
**EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA CLÍNICA PARA
DEJAR DE FUMAR**

Karina Jiménez Silvestre
Nancy L. Castillo Vite

*CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A. C.
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN*

Informe de Investigación 03-03

DIRECTORIO

PRESIDENTE DEL PATRONATO NACIONAL

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

PRESIDENTE VITALICIO

Lic. José Gómez Gordo

VICEPRESIDENTE

Lic. Ernesto Enríquez Rubio

PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE VIGILANCIA

Sra. Kena Moreno

DIRECCIÓN GENERAL

Dr. Víctor Manuel Guisa Cruz

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA

Dr. Ricardo Sánchez Huesca

SUBDIRECTOR DE INVESTIGACIÓN

Ps. David Bruno Díaz Negrete

Citación: Jiménez-Silvestre, K, Castillo-Vite NL. *Evaluación de resultados de la Clínica para dejar de fumar*. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, **Informe de Investigación 03-03**, México, 2004.

Agradecemos la co-participación del equipo responsable de las "Clínicas para Dejar de Fumar" de los CIJ: Azcapotzalco, Culiacán, Hermosillo, Iztapalapa Sur, León, Pachuca, Poza Rica, San Luis Potosí y UTCE Norte.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
Epidemiología	
Factores asociados al consumo	
Tratamientos para el consumo de tabaco Programa INER	
METODOLOGÍA	19
PRINCIPALES HALLAZGOS	23
Características diagnósticas de los fumadores que recurren a tratamiento en CIJ	
Características de los fumadores en el “Programa para Dejar de Fumar”	
Indicadores de evaluación de resultados del “Programa para dejar de Fumar”	
OBSERVACIONES FINALES	32
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXO	41

RESUMEN

En 2001, Centros de Integración Juvenil (CIJ) instrumentó la aplicación del Programa para dejar de fumar diseñado por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Entre la segunda mitad de este año y diciembre de 2002, se realizó una evaluación de resultados con una muestra de 148 pacientes, mediante un análisis descriptivo con un diseño prueba-postprueba, utilizando registros clínicos de Entrevista Inicial e información recuperada del Cuestionario de Tolerancia de Fagerström, el Cuestionario de Disposición al Cambio, Cuestionario de Motivos de Mantenimiento y un Cuestionario de Egreso de Tratamiento. Entre los fumadores que ingresaron al Programa para dejar de fumar en CIJ se distingue un alto porcentaje de población adulta (mayores de 35 años), con patrones de consumo complejos (más de 20 cigarrillos diarios, elevados niveles de dependencia, y cerca de 25 años de fumar, así como consumo de otras sustancias) que los colocan en mayor riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con el uso de tabaco. Las personas con mayor consumo y dependencia muestran menores niveles de adherencia terapéutica, más recaídas y mayores dificultades para lograr la cesación. El uso de terapia de reemplazo de nicotina durante el programa puede ser un importante factor de adherencia y para lograr la cesación del consumo de tabaco. En el caso de pacientes usuarios de otras sustancias (incluyendo drogas ilícitas) se observa que logran la cesación y/o reducción del uso tanto de tabaco como de otras drogas, en igual medida que los usuarios de tabaco.

INTRODUCCIÓN

El hábito de fumar cigarrillos ha ejercido efectos nocivos a la salud de consumidores de tabaco y no consumidores, debido a que se relaciona con una morbilidad prolongada y una alta mortalidad en el mundo, situación que representa elevados costos sociales y económicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado el consumo de tabaco, como causa directa o indirecta de aproximadamente cuatro millones de muertes al año en todo el mundo; una tercera parte ocurre en países en vías de desarrollo. En caso de que se mantengan las tendencias actuales, se predice que alrededor de 500 millones de personas morirán a causa del

tabaco, un cincuenta por ciento durante la edad productiva, con pérdidas individuales de 10 a 20 años de vida¹.

En México se estima que 122 personas mueren diariamente por causas asociadas al tabaco (enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebro- vasculares, bronquitis crónica y enfisema pulmonar), razón por la cual el tabaquismo se encuentra dentro de los diez problemas prioritarios de Salud Pública en el país².

Es importante reflexionar que los problemas relacionados con el consumo de tabaco no son exclusivos de la población fumadora, puesto que involucra en similares riesgos a la población expuesta involuntariamente al humo del tabaco (fumadores pasivos). La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1998), plantea que un 27.7% de la población urbana de 12 a 65 años son consumidores de tabaco³ y que por lo menos una de cada dos personas son fumadores pasivos (a excepción de la Región Sur del país)⁴, situación que lleva a reconocer que 7 de cada 10 personas se encuentra expuesta a los daños provocados por el tabaco.

CONSUMO DE TABACO EN MENORES DE EDAD Y ADULTOS

Los patrones de consumo de tabaco que reporta la ENA (1998), permiten identificar diferencias en la cantidad y el abuso de acuerdo a la región, edad y sexo, lo cual puede mantener relación con la permisividad o la mayor promoción de consumo de tabaco en algