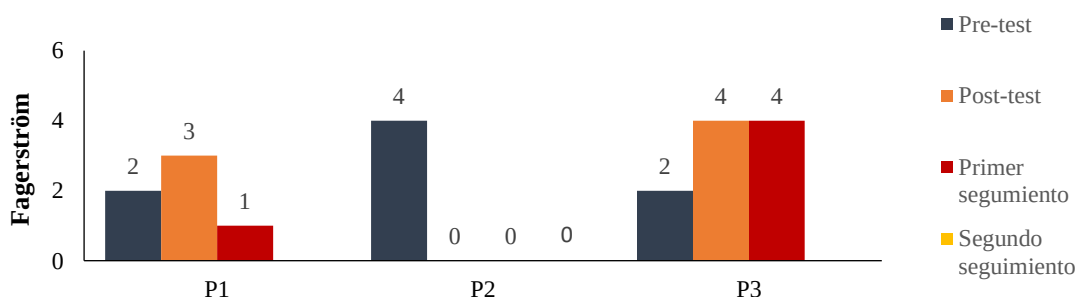


Figura 4. Nivel de dependencia a la nicotina del GEP.

El nivel de dependencia a la nicotina obtenido mediante el CFND disminuyó en el caso de la participante dos que presentó un puntaje de 4 (baja) en el pre-test y 0 (sin dependencia) durante el post-test y los dos seguimientos. En el resto de las participantes (uno y tres) el nivel de dependencia se mantuvo bajo, durante las tres mediciones, pero se presentaron cambios en el puntaje obtenido como se observa en la figura 3.

C) Situaciones de consumo

Otra de las variables que se consideraron importantes para evaluar el efecto de la intervención son las situaciones de consumo, determinadas a través del ISCD, mediante el cual se identifican ocho principales situaciones de riesgo: 1) Emociones Desagradables, 2) Malestar Físico, 3) Emociones Agradables, 4) Probando mi control sobre el consumo, 5) Necesidad Física, 6) Conflictos con Otros, 7) Presión Social y 8) Momentos Agradables con Otros. Se espera que las puntuaciones obtenidas en el pre-test disminuyan durante el post-test y los seguimientos. Ya que mientras más baja sea la puntuación obtenida es menor el riesgo de consumo frente a esa situación.

Con el propósito de identificar cambios significativos en las ocho situaciones de riesgo de consumo, se realizó un análisis con la prueba de Friedman y se no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. No obstante, si se presentó una reducción en la media grupal obtenida en cada una de las situaciones. Los porcentajes obtenidos durante el pre-test, post-test y el primer seguimiento se presentan mediante la tabla 3.

Tabla 3.

Situaciones de riesgo de consumo en el pre-test, post-test y primer seguimiento del GEP

Situación	Pre-test	Post-test	primer seguimiento
EA	42.20 %	21.20 %	10.00 %
PC	43.3 %	26.70 %	3.30 %
MAO	43.66 %	21.43 %	6.33 %
ED	46.66 %	22.33 %	26.70 %
CO	47.76 %	25.53 %	15.53 %
NF	50.00 %	20.36 %	5.56 %
PS	51.10 %	20.00 %	26.66 %
MF	51.13 %	31.13 %	11.13 %

Nota: EA=Emociones Agradables, PC= Probando mi Control sobre el consumo, MAO=Momentos Agradables con Otros, ED=Emociones Desagradables, CO=Conflictos con Otros, NF=Necesidad Física, PS=Presión Social y MF=Malestar Físico.

En las figuras cinco, seis y siete se presentan los puntajes obtenidos de manera individual de las participantes del GEP, en cada una de las situaciones durante el pre-test, el post-test, el primer y segundo seguimiento.

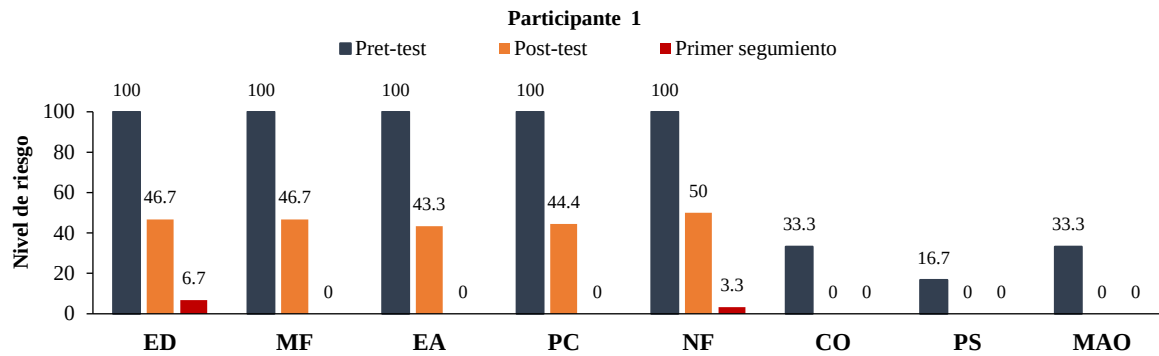


Figura 5. Nivel de riesgo de las situaciones de consumo de la participante uno del GEP

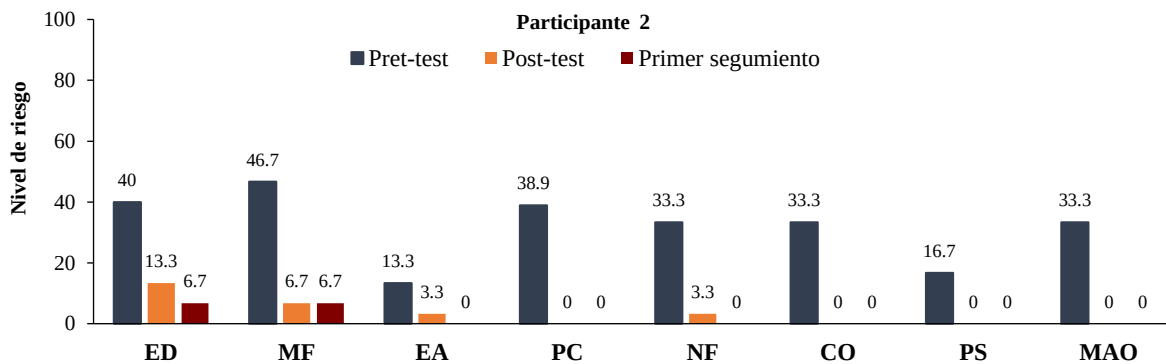


Figura 6. Nivel de riesgo de las situaciones de consumo de la participante dos del GEP

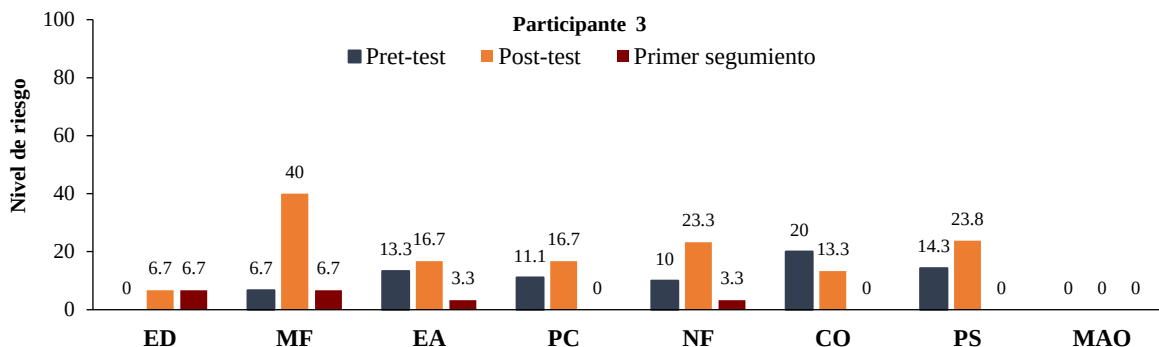


Figura 7. Nivel de riesgo de las situaciones de consumo de la participante tres del GEP.

Nota: ED=Emociones Desagradables, MF=Malestar Físico, EA=Emociones Agradables, PC= Probando mi Control sobre el consumo, NF=Necesidad Física, CO=Conflictos con Otros, PS=Presión Social y MAO=Momentos Agradables con Otros.

D) Nivel de Autoconfianza

Uno de los objetivos de la intervención fue aumentar el nivel de autoconfianza de las participantes para resistirse a fumar en las siguientes ocho situaciones de riesgo principales identificadas a través del CBCS: 1) Emociones Desagradables, 2) Malestar Físico, 3) Emociones Agradables, 4) Probando mi control sobre el consumo, 5) Necesidad Física, 6) Conflictos con Otros, 7) Presión Social y 8) Momentos Agradables con Otros. Cada una de las sub-escalas del CBCS se analizó mediante la prueba de Friedman y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las ocho situaciones entre el pre-test, pos-test y el primer seguimiento. No obstante, si se presentó un aumento en el porcentaje de autoconfianza obtenido mediante la media grupal (ver tabla 4).

Tabla 4.

Porcentaje de autoconfianza ante las ocho situaciones de riesgo de consumo del GEP

Situación	Pre-test	Post-test	1er seguimiento
PS	43.33 %	100.00 %	100.00 %
EA	56.67 %	100.00 %	93.33 %
MF	58.33 %	80.00 %	90.00 %
ED	63.33 %	83.33 %	90.00 %
CO	70.00 %	100.00 %	86.67 %
PC	73.33 %	100.00 %	86.67 %
MAO	76.67 %	100.00 %	100.00 %
NF	78.33 %	100.00 %	90.00 %

Nota: PS=Presión Social, EA=Emociones Agradables, MF=Malestar Físico, ED=Emociones Desagradables, CO=Conflictos con Otros, PC= Probando mi Control sobre el consumo, MAO=Momentos Agradables con Otros y NF=Necesidad Física.

En las figuras ocho, nueve y diez se muestran los datos obtenidos de manera individual en cada una de las situaciones durante el pre-test, el post-test, el primer y segundo seguimiento.

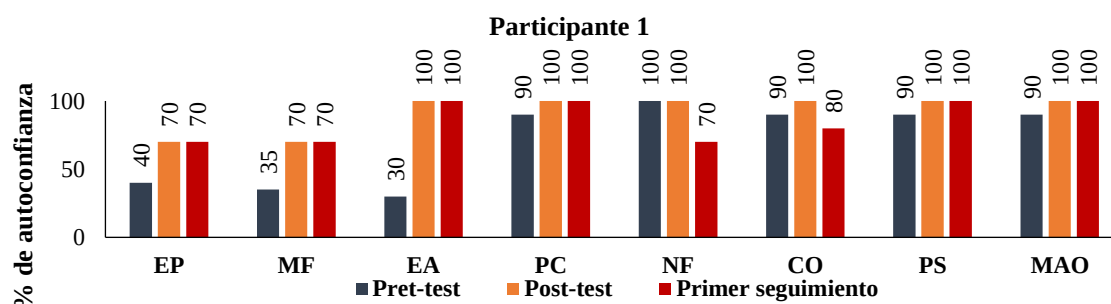


Figura 8. Porcentaje de autoconfianza de la participante uno del GEP ante las situaciones de riesgo

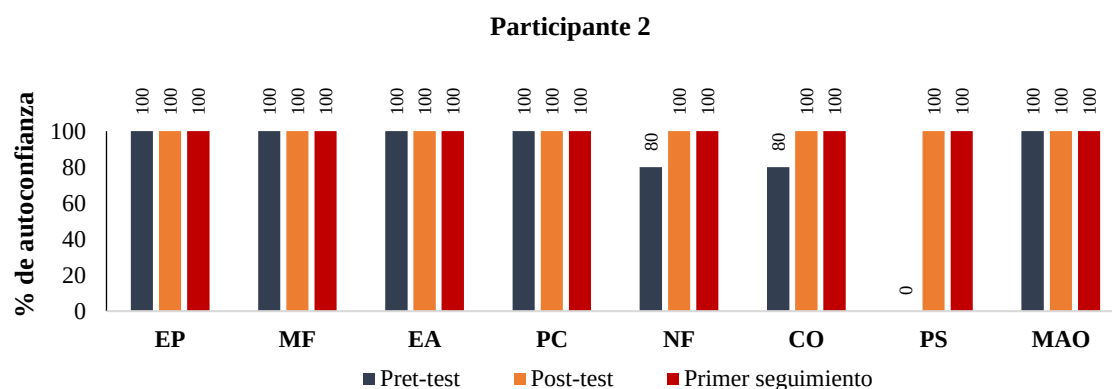


Figura 9. Porcentaje de autoconfianza de la participante dos del GEP ante las situaciones de riesgo

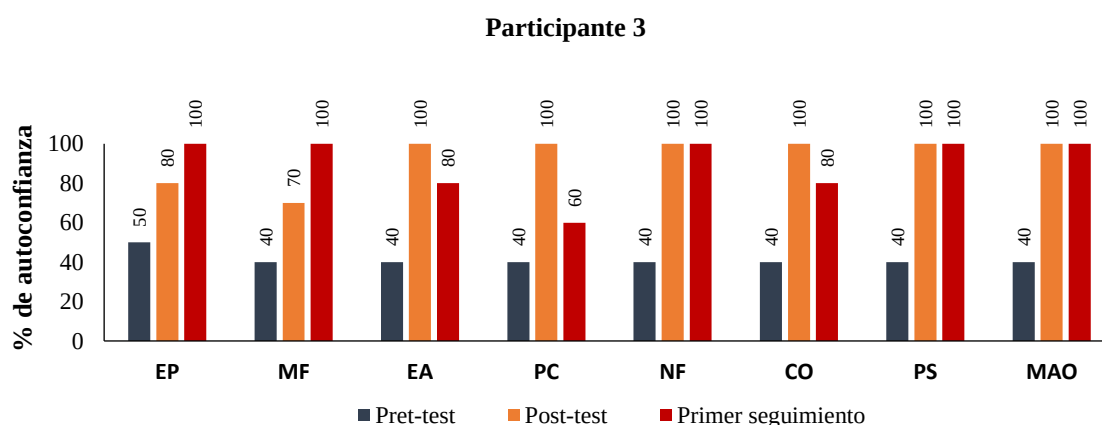


Figura 10. Porcentaje de autoconfianza de la participante tres del GEP ante las situaciones de riesgo.

Nota: ED=Emociones Desagradables, MF=Malestar Físico, EA=Emociones Agradables, PC= Probando mi Control sobre el consumo, NF=Necesidad Física, CO=Conflictos con Otros, PS=Presión Social y MAO=Momentos Agradables con Otros.

E) Nivel de ansiedad

Una de las variables de control de la intervención fue comparar los cambios sobre el nivel de ansiedad. Se realizó un análisis con la prueba de Friedman y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test, el post-test y el primer seguimiento ($\chi^2=3.800$, $gl=2$, $p=.150$). Sin embargo, si hubo una disminución en el rango promedio entre la evaluación pre-test (2.38) y la evaluación post-test (1.50) y durante el primer seguimiento se presentó un incremento (1.67). En la figura 11 se presentan las puntuaciones obtenidas mediante el BAI, durante el pre-test, el post-test y el primer seguimiento.

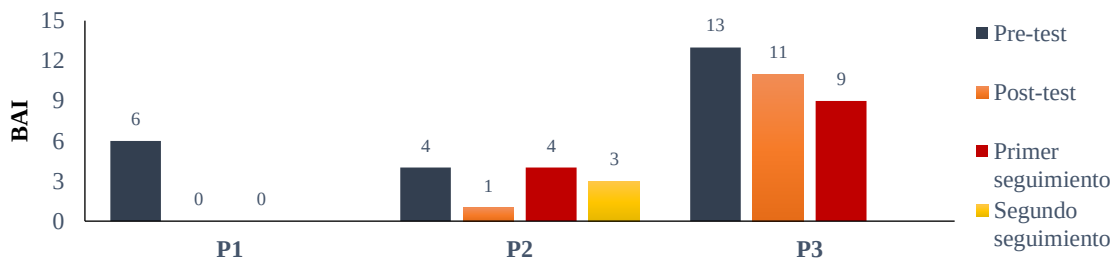


Figura 11. Nivel de ansiedad del GEP

F) Nivel de depresión

La segunda variable de control de la intervención fue comparar el nivel de depresión durante las fases de pre-test, post-test y primer seguimiento. Se realizó un análisis con la prueba de Friedman y los resultados mostraron que no hubo diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 1.273$, $gl=2$, $p=.529$). Sin embargo, los resultados mostraron un aumento en el rango promedio entre la evaluación pre-test (2.17) y la evaluación post-test (2.33). Mientras que el primer seguimiento se presentó una disminución (1.50). En la figura 12 se presentan las puntuaciones obtenidas durante las cuatro mediciones en el BDI.

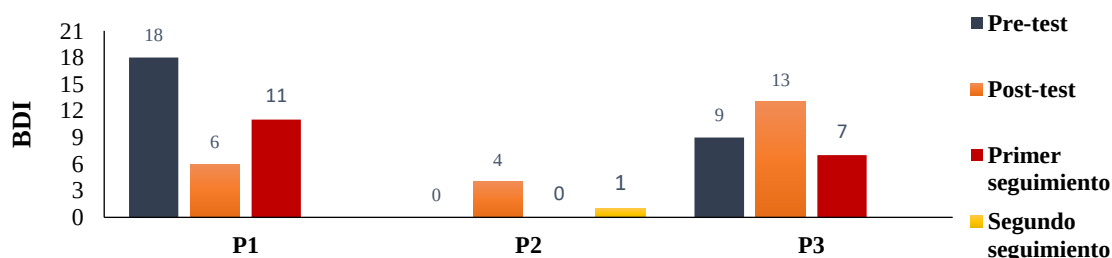


Figura 12. Nivel de depresión durante el pre-test, post-test y primer seguimiento y segundo seguimiento.

Segundo estudio: Grupo de Etapa de Contemplación (GEC)

Participantes

El estudio se conformó por seis participantes que completaron una evaluación inicial, una intervención compuesta por siete sesiones, una evaluación final y dos seguimientos realizados al primer y al tercer mes de haber terminado la intervención. En la tabla 5 se describen las principales características sociodemográficas del GEC (edad, nivel académico, situación de cárcel y el tiempo en reclusión).

Tabla 5

Características sociodemográficas

Participante	Edad	Nivel Académico	Estatus Jurídico	Meses en reclusión
P1	19	Carrera técnica	En proceso	14
P2	31	Primaria	En proceso	18
P3	26	Primaria	En proceso	24
P4	33	Secundaria	Sentenciada	104
P5	36	Primaria	Sentenciada	67
P6	21	Secundaria	En proceso	33
N=6	$\bar{x} = 27.66$			$\bar{x} = 43.33$

Como se observa en la tabla 5, la media de edad de las participantes fue 27.66 años, con un rango de 19 a 36 años de edad. En relación al nivel académico un 50 % tenían primaria, un 33.3 % secundaria y un 16.7 % bachillerato. Respecto a su estatus jurídico un 66.7 % se encontraban en proceso y en contraste un 33.3% ya habían sido sentenciadas. El tiempo que habían pasado en reclusión fue de $\bar{x} = 43.33$ meses con un rango entre 14 y 104 meses.

Características del consumo de tabaco

En la evaluación inicial se obtuvo la línea base del patrón de consumo de tabaco durante las 12 semanas anteriores a la intervención a través de la línea base retrospectiva. En la figura 13 se muestra el consumo pre-tratamiento de cada una de las participantes.

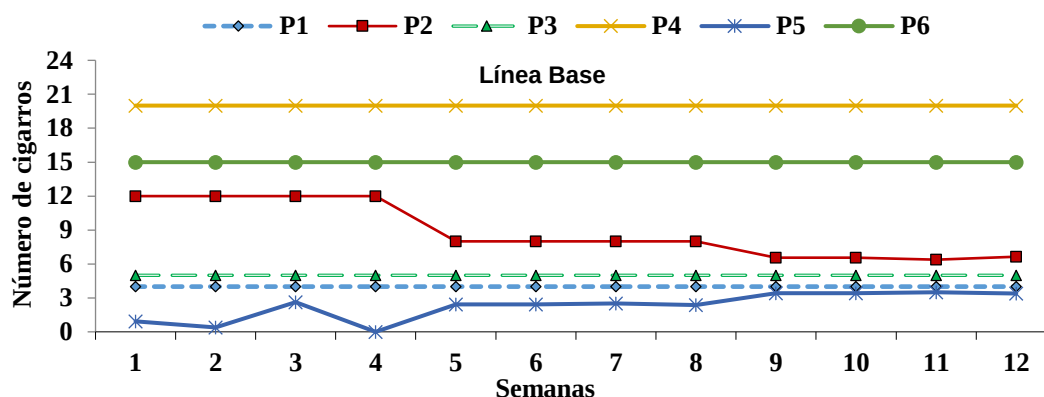


Figura 13: Promedio de consumo semanal durante las 12 semanas de línea base.

Durante esta fase el patrón de consumo de tabaco era de $\bar{x}=9.17$ cigarros con un rango entre .93 y 20. Las participantes uno, tres, cuatro y seis presentaban un consumo constante durante las 12 semanas, es decir sin ningún incremento o decremento. En el caso de la participante dos, se presentó una disminución del consumo y en la participante cinco se presentó un ligero incremento ambas durante las últimas ocho semanas de la línea base. Respecto a la frecuencia del consumo las seis participantes presentaban un consumo diario, es decir con un 0 % de días de abstinencia. En la tabla 6 se muestran otras características del consumo de tabaco antes de iniciar la intervención.

Tabla 6.

Características del consumo pre-tratamiento del GEC

Participante	Consumo promedio semanal	Meses de consumo En forma regular	Edad de inicio	Nivel de dependencia a la nicotina	Intentos anteriores para dejar de fumar
P1	4.00	48	15	Baja	5
P2	8.85	60	14	Alta	0
P3	5.00	96	14	Baja	2
P4	20.00	180	12	Alta	4
P5	2.21	48	16	Baja	20
P6	15.00	72	15	Baja	0
N=6	$\bar{x}=9.17$	$\bar{x}=84$	$\bar{x}=14.33$		$\bar{x}=5.16$

En la tabla 6, se observa que la edad de inicio del consumo de tabaco fue de $\bar{x}=14$ años- Consumían tabaco de manera regular, es decir sin interrumpir su consumo, durante $\bar{x}= 84$ meses con un rango que va de 48 a 180 meses. Un 33.3 % (n=2) presentaban un nivel de dependencia a la nicotina alto, un 16.7 % medio (n=1) y un 50 % (n=3) bajo. Finalmente, los intentos anteriores para dejar de fumar fueron $\bar{x}=5.17$, con un rango de 0 a 20 intentos.

Efecto de la intervención

Con el objetivo de identificar si se presentaron cambios estadísticamente significativos en el GEC. Se realizó un análisis estadístico mediante la prueba de Friedman en las siguientes variables dependientes y de control.

A) Patrón de consumo de tabaco

El patrón de consumo de tabaco se considera el indicador más importante para evaluar el efecto de la IMTC. Para identificar si existen diferencias estadísticamente en el patrón de consumo se realizó un análisis con la prueba de Friedman y los resultados mostraron que si existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 13.475$, $gl=3$, $p=.004$) entre la línea base, la intervención, el primer seguimiento y el segundo seguimiento. En la línea base el rango promedio del consumo era de 4.00, durante el tratamiento disminuyó a 2.67. En el primer seguimiento continuo disminuyendo a 1.75 y en el segundo seguimiento el rango decremento a 1.58.

Para conocer específicamente entre que evaluaciones se presentaron estos cambios se realizó un análisis con la prueba Wilcoxon y se encontraron diferencias entre la línea base y la intervención ($w=-2.201$, $p=.014$); entre la línea base y el primer seguimiento ($w=-2.201$, $p=.014$); entre la línea base y el segundo seguimiento ($w=2.201$, $p=.014$) y finalmente entre el final de la intervención y el segundo seguimiento ($w=-1.753$, $P=.040$). En las mediciones en las que no se encontraron diferencias fue entre el final de la intervención y el primer seguimiento y entre el primer y segundo seguimiento.

En la figura 13 se muestran las características del patrón de consumo de tabaco de las usuarias durante los tres meses anteriores a la intervención, durante las siete sesiones de tratamiento y el primer y segundo seguimiento realizados al primer y tercer mes de haber terminado la intervención.

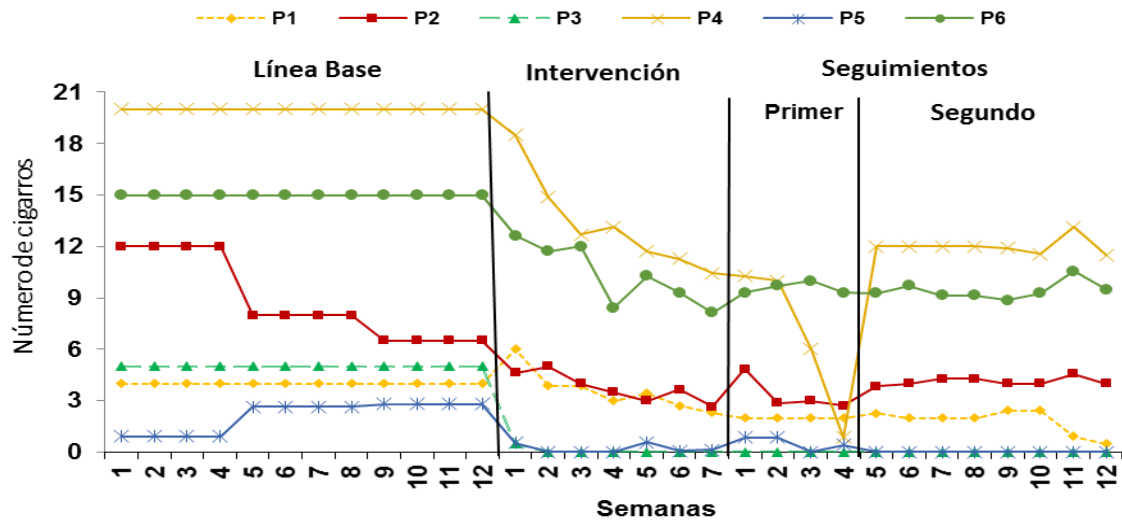


Figura 13. Patrón de consumo semanal del GEC durante la línea base, la intervención, el primer y segundo seguimiento.

Como se muestra en la figura 13 el patrón de consumo de la participante uno (P1) en la línea base era de 4.00 cigarros diarios. Este patrón disminuyó a 1.96 durante la intervención. En el primer seguimiento el consumo aumentó ligeramente a 2.00. Finalmente, en el segundo seguimiento el consumo disminuyó a 1.38. En esta participante el porcentaje de días de abstinencia se mantuvo durante las cuatro evaluaciones.

Durante la línea base, la participante dos (P2) presentaba un consumo promedio de 8.88 cigarros diarios. Durante el tratamiento disminuyó a 3.73. En el primer seguimiento el consumo continuó disminuyendo ligeramente a 3.36. Mientras que en el segundo seguimiento el consumo aumentó a 3.66 cigarros respecto al primer seguimiento. El porcentaje de días de abstinencia aumentaron de 0 % durante la LB a 8.16% en la intervención y durante los seguimientos presentó una recaída regresó a 0 %.

El patrón de consumo de la participante tres (P3) durante la línea base era de 5 cigarros diarios. En el tratamiento disminuyó considerablemente a .67 cigarros y se presentó un incremento del 95 % de días de abstinencia. En el primer seguimiento ya no hubo consumo de cigarros y por lo tanto se presentó un 100 % de días de abstinencia. Este patrón continuó durante el segundo seguimiento.

El promedio de cigarros consumidos por la participante cuatro (P4) en la línea base era de 20 cigarros diarios. Durante la intervención disminuyó a casi la mitad presentando un consumo de 10.71. Mientras que en el primer seguimiento el consumo decreció a 6.79 cigarros. En el segundo seguimiento presentó un incremento con un promedio de 8.98 cigarros. El porcentaje de días de abstinencia aumentaron de 0 % en la línea base y al final de intervención a 23.3 % durante el primer seguimiento, mientras que en el segundo seguimiento se presentó una recaída regreso a 0 %.

La participante cinco (P5) consumía 2.13 cigarros diarios durante la línea base. Durante la intervención el consumo disminuyó a .19 cigarros y aumentaron los días de abstinencia de 0% a un 71.42 %. En el primer seguimiento el consumo incrementó a .54 cigarros y los días de abstinencia continuaron en 71.42 %. Mientras que en el segundo seguimiento ya no se presentó ningún consumo y por lo tanto hubo un 100% de días de abstinencia.

Finalmente, la participante seis (P6) presentaba un consumo de 15 cigarros diarios durante la línea base. En la intervención el consumo disminuyó a 9.43 cigarros. En el primer seguimiento el consumo fue de 9.57 cigarros. Mientras que en el segundo seguimiento el consumo tuvo una ligera disminución con un promedio de 9.28 cigarros. En esta participante el porcentaje de 0 % de días de abstinencia se mantuvo durante las cuatro evaluaciones.

B) Nivel de dependencia

Otro factor importante para determinar el efecto del tratamiento fue medir los cambios obtenidos en el nivel de dependencia a la nicotina entre el pre-test, el pos-test y los dos seguimientos. El instrumento utilizado para medir este nivel fue el CFND. Los datos obtenidos en el CFND se analizaron mediante la prueba de Friedman y se encontró que si existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 10.563$, $gl=3$, $p=.014$) entre el pre-test, pos-test, el primer y segundo seguimiento. El rango promedio en el pre-test fue de 3.75, disminuyó a 2.50 durante el post-test y en el primer seguimiento a 1.67, pero incrementó durante el segundo seguimiento a 1.92.

Para identificar entre qué mediciones había diferencias se realizó un análisis con la prueba Wilcoxon, mediante la cual se encontraron cambios estadísticamente significativos entre el pre-test y el pos-test ($w=-1.786$, $p=.037$), y entre el pre-test y el primer seguimiento ($w=-2.032$, $P=.021$); entre las mediciones que no se encontraron diferencias fueron entre el pos-test y el segundo seguimiento; entre el post-test y el primer seguimiento; entre el post-test y el segundo seguimiento; y entre el primer y segundo seguimiento.

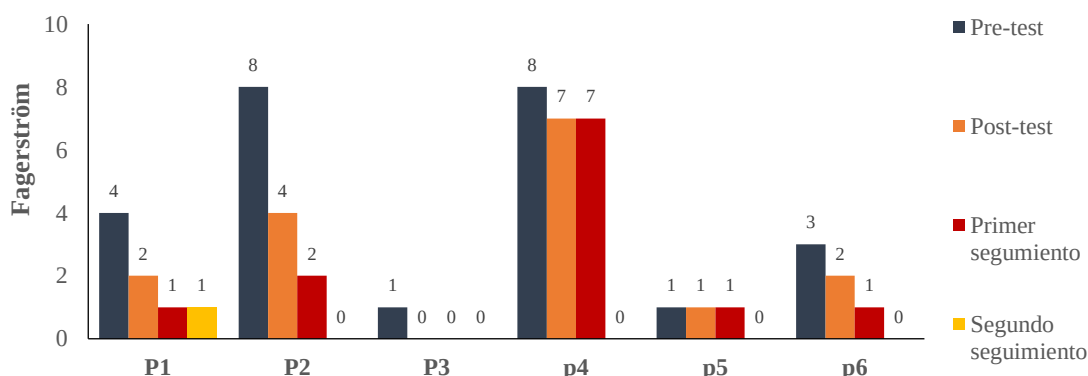


Figura 14. Nivel de dependencia a la nicotina del GEC

El nivel de dependencia a la nicotina obtenido mediante el CFND disminuyó en la mayoría de las participantes; algunas de ellas ya no presentaron dependencia, como fue el caso de la P3 que disminuyó de un puntaje de 1 (baja) en el pre-test a 0 (sin dependencia) durante el post-test y los dos seguimientos. La P2 tenía un puntaje de 8 (alta) en el pre-test, el cual disminuyó a 4 en el post-test (baja) y en el primer seguimiento a 2 (baja), mientras que en el segundo seguimiento obtuvo el puntaje de 0 (sin dependencia). La P5 que presentó un puntaje de 1 (baja) durante el pre-test, post-test y primer seguimiento y disminuyó a 0 (sin dependencia) durante el segundo seguimiento. En el resto de las participantes (P4, P6 y P1) el nivel de dependencia se mantuvo durante las cuatro mediciones, pero se presentaron cambios en el puntaje obtenido, como se observa en la figura 14.

C) Situaciones de consumo

Otra de las variables que se consideraron importantes para evaluar el efecto de la intervención son las situaciones de consumo, identificadas a través del ISCD, mediante el cual se identifican ocho principales situaciones de riesgo: 1) Emociones Desagradables, 2) Malestar Físico, 3) Emociones Agradables, 4) Probando mi control sobre el consumo, 5) Necesidad Física, 6) Conflictos con Otros, 7) Presión Social y 8) Momentos Agradables con Otros (MAO). Se espera que las puntuaciones obtenidas en el pre-test disminuyan durante el post-test y los seguimientos. Ya que mientras más baja sea la puntuación obtenida es menor el riesgo de consumo frente a esa situación (ver tabla 7).

Tabla 7.

Situaciones de riesgo de consumo en el pre-test, post-test y primer seguimiento del GEC

Situación	Pre-test	Post-test	primer seguimiento	Segundo seguimiento
NF	54.45%	30.53%	28.90%	19.45%
ED	53.31%	29.99%	36.11%	24.46%
PS	47.21%	18.65%	12.53%	13.48%
PC	44.46%	28.71%	28.81%	12.96%
CO	45.56%	18.90%	21.10%	14.43%
MAO	41.11%	13.35%	14.45%	2.23%
MF	40.00%	23.31%	13.33%	18.90%
EA	36.11%	12.20%	21.11%	7.21%

Nota: NF=Necesidad Física, ED=Emociones Desagradables, PS=Presión Social, PC= Probando mi Control sobre el consumo, CO=Conflictos con Otros, MAO=Momentos Agradables con Otros, MF=Malestar Físico y EA=Emociones Agradables.

Con el propósito de identificar cambios significativos en las ocho situaciones de riesgo de consumo, se realizó un análisis con la prueba de Friedman y se encontraron diferencias estadísticamente significativas en seis de las ocho situaciones (ver tabla 8). También se realizó un análisis con la prueba de Wilcoxon para determinar entre que mediciones (pre-test, Post-test, primer seguimiento y segundo seguimiento) se presentaron cambios estadísticamente significativos (ver tabla 9).

Tabla 8

Significancia del cambio en las situaciones de riesgo del GEC

Situación	Pre-test (Rango promedio)	Post-test (Rango promedio)	1er seguimiento (Rango promedio)	2nd Seguimiento (Rango promedio)	x_r^2	P
ED	3.67	2.58	2.50	1.25	10.914	.012
PC	3.75	2.50	2.25	1.50	10.125	.018
NF	3.83	2.33	2.25	1.58	10.263	.016
CO	3.75	2.25	2.25	1.75	8.679	.034
PS	3.83	2.67	1.50	2.00	12.222	.007
MAO	4.00	2.75	2.08	1.17	16.158	.001

Nota: ED=Emociones Desagradables, PC=Probando mi Control sobre el consumo, NF=Necesidad Física, CO=Conflictos con Otros, PS=Presión Social y MAO=Momentos Agradables con Otros.

Tabla 9.

Diferencias en las situaciones de riesgo entre el pre-test, pos-test y primer y segundo seguimiento

Sub-escala	Pre-test y post-test	Pre-test y 1er seguimiento	pre-test y 2nd seguimiento	Post-test y 1er seguimiento	Post-test y 2nd seguimiento	1er seguimiento y 2nd seguimiento
ED	w=-1.892, P=.029	-	w=-2.201, P=.014	-	-	w=-2.041, P=.020
PC	w=-2.032, P=.021	-	w=-2.207, P=.013	-	w=-2.014, p=.022	-
NF	w=-1.992, p=.023	w=2.201, p=.014	w=-2.201, p=.014	-	-	-
CO	w=-2.207, p=.013	w=-1.992, p=.029	w=-2.032, p=.021	-	-	-
PS	w=-2.032, p=.021	w=-2.201, p=.014	w=-2.023, p=.022	-	-	-
MAO	w=-2.207, p=.013	w=-2.201, p=.014	w=-2.214, p=.013	-	w=-2.232, p=.013	w=-1.841, p=.033

Nota: ED=emociones agradables, PC= Probando mi control sobre el consumo, NF=necesidad física, CO=conflictos con otros, PS=presión social, MAO=momentos agradables con otros.

Los puntajes obtenidos de manera individual, en relación a cada una de las situaciones de riesgo de consumo, se presentan en las figuras 16 a la 21. Las mediciones se llevaron a cabo durante cuatro momentos (el pre-test, el pos-test, el primer y segundo seguimiento).

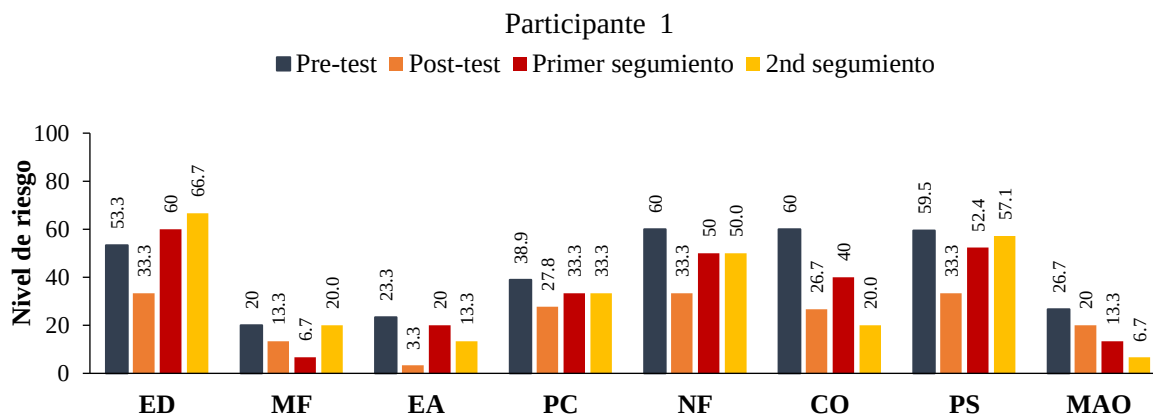


Figura 16. Nivel de riesgo de las situaciones de consumo de la participante uno del GEC

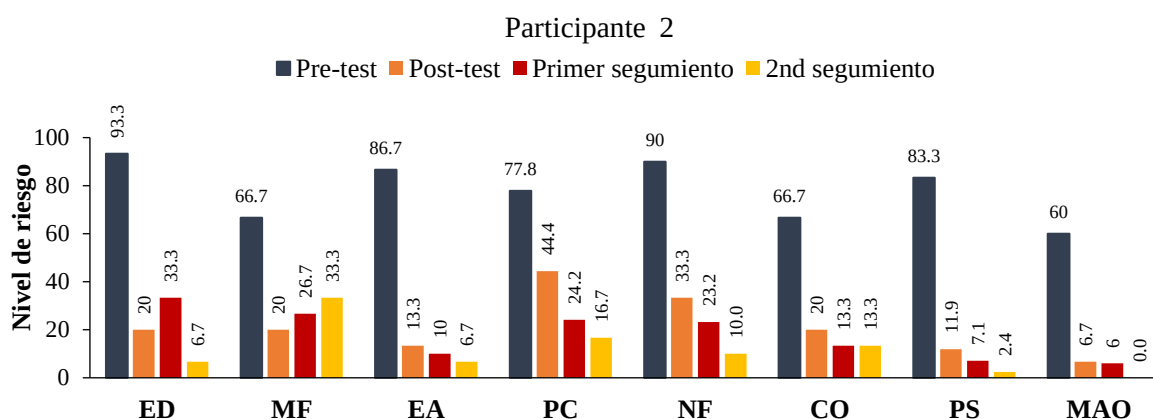


Figura 17. Nivel de riesgo de las situaciones de consumo de la participante dos del GEC

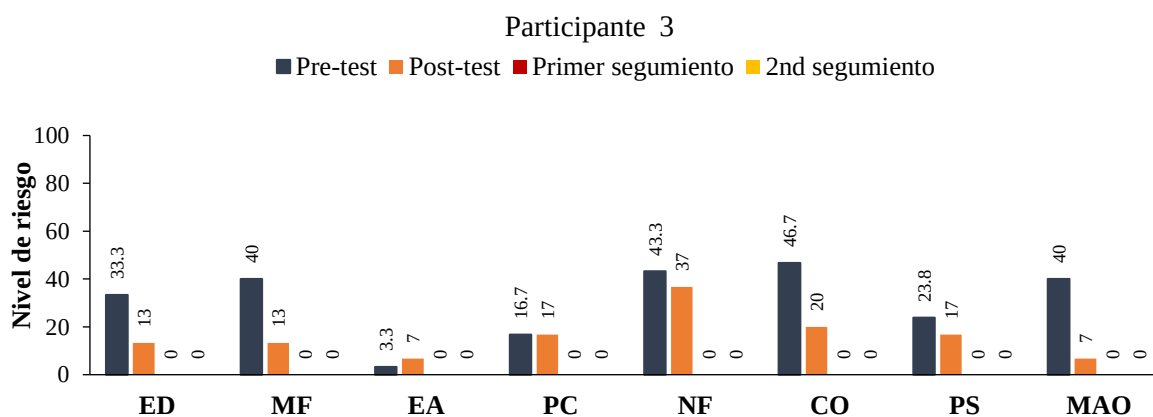


Figura 18. Nivel de riesgo de las situaciones de consumo de la participante tres del GEC

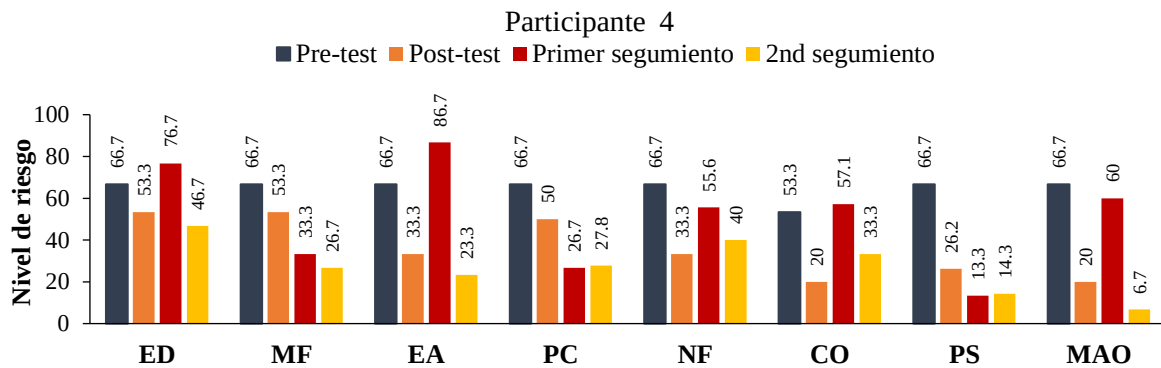


Figura 19. Nivel de riesgo de las situaciones de consumo de la participante cuatro del GEC

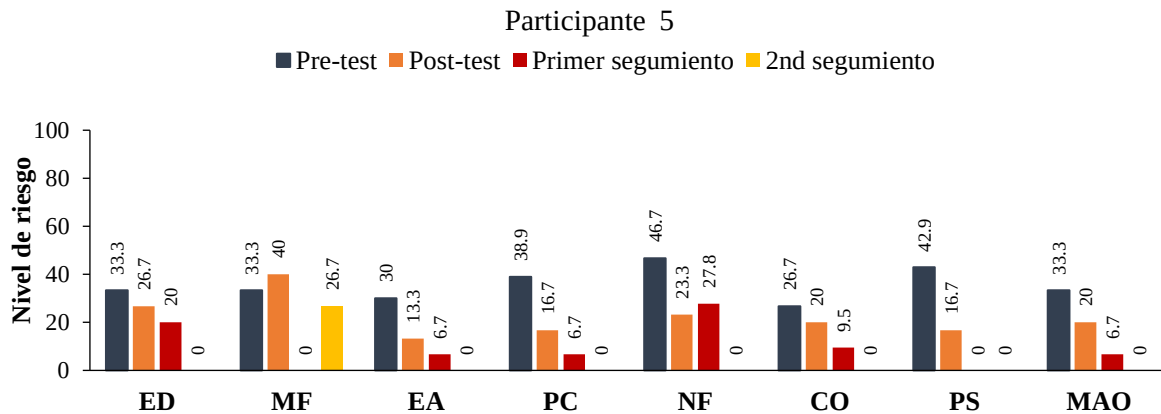


Figura 20. Nivel de riesgo de las situaciones de consumo de la participante cinco del GEC

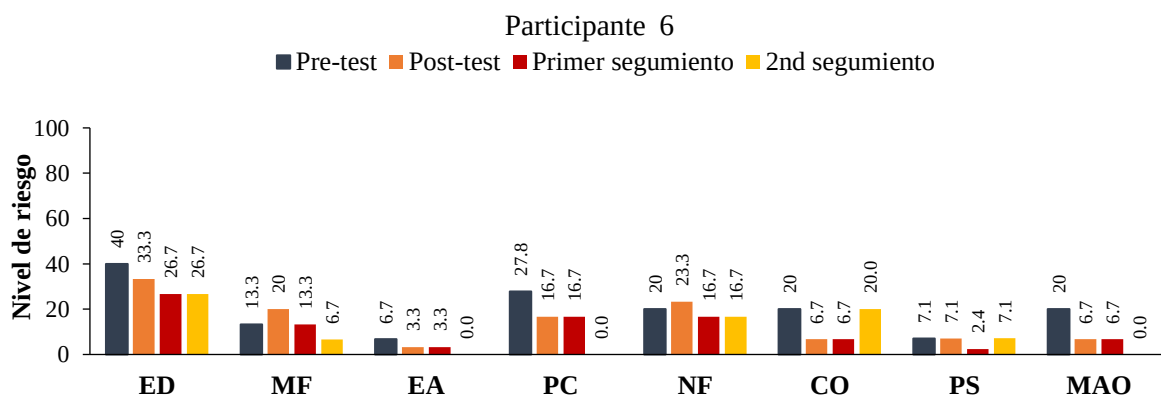


Figura 21. Nivel de riesgo de las situaciones de consumo de la participante seis del GEC

Nota: ED=Emociones Desagradables, MF=Malestar Físico, EA=Emociones Agradables, PC= Probando mi Control sobre el consumo, NF=Necesidad Física, CO=Conflictos con Otros, PS=Presión Social y MAO=Momentos Agradables con Otros.

D) Nivel de Autoconfianza

Uno de los objetivos de la intervención fue aumentar el nivel de autoconfianza de las participantes para resistirse a fumar en las siguientes ocho situaciones de riesgo principales identificadas a través del CBCS: 1) Emociones Desagradables, 2) Malestar Físico, 3) Emociones Agradables, 4) Probando mi control sobre el consumo, 5) Necesidad Física, 6) Conflictos con Otros, 7) Presión Social y 8) Momentos Agradables con Otros.

Cada una de las situaciones del CBCS se analizó mediante la prueba de Friedman y se encontraron diferencias estadísticamente significativas en dos de las ocho situaciones: emociones desagradables ($\chi^2=9.583$, $gl=3$, $p=.022$) y la de momentos agradables con otros ($\chi^2=10.091$, $gl=3$, $p=.018$) entre el pre-test, pos-test y el primer y segundo seguimiento.

Para identificar entre qué mediciones había diferencias se realizó un análisis con la prueba Wilcoxon, mediante la cual se encontraron las siguientes diferencias estadísticamente significativas para la situación de emociones desagradables: entre el pre-test y el primer seguimiento ($w=-2.060$, $P=.019$). En el pre-test respecto al segundo seguimiento ($w=-1.826$, $P=.034$). No se encontraron diferencias entre el pre-test y el pos-test, entre el post-test y el primer seguimiento, entre el post-test y el segundo seguimiento y finalmente entre el primer seguimiento y el segundo seguimiento. Respecto a la situación de momentos agradables con otros hubo cambios estadísticamente significativos entre el pre-test y el primer seguimiento ($w=-1.890$, $P=.029$) y entre el pre-test y el segundo seguimiento ($w=-1.841$, $P=.033$), no se encontraron diferencias entre el pre-test y el pos-test, entre el post-test y el primer seguimiento, entre el post-test y el segundo seguimiento y finalmente entre el primer seguimiento y el segundo seguimiento.

En la tabla 10 se presenta la media grupal del porcentaje de autoconfianza obtenido de las participantes ante las ocho situaciones de riesgo. Las situaciones que muestran un aumento en los porcentajes de confianza de las participantes para resistirse a fumar fueron las de emociones desagradables, conflicto con otros y momentos agradables con otros. En el resto de las situaciones (emociones agradables, probando mi control sobre el consumo, presión social y necesidad física) se presentó un incremento durante algunas de las fases y un decremento en otras, sin embargo, en todas las fases hubo un aumento respecto a la evaluación pre-test.

Tabla 10.

Porcentaje de autoconfianza ante las ocho situaciones de riesgo de consumo del GEC

Situación	Pre-test	Post-test	1er seguimiento	2nd seguimiento
MAO	41.66 %	66.66 %	80.00 %	88.33 %
CO	45.00 %	56.66 %	85.00 %	91.66 %
ED	50.00 %	65.00 %	81.66 %	88.33 %
MF	58.33 %	95.00 %	86.67 %	90.83 %
EA	58.33 %	72.50 %	86.66 %	83.33 %
PC	73.33 %	70.00 %	83.33 %	83.33 %
NF	78.33 %	66.66 %	86.66 %	90.00 %
PS	90.00 %	88.33 %	88.33 %	91.66 %

Nota: MAO=Momentos Agradables con Otros, CO=Conflictos con Otros, ED=Emociones Desagradables, MF=Malestar Físico, EA=Emociones Agradables, PC= Probando mi Control sobre el consumo, NF=Necesidad Física y PS=Presión Social.

Los puntajes obtenidos de manera individual, por cada una de las participantes, en cada una de ocho situaciones de autoconfianza se muestran en las figuras 22 a la 27. Las mediciones se realizaron durante el pre-test, el post-test, el primer y segundo seguimiento.

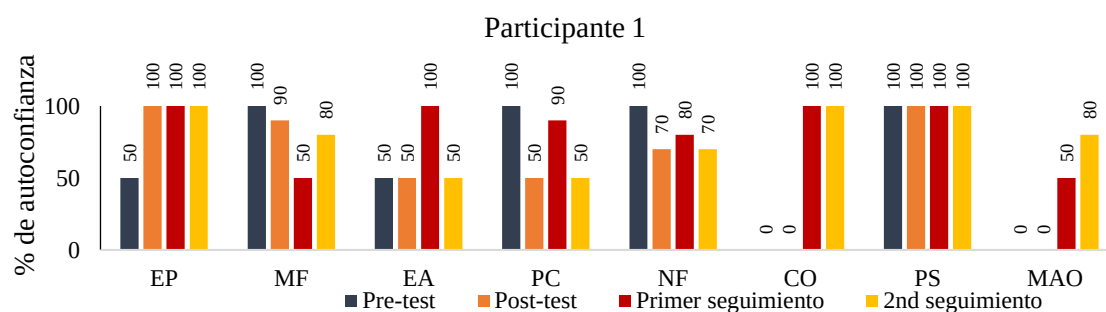


Figura 22. Porcentaje de autoconfianza de la participante uno del GEC ante las situaciones de riesgo

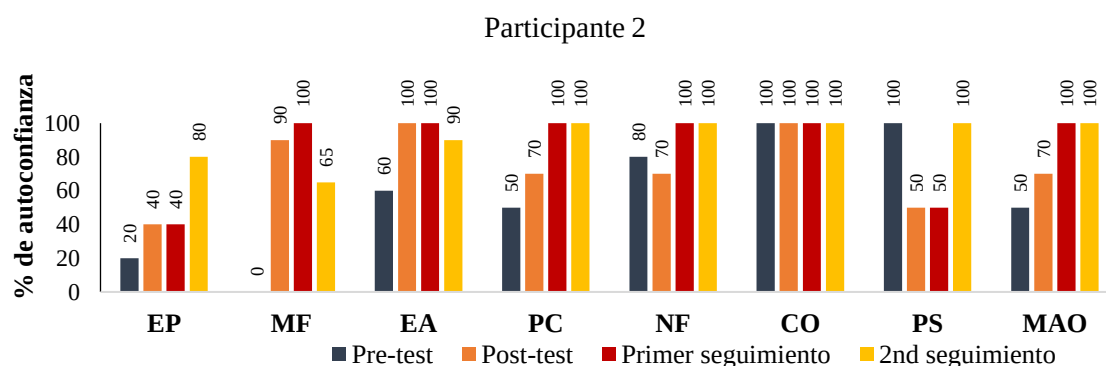


Figura 23. Porcentaje de autoconfianza de la participante dos del GEC ante las situaciones de riesgo

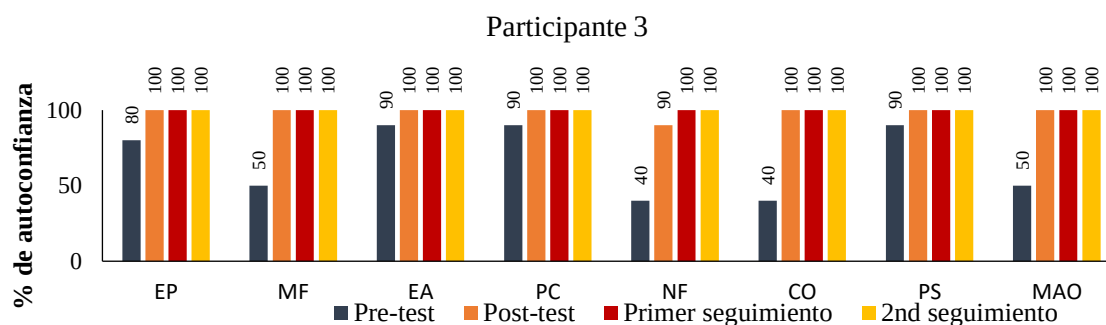


Figura 24. Porcentaje de autoconfianza de la participante tres del GEC ante las situaciones de riesgo

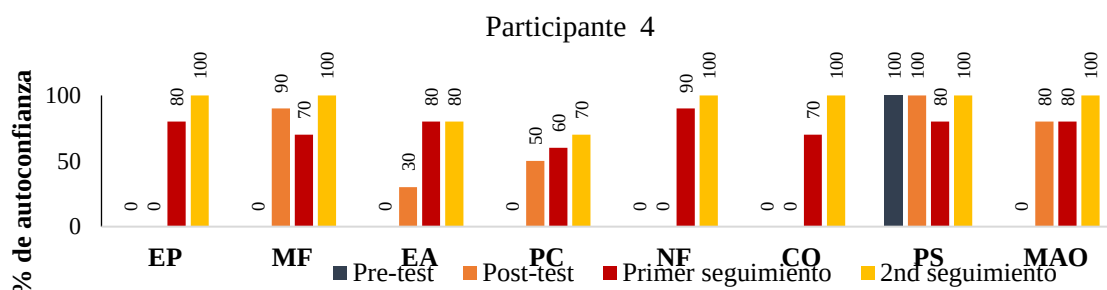


Figura 25. Porcentaje de autoconfianza de la participante cuatro del GEC ante las situaciones de riesgo

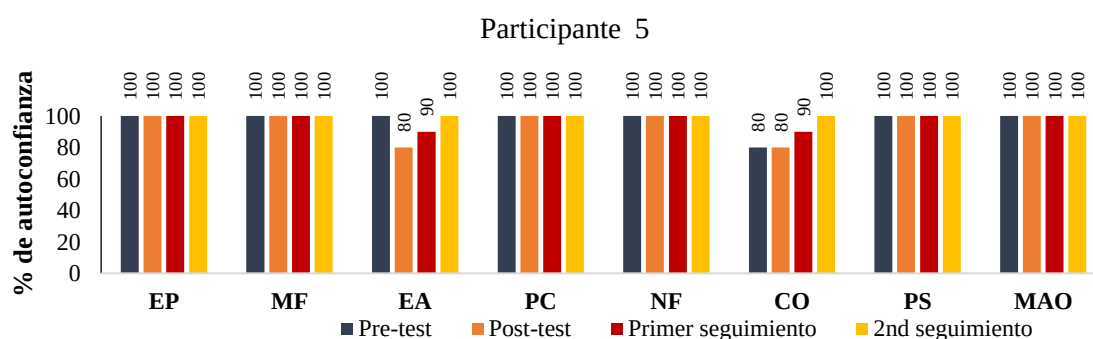


Figura 26. Porcentaje de autoconfianza de la participante cinco del GEC ante las situaciones de riesgo

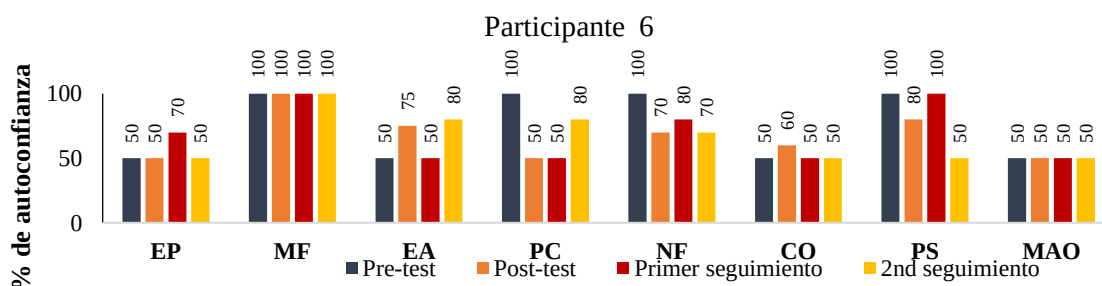


Figura 27. Porcentaje de autoconfianza de la participante seis del GEC ante las situaciones de riesgo
 Nota: ED=Emociones Desagradables, MF=Malestar Físico, EA=Emociones Agradables, PC= Probando mi Control sobre el consumo, NF=Necesidad Física, CO=Conflictos con Otros, PS=Presión Social y MAO=Momentos Agradables con Otros.

E) Nivel de ansiedad

Una de las variables de control de la intervención fue comparar los cambios observados en el nivel de ansiedad. Se realizó un análisis con la prueba de Friedman y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test, el post-test, el primer seguimiento y segundo seguimiento ($\chi^2=1.086$, $gl=2$, $p=.780$). Sin embargo, si hubo una disminución en el rango promedio entre la evaluación pre-test (2.92) y la evaluación post-test (2.50) y durante el primer seguimiento (2.17), durante el segundo seguimiento se presentó un incremento (2.42). En la figura 28 se presentan las puntuaciones obtenidas de manera individual, mediante el BAI, durante el pre-test, el post-test, el primer y segundo seguimiento.

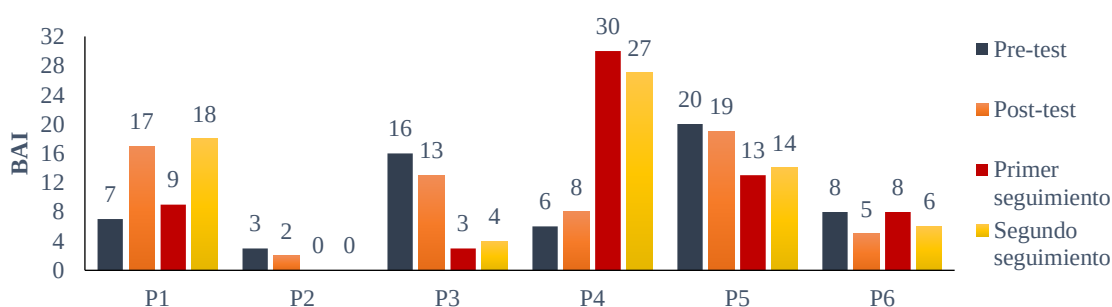


Figura 28. Nivel de ansiedad del GEC

F) Nivel de depresión

La segunda variable de control de la intervención fue comparar el nivel de depresión durante las fases de pre-test, post-test, primer y segundo seguimiento. Se realizó un análisis con la prueba de Friedman y los resultados mostraron que no hubo diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=3.102$, $gl=3$, $p=.376$). Sin embargo, los resultados mostraron una disminución en el rango promedio entre la evaluación pre-test (3.00) y la evaluación post-test (1.75). Mientras que el primer seguimiento se presentó un incremento (2.67). El cual disminuyó ligeramente durante el segundo seguimiento (2.58). En la figura 29 se presentan las puntuaciones obtenidas durante las cuatro mediciones en el BDI.

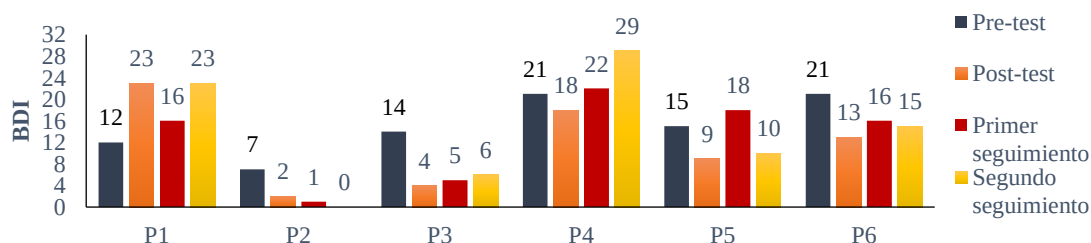


Figura 29. Nivel de depresión del GEC

Tercer estudio: Grupo de Etapa de Determinación (GED)

Participantes

El estudio tres se formó por 5 participantes que completaron una evaluación inicial, una intervención compuesta por seis sesiones, una evaluación final y dos seguimientos realizados al mes y al tercer mes de haber terminado la intervención. En la tabla 11 se describen las principales características sociodemográficas del GED (edad, nivel académico, situación de cárcel y el tiempo en reclusión).

Tabla. 11

Características sociodemográficas del GED

Participante	Edad	Nivel Académico	Estatus Jurídico	Meses en reclusión
P1	36	Primaria	En proceso	21
P2	23	Bachillerato	En proceso	12
P 3	38	Primaria	Sentenciada	92
P4	19	Secundaria	En proceso	18
P5	31	Secundaria	En proceso	36
N=5	$\bar{x}$ =29.4			$\bar{x}$ =35.8

Como se observa en la tabla 11, la media de edad de las participantes fue de 29.4 con un rango de 19 a 38 años de edad. En relación al nivel académico un 40% tenían primaria, un 40% secundaria y un 20% bachillerato. Respecto a su estatus jurídico un 80% se encontraban en proceso y en contraste un 20% ya habían sido sentenciadas. El tiempo que habían pasado en reclusión fue de $\bar{x}$ = 35.8 meses con un rango entre 12 y 92 meses.

Características del consumo de tabaco.

En la evaluación inicial se obtuvo la línea base del patrón de consumo de tabaco durante las 12 semanas anteriores a la intervención a través de la línea base retrospectiva. En la figura 30 se muestra el consumo pre-tratamiento de cada una de las participantes.

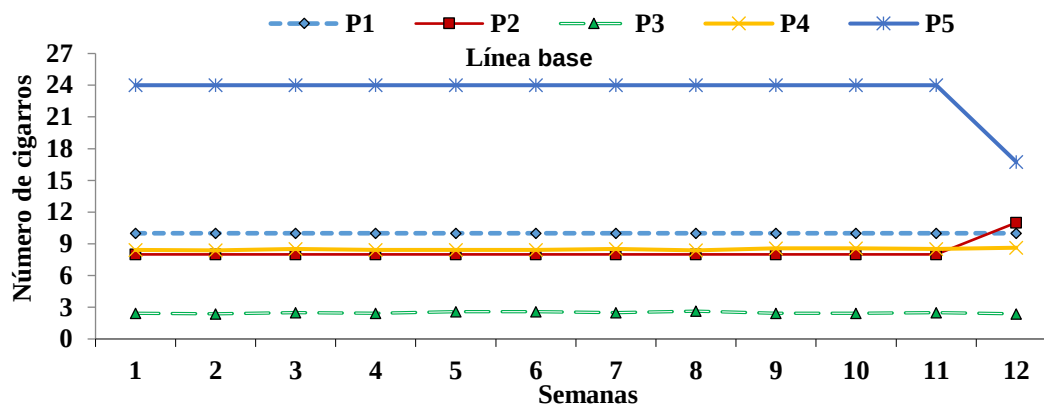


Figura 30: Promedio de consumo semanal del GED durante la línea base

Durante esta fase la frecuencia diaria de consumo de tabaco era de $\bar{x}=10.64$ cigarros diarios con un rango entre 2.48 y 24.0 cigarros, el consumo fue constante durante las 12 semanas en las participantes uno y cuatro, el consumo incrementó durante las últimas 8 semanas para las participantes dos y cinco, también se presentó una disminución del consumo de la participante tres durante las últimas 8 semanas de línea base. Respecto a la frecuencia de consumo las cinco participantes presentaban un consumo diario, es decir con un 0% de días de abstinencia. En la tabla 12 se muestran otras características del patrón de consumo de tabaco de las usuarias antes de iniciar la intervención.

Tabla 12.
Características del consumo pre-tratamiento del GED

Participante	Consumo semanal promedio	Edad de inicio	Meses de consumo en forma regular	Nivel de dependencia a la nicotina	Intentos anteriores para dejar de fumar
P1	10.00	31	24	Alta	5
P2	8.25	14	24	Baja	2
P3	2.48	22	36	Baja	0
P4	8.48	18	12	Media	2
P 5	24.00	28	36	Alta	2
N=5	$\bar{x}=10.64$	$\bar{x}=22.60$	$\bar{x}=26.4$		$\bar{x}=2.2$

En la tabla 12 se observa que la edad de inicio del consumo de tabaco fue de $\bar{x}=26.40$ años, con un rango entre 12 y 36 años de edad. Consumían tabaco de manera regular, es decir sin interrumpir su consumo, durante $\bar{x}= 26.40$ meses con un rango que va de 12 a 36 meses. Un 40 % (n=2) presentaban un nivel de dependencia a la nicotina alto, un 20 % medio (n=1) y un 40 % (n=3) bajo. Finalmente, los intentos anteriores para dejar de fumar fueron $\bar{x}=2.2$ con un rango de 0 a 5.

Efecto de la intervención

Con el objetivo de identificar si se presentaron cambios estadísticamente significativos en el GEC. Se realizó un análisis estadístico mediante la prueba de Friedman en las siguientes variables dependientes y de control.

A) Patrón de consumo de tabaco

El patrón de consumo de tabaco se considera el indicador más importante para evaluar el efecto de la IMTC. Para identificar si existen diferencias estadísticamente en el patrón de consumo se realizó un análisis con la prueba de Friedman y los resultados mostraron que si existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=9.300$, $gl=3$, $p=.026$) entre la línea base, la intervención, el primer seguimiento y el segundo seguimiento.

Para identificar específicamente entre que evaluaciones hubo cambios estadísticamente significativos se hicieron análisis con la prueba Wilcoxon y se encontraron diferencias entre la línea base y la intervención ($w=-2.023$, $p=.021$); entre la línea base y el primer seguimiento ($w=-2.023$, $p=.021$); entre la línea base y el segundo seguimiento ($w=-1.826$, $p=.034$) y finalmente entre el primer y el segundo seguimiento ($w=-1.826$, $p=.034$). En las mediciones en las que no se encontraron diferencias fue entre el tratamiento y el primer seguimiento y entre el tratamiento y el segundo seguimiento. En la figura 31 se muestran las características del patrón de consumo de tabaco de las usuarias durante los tres meses anteriores a la intervención, durante las siete sesiones de tratamiento y el primer y segundo seguimiento realizados al primer y tercer mes de haber terminado la intervención.

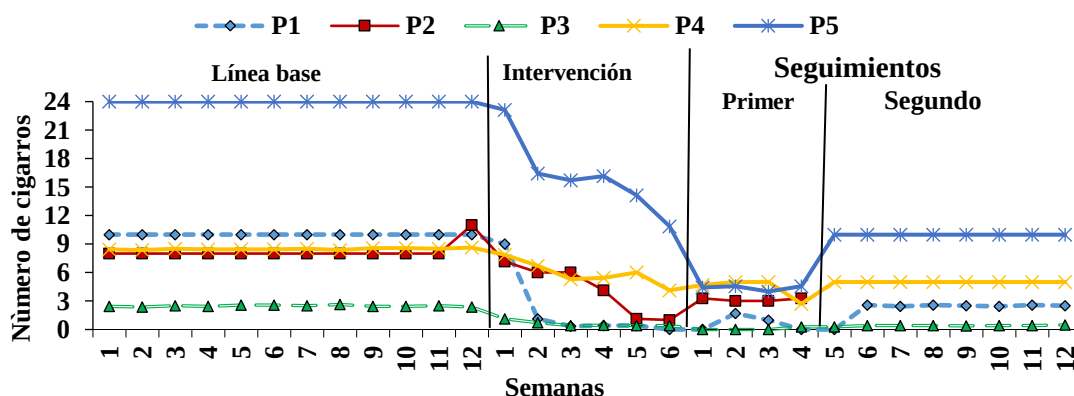


Figura 31. Patrón de consumo semanal durante la línea base, la intervención, el primer y segundo seguimiento.

Como se muestra en la figura 31. El patrón de consumo de la participante uno (P1) durante la línea base fue en promedio 10.00 cigarros diarios con 0 % días de abstinencia. Durante la intervención disminuyó a .40 cigarros y los días de abstinencia aumentaron a 66.66 %. En el primer seguimiento el consumo aumentó a .60 cigarros y los días de abstinencia aumentaron a un 80 %. Mientras que en el segundo seguimiento el consumo aumentó a 1.41 cigarros y el porcentaje de días de abstinencia disminuyó a 11.66 %.

El promedio de cigarros consumidos por la participante dos (P2) en la línea base era de 8.80 cigarros diarios. Durante la intervención disminuyó a 3.10 cigarros. Mientras que en el primer seguimiento el consumo aumentó a 3.20. En esta participante el porcentaje de 0 % de días de abstinencia se mantuvo durante las cuatro evaluaciones.

La participante tres (P3) consumía 2.5 cigarros diarios durante la línea base con 0 % de días de abstinencia. Durante la intervención el consumo disminuyó a .46 cigarros, aumentando los días de abstinencia en un 60.41 %. En el primer seguimiento el consumo disminuyó a .06 cigarros y los días de abstinencia incrementaron a 93.3 %. Mientras que en el segundo seguimiento el consumo fue de .27 cigarros y los días de abstinencia fueron de 61.66 %.

El consumo de la participante cuatro (P4) durante la línea base era de 8.45 cigarros diarios. Durante la intervención disminuyó a 4.92 cigarros. En el primer seguimiento presentaba un consumo de 4.06 cigarros. Mientras que en el segundo seguimiento el consumo fue de 4.68 cigarros. Los días de abstinencia durante la línea base y la intervención fueron del 0 %, se presentó un aumento durante el primer seguimiento a un 20 % y regreso a 0 % durante el segundo seguimiento.

El promedio de cigarros consumidos por la participante cinco (P5) durante la línea base era de 24.00 cigarros diarios. Durante la intervención disminuyó a 13.27 cigarros. Mientras que en el primer seguimiento el consumo disminuyó a 4.96. En el segundo seguimiento el consumo fue de 8.32 cigarros. Los días de abstinencia durante la línea base y la intervención fueron del 0 %, se presentó un aumento durante el primer seguimiento a un 53.33 % y regreso a 0 % durante el segundo seguimiento.

B) Nivel de dependencia

Otro factor importante para determinar el efecto del tratamiento fue medir los cambios obtenidos en el nivel de dependencia a la nicotina. El instrumento utilizado para medir este nivel fue el CFDN. Los datos obtenidos se analizaron mediante la prueba de Friedman y se encontró que si existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 8.182$, $gl=3$, $p=.042$) entre el pre-test, pos-test y el primer y segundo seguimiento. Para identificar entre qué mediciones había diferencias se realizó un análisis con la prueba Wilcoxon, mediante la cual se identificaron cambios estadísticamente significativos entre el pre-test y el pos-test ($w=-1.786$, $P=.037$), y el pre-test y el primer seguimiento ($w=-2.032$, $P=.021$); no se encontraron diferencias entre el pos-test y el segundo seguimiento, entre el post-test y el primer seguimiento, entre el post-test y el segundo seguimiento y entre el primer y segundo seguimiento. En la figura 32 se muestran los puntajes obtenidos por las participantes en las cuatro mediciones realizadas.

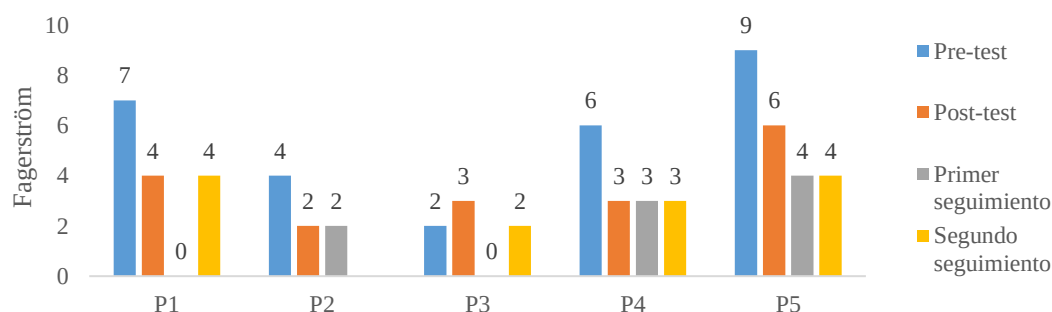


Figura 32. Nivel de dependencia a la nicotina del GED.

El nivel de dependencia a la nicotina disminuyó en la mayoría de las participantes. La P1 presentaba un puntaje de 7 (media) en el pre-test, este disminuyó a 4 (baja) durante el post-test, en el primer seguimiento obtuvo 0 (sin dependencia) y en el segundo seguimiento presentó una recaída regresando a 4 (baja). La P4 tenía un puntaje de 6 (media) en el pre-test, el cual disminuyó a 3 (baja) durante el post-test, el primer seguimiento y el segundo seguimiento. La P5 que presentó un puntaje de 9 (alta) durante el pre-test, disminuyó a 6 (media) en post-test y a 4 (baja) en el primer y segundo seguimiento. En el resto de las participantes (P2 y P3) el nivel de dependencia se mantuvo durante las cuatro mediciones, pero se presentaron cambios en el puntaje obtenido como se observa en la figura 32.

C) Situaciones de consumo

Otra de las variables que se consideraron importantes para evaluar el efecto de la intervención son las situaciones de consumo, identificadas a través del ISCD, mediante el cual se identifican ocho principales situaciones de riesgo: 1) Emociones Desagradables, 2) Malestar Físico, 3) Emociones Agradables, 4) Probando mi control sobre el consumo, 5) Necesidad Física, 6) Conflictos con Otros, 7) Presión Social y 8) Momentos Agradables con Otros. Se espera que las puntuaciones obtenidas en el pre-test disminuyan durante el post-test y los seguimientos. Ya que mientras más baja sea la puntuación obtenida es menor el riesgo de consumo frente a esa situación. Con el propósito de identificar cambios significativos en las ocho situaciones de riesgo de consumo, se realizó un análisis con la prueba de Friedman y se no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. No obstante, si se presentó una reducción en la media grupal obtenida en cada una de las situaciones los porcentajes obtenidos durante el pre-test, post-test y el primer seguimiento se presentan en la tabla 13.

Tabla 13.

Situaciones de riesgo de consumo en el pre-test, post-test y primer seguimiento del GED

Situación	Pre-test	Post-test	primer seguimiento	Segundo seguimiento
ED	29.34 %	22.66 %	24.00 %	6.70 %
MF	33.34 %	26.66 %	13.33 %	18.90 %
EA	36.11 %	12.20 %	25.34 %	1.67 %
PC	27.32 %	14.00 %	13.34 %	3.32 %
NF	41.10 %	21.12 %	22.24 %	1.40 %
CO	36.00 %	26.68 %	26.00 %	5.82 %
PS	42.66 %	20.00 %	21.32 %	1.67 %
MAO	29.52 %	20.02 %	21.90 %	2.37 %

Nota: ED=Emociones Desagradables, MF=Malestar Físico, EA=Emociones Agradables, PC= Probando mi Control sobre el consumo, NF=Necesidad Física, CO=Conflictos con Otros, PS=Presión Social y MAO=Momentos Agradables con Otros.

En las figuras de la 33 a la 37, se presentan los puntajes obtenidos de manera individual de las participantes del GED, en cada una de las situaciones durante el pre-test, el post-test, el primer y segundo seguimiento.

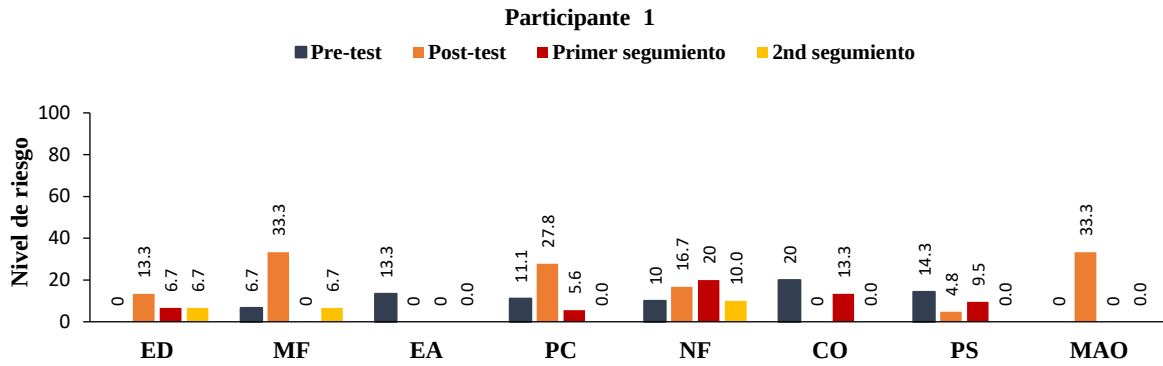


Figura 33. Nivel de riesgo de las situaciones de consumo de la participante uno del GED.

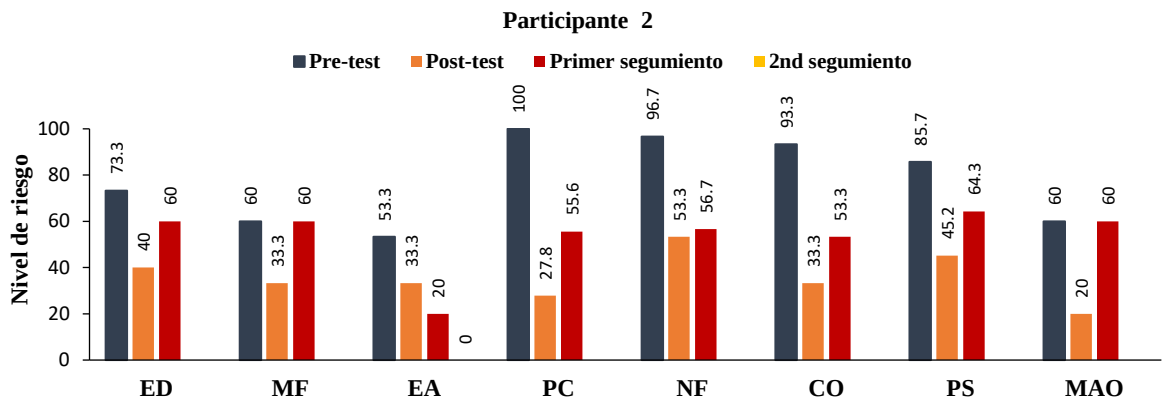


Figura 34. Nivel de riesgo de las situaciones de consumo de la participante dos del GED.

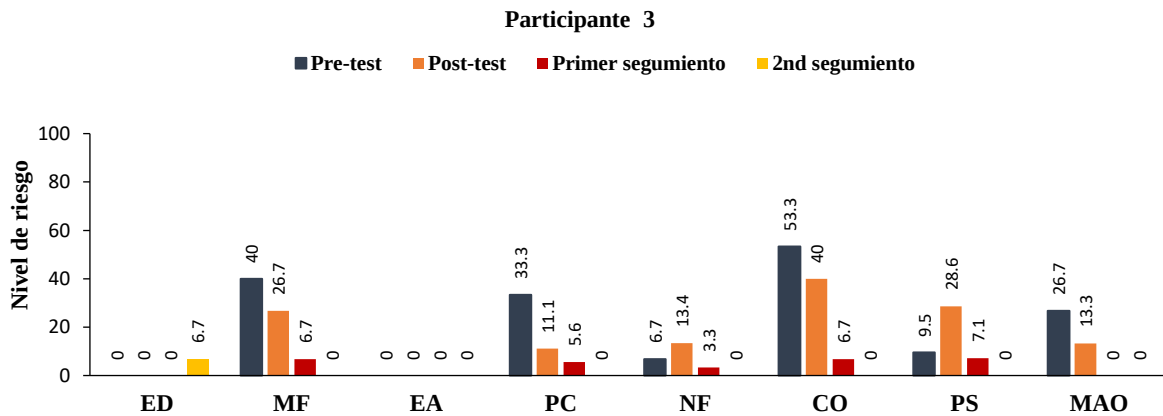


Figura 35. Nivel de riesgo de las situaciones de consumo de la participante tres del GED.

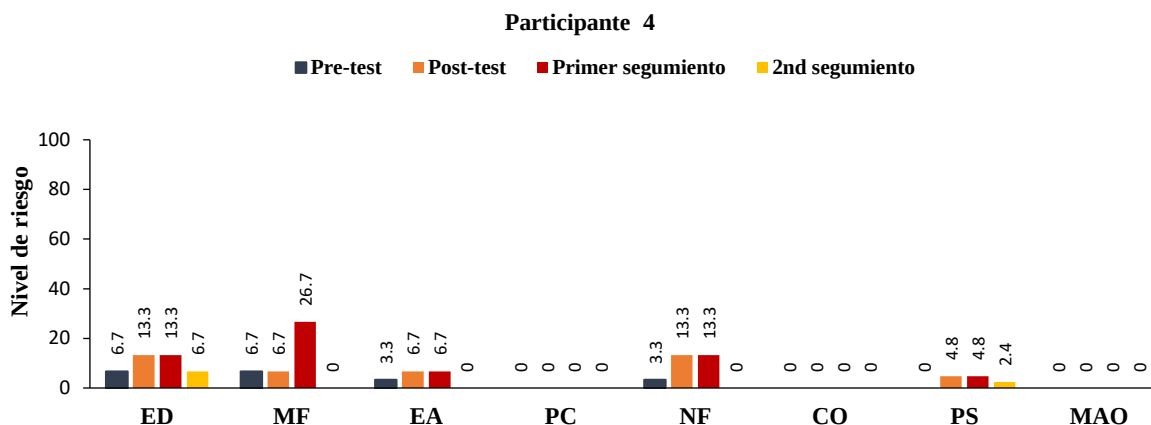


Figura 36. Nivel de riesgo de las situaciones de consumo de la participante cuatro del GED.

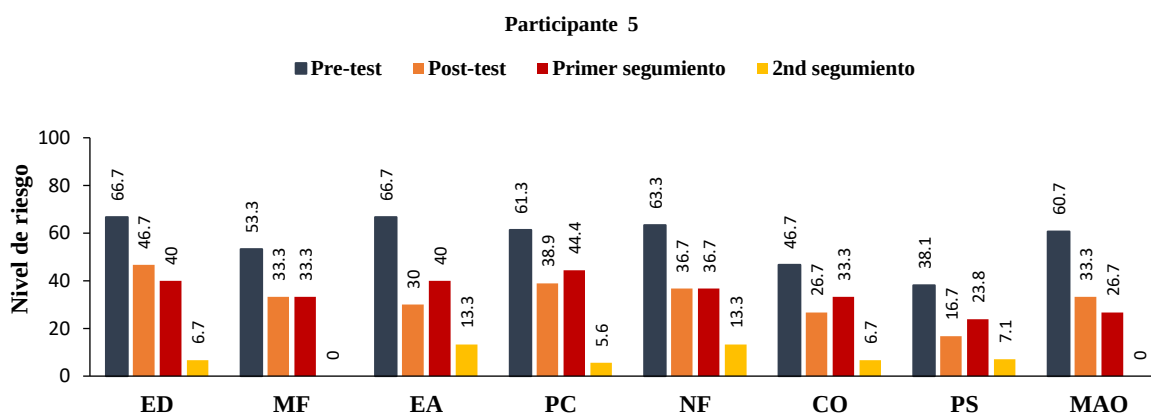


Figura 36. Nivel de riesgo de las situaciones de consumo de la participante cinco del GED.

Nota: ED=Emociones Desagradables, MF=Malestar Físico, EA=Emociones Agradables, PC= Probando mi Control sobre el consumo, NF=Necesidad Física, CO=Conflictos con Otros, PS=Presión Social y MAO=Momentos Agradables con Otros.

D) Nivel de Autoconfianza

Uno de los objetivos de la intervención fue aumentar el nivel de autoconfianza de las participantes para resistirse a fumar en las siguientes ocho situaciones de riesgo principales identificadas a través del CBCS: 1) Emociones Desagradables (ED), 2) Malestar Físico (MF), 3) Emociones Agradables (EA), 4) Probando mi control sobre el consumo (PC), 5) Necesidad Física (NF), 6) Conflictos con Otros (CO), 7) Presión Social (PS) y 8) Momentos Agradables con Otros (MAO). En la figura 21 se presentan los puntajes obtenidos de manera individual en cada una de las situaciones durante el pre-test, el post-test, el primer y segundo seguimiento.

Cada una de las situaciones del CBCS se analizó mediante la prueba de Friedman y se encontraron diferencias estadísticamente significativas solamente en la de conflictos con otros ($\chi^2 = 9.387$, $gl=3$, $p = .025$) entre el pre-test, pos-test y el primer y segundo seguimiento. El rango promedio en el pre-test fue de 1.00, aumento a 2.88 durante el post-test, en el primer seguimiento a 3.00 y durante el segundo seguimiento a 3.13. Para identificar entre qué mediciones había diferencias se realizó un análisis con la prueba Wilcoxon, mediante la cual se identificaron las siguientes diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test ($w = -2.032$, $p = .021$). En el pre-test respecto al primer seguimiento ($w = -2.032$, $p = .021$). Finalmente, entre el pre-test y el segundo seguimiento ($w = -1.841$, $p = .033$) no se encontraron diferencias entre el post-test y el primer seguimiento, entre el post-test y el segundo seguimiento y finalmente entre el primer seguimiento y el segundo seguimiento. en la tabla 14 se presenta la media grupal del puntaje obtenido durante las mediciones.

Tabla 14.

Porcentaje de autoconfianza ante las ocho situaciones de riesgo de consumo del GED

Situación	Pre-test	Post-test	primer seguimiento	Segundo seguimiento
CO	12.00 %	82.00 %	88.00 %	87.50 %
NF	22.00 %	62.00 %	88.00 %	87.50 %
MAO	24.00 %	70.00 %	70.00 %	90.00 %
ED	30.00 %	77.00 %	68.00 %	60.00 %
MF	34.00 %	77.00 %	90.00 %	90.00 %
PS	54.00 %	82.00 %	94.00 %	100.00%
PC	58.00 %	74.00 %	80.00 %	92.30 %
EA	62.00 %	86.00 %	86.00 %	100.00 %

Nota: CO=Conflictos con Otros, NF=Necesidad Física, MAO=Momentos Agradables con Otros, ED=Emociones Desagradables, MF=Malestar Físico, PS=Presión Social, PC= Probando mi Control sobre el consumo, y EA=Emociones Agradables

En las figuras de la 38 a la 42, se muestra el porcentaje de autoconfianza obtenido de manera individual en cada una de las ocho situaciones, durante el pre-test, el post-test, el primer y segundo seguimiento.

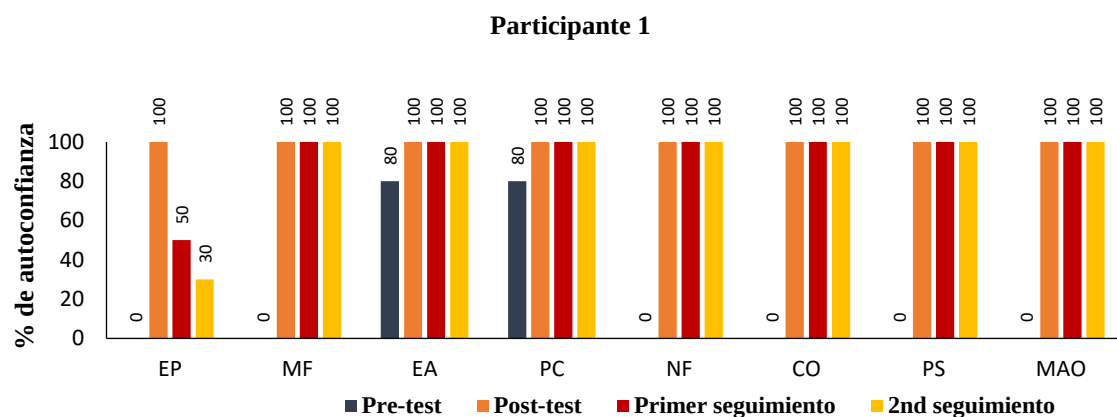


Figura 38. Porcentaje de autoconfianza de la participante uno del GED ante las situaciones de riesgo

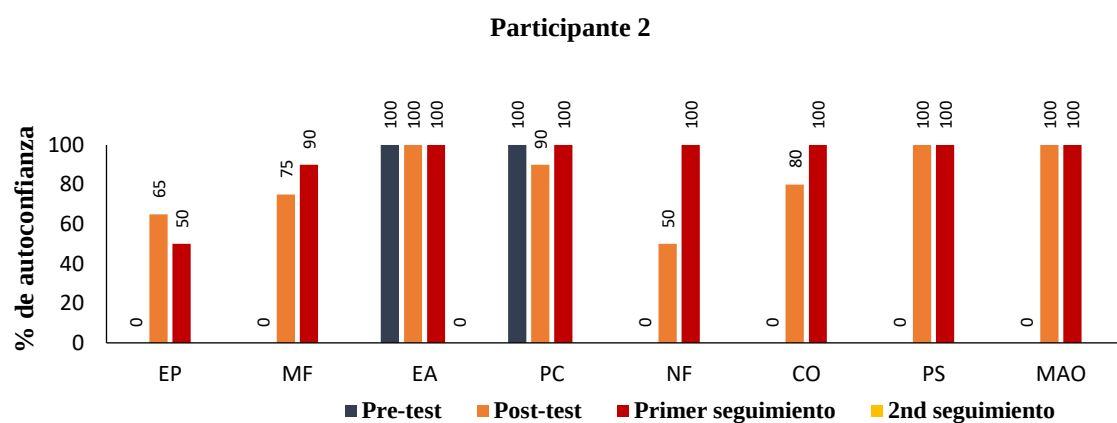


Figura 39. Porcentaje de autoconfianza de la participante dos del GED ante las situaciones de riesgo

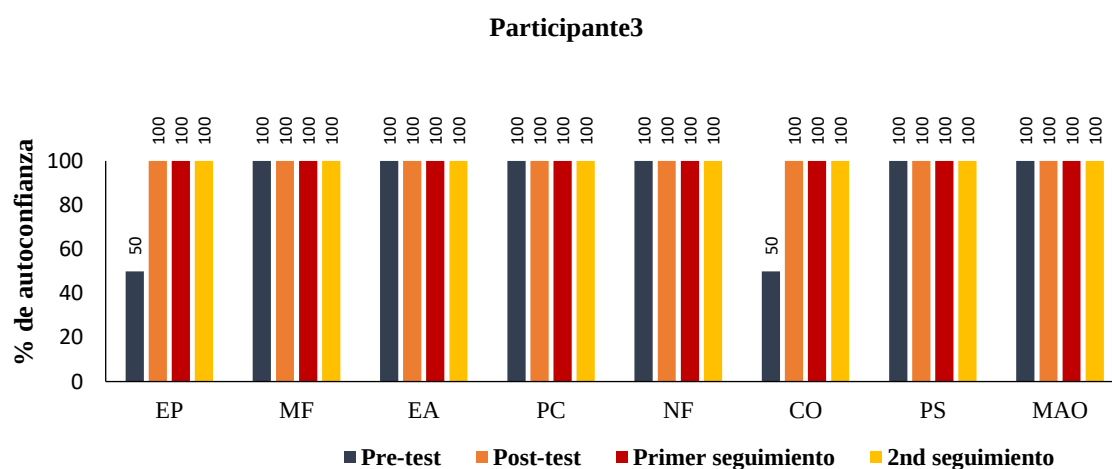


Figura 40. Porcentaje de autoconfianza de la participante tres del GED ante las situaciones de riesgo

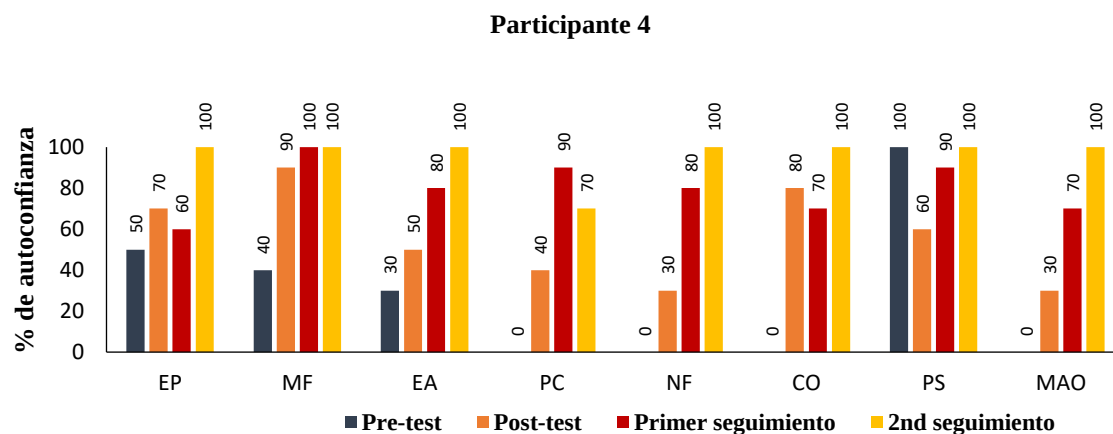


Figura 41. Porcentaje de autoconfianza de la participante cuatro del GED ante las situaciones de riesgo.

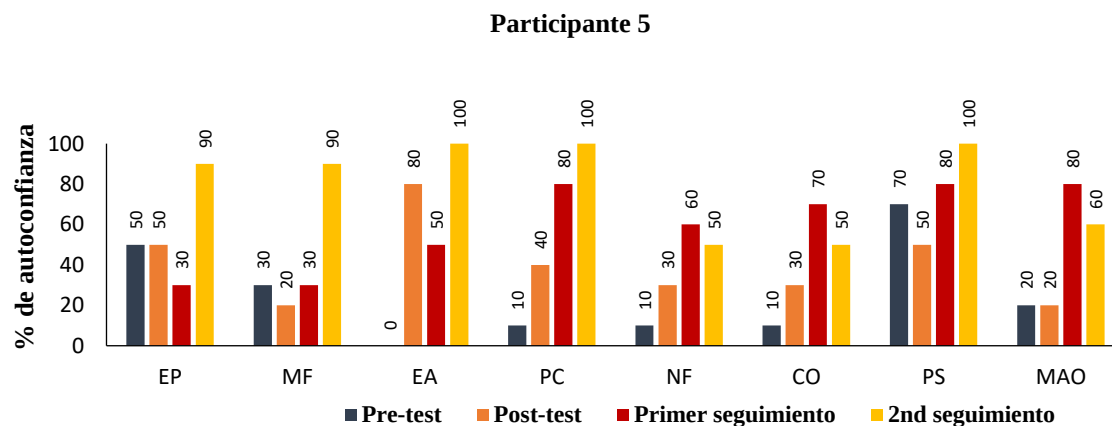


Figura 42. Porcentaje de autoconfianza de la participante cinco del GED ante las situaciones de riesgo.

Nota: ED=Emociones Desagradables, MF=Malestar Físico, EA=Emociones Agradables, PC= Probando mi Control sobre el consumo, NF=Necesidad Física, CO=Conflictos con Otros, PS=Presión Social y MAO=Momentos Agradables con Otros.

E) Nivel de ansiedad

Una de las variables de control de la intervención fue comparar los cambios sobre el nivel de ansiedad. Se realizó un análisis con la prueba de Friedman y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=3.079$, $gl=2$, $p=.380$). entre el pre-test, el post-test, el primer y segundo seguimiento. Sin embargo, los resultados mostraron una disminución en el rango promedio entre la evaluación pre-test (2.75) respecto a la evaluación post-test (1.63) y un aumento durante el primer seguimiento (2.50). Durante el segundo seguimiento hubo un aumento (3.13). En la figura 43 se presentan las puntuaciones obtenidas mediante el BAI, durante el pre-test, el post-test, el primer seguimiento y segundo seguimiento.

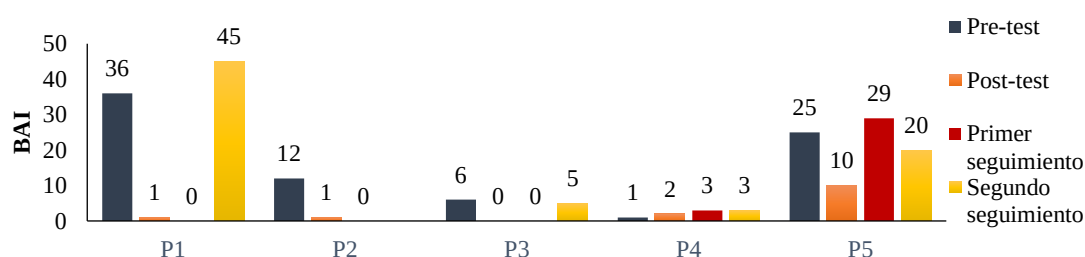


Figura 43. Nivel de ansiedad del GED

F) Nivel de depresión

La segunda variable de control de la intervención fue comparar el nivel de depresión durante las fases de pre-test, post-test, primer y segundo seguimiento. Se realizó un análisis con la prueba de Friedman y los resultados mostraron que no hubo diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=7.462$, $gl=3$, $p=.059$), en la comparación de los niveles de depresión durante el pre-test, post-test, primer seguimiento y segundo seguimiento. Sin embargo, los resultados mostraron una disminución en el rango promedio entre la evaluación pre-test (3.00) respecto a la evaluación post-test (2.88) al primer seguimiento (1.00). Durante el segundo seguimiento hubo un aumento (3.13). En la figura 44 se presentan las puntuaciones obtenidas durante las cuatro mediciones en el BDI.

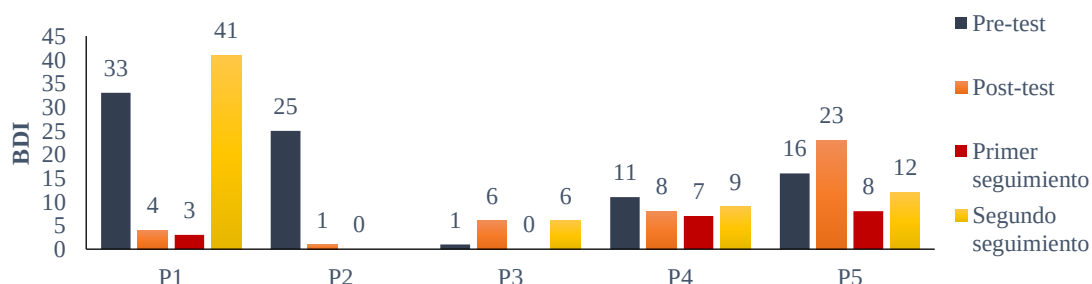


Figura 44. Nivel de depresión del GED.

Cuarto estudio: Comparación de los grupos GEP, GEC y GED

Objetivo

Realizar una comparación entre los grupos GEP, GEC y GED durante el pre-test, el post-test y los seguimientos en las siguientes variables analizadas: a) patrón de consumo de tabaco, b) nivel de dependencia a la nicotina, c) situaciones de riesgo de consumo, d) nivel de autoconfianza ante las situaciones de riesgo de consumo e) nivel de ansiedad y f) nivel de depresión.

Participantes

En el estudio participaron 14 mujeres consumidoras de tabaco, asignadas aleatoriamente a uno de los siguientes tres grupos con las siguientes características:

Tabla 15.

Características de los grupos GEP, GEC y GED

Grupo	Participantes	Etapas de cambio en la que inició la intervención	Número de sesiones impartidas
Grupo de Etapa de Precontemplación (GEP)	Tres	Precontemplación	Ocho
Grupo de Etapa de Contemplación (GEC)	Seis	Contemplación	Siete
Grupo de Etapa de Determinación (GED)	Cinco	Determinación	Seis

Análisis estadístico de la comparación en el GEP, GEC y GED

Con el objetivo de identificar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos (GEP, GEC y GED) a los cuales se les aplicó la intervención, se realizó un análisis intragrupal mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis y para identificar entre que grupos en específico existían estas diferencias se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney, para todos los casos se trabajó con un nivel de significancia de 0.05. A continuación, se describen los resultados obtenidos en cada una de las variables analizadas en esta investigación:

A) Patrón de consumo de tabaco

En esta variable no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en entre los grupos GEP, el GEC y el GED. Los resultados del análisis se muestran en la tabla 16.

Tabla 16.

Análisis intragrupal del patrón de consumo de tabaco

Medición	GEP n=3	GEC n=6	GED n=5	Kruskal-Wallis
Pre-test	RP= 9.00	RP = 7.08	RP = 7.10	H= .493, gl=2, p= .390
Post-test	RP= 6.17	RP = 8.17	RP = 7.50	H= .459, gl=2, p= .397
Primer seguimiento	RP= 9.50	RP = 7.08	RP = 6.80	H= .887, gl=2, p= .321

Nota: RP= Rango promedio.

B) Nivel de dependencia a la nicotina

El análisis realizado sobre el nivel de dependencia a la nicotina arrojó que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en las mediciones realizadas en el pre-test, post-test y el primer seguimiento. En la tabla 17 se muestran los resultados del análisis.

Tabla 17

Análisis intragrupal del nivel de dependencia a la nicotina

Medición	GEP n=3	GEC n=6	GED n=5	Kruskal-Wallis
Pre-test	RP= 5.33	RP = 7.00	RP = 9.40	H= 1.965, gl=2, p= .187
Post-test	RP = 6.83	RP = 6.58	RP = 9.00	H= 1.037, gl=2, p= .297
Primer seguimiento	RP = 7.17	RP = 7.58	RP = 7.60	H= .026, gl=2, p= .493

Nota: RP= Rango promedio.

C) Situaciones de riesgo de consumo

Se hizo un análisis estadístico para identificar las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (GEP, GEC Y GED) y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las siguientes ocho situaciones de riesgo: 1) Emociones Desagradables, 2) Malestar Físico, 3) Emociones Agradables, 4) Probando mi control sobre el consumo, 5) Necesidad Física, 6) Conflictos con Otros, 7) Presión Social y 8) Momentos Agradables con Otros.

D) Nivel de autoconfianza ante las situaciones de riesgo de consumo

Para identificar las diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, se realizó un análisis en cada una de las sub-escalas del CBCS: 1) Emociones Desagradables, 2) Malestar Físico, 3) Emociones Agradables, 4) Probando mi control sobre el consumo, 5) Necesidad Física, 6) Conflictos con Otros, 7) Presión Social y 8) Momentos Agradables con Otros. entre los grupos (GEP, GEC y GED) en el pre-test, pos-test y el primer seguimiento. A continuación, se incluyen solamente las tablas de las situaciones en las cuales se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 18.

Análisis intragrupal de la autoconfianza en la situación de emociones agradables

Medición	GEP n=3	GEC n=6	GED n=5	Kruskal-Wallis
Pre-test	RP=9.00	RP=7.17	RP=7.00	H=.519, gl=2, p=.385
Post-test	RP=10.00	RP=4.40	RP=7.80	H=5.020, gl=2, p=.040*
Primer seguimiento	RP =8.33	RP=6.75	RP=7.90	H=.441, gl=2, p=.401

Nota: RP=rango promedio

Como se observa en la tabla 18 se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el post-test en la situación de autoconfianza de emociones agradables (H=5.020, gl=2, p=.040), estas diferencias se presentaron entre los grupos GEP y el GEC (U=3.0, p=.045).

Tabla 19.**Análisis intragrupal de la autoconfianza en la situación de conflicto con otros**

Medición	GEP n=3	GEC n=6	GED n=5	Kruskal-Wallis
Pre-test	RP=11.83	RP=7.42	RP=5.00	H=5.201, gl=2, p=.037*
Post-test	RP=11.50	RP=4.75	RP=8.40	H=6.148, gl=2, p=.023*
Primer seguimiento	RP=7.50	RP=6.58	RP=8.60	H=.668, gl=2, p=.354

Nota: RP=rango promedio

En la situación de conflicto con otros se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el pre-test (H=5.201, gl=2, p=.037), entre los grupos GEP y GEC (U=3.0, p=.044) y en el post-test (H=6.148, gl=2, p=.023) entre los grupos GEP y GED (U=1.0, p=.023).

Tabla 20**Análisis intragrupal de la autoconfianza en la situación de momentos agradables con otros**

Medición	GEP n=3	GEC n=6	GED n=5	Kruskal-Wallis
Pre-test	RP=12.00	RP=6.50	RP=6.00	H=4.783, gl=2, p=.045*
Post-test	RP=10.50	RP=6.17	RP=7.30	H=2.654, gl=2, p=.132
Primer seguimiento	RP =8.00	RP=7.08	RP=7.70	H=.140, gl=2, p=.466

Nota: RP=rango promedio

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la situación de momentos agradables con otros (H=4.783, gl=2, p=.045) entre los grupos GEP y GED (U=3.0, p=.044)

E) Nivel de ansiedad

Respecto al nivel de ansiedad se observan diferencias estadísticamente significativas en la medición realizada en el post-test (H= 5.182, gl=2, p=.037) entre los grupos entre el GEP y el GEC (U=3.0, p=.045) y entre los grupos GED (U=3.5, p=.030) A través de la tabla 21 se muestran las características del análisis.

Tabla 21**Análisis intragrupal del nivel de ansiedad**

Medición	GEP n=3	GEC n=6	GED n=5	Kruskal-Wallis
Pre-test	RP=6.00	RP=7.50	RP=8.40	H= .623, gl=2, p=.366
Post-test	RP=5.50	RP=10.42	RP=5.20	H= 5.182, gl=2, p=.037*
Primer seguimiento	RP=7.17	RP=9.17	RP=5.70	H= 1.994, gl=2. P= .184

Nota: RP=rango promedio

F) Nivel de depresión

Respecto al nivel de depresión se observan diferencias estadísticamente significativas en la medición realizada en el primer seguimiento (H=5.095, gl=2, p=.039) entre los grupos GEC y el GED (U=3.5, p=.030). En la tabla 22 se presentan las características del análisis realizado.

Tabla 22**Análisis intragrupal del nivel de depresión**

Medición	GEP n=3	GEC n=6	GED n=5	Kruskal-Wallis
Pre-test	RP=4.17	RP=8.17	RP=8.70	H=2.767, gl=2, p=.125
Post-test	RP=6.83	RP=8.58	RP=6.60	H=.979, gl=2, p=.306
Primer seguimiento	RP=7.00	RP=9.83	RP=5.00	H=5.095, gl=2, p=.039*

Nota: RP=rango promedio

En el siguiente apartado se mencionan las principales aportaciones que arrojó nuestra investigación.

Discusión

El objetivo general de esta investigación fue evaluar el efecto sobre el patrón de consumo de tabaco de una Intervención breve basada en el Modelo Transteórico de Cambio en una población penitenciaria femenina y como un segundo objetivo se pretendía comprobar si estos cambios eran mayores en el GED, grupo que inicio la intervención en la etapa de cambio en que se encontraban en la evaluación inicial, en comparación con el GEP que inicio en una etapa previa y el GED que inició en una etapa posterior.

Esta intervención se fundamentó en el Modelo Transteórico de Cambio propuesto por Prochaska y DiClemente (1984). Este enfoque propone una intervención individualizada tomando en cuenta la etapa de cambio del consumo de sustancias en que se encuentra la persona (Gañan, et al., 2009).

En la comparación intragrupal entre el GEP; GEC Y GED, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas que nos permitan afirmar que la intervención fue más efectiva en alguno de los grupos. No obstante, cabe señalar que el GEC fue el grupo que obtuvo una mayor significancia estadística en todas las variables analizadas en comparación con los otros dos grupos.

Se considera que estos resultados pudieran ser debido a que este grupo inició la intervención en la etapa de cambio (contemplación), que fue la etapa en la que se identificaron todas las participantes en la evaluación inicial. Ya que, de acuerdo con el fundamento teórico de nuestra intervención, es decir del MTC, el identificar la etapa de cambio en que se encuentran los consumidores de tabaco, es un factor importante que permite realizar una intervención más adecuada a las necesidades específicas del usuario. Al otorgar solo el número de sesiones que se requiere y no intervenir en etapas anteriores que no son necesarias y o por el contrario en etapas posteriores para las cuales el usuario aún no se encuentra preparado.

Lo anterior, coincide con lo que nos menciona Gañan et al., (2009), al referir que las intervenciones psicológicas necesitan adaptarse a la etapa de cambio en la que se encuentra la persona al inicio del tratamiento, ya que se considera que este es un factor que ayudará a que el paciente se adhiera con mayor firmeza al tratamiento.

Díaz (2001), nos menciona que cuando los pacientes se distribuyen en diferentes etapas de cambio, la tasa de éxito lograda después del tratamiento, se asocia significativamente con la etapa en que se encontraban los participantes antes de iniciar el tratamiento. En las etapas de contemplación y preparación, que son las fases más próximas al cambio, es más probable que los fumadores aumenten su percepción de las desventajas de fumar (Font-Mayolas, et al., 2007; Prochaska et al., 1994). Es importante mencionar que en los grupos CEP Y GED también se presentaron cambios estadísticamente significativos y cambios clínicos, pero estos cambios fueron menores.

El patrón de consumo de tabaco se considera uno de los indicadores más importantes para determinar el efecto de la intervención. A partir de la aplicación de la IMTC se observaron cambios clínicos y/o estadísticamente significativos con relación al patrón de consumo, estos efectos se manifiestan en la disminución de cantidad de cigarros consumidos y un mayor número de días de abstinencia.

En los resultados obtenidos en nuestra investigación se observó que se presentaron diferencias estadísticamente significativas respecto al patrón de consumo en los grupos GEC ($p=.006$) y el GED ($p=.015$). Estos resultados concuerdan con lo encontrado en otras investigaciones realizadas en México por Lira (2002) mediante la aplicación de un Programa breve para fumadores se observan efectos positivos en el patrón de consumo de tabaco de sus participantes. y con los resultados de Ponciano-Rodríguez, y Morales-Ruiz (2007) ellos evaluaron un programa para la cesación del tabaquismo, en este el éxito al final de tratamiento fue del 80.9 %. Respecto al GEP solo se observaron cambios clínicos al presentarse una disminución gradual del patrón de consumo. Un factor importante a considerar en este grupo es que el tamaño de la muestra era pequeña ($n=3$), por lo cual no arrojaba datos estadísticos fiables.

Otro resultado que es importante para identificar si la intervención ayudo a disminuir o eliminar el consumo de tabaco es analizar si se presentaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de dependencia a la nicotina (obtenida a través del FTDN) entre el pre-test, el post-test y los seguimientos.

Al respecto en el GEP no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, consideramos que esto está relacionado con que tampoco se encontraron resultados estadísticamente significativos en el patrón de consumo de tabaco en este grupo.

Relacionado con los anterior, en los grupos GCC y el GCD si se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que confirma que, si se presentan cambios estadísticamente significativos en el patrón de consumo, es más factible que se presenten también diferencias estadísticamente significativas en el nivel de dependencia a la nicotina.

De acuerdo con Quesada, Carreras y Sánchez (2002) el enseñar a que los participantes a que logren afrontar las situaciones de riesgo de consumo de tabaco, es un factor determinante que ayuda a prevenir las recaídas. En nuestra investigación, los resultados indicaron que en el GEC se identificaron diferencias estadísticamente significativas en seis de las ocho situaciones de riesgo de consumo, en particular en las de Emociones Desagradables, Probando mi Control sobre el consumo, Necesidad Física, Conflictos con Otros, Presión Social y Momentos Agradables con Otros en las diferentes fases de la intervención (línea base, tratamiento y seguimientos). En los grupos GEP y GED no se presentaron diferencias estadísticamente significativas. Nuevamente este variables nos indica que es importante que las participantes sean capaces de afrontar con éxito las situaciones de riesgo y de esta manera incrementar el exito de la intervención.

Cabe mencionar que en la comparación intragrupal no se identificaron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, el GEC es el grupo que presentó mayores diferencias estadísticamente significativas en comparación con los otros dos grupos (GEP y GED) en los cuales no hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las ocho situaciones de riesgo. sin embargo, si hubo una disminución importante en el porcentaje de riesgo obtenido, en ambos grupos, respecto a la línea base en comparación con el que se obtuvo después de la intervención y durante el seguimiento.

Índice de autoconfianza, esta variable se refiere a percepción de la capacidad del usuario para controlar su consumo y enfrentar con éxito las situaciones de riesgo (Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz, y Ayala 2008). Los resultados encontrados en esta variable nos indican que entre el pre-test, el post-test y el primer seguimiento, no se presentó un aumento estadísticamente significativo, en el grupo de precontemplación, empero, si hubo un aumento importante en el pre-test y el seguimiento respecto a la línea base en el porcentaje de autoconfianza en las ocho situaciones.

En el GEC se encontraron diferencias estadísticamente significativas en dos de las ocho situaciones: emociones desagradables y la de momentos agradables con otros. En el GED se encontraron diferencias en la situación de conflictos con otros.

Nuestra intervención conto con dos variables de control que fueron la ansiedad y la depresión. Existe evidencia de la relación entre el fumar cigarros y los trastornos de ansiedad y depresión (Becoña y Miguez, 2004). En nuestra investigación en la variable de ansiedad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los tres grupos. A pesar de ello, si disminuyó el nivel de ansiedad, como se puede observar en los datos obtenidos respecto al rango promedio de las mediciones (línea base, después de la intervención y en los seguimientos) realizadas en los tres grupos. Nuestros hallazgos son consistentes con otras investigaciones que sugieren que fumar puede aumentar el riesgo de padecer trastornos de ansiedad (Jhonson, Cohen, Pine, Klein, Kasen, Brook, 2000; Mae, Cano-Vindel, Iruarrizaga, y Dongil, 2009). En nuestras participantes se pudo observar que antes del tratamiento los niveles de ansiedad que presentaban eran más elevados y disminuyeron después de la intervención; sin embargo, en algunas incrementaron durante los seguimientos, sin regresar a los puntajes de la línea base.

En relación a la variable de depresión diversos estudios (Becoña, Vázquez, Fuentes, Lorenzo, 1999; Pasco, Williams, Jacka, Felicity, Henry, Nicholson, et al., 2008; Vázquez, Becoña y Miguez, 2002) mencionan que existe evidencia clara entre la presencia de un mayor nivel de depresión y una mayor dificultad para disminuir o eliminar el consumo de cigarros. También se ha encontrado que la disminución de la sintomatología depresiva lograría incrementar el porcentaje de abstinencia a largo plazo (González-Roz, Pericot Valverde, López, y Secades, 2016). En nuestra investigación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los tres grupos respecto al nivel de depresión entre el pre-test, el post-test y los seguimientos. Sin embargo, un factor importante a tomar en cuenta es el contexto (centro penitenciario) en el cual se implementó la intervención, ya que en este tipo de poblaciones la ansiedad y depresión son dos problemas de salud con una alta prevalencia. En un estudio realizado en el 2011 por Casares-López, González-Menéndez, Bobes-Bascarán, Secades, Martínez-Cordero y Bobes encontraron que un 45.2 % de los internos sufren depresión y un 25.5 % ansiedad.

Conclusiones

Es fundamental que las personas que consumen tabaco pueden tener acceso a un tratamiento adecuado a sus necesidades (Godoy et al, 2016). Los resultados de esta investigación muestran que la intervención puede ser la responsable de la disminución o eliminación del patrón de consumo de tabaco. Además, se pudo comprobar que en los grupos GEC y GED estos resultados se mantuvieron tres meses después de haber terminado la intervención, lo que nos indica que el tratamiento puede tener efectos en la abstinencia a mediano plazo.

Un aspecto que es importante analizar a partir de los resultados encontrados es evaluar el costo efectividad de la IMTC. Ya que el principal objetivo de esta intervención es el ofrecer un tratamiento adecuado a las necesidades del usuario, lo cual tiene dos implicaciones importantes, por un lado, solo se interviene directamente en la etapa en que se encuentre el usuario y no se trabaja en etapas previas que no sean necesarias, por otro lado, se pretende ofrecer al paciente un tratamiento adaptado a sus necesidades, en donde una ventaja adicional es que se espera que exista una mayor adherencia del paciente al tratamiento.

Existen una variedad de tratamientos dirigidos a las personas que presentan una problemática del consumo de tabaco, que van desde intervenciones farmacológicas y psicológicas. No obstante, hasta el momento actual existen pocos tratamientos dirigidos específicamente a la problemática del consumo de tabaco en población penitenciaria. Esta intervención demostró ser efectiva en población penitenciaria y es un aspecto relevante ya que se ha documentado que existe un incremento de la prevalencia del tabaquismo en este tipo de población.

En esta investigación nuestra población fueron mujeres reclusas que se ha identificado que es una población en la cual es necesario implementar intervenciones que logren la reducción o la abstinencia del tabaco. Del total de nuestra muestra el porcentaje de participantes que lograron la abstinencia fue del 28.7 %. No obstante, el resto logró una reducción importante del número de cigarro consumidos y un aumento en los días de abstinencia. Estos datos concuerdan obtenidos por Yagüe-Olmos y Cabello-Vázquez (2008) quienes realizaron una intervención en un centro penitenciario español; obteniendo como resultado una alta tasa de abandono del tabaco al finalizar el tratamiento, de un 40.9 % en el caso de las internas y un 100 % en los trabajadores.

Es importante tomar en cuenta que el consumo del tabaquismo en el género femenino cuenta con una variedad de características específicas que se necesitan tener en cuenta en el momento de aplicar estrategias tanto preventivas como terapéuticas (Jané, 2004). Por lo cual es necesario realizar más investigaciones que confirmen la eficacia del IMTC en fumadoras reclusas.

Surge la importancia de que las intervenciones dirigidas a consumidores de tabaco, tomen en cuenta que el nivel de ansiedad, es un factor que puede llevar a los fumadores a presentar una recaída. Por lo una sugerencia seria el proporcionar y enseñar a los participantes, técnicas de relajación que le permitan controlar la ansiedad que surge ante el cese o reducción del consumo de tabaco. En nuestra investigación, esta variable es de suma importancia debido al contexto (centro penitenciario) en que se encontraban nuestras participantes. Al respecto nos Yague-Olmos et al nos dicen que estos contextos el consumo de tabaco se incrementa considerablemente y una de las razones es debido al estrés y privaciones con las que se vive en ese contexto. Además, la manera de controlar la ansiedad, debido a su fácil acceso y a que está permitida en las cárceles es el consumir tabaco. sin embargo, se sabe que este hábito generar graves consecuencias a la salud, por lo que es recomendable el proporcionar alternativas más saludables para el control de la ansiedad.

Otro aspecto a consideran en población fumadora, ya sea que se encuentre o no en reclusión, la depresión al respecto Moreno y Medina Mora en el 2008, concluyen que los pacientes fumadores que presentan un trastorno de depresión de manera simultánea, necesitan llevar un tratamiento integral que incluya el aspecto farmacológico y el psicológico y de esta manera aumentar el éxito de los tratamientos contra el tabaquismo.

Limitaciones y sugerencias

En la presente investigación nos encontramos con una serie de limitantes, entre ellas el tamaño de nuestra muestra que, aunque fue representativa de la población total penitenciaria (N=70), nuestros grupos fueron pequeños al contar con seis participantes en uno y cinco en los otro dos. Tomando en cuenta este factor, la disertación como fue en el caso del GEP, que inició con cinco y se dieron de baja dos, afecto el poder realizar los análisis estadísticos y la comparación intragrupal.

Para futuras investigaciones, se recomienda utilizar una muestra estadísticamente representativa, ya que, en nuestro estudio, el número de participantes en cada grupo, no nos permite realizar una generalización de los resultados encontrados. Sin embargo, este proyecto contribuye para que se sigan investigando los temas en torno a las intervenciones basadas en el MTC y en dos poblaciones (penitenciaria y mujeres) en las cuales es importante poner el énfasis en desarrollar tratamientos eficaces, debido a que son poblaciones vulnerables y en las cuales el consumo de tabaco es elevado.

Otra limitante fue que en el contexto penitenciario se presentan dificultades para realizar los seguimientos ya que, al acudir al centro en las fechas programadas, se presentó la situación de que algunas de nuestras participantes ya se les había otorgado la libertad por lo que ya no se encontraban en el centro penitenciario, y no fue posible aplicarles los instrumentos de seguimiento. Se sugiere el contar con la información de contacto de las participantes para poder continuar con los seguimientos aun cuando se encuentren fuera del centro penitenciario.

Otra de las limitaciones de nuestro estudio es que la situación de cárcel de la mayoría de las internas era que estaban esperando su sentencia, lo cual, por una parte, no nos permitía conocer la fecha exacta en que las participantes saldrían en libertad, por lo que no sabíamos si todas las participantes podrían terminar la intervención. Por otra parte, al encontrarse en esta situación algunas de ellas recibían malas noticias sobre su proceso y mencionaban sentirse deprimidas y sin ganas de asistir a la intervención. Este fue el caso de dos de nuestras participantes que se dieron de baja. Por lo tanto, nuestra sugerencia ante esta situación es utilizar técnicas motivacionales y de control de la depresión para que puedan continuar en la intervención.

También nos encontramos con una limitación importante con el instrumento que se utilizó para evaluar las etapas de cambio. El instrumento utilizado fue la Escala de Evaluación para el Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA), empero nos topamos con la complicación de que este instrumento no cuenta con categorías mutuamente excluyentes, es decir una misma participante se puede encontrar en varias etapas de cambio a la vez, lo cual conduce a una evaluación subjetiva por parte del terapeuta. Por lo que se sugiere utilizar un instrumento que sea objetivo y arroje una evaluación clara respecto a la etapa de cambio en que se encuentra el paciente.

Referencias

- Alba, L.H., Murillo, R. y Castillo, J. S. (2013). Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. *Salud Pública de México*, 55, 196-206.
- Allen, A., Isaksson, R., Meier, E., Anderson, A., Jensen, J., Severson, H. H. & Hatsukami, D. (2016). Gender differences in snus versus nicotine gum for cigarette avoidance among a sample of US smokers, *Drug and Alcohol Dependence*, 168, 8-12.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-IV)*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-5)*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, L. y Gutiérrez, L. M. (1998). *Manual de auto ayuda para personas con problemas en su forma de beber*. UNAM. México: Porrúa.
- Ayesta, F. J. y Otero, M. (2004). El tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica. En C. A. Jiménez-Ruiz y K. O. Fagerström (Eds.), *Manual de tabaquismo*. Madrid: Aula Médica.
- Balcells, M., Torres, M. y Yahne, C. E. (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del Tabaquismo. *Adicciones*, 16 (2), 227-236.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review Psychology*, 52, 1-26
- Becerra-García, J. A. (2011). Tratamiento del tabaquismo mediante un programa conductual interactivo: efectos sobre el consumo, motivación y autoeficacia. *Trastornos Adictivos*, 13(1), 30-34.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. España: Paidós.
- Becoña, E. (2004a). Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones*, 16, 237-263.
- Becoña, E. (2004b). *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. y Miguez, M. C. (2004). Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. *Adicciones*, 16(2), 1-6.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I.,... y Villanueva, V. (2011). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I.,... y Villanueva, V. (2011). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.

- Becoña, E., Fernández, E., López-Durán, A., Martínez, U., Martínez, C. y Rodríguez, R. A. (2014). El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del Psicólogo*, 35(3), 161-168.
- Becoña, E., Gómez-Duran, B., Álvarez-Soto, E. & García, M. P. (1992). Scores of Spanish smokers on Fagerstrom's Tolerance Questionnaire. *Psychological Reports*, 71, 1227–1233.
- Becoña, E., López-Durán, A., Fernández del Río, E. y Martínez, U. (2014). Changes in the profiles of smokers seeking cessation treatment and in its effectiveness in Galicia (Spain) 2001-10. *Public Health*, 14, 613-622.
- Becoña, E., Vázquez, F., Fuentes, M. C. y Lorenzo, M. C. (1999). Anxiety, affect, depression and cigarette consumption. *Personality and Individual Differences*, 26, 113-119.
- Bello, S., Flores, A. y Bello, M. (2008). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 2, 127-137.
- Bóveda, J., Pérula, L. A., Campiñez, M., Bosch, J. M., Barragán, N. y Prados, J. A. (2013). Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 45 (9), 486-495.
- Brailowsky, S. (1995). *Las sustancias de los sueños. Neurofarmacología*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Burch, G. S. & Hemsley, D. R. (2008). An anti-social personality for an anti-social habit?: The relationship between multidimensional schizotypy, “normal” personality, and cigarette smoking. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 23-33.
- Calleja, N. (2012). Medidas para el control del tabaco en México y en el mundo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(1), 83-99.
- Camarelles, F., González-Gallarza, R. D., Clemente L., Díaz-Maroto, J. L., Lozano, A. y Pinet, M. C. (2013). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Medicina Clínica*, 140(6), 1-12.
- Carmo, J. T., Andrés-Pueyo, A. y Álvarez, E. (2005). La evolución del concepto de tabaquismo. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 999-1005.
- Carrascoza, C. (2007). *Terapia Cognitivo conductual para el tratamiento de las adicciones: Fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. México, UNAM.
- Carroll, K. M. (1998). A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction. *Therapy manuals for drug addiction*. Rockville, MD: NIDA.
- Casares-López, M. J., González-Menéndez, A. G., Bobes-Bascarán, M. T., Secades, R., Martínez-Cordero, A. y Bobes, J. (2011). Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario. *Adicciones*, 23(1), 37-44.

- Castellanos, G. E. (2014). Programa de Satisfactores Cotidianos: un estudio de caso para tratar la adicción en prisión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(4), 1597-1621.
- Cohen, J. E., Pederson, L., Ashley, M. J., Bull, S. B., Ferrence, R. & Poland, B. D. (2002). Is “stage of change” related to knowledge of health effects and support for tobacco control? *Addictive Behaviors*, 27, 49-61.
- Collins, L. M., Baker, T. M., Mermelstein, R. J., Piper, M. R., Jorenby, D. E., Smith, S. S. & Fiore, M. (2011). The multiphase optimization strategy for engineering effective tobacco use interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 41, 208-226.
- De León, L., (2001). *Inventario de Situaciones de Consumo de drogas. Adaptación, validación y confiabilidad del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Díaz, J. (2001). El modelo de los estadios de cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de Psicología*, 5, 21-35.
- Díaz-Maroto, J. L. y Jiménez-Ruiz, C. A. (2008). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 32(3), 71-82.
- Díaz-Maroto, J. L., Jiménez-Ruiz, C. A., Alonso, M., Alonso, J., Iglesias, P. P. y Bassa, A. (2009). Recomendaciones de buena práctica clínica en tabaquismo. *Semergen*, 35(1), 29-38.
- Echeverría, L., Oviedo, P., Ayala H. (1998). Inventario situacional de Consumo de Alcohol (ISCA). En H. Ayala, G. Cárdenas, L. Echeverría, y M. Gutiérrez, (Eds.), *Manual de Autoayuda para Personas con Problemas en su Forma de Beber*. México, D. F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México (GATS, 2015). México: Secretaría de Salud, Comisión Nacional contra las Adicciones. Recuperado de http://omextad.salud.gob.mx/contenidos/encuestas/gats2015/ENCUESTA_GATS__2015.pdf
- Ericksen, M., Mackay, J., Schluger, F. & Drope J. (2015). *The Tobacco Atlas*. Georgia: the American Cancer Society.
- Ferguson, J. A., Patten, C. A., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Eberman, K. M. & Hurt, R. D. (2003). Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 28, 1203-1218.
- Fernández, I. G., García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2014). Cuanta más psicología, mejor: eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual intensiva y de los parches de nicotina combinados con terapia cognitiva conductual intensiva y menos intensiva. *Clínica y Salud*, 25, 1-10.
- Flórez-Alarcón, L. y Castellanos-Morales, C. A. (2012). Efectos de la entrevista motivacional sobre la motivación autónoma en jóvenes consumidores de alcohol. *Salud Pública*, 14 (2), 69-85.

- Font-Mayolas, S. y Planes, M. E. (2004). Características de la conducta de fumar en función de la fase de abandono en una muestra de personal de la Universidad de Girona, *Prevención del Tabaquismo*, 6(2), 60-67.
- Foxx, R. M. y Brown, R. A. (1979). Nicotine fading and self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 335-344.
- Froján, M. X. y Santacreu, J. (1993). El Programa UAM para fumadores insatisfechos (P.U.A.F.I.). *Anales de Psicología*, 9 (1), 53-70.
- Fukushima, E. A., (2014). Evaluación de una Intervención con base en el Modelo Transteórico de cambio para Usuarios adolescentes de Inhalables y mariguana en el Estado de México. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gámez, C., Lamy, P. y Blanco, A. (2013). La implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en México: lecciones aprendidas. En L. M. Reynales, J. F. Thrasher, E. Lazcano y M. Hernández. (Eds.), *Salud pública y tabaquismo, volumen I. Políticas para el control del tabaco en México*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Gañan, C., Losada, E., Navarro, L., Martín, M. y Lorenzo, P. (2009). Enfoques psicológicos de las drogodependencias. Abordajes terapéuticos. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza y I. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. 2a ed. (pp. 89-106). Madrid: Médica panamericana.
- García, L. R. y Oropeza, R. (2009). Desarrollo y evaluación de una lista de chequeo para evaluar etapa de cambio en usuarios de sustancias adictivas. *Revista UARICHA*, 13, 79-91.
- García-Galbis, J., Leal, M., Hernández, F. y Abellán, J. (2012). Tratamiento farmacológico en la deshabitación tabáquica. Ventajas e inconvenientes de los tratamientos actuales. *Semergen*, 38(8), 505-510.
- García-Gómez, L., Sansores, R. H., Díaz, N., Urdapilleta-Herrera, E., González-Rojas, G., Pérez-Márquez, L. E. y Ramírez, A. (2015). Impacto del consejo breve para dejar de fumar. *Salud Pública de México*, 57(5), 366-367.
- García-Rodríguez, O., Suárez-Vázquez, R., Santonja-Gómez, F. J., Secades-Villa, R. y Sánchez-Hervás, E. (2011). Psychosocial risk factors for adolescent smoking: A school-based study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 23-33.
- Godoy, R., Callejas, F. J., Tornero, A. I., Molina, A., Agustin, F. & Tárraga, P. J. (2016). Factors associated with successful treatment of smoking. *Journal of negative & no positive Results*, 1(4), 131-137.
- González-Roz, A., Pericot Valverde, I., López, C., Secades, R. (2016). Efecto de un protocolo de activación conductual para dejar de fumar sobre la sintomatología depresiva en fumadores. *Revista de Patología*, 3(3), 24.

- Gutiérrez, C. (2001). Tratamiento y rehabilitación integral del fumador. En R. Tapia (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México D. F.: Manual Moderno.
- Gutiérrez, J. P., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., Franco, A., Cuevas-Nasu L., Romero-Martínez, M. y Hernández-Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, Resultados Nacionales (ENSANUT, 2012)*. Recuperado de https://www.prospera.gob.mx/EVALUACION/es/wersd53465sdg1/docs/2012/ensanut_2012_informe_resultados.pdf
- Hajek, P., Stead, L. F., West, R., Jarvis, M. & Lancaster, T. (2009). Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-72.
- Hansen, M., Ganley, B. & Carlucci, C. (2008). Journeys From Addiction to Recovery. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 22(4), 257-275.
- Hoepfner, B. B., Velicer, W. F., Redding, C. A., Rossi, J. S., Prochaska, J. O., Pallonen, U. E. & Meier, K. S. (2006). Psychometric evaluation of the smoking cessation Processes of Change scale in an adolescent sample. *Addictive Behaviors*, 31, 1363-1372.
- Hyland, A., Li, Q., Bauer, J. E., Giovino, G. A., Steger, C. & Cummings, K. M. (2004). Predictors of cessation in a cohort of current and former smokers followed over 13 years. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(3), 363-369.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2015). *Día Mundial Sin Tabaco*. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/dia-sin-tabaco-2015>.
- Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco*. Recuperado de www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- Jané, M. (2004). Mujeres y tabaco: Aspectos principales específicos de género. *Adicciones*, 16(2), 116-130.
- Jhonson, J. P., Cohen, P., Pine, D. S., Klein, D. F., Kasen, S. y Brook, J. S. (2000). Association Between Cigarette Smoking and Anxiety Disorders During Adolescence and Early Adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 284(18), 2358-2351.
- Jiménez, C. A. y Colmenarejo, J. C. (2006). *Atención al tabaquismo*. España: Gráficas y Estampaciones.
- Jiménez, C. A., Granda, J. I., Cicero, A., Perera, L., Mayayo, M., Cristóbal, M., Vaquero, P. y Solano, S. (2014). Combinación de fármacos para el tratamiento del tabaquismo. *Revista de Patología Respiratoria*, 17(3), 87-89.
- Jiménez, L., Bascarán, M. T., García-Portilla, M. P., Sáiz, P. A., Bousolo, M. y Bobes, J. (2004). La nicotina como droga. *Adicciones*, 16 (2), 143-153.

- Jiménez-Ruiz, C. A., Ayesta, J., Planchuelo, M. A., Abengozar, R., Torrecilla, M., Quintas, A. M.,... y Solano, S. (2001). Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) sobre el tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Prevención del tabaquismo*, 3(2), 78-85.
- Jiménez-Ruiz, C. A., Riesco, J. A., Ramos, A., Barrueco, M., Solano, S., De Granda, J. I., Grávalos, J., Ramos, L., Pérez, A. y Fagerström, K. O. (2008). Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. *Archivos de Bronconeumología*, 44(4), 213-219.
- Juárez-Jiménez, M. V., Valverde-Bolívar, F. J., Pérez-Milena, A. y Moreno-Corredor, A. (2015). Características del consumo de tabaco, dependencia y motivación para el cambio de los especialistas internos residentes de Andalucía (España), *Semergen*, 41(6), 296-304.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 345-357.
- Kandel, D. B. & Chen, K. (2000). Extent of smoking and nicotine dependence in the United States: 1991-1993. *Nicotine & Tobacco Research*, 2(3), 263-274.
- Kuhn, C., Swartzwelder, S. y Wilson, W. (2012). *Drogas, lo que hay que saber sobre las más consumidas, desde el alcohol y el tabaco hasta el éxtasis*. México D. F.: Ingramex.
- Kuri-Morales, P. A., González-Roldán, J. F., Jesús-Hoy, M. J. y Cortés-Ramírez M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública*, 48, 91-98.
- Laredo, J. M^a. (2009). Otras repercusiones orgánicas del consumo de tabaco. El tabaquismo en la mujer. El tabaco “sin humo”. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza y I. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación* (pp. 545-552). Madrid: Médica panamericana.
- Lira, J., González, F., Medina, V., Cruz, S. y Vega, C. (2009). Análisis psicométrico del inventario situacional para consumidores de tabaco. *Diversitas: Perspectiva en Psicología*, 5(1), 65-76.
- Lira-Mandujano, J. (2002). *Desarrollo y evaluación de un programa de tratamiento para la adicción a la nicotina*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Lira-Mandujano, J., Medina-Nolasco, V. y Cruz-Morales, S. E. (2008). Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (PIBMF), *Anuario de Investigación en Adicciones*, 9, 5-18.
- López, R. F., Roales-Nieto, G. J. y Ayllón, T. (2001). Comparación de la eficacia de dos programas de intervención psicológica en tabaquismo. *Revista de Psicología y Psicología Clínica*, 3, 197-212.

- López-Núñez, C., Martínez-Loredo, V., Weidberg, S., Pericot-Valverde, I. & Secades-Villa, R. (2016) Voucher-based contingency management and in-treatment behaviors in smoking cessation treatment. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 30-38.
- Lorenzo, P. y Laredo, J. M. (2009). Dependencia tabáquica. Tabaco y nicotina. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza y I. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación* (pp. 497-514). Madrid: Médica panamericana.
- Mae, C., Cano-Vindel, A., Iruarizaga, T. y Dongil, E. (2009). Ansiedad y Tabaco. *Intervención Psicosocial*, 18(3), 213-231.
- Marqueta, A., Nerín, I., Gargallo, P. y Beamonte, A. (2016). Gender differences in success at quitting smoking: Short- and long-term outcomes. *Adicciones*, xxx(xx):xxx-xxx.
- Marshall, S. J. & Biddle, S. J. (2001). The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Annals of Behavior Medicine*, 23(4), 229-46.
- Martín, A., Rodríguez, I., Rubio, C., Revert, C. y Hardisson, A. (2004). Efectos tóxicos del tabaco. *Revista de Toxicología*, 21(2), 64-71.
- Martínez, K. Salazar, M. L., Ruiz, G., Barrientos, V. y Ayala, H. (2004). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual de Terapeuta*. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Martínez, K. I., Salazar, M. L., Pedroza, F. J., Ruiz, G. M. y Ayala, H. E. (2008). Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud Mental*, 31, 119-127.
- Martínez, U., Fernández, E., López-Durán, A., Rodríguez-Cano, R. Martínez-Vispo, C. y Becoña, E. (2016). La recaída en fumadores que dejan de fumar con un tratamiento psicológico: ¿una cuestión de sexo? relapse in smokers who quit with a psychological treatment: a gender issue? *Acción Psicológica*, 13(1), 7-20.
- Marulanda, J. S., Nolber, S., Escobar, S. y Cortés, A. (2014). Filtros naturales para reducir el contenido de alquitran en el humo del cigarrillo. *Revista Investigaciones Aplicadas*, 8(1), 14-20.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2015). *La Entrevista Motivacional, preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Montero, G. A. y González, O., H. (2001). El empleo de las técnicas de sugestión como ayuda de los programas multicomponentes en el tratamiento del tabaquismo: estudio de caso único. *Clínica y Salud*, 12, 121-139.
- Monti, P. M., Gulliver, S. B. & Myers, M. G. (1994). Social skills training for alcoholics: assessment and treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 29, 627-637.

- Moreno, A. y Medina-Mora, M. E. (2008). Tabaquismo y depresión. *Salud Mental*, 31, 409-415.
- Moreno, J. J. y Herrero, F. J. (2002). *Tabaquismo: programa para dejar de fumar*. Madrid: Díaz de Santos.
- Mould-Quevedo, J. F. y Contreras-Hernández, I. (2009). Análisis coste-efectividad de vareniclina (Champix®) frente a los parches de nicotina en el tratamiento del tabaquismo en México. *PharmacoEconomics*, 6 (1), 22-32.
- Mrozowicz-Gaudyn, D., Sanz, M. M. y Carballo, J. L. (2013). Efectividad de un Tratamiento Conductual de Deshabitación Tabáquica. *Revista de Psicología de la Salud*, 1(1), 65-83.
- Munozt, M. A., Sanjuant, R., Vilatt, J. y Montoyat, P. (2011). Aspectos neuropsicológicos del craving por la nicotina. *Adicciones*, 2, 111-123.
- National Institute of Drug Abuse (NIDA, 2009). Enfoques para el tratamiento de la drogadicción. Recuperado de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Tratamiento_alcohol_y_drogas/Articulos/Enfoques_de_tratamiento.pdf
- National Institute of Drug Abuse (NIDA, 2011). *Adicción al Tabaco*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Institutos Nacionales de la Salud. Recuperado de https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/rrtabaco_0.pdf
- Nerín, P. I. y Córdoba, G. R. (2004). Tratamiento farmacológico. Terapia sustitutiva con nicotina. *Adicciones*, 16, 265-274.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008). *Informe OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo, 2008*. MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo. Ginebra: OMS, 2008. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43897/1/9789243596280_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010). *Día Mundial sin tabaco, 2010*. Recuperado de <http://www.who.int/tobacco/control/populations/gender/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85382/1/WHO_NMH_PND_13.2_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). *Nota descriptiva n° 339*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014). *Control de Tabaco*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1318%3A2009-about-tobacco-control-program&catid=1281%3AArt&Itemid=1187&lang=es

- Oropeza, R. (2003) *Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de Tratamiento Breve Cognoscitivo Conductual para Usuarios de Cocaína* (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Oropeza, R., Loyola, L. P. y Vázquez, F. (2012). *Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína*. México: Secretaría de Salud.
- Pardel, H., Solto, E. y Salleras, LL. (1996). *Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Medica Panamericana.
- Pasco, J. A., Williams, J. L., Jacka, F. N., Felicity, N. G., Henry, M. J., Nicholson, G. C., Kotowicz, M. A. & Berk, M. (2008) Tobacco smoking as a risk factor for major depressive disorder: population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 322-326.
- Pathania, V. S. (2011). Women and the smoking epidemic: turning the tide. *Bulletin of the World Health Organisation*, 89(3), 161-240.
- Patnode, C. D., Henderson, J. T., Thompson, J. H., Senger, C. A., Fortmann, S. P. & Whitlock, E. P. (2015). Behavioral Counseling and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Women: A Review of Reviews for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 163, 608-621.
- Pérez, T. A. y Clemente, J. M. (2001). Estado actual y futuras terapias farmacológicas en la deshabituación tabáquica. *Archivos de Bronconeumonía*, 37, 184-196.
- Ponciano-Rodríguez, G. y Morales-Ruiz, A. (2007). Evaluación del Programa de Tratamiento para la Cesación del Tabaquismo en la clínica de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud Publica*, 49(2), 247-256.
- Pont, P. (2007). Perspectiva de género en el abordaje del tabaquismo. En I. Nerín y M. Jané (Eds.), *Libro blanco sobre mujeres y tabaco, abordaje con una perspectiva de género*. Zaragoza: Comité para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing the Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, IL: Dorsey/Dow Jones-Irwin.
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., ... y Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46.
- Prochaska, J., DiClemente, C. y Norcross, J. (1994). Como cambia la gente: Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *Revista de Toxicomanías*, 1, 3-14.
- Quesada, M., Carreras, J.M. y Sánchez, L. (2002). Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones*, 14(1), 65-78.

- Ranney, L., Melvin, C., Lux, L., McClain, E. & Lohr, K.N. (2006). Systematic review: Smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Annals of Internal Medicine*, 145, 845-856.
- Regalado-Pineda, J., Lara-Rivas, G., Osio-Echánove, G. y Ramírez-Venegas, A. (2007). Tratamiento actual del tabaquismo. *Salud Pública de México*, 49(2), 270-279.
- Reynales-Shigematsu, L. M., Shamah-Levy, T., Gómez-Humarán, I., Rojas-Martínez, R. y Lazcano-Ponce, E. (2011). Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos, GATS. *Salud Pública de México*, 53(1), 101-102.
- Roales-Nieto, J. G. (1992). Reducción progresiva de la ingesta de nicotina y desvanecimiento de los controles externos como procedimiento de control de tabaquismo. *Psicothema*, 4(2), 397-412.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Rodríguez, J. L., Calle, M. y Álvarez-Sala, J. L. (2009). Tabaquismo pasivo. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza y I. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación* (pp. 553-563). Madrid: Médica panamericana.
- Rubio, H. y Rubio, A. (2006). Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 297-300.
- Ruiz, A. M., Gómez, I. R., Rubio, C., Revert, C. y Hardisson, A. (2004). Efectos tóxicos del tabaco. *Revista de Toxicología*, 21, 64-71.
- Samet, J. M. (2002). Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud Pública de México*, 44, 144-160.
- Sampablo, L.I. y Angril, P. J. (2004). Actualizaciones en el tratamiento del tabaquismo. *Archivos de Bronconeumonología*, 40(3), 123-132.
- Sandí L, Molina D. (2013). *Guía de intervención para el tratamiento de la dependencia al tabaco*. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
- Sandí, S. y Sandí, L. (2016). Dependencia a tabaco y su tratamiento. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina*, 1(1), 121-128.
- Sansores, R. H., Ramírez, A., Pérez, R., Regalado, J., Guisa, V. M., Quintanilla, J., Lovaco, M., Torres, S. A., Ponciano, G. y Morales, A. (2002). Tratamientos y terapias contra el tabaquismo disponibles en México. En: R. Valdés-Salgado, E. C. Lazcano-Ponce y M. Hernández-Ávila. (Eds.), *Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco*. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sansores, R. H., Ramírez-Venegas, A., Espinosa-Martínez, M. y Sandoval, R. A. (2002). Tratamientos para dejar de fumar, disponibles en México. *Salud pública de México*, 44(1), 116-124.

- Sansores, R. H., Regalado, J., Velázquez, M., Ramírez, A., Valdelamar, F., Casar, M., Zinser, J. W., Arellano, V. H. y Fernández, C. (2013). Modelos de atención del tabaquismo en México. En L. M. Reynales, J. F. Thrasher, E. Lazcano y M. Hernández. (Eds.), *Salud pública y tabaquismo, volumen I. Políticas para el control del tabaco en México*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sanz, J., Comerón, J., García Murga, M. D., Longoria, B. y Tarrazo, J. M. (2001). *Tratamiento de las drogodependencias en Instituciones Penitenciarias*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Schneider, N. G., Olmstead, R. E., Frazon, M. A & Lunell, E. (2001). The Nicotine Inhaler: clinical pharmacokinetics and comparison with other nicotine treatments. *Clinical Pharmacokinet*, 40(9), 661-684.
- Schnoll, R. A., Martinez, E., Tatum, K. L., Glass, M., Bernath, A., Ferris, D. y Reynolds, P. (2011). fIncreased self-efficacy to quit and perceived control over withdrawal symptoms predict smoking cessation following nicotine dependence treatment, *Addictive Behaviors*, 36, 144–147.
- Secades, R., Díez, A. B. y Fernández, J. R. (1999). Eficacia de un programa multicomponente para dejar de fumar con y sin chicle de nicotina. *Psicología Conductual*, 7, 107-118.
- Secades, V. R. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 9, 259-270.
- Secretaría de Salud (SS, 2001). *Programa de Acción: Adicciones Tabaquismo*. México: secretaria de salud. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/tabaquismo.pdf>
- Secretaría de Salud (SS, 2011). *Programa de Acción Específico. “Prevención y tratamiento de las adicciones. Programa contra el tabaquismo*. Actualización 2011-2012. Comisión Nacional contra las Adicciones. México: Secretaría de Salud. Recuperado de: Conadic.salud.gob.mx
- Serrano, M. S. y Moreno-Arrones, B. R. (2004). Historia y epidemiología del tabaco. *Monografías de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica*, 7, 10-27.
- Soloma, A. M. (2003). Tres historias en torno a la industria del tabaco: España, México y Cuba. De la manufactura artesanal a la maquinización. *Cuicuilco, Revista de Ciencias Antropológicas*, 10(29), 1-20.
- Stead, L., Perera, R., Bullen, C., Mant, D. y Lancaster, T. (2008). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 21, 1-160.
- Sthal, S. M. (1999). *Psicofarmacología esencial, bases neurológicas y aplicaciones clínicas*. España: Ariel Psicología.
- Tapia, R. y Cravioto, P. (2001). Epidemiología del consume de Tabaco. En R. Tapia (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México D. F.: Manual Moderno.

- Tenas, M.J., Ballesteros, A.M., Barceló I., Bueno, J.M., García, J., Guillén, M., ... y Velasco, A. (2008). Actitud de los profesionales de Atención Primaria frente al tabaco. *Semergen*, 34,113-8.
- Torrecilla, M., Barrueco, M., Jiménez, C. A., Hernández, M. A., Plaza, M. D. y González, M. (2001). Ayudar al fumador. Tratar el Tabaquismo. *Medicina Familiar y Comunitaria*, 4, 34-60.
- Tovar, V. J., Flores, M. y López, F. J. (2002). Efectos Perinatales de la Nicotina. *Perinatología y Reproducción Humana*, 16,187-195.
- Trujols, J., Tejero, A. y Bañuls, E. (2003). Evaluación de los estadios y procesos de cambio en la dependencia de cocaína. En J. De los Cobos, A. Tejero, y J. Trujols. (Eds.), Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína. Ars Medica: Barcelona.
- Valadez, B. (11 de enero de 2016). Certifican dos prisiones como espacios 100% libres de humo. *Diario Milenio*. Recuperado de http://www.milenio.com/cultura/Certifican_prisiones-espacios_libres_de_humo-tabaquismo_0_662933732.html.
- Vallejos, M., Orbegoso, C. y Capa, W. (2015). Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad De Rhode Island (URICA): Validez y confiabilidad en drogodependientes. *Revista de Psicología*, 52-59.
- Vázquez, G. F., Becoña, I. E. y Míguez, C. (2002). Fumar y depresión: situación actual en España. *Salud y Drogas*, 2, 17-28.
- Velasquez, M. M., Maurer, G. G., Crouch, C. & DiClemente, C. C. (2001). *Group Treatment for Substance Abuse: a Stages of Change Therapy Manual*. New York: The Guilford Press.
- Vélez-Barajas, A. y Velásquez-Sosa, R. (2005). Análisis comparativo de mejores prácticas (benchmarking) aplicado a las clínicas de tabaquismo en México. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 38(2), 45-55.
- Velicer, W., Prochaska, J. & Rossi, J. (1995). A empirical typology of subjects with stages of change. *Additive Behavior*, 20, 229-320.
- Winhusen, T. M., Brigham, G. S., Kropp, F., Lindblad, R., Gardin, J. G., Penn, P., ... y Ghitza, U. (2014). A randomized trial of concurrent smoking-cessation and substance use disorder treatment in stimulant-dependent smokers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 336-343.
- Yagüe-Olmos, C. y Cabello-Vázquez, M. I. (2008). Programa de deshabituación tabáquica para internos y trabajadores de un centro penitenciario, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10, 57-64.

Apéndices

Apéndice I. Ficha de admisión

FICHA DE ADMISIÓN

1.- Nombre: _____ 2.-Edad: _____

3.- Género _____ (1) Femenino _____ (2) Masculino

4.- Estado civil:

_____ (1) Casada _____ (2) Soltera _____ (3) Separada _____ (4) Divorciada

_____ (5) Unión libre _____ (6) Viuda _____ (7) Otro _____

4.- Escolaridad: _____ (años de estudio)

_____ (1) Primaria _____ (2) Secundaria _____ (3)
Bachillerato

_____ (4) Carrera Técnica _____ (5) Profesional _____ (6) Posgrado

5.- Sabes leer y escribir _____ (1) Si _____ (2) No

6.- Principal sustancia de consumo (marque sólo una)

_____ (1) Alcohol _____ (2) Tabaco _____ (3) Marihuana/Cannabis

_____ (4) Cocaína _____ (5) Crack _____ (6) Anfetaminas

(7) Pastillas (nombre): _____ (7) Otras (drogas): _____

6.- Actualmente ¿qué tan importante es para ti dejar de consumir la droga?

_____ (1) Nada importante _____ (2) Poco importante _____ (3) Algo importante

_____ (4) Importante _____ (5) Muy importante

7.- Menciona dos razones por las cuales es importante para ti dejar de consumir:

8- ¿Has recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas con el consumo de drogas?

_____ (1) No, nunca _____ (2) Si ¿Cuántas veces? _____

Apéndice II. Entrevista inicial

No. de Expediente: _____	Fecha: _____
Nombre del usuario _____	
Nombre del terapeuta: _____	Firma _____

CONSUMO DE SUSTANCIAS

1.- Motivo principal de consulta o causa por la cual solicitas ayuda:

2.- ¿Qué esperas al final de este tratamiento?

3.- La principal sustancia de consumo es el tabaco

_____ (1) Si _____ (2) no

4.- ¿Por cuántos años has consumido tabaco?: _____

5.- ¿Por cuántos años has tenido problemas por tu consumo de tabaco?:

6.- Señala tres situaciones en que consumes excesivamente. Indica la más (1) y la menos (3) problemática.

a. () _____

b. () _____

c. () _____

7.- Señala tres áreas de tu vida en las que causa problemas el consumo. Indica la más (1) y la menos (3) problemática.

a. () _____

b. () _____

c. () _____

8.- Normalmente consumes: _____ (1) sola _____ (2) acompañada

9.- Una vez que empiezas a consumir drogas, ¿puedes detener tu consumo voluntariamente?

_____ (1) Sí _____ (2) No ¿por qué? _____

10.- ¿Cuánto tiempo te lleva consumir un cigarro? _____

11.- ¿Cuánto tiempo pasa entre que te terminas un cigarro y consumes el siguiente? _____

12.- ¿Cuánto tiempo dura en total el episodio de consumo tabaco? _____

13.- Desde que el consumo de tabaco se ha convertido en un problema ¿cuál es el mayor tiempo en que te has propuesto no consumir, y no has consumido nada de tabaco? (mayor periodo de abstinencia. Si nunca te has abstenido marca "0") _____

14.- ¿Cuándo ocurrió? _____ (Mes y Año)

15.- ¿Por qué te abstuviste en esa ocasión? _____

16.- Actualmente ¿qué tan importante es para ti dejar de consumir alcohol, tabaco o droga?

_____ (1) Nada importante _____ (2) Poco importante _____ (3) Algo importante

_____ (4) Importante _____ (5) Muy importante

17.- Menciona dos razones por las cuales es importante para ti dejar de consumir:

18.- ¿Has recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de alcohol, tabaco o alguna droga?

_____ (1) No, nunca _____ (2) Si (en la sustancia indica el número de veces)

Tipo de tratamiento/ ayuda	Alcohol	Drogas	Tabaco	Duración	Fecha	¿Terminaste?
Centro de desintoxicación						
Tratamiento de consulta externa						
Internamiento						
Tratamiento médico						
Tratamiento psiquiátrico						
Grupos de Auto-ayuda						

19.- ¿Estás tomando algún medicamento ya sea por prescripción médica o auto-medicado?

_____ (1) No _____ (2) Si. ¿Cuál? _____ ¿Cada cuándo? _____ ¿Por qué?: _____

20.- ¿Qué problemas de salud te ha generado el consumo de tabaco?

21.- En los últimos 12 meses ¿cuántos días estuviste en el hospital por problemas relacionados con el consumo de tabaco? _____

22.- Cuando estás con amigos o familiares, ¿éstos te presionan a consumir tabaco?

_____ (1) No _____ (2) Si, pero sólo mis amigos

_____ (3) Si, pero sólo mi familia _____ (4) Si, tanto mis amigos como mi familia

23.- Entre tus amigos o familiares, ¿quiénes te ayudarían a cambiar tu consumo de tabaco?

24.- ¿Algunas de las personas que se enlistan a continuación han usado algún tipo de droga (especifica si se trata de alcohol, tabaco u otra droga)?

	Si/No	¿Qué sustancia?	45. ¿Ha tenido problemas con alguna? ¿Cuál?
1) Papá			
2) Mamá			
3) Hermano (a)			
4) Amigo			
5) Algún familiar que vive contigo			
6) Pareja			
7) Conocido			

25.- En los últimos 12 meses, ¿has tenido algún conflicto familiar grave?

_____ (1) No _____ (2) Si ¿Cuál? _____

26.- Indica tres de tus actividades recreativas, jerarquizándolas (1 la que más te interesa).

- a. () _____
- b. () _____
- c. () _____

27.- ¿Estas actividades están relacionadas al abuso de alcohol o al uso de drogas?

(1) ____ No (2) ____ Si

28.- ¿Qué tan satisfecha estás con "tu forma (estilo) de vida" en este momento?

(1) Muy satisfecho (2) Satisfecho (3) Inseguro (4) Insatisfecho (5) Muy insatisfecho

29.- ¿Te sientes triste con frecuencia? _____ (1) No _____ (2) Si

30.- ¿Cuáles son las causas?

31.- ¿Te sientes ansiosa con frecuencia? (1) ____ No (2) ____ Si **¿Por qué?** _____

32.- ¿Has tenido alguna vez en tu vida, ideas suicidas? (1) ____ No (2) ____ Si

33.- ¿Cuáles son tus metas para el futuro?

34.- Durante el último mes has sentido:

Número de días	0 días	1 a 3 días	4 a 6 días	7 o más días
No puedes seguir adelante				
Pensamientos sobre la muerte				
Pensamientos sobre que la familia estaría mejor si estuvieras muerto				
Pensé en matarme				

35.- CONSECUENCIAS ADVERSAS AL USO DE SUSTANCIAS

A continuación se enlistan una serie de problemas que pueden estar relacionados con el consumo de tabaco en los últimos 12 meses, menciona cuáles concuerdan con tu caso:

¿Qué tanto afecta tu vida? 1 al 10 en donde: 1 = nada 5 = regular 10 = mucho		Frecuencia: Número de ocasiones en que sucedió en un mes y cuántos meses ocurrió.	
		Sustancia: tabaco	
Problema		Frec.	¿Qué tanto afecta tu vida?
De salud. Daño neurológico, gastritis, úlceras, pancreatitis, cirrosis, alteraciones cardiovasculares.	Ninguno___Agudo ____ Crónico ____		
Daño Cognitivo. Dificultad para decidir, problemas de memoria, problemas de concentración, olvidos, delirios, etc.	Ninguno___Agudo ____ Crónico ____		
Afectivo o emocional. Cambios de humor o de personalidad, tristeza, irritabilidad, ansiedad, otras.	Ninguno___Agudo ____ Crónico ____		
Interpersonales. Aislamiento, pérdida de confianza, problemas familiares, problemas de pareja, falta de comunicación, etc.)	Ninguno___Agudo ____ Crónico ____		
Agresión. Abuso verbal, violencia física, riñas o peleas, tomar dinero o cosas de valor que no le pertenecen, violencia física, etc.	Ninguno___Agudo ____ Crónico ____		
Legales. Demandas, arrestos, alcoholímetro, manejo de armas, otras.	Ninguno___Agudo ____ Crónico ____		
Económicos. Gasto excesivo, falta de dinero, deudas, quiebra, etc.	Ninguno___Agudo ____ Crónico ____		
Laborales. Ausentismo, retardos, conflictos con compañeros, problemas con su jefe, accidentes laborales, suspensión de pago, cambios de puesto, suspensiones, desempleo, etc.	Ninguno___Agudo ____ Crónico ____		
ESCOLARES			

Apéndice III. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN

Por medio de la presente, yo: _____ otorgo mi consentimiento para participar como paciente en una investigación sobre el tratamiento del consumo de tabaco. Que consiste de una sesión de admisión, dos de evaluación y un tratamiento conformado por ocho sesiones, con una duración de 90 minutos cada una.

Los datos que proporcione serán de carácter confidencial, los cuales podrán ser utilizados con fines de investigación clínica, respetando en todo momento la confidencialidad y sin que represente algún riesgo hacia mi persona. Además, no se realizarán grabaciones en audio, video o fotografías.

La relación con mi terapeuta será únicamente profesional y se basará en el respeto mutuo y en el seguimiento de los derechos civiles y humanos.

Acepto asistir de manera puntual a las sesiones, avisando por escrito (señalando las razones) a mi terapeuta en caso de inasistencia.

Estoy de acuerdo en que mi terapeuta se ponga en contacto conmigo, después del tratamiento, para asistir a sesiones de seguimiento que serán al 1er, 3er y 6to mes de haber sido dado de alta. Éstas tienen el objetivo de evaluar los cambios obtenidos durante el tratamiento y detectar dificultades de manera oportuna para prevenir recaídas.

La presente se llevó a cabo siendo las _____ horas del día _____ del mes de _____ del año.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TERAPEUTA _____

Apéndice IV. Autorregistro de consumo de tabaco

Fecha <i>(día/mes/año)</i>	Número de cigarro <i>Especificar si es el primer cigarro, el segundo, etc. hasta el último del día. (ejemplo: 1°, 2°, 3°)</i>	Hora <i>Hora en que empieza a fumar el cigarro</i>	Lugar y personas presentes <i>Personas que estaban presentes mientras fumaba y el lugar dónde fumo</i>	Situación <i>Qué es lo que estaba haciendo mientras fumaba</i>	Pensamientos <i>Qué pensamientos tenía antes de comenzar a fumar</i>	Emociones o sentimientos <i>Qué emoción sintió antes de empezar a fumar</i>
13/11/2016	1°	8:00 a.m.	Me encontraba en el comedor con mis amigas Graciela y Romina	Estaba tomando un café y platicando con mis amigas	Me siento un poco estresada, necesito un cigarro	Ansiedad

Apéndice V. Cartas descriptivas

		Admisión		
Admisión	Instrumentos	Ficha de identificación.		
	Objetivo general	Seleccionar a los participantes que cumplen con los criterios de inclusión.		
	Actividades	Objetivos	Desarrollo	Duración
	Presentación de las terapeutas	Que las participantes conozcan a las terapeutas que les impartirán la intervención	Se realizó una breve presentación de las dos terapeutas	10 min
	Presentar a las internas las características generales del IMTC.	Que las participantes conocieran las características de la intervención, a quien va dirigida, los criterios de inclusión y de exclusión, los horarios, duración y el objetivo de la misma.	Se les mencionaron las características específicas del tratamiento y se les hizo la invitación a participar en el mismo.	10 min
	Aplicación de los instrumentos de admisión	Identificar a las participantes que cumplían con los criterios de inclusión.	Las participantes que mencionaron estar interesadas en participar se dividieron en equipos de seis personas. Se les leyó las instrucciones de los instrumentos y se les pidió que los contestaran y si les surgían dudas podían preguntar a cualquiera de las terapeutas.	60 min
	Cierre de la sesión	Agradecer la participación de las internas.	Se les agradeció a las participantes el haber asistido a la sesión de admisión y el contestar los instrumentos.	10 min

		Evaluación Inicial		
Evaluación Inicial	Instrumentos	•Entrevista Inicial (EI) •Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD) •Cuestionario breve de confianza situacional (CBCS). •Línea Base retrospectiva (LIBARE) •Cuestionario de Fagerström para la dependencia a la nicotina (CFDN) •Escala de evaluación para el cambio por la Universidad de Rhode Island (URICA) •Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) •Inventario de Depresión de Beck (BDI)		
	Objetivo general	Realizar una evaluación inicial de las variables independientes y de control y mediante esta identificar las principales características de consumo de tabaco.		
	Actividades	Objetivos	Desarrollo	Tiempo
	Presentación de la sesión.	Que los participantes conozcan las actividades que se realizarán durante la sesión.	Se les informa que durante esta sesión se les aplicarán una batería de instrumentos que nos ayudarán a identificar si el tratamiento es el adecuado para el participante o se puede recomendar otro más adecuado a sus necesidades.	5 min
	Aplicación de los instrumentos de evaluación inicial.	Conocer las características principales de consumo de tabaco de los participantes.	Se formaron equipos de seis personas. Se les leyó las instrucciones de los instrumentos y se les pidió que los contestaran y si les surgían dudas podían preguntar a cualquiera de las terapeutas. Al final se realizó la entrevista inicial de manera individual con cada una de las internas.	60 min
	Asignación de tarea	Que los participantes realicen durante la semana el llenado del autorregistro y tengan una lectura previa de la siguiente sesión.	En grupos de seis participantes se les entregó la hoja de autorregistro y se les explicó la manera en que tenían que llenarlo, se les dio un ejemplo de la manera de llenar cada una de las siete columnas (día/ hora/ personas presentes/ lugar/ sentimientos y pensamientos). Se les mencionó que era importante que registraran el primer cigarro que se fumaban, el que ellas consideraban era el más difícil de abandonar, el último antes de irse a dormir y el total de cigarros fumados al día. También se les entregó el material de la sesión de etapas de cambio y se les pidió que la leyeran, sin contestar los ejercicios.	15 min
	Cierre de la sesión	Agradecer la participación de las internas.	Se les agradeció a las participantes el haber contestado los instrumentos.	5 min.

	Introducción a las etapas de cambio			
	Instrumentos	•Autorregistro de consumo de tabaco		
	Materiales	•Material de la introducción de etapas de cambio.		
	Objetivo general	•Dar a conocer a las internas el fundamento teórico de la IMTC		
	Actividades	Objetivos	Desarrollo	Tiempo
	Presentación de la sesión.	Que los participantes conozcan las actividades que se realizarán durante la sesión.	Se les informa que durante esta sesión se le darán a conocer las etapas de cambio del Modelo Transteórico de cambio.	5 min
	Revisión del autorregistro	Conocer el patrón de consumo de cigarros semanal de cada una de las internas.	A cada una de las internas se les pide que nos hable sobre el registro del consumo de tabaco durante la semana identificando las situaciones de riesgo y reforzando el correcto llenado del mismo.	20 min
	Etapas de cambio	Que las participantes se familiaricen con las etapas de cambio y que logré identificar en que consiste cada una de ellas.	Se les pide que cada una de ellas lea en que consiste cada una de las etapas de cambio y si tienen dudas. Se les muestra la rueda del cambio y se les explica que el objetivo de este tratamiento es que avancen en las etapas hasta llegar al mantenimiento y permanecer en ella.	20 min
	Ejercicio: etapas de cambio	Identificar si las participantes logran reconocer en qué etapa de cambio se encuentran las personas de los ejemplos y asegurarnos de que identifiquen claramente cada una de las etapas.	Se muestran ejemplos de personas que atraviesan por una de las cinco etapas de cambio respecto a alguna conducta que quieren modificar y el usuario indica en qué etapa de cambio se encuentran cada una de ellas. Finalmente se comenta de manera grupal por qué consideran que la persona del ejemplo se encuentra en esa etapa de cambio y se da retroalimentación.	20 min
	Mapa Mental “Yo Hoy”	Identificar las problemáticas asociadas al consumo de tabaco, desde el año en que comenzó a fumar hasta el presente	El usuario menciona como se encuentra en este momento en las diferentes áreas de su vida (ejemplo: ¿en la familiar se encuentra separado de su pareja y vive con sus papás?	10 min
	¿Dónde estoy?	Que las participantes identifiquen en qué etapa de cambio consideran que se encuentran al finalizar la sesión	Al final de la sesión el usuario indica en qué etapa de cambio considera que se encuentra en este momento y menciona las razones por las cuales considera que se encuentra en dicha etapa	5 min
	Asignación de tarea	Que las participantes realicen durante la semana el llenado del autorregistro.	A cada una de las participantes se les entrega una nueva hoja de autorregistro y se les pide que establezcan la meta de esta semana.	5 min
	Cierre de la sesión	Agradecer la asistencia de las internas.	se les comenta la próxima fecha y horario de la siguiente sesión, se les preguntan y resuelven las dudas y finalmente se les agradece el haber asistido a la sesión.	5 min.

1	Sesión	Precontemplación:¿el tabaco hace daño?”		
Etapa de precontemplación	Instrumentos	•Autorregistro de consumo de tabaco		
	Materiales	•Material de la sesión.		
	Objetivo general	•Motivar al usuario para que identifique que necesita hacer un cambio de conducta y que logre avanzar a la etapa de contemplación.		
	Actividades	Objetivos	Desarrollo	Tiempo
	Presentación de la sesión.	Que los participantes conozcan las actividades que se realizarán durante la sesión.	Se les comenta a las participantes las actividades programadas para esta sesión.	5 min
	Revisión del autorregistro	Conocer el patrón de consumo de cigarros semanal de cada una de las internas.	A cada una de las internas se les pide que nos hable sobre el registro del consumo de tabaco durante la semana identificando las situaciones de riesgo y reforzando los logros alcanzados	20 min
	Un día de consumo	Identificar el patrón de consumo de tabaco de las participantes	Las participantes describen un día típico de consumo. mediante 3 ejercicios: en el primero se les pregunta que paso antes, durante y después de un día de consumo de tabaco, después deben marcar los días de la semana en los que llegan a consumir más y por ultimo mencionar en que ocasiones específicas consume se especifica las personas, la situación, el lugar, la emoción y alguna otra cosa que considere importante.	20 min
	Efectos del tabaco	Que las participantes conozcan cuales son las consecuencias derivadas del consumo de tabaco	Se le menciona cuáles son los efectos a corto y a largo plazo del consumo de tabaco. Después el usuario realiza un ejercicio mediante el cual menciona los efectos que el identifica a partir de su consumo de tabaco.	20 min
	Mapa Mental “Mapa de la Historia”	Identificar las problemáticas asociadas al consumo de tabaco, desde el año en que comenzó a fumar hasta el presente	El usuario menciona como se encuentra en este momento en las diferentes áreas de su vida (ejemplo: ¿en la familiar se encuentra separado de su pareja y vive con sus papás?	10 min
	¿Dónde estoy?	Que las participantes identifiquen en qué etapa de cambio consideran que se encuentran al finalizar la sesión	Al final de la sesión el usuario indica en qué etapa de cambio considera que se encuentra en este momento y menciona las razones por las cuales considera que se encuentra en dicha etapa	5 min
	Asignación de tarea	Que las participantes realicen durante la semana el llenado del autorregistro.	A cada una de las participantes se les entrega una nueva hoja de autorregistro y se les pide que establezcan la meta de esta semana.	5 min
	Cierre de la sesión	Agradecer la asistencia de las internas.	se les resuelven las dudas sobre la sesión, se les ofrecen una serie de recomendaciones que les serán útiles para reducir o eliminar su consumo de tabaco y finalmente se les agradece el haber asistido a la sesión.	5 min.

2	Sesión	Etapa de Contemplación: Quiero dejar el consumo, pero también lo disfruto		
Etapa de contemplación	Instrumentos	• Autorregistro de consumo de tabaco		
	Materiales	• Material de la sesión.		
	Objetivo general	• Ayudar al usuario a avanzar a la etapa de determinación a través del balance decisional y las técnicas de esta sesión		
	Actividades	Objetivos	Desarrollo	Tiempo
	Presentación de la sesión	Mencionar las actividades que se realizarán durante la sesión.	Se les comenta a las participantes las actividades programadas para esta sesión.	5 min
	Revisión del autorregistro	Conocer el patrón de consumo de cigarros semanal de cada una de las internas.	Se revisa el autorregistro del consumo de tabaco durante la semana identificando las situaciones de riesgo y reforzando el correcto llenado del mismo.	20 min
	¿Quién se preocupa de mí?	Que las participantes identifiquen a las personas que les preocupa su consumo de tabaco.	Las participantes mencionan a las personas que en algún momento les han expresado que les preocupa su consumo de tabaco. También se evalúa si en algún momento al propio usuario le ha preocupado su consumo.	10 min
	Lo que valoro	Que las participantes identifiquen que algunas conductas como el consumo de tabaco son incompatibles con lo que valoramos más en la vida.	Mediante este ejercicio las participantes mencionan que cosas son las que valoran (buena salud, familia, amigos, etc) y de qué manera su consumo les ha afectado estas cosas que el valora.	10 min
	Roles	Identificar cómo les ha afectado el consumo en cada uno de los roles que desempeñan.	Se le pide al usuario que mencione de qué manera le ha afectado el consumo en los diferentes roles de su vida (ej: en el rol de trabajador, lo despidieron; en el rol de hijo, sus padres le han perdido la confianza, etc).	10 min
	Balance Decisional	Evaluar los pros (cosas buenas) y los contras (cosas no tan buenas) sobre su consumo de tabaco.	Se le pide a las participantes que escriban las razones para cambiar su consumo de tabaco al igual que las que tienen para continuar consumiendo, finalmente se les pide que valoren la importancia de cada razón.	10 min
	Mapa mental “cosas que quiero que cambien”	Identificar cuáles son los problemas que necesitan cambiar.	El usuario escribe de lado izquierdo los principales problemas asociados a tu problema de tabaco y de lado derecho cómo los ha afrontado.	10 min
	¿Dónde estoy?	Que las participantes identifiquen en qué etapa de cambio consideran que se encuentran al finalizar la sesión.	Al final de la sesión el usuario indica en qué etapa de cambio considera que se encuentra en este momento y menciona las razones por las cuales considera que se encuentra en dicha etapa.	5 min
	Asignación de tarea	Que las participantes realicen durante la semana el llenado del autorregistro.	A cada una de las participantes se les entrega una nueva hoja de autorregistro y se les pide que establezcan la meta de esta semana.	5 min
	Cierre de la sesión	Agradecer la asistencia de las internas.	Se les comenta la próxima fecha y horario de la siguiente sesión, se les preguntan y resuelven las dudas y finalmente se les agradece el haber asistido a la sesión.	5 min.

3	Sesión	Etapas de determinación: Ya estoy listo para el cambio.		
Etapas de determinación	Instrumentos	• Autorregistro de consumo de tabaco		
	Materiales	• Material de la sesión		
	Objetivo general	• Que el usuario adquiera las habilidades necesarias para avanzar a la etapa de Acción		
	Actividades	Objetivos	Desarrollo	Tiempo
	Presentación de la sesión	Mencionar las actividades que se realizarán durante la sesión.	Se les comenta a las participantes las actividades programadas para esta sesión.	5 min
	Revisión del autorregistro	Conocer el patrón de consumo de cigarros semanal de cada una de las internas.	Se revisa el autorregistro del consumo de tabaco durante la semana identificando las situaciones de riesgo y reforzando el correcto llenado del mismo.	20 min
	Establecimiento y evaluación de la meta.		El usuario elige una meta respecto a su consumo, ya sea dejarla o reducir el consumo. De acuerdo a la meta establecida, el usuario evalúa la importancia que tiene lograr la meta, en una escala de 0 % (nada importante) al 100 % (lo más importante).	10 min
	Identificando mis disparadores de consumo	Identificar los disparadores del consumo para evitarlos y prevenir un posible consumo	Se le explica brevemente al usuario que son los disparadores de consumo. Después identifica en el cuadro de situaciones, cuáles son las situaciones que disparan su consumo. Al final de cada columna elige que tanta confianza tiene de no consumir tabaco en dicha situación, dentro de la escala del 1 (nada) al 5 (mucho).	10 min
	Búsqueda de apoyo	Que el usuario identifique las personas que le ayudarán a lograr la meta establecida	Es necesario que las personas que elijas para ayudarte sean de tu confianza, con quienes te sientas cómodo para explicarle tu situación. Puede ser tu papá, tu mamá, un amigo, tu pareja, etc. Es importante que la persona que elijas no consuma alguna sustancia.	20 min
	Mapa mental: mapeando la meta	Que el usuario tome la mejor decisión en cuanto a su consumo de tabaco	El usuario menciona las tres opciones que tiene respecto al consumo de tabaco: 1) seguir consumiendo, 2) reducir el consumo y 3) la abstinencia. Menciona las razones que tiene para escoger una de las tres opciones.	10 min
Etapas de determinación	¿Dónde estoy?	Que las participantes identifiquen en qué etapa de cambio consideran que se encuentran al finalizar la sesión	Al final de la sesión el usuario indica en qué etapa de cambio considera que se encuentra en este momento y menciona las razones por las cuales considera que se encuentra en dicha etapa	5 min
	Asignación de tarea	Que las participantes realicen durante la semana el llenado del autorregistro.	A cada una de las participantes se les entrega una nueva hoja de autorregistro y se les pide que establezcan la meta de esta semana.	5 min
	Cierre de la sesión	Agradecer la asistencia de las internas.	Se les comenta la próxima fecha y horario de la siguiente sesión, se les preguntan y resuelven las dudas y finalmente se les agradece el haber asistido a la sesión.	5 min.

4	Sesión	Etapas de acción del consumo de tabaco ¿Cómo le hago para alcanzar la abstinencia de mi consumo? (primera parte)		
Etapas de acción: primera parte	Instrumentos	• Autorregistro de consumo de tabaco		
	Materiales	• Material de la sesión • Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas [ISCD]		
	Objetivo general	• Motivar al usuario para que identifique que necesita hacer un cambio de conducta y que logre avanzar a la etapa de acción..		
	Actividades	Objetivos	Desarrollo	Tiempo
	Presentación de la sesión	Que los participantes conozcan las actividades que se realizarán durante la sesión.	Se les comenta a las participantes las actividades programadas para esta sesión.	5 min
	Revisión del autorregistro	Conocer el patrón de consumo de cigarros semanal de cada una de las internas.	A cada una de las internas se les pide que nos hable sobre el registro del consumo de tabaco durante la semana identificando las situaciones de riesgo y reforzando los logros alcanzados	20 min
	Control de estímulos	Identificar los disparadores de consumo para poder modificarlos o afrontarlos de manera exitosa	Al principio de este ejercicio el usuario identifica sus disparadores de consumo, después se le presentan situaciones donde los usuarios han llegado a estar más tentados a consumir tabaco, tendrá que pensar en formas de evitar o alterar cada situación para no consumir.	20 min
	Solución de problemas	Que las participantes conozcan y utilicen los pasos de la solución de problemas para solucionar su problema con el consumo de tabaco	Se le presenta un ejemplo de una situación que se puede volver problema, el usuario analiza las posibles soluciones con sus consecuencias positivas y negativas. Después plantea su problema relacionado al consumo, y a través de una lluvia de ideas piensa en las posibles soluciones con sus consecuencias positivas y negativas de cada una.	20 min
	Mapa Mental: Mapeando metas y estrategias	Identificar las fortalezas que posee para poder afrontar con éxito las situaciones de riesgo de consumo	El usuario realiza un mapa mental sobre sus fortalezas en distintas áreas de su vida, luego responde como sus fortalezas le pueden ayudar a alcanzar su meta.	10 min
	¿Dónde estoy?	Que las participantes identifiquen en qué etapa de cambio consideran que se encuentran al finalizar la sesión	Al final de la sesión el usuario indica en qué etapa de cambio considera que se encuentra en este momento y menciona las razones por las cuales considera que se encuentra en dicha etapa	5 min
	Asignación de tarea	Que las participantes realicen durante la semana el llenado del autorregistro.	A cada una de las participantes se les entrega una nueva hoja de autorregistro y se les pide que establezcan la meta de esta semana.	5 min
	Cierre de la sesión	Agradecer la asistencia de las internas.	Se les preguntan y resuelven las dudas, se les ofrecen una serie de recomendaciones que les serán útiles para reducir o eliminar su consumo de tabaco y finalmente se les agradece el haber asistido a la sesión.	5 min.

5	Sesión	Etapa de acción del consumo de tabaco ¿Cómo le hago para alcanzar la abstinencia de mi consumo? (segunda parte)		
Etapa de acción: segunda parte	Instrumentos	• Autorregistro de consumo de tabaco		
	Materiales	• Material de la sesión		
	Objetivo general	• Ayudar al usuario a avanzar a la etapa de mantenimiento		
	Actividades	Objetivo	Desarrollo	Tiempo
	Presentación de la sesión	Mencionar las actividades que se realizarán durante la sesión.	Se les comenta a las participantes las actividades programadas para esta sesión.	5 min
	Revisión del autorregistro	Conocer el patrón de consumo de cigarros semanal de cada una de las internas.	Se revisa el autorregistro del consumo de tabaco durante la semana identificando las situaciones de riesgo y reforzando el correcto llenado del mismo.	20 min
	Cadena de decisiones	Identificar y romper con las decisiones que llevan al usuario a consumir tabaco	Se analiza el ejemplo con el usuario para que comprenda todos los eslabones que conforman la cadena de decisiones (CD). En el ejercicio el usuario identifica cada eslabón que lo ha llevado a consumir y describe como rompería esa cadena de situaciones para no llegar al consumo.	10 min
	Manejo de reforzamiento	Identificar los reforzadores que le ayudaran a lograr sus metas	Se le explica al usuario en que consiste el manejo de reforzamiento, después menciona dos situaciones en las que haya tenido éxito de no haber consumido durante los últimos 6 meses, describiendo los pasos, recompensas, quién lo recompensó y las barreras que haya tenido.	10 min
	Comunicación efectiva y rechazo efectivo	Que las participantes logren conocer y utilizar la comunicación efectiva	Se le explica al usuario las tres formas de comunicación y se le explican los pasos a seguir para una comunicación efectiva. El usuario identifica a las personas que le han invitado a consumir, genera respuestas asertivas de rechazo y piensa en cómo evitar el contacto con esas personas.	10 min
	Mapa mental: mapeando progreso y planes a futuro	Que las participantes identifiquen y utilicen todos los recursos que poseen para poder lograr su meta	El usuario menciona sobre su siguiente meta respecto al consumo de cigarro, describiendo sus fortalezas, personas y pensamientos que le pueden ayudar a lograrla.	10 min
	¿Dónde estoy?	Que las participantes identifiquen en qué etapa de cambio consideran que se encuentran al finalizar la sesión	Al final de la sesión el usuario indica en qué etapa de cambio considera que se encuentra en este momento y menciona las razones por las cuales considera que se encuentra en dicha etapa	5 min
	Asignación de tarea	Que las participantes realicen durante la semana el llenado del autorregistro.	A cada una de las participantes se les entrega una nueva hoja de autorregistro y se les pide que establezcan la meta de esta semana.	5 min
	Cierre de la sesión	Agradecer la asistencia de las internas.	, se les preguntan y resuelven las dudas y finalmente se les agradece el haber asistido a la sesión.	5 min.

6	Sesión	Etapas de acción del consumo de tabaco ¿Cómo le hago para alcanzar la abstinencia de mi consumo? (tercera parte)		
Etapas de acción tercera parte	Instrumentos	• Autorregistro de consumo de tabaco		
	Materiales	• Material de la sesión		
	Objetivo general	• Que el usuario adquiera las habilidades necesarias para avanzar a la etapa de mantenimiento.		
	Actividades	Objetivos	Desarrollo	Tiempo
	Presentación de la sesión	Mencionar las actividades que se realizarán durante la sesión.	Se les comenta a las participantes las actividades programadas para esta sesión.	5 min
	Revisión del autorregistro	Conocer el patrón de consumo de cigarrillos semanal de cada una de las internas.	Se revisa el autorregistro del consumo de tabaco durante la semana identificando las situaciones de riesgo y reforzando el correcto llenado del mismo.	20 min
	Control de pensamientos relacionados con el consumo	Que el usuario identifique cuáles son los pensamientos que lo llevan a consumir y poder controlarlos	Se le explica al usuario las estrategias que puede utilizar para manejar los pensamientos asociados al consumo. El usuario identifica como puede utilizar esas estrategias.	10 min
	Control del deseo de consumo	Que el usuario cuente con una variedad de técnicas que le ayuden a controlar el deseo	Se le explican al usuario las estrategias que puede utilizar para controlar el deseo por el consumo, y describe cómo puede utilizarlas.	10 min
	Apoyo social	Que el usuario identifique que cuenta con una red de apoyo que lo pueden ayudar a dejar de consumir	El usuario identifica a las personas que le pueden ayudar, en cada lugar que se encuentre, a mantener su cambio.	10 min
	Mapa mental: Mapeando metas y estrategias	Que la meta establecida y los pasos para lograrla sea muy claros	Realiza un mapa mental sobre su meta y estrategias a utilizar, describiendo su problema, las acciones que debe realizar, las fortalezas que necesita, los pensamientos que le ayuden, las soluciones y con quien cuenta para poder cumplir su meta.	10 min
	¿Dónde estoy?	Que las participantes identifiquen en qué etapa de cambio consideran que se encuentran al finalizar la sesión	Al final de la sesión el usuario indica en qué etapa de cambio considera que se encuentra en este momento y menciona las razones por las cuales considera que se encuentra en dicha etapa	5 min
	Asignación de tarea	Que las participantes realicen durante la semana el llenado del autorregistro.	A cada una de las participantes se les entrega una nueva hoja de autorregistro y se les pide que establezcan la meta de esta semana.	5 min
	Cierre de la sesión	Agradecer la asistencia de las internas.	se les comenta la próxima fecha y horario de la siguiente sesión, se les preguntan y resuelven las dudas y finalmente se les agradece el haber asistido a la sesión.	5 min.

7-8	Sesión	Etapa de mantenimiento de la abstinencia del consumo de tabaco ¿Cómo sigo sin consumo de tabaco?		
Etapa de mantenimiento	Instrumentos	• Autorregistro de consumo de tabaco		
	Materiales	• Material de la sesión		
	Objetivo general	• Que el usuario mantenga las metas alcanzadas durante el tratamiento.		
	Actividades	Objetivos	Desarrollo	Tiempo
	Presentación de la sesión	Mencionar las actividades que se realizarán durante la sesión.	Se les comenta a las participantes las actividades programadas para esta sesión.	5 min
	Revisión del autorregistro	Conocer el patrón de consumo de cigarros semanal de cada una de las internas.	Se revisa el autorregistro del consumo de tabaco durante la semana identificando las situaciones de riesgo y reforzando el correcto llenado del mismo.	20 min
	Libre	Identificar el patrón de consumo de las usuarias al mes y tercer mes de haber terminado la intervención	Se evalúa el cumplimiento de la meta, en caso de no haber cumplido la meta, se identifica los momentos de consumo después de haber concluido el programa	20 min
	Nuevos Hábitos	Que las participantes se involucren en actividades sanas e incompatibles con el consumo	El usuario planea nuevos hábitos saludables que estén alejados al consumo de tabaco y describe como empezar a hacer el hábito.	20 min
	Mapa mental: Mapeando progreso y planes a futuro	Que el usuario tenga alternativas para evitar una recaída.	El usuario realiza un mapa mental identificando los pensamientos que lo puedan llevar a consumir nuevamente, buscando alternativas.	10 min
	¿Dónde estoy?	Que las participantes identifiquen en qué etapa de cambio consideran que se encuentran al finalizar la sesión	Al final de la sesión el usuario indica en qué etapa de cambio considera que se encuentra en este momento y menciona las razones por las cuales considera que se encuentra en dicha etapa	5 min
	Asignación de tarea	Que las participantes realicen durante la semana el llenado del autorregistro.	A cada una de las participantes se les entrega una nueva hoja de autorregistro y se les pide que establezcan la meta de esta semana.	5 min
	Cierre de la sesión	Agradecer la asistencia de las internas.	se les comenta la próxima fecha y horario de la siguiente sesión, se les preguntan y resuelven las dudas y finalmente se les agradece el haber asistido a la sesión.	5 min.

		Evaluación final y seguimientos	
Evaluación final	Instrumentos	• Línea Base de seguimiento • Cuestionario de Fagerström para la dependencia a la nicotina (CFDN) • Cuestionario breve de confianza situacional (CBCS). • Escala de Evaluación del Cambio de Rhode Island • Inventario de Ansiedad de Beck • Inventario de Depresión de Beck	
	Objetivo	• Identificar los cambios realizados al finalizar el tratamiento.	
	Actividades	Objetivos	Desarrollo
	Presentación de la sesión.	Que los participantes conozcan las actividades que se realizarán durante la sesión.	Se les informa que durante esta sesión se les aplicarán una batería de instrumentos que nos ayudarán a identificar si el tratamiento es el adecuado para el participante o se puede recomendar otro más adecuado a sus necesidades.
	Aplicación de los instrumentos de evaluación final.	Identificar el efecto de la IMTC y si estos cambios permanecen a los tres y seis meses de haber terminado el tratamiento.	Se formaron equipos de seis personas. Se les leyó las instrucciones de los instrumentos y se les pidió que los contestaran y si les surgían dudas podían preguntar a cualquiera de las terapeutas. Al final se realizó la entrevista inicial de manera individual con cada una de las internas.
	Cierre de la sesión	Agradecer la participación de las internas.	Se les agradeció a las participantes el haber contestado los instrumentos.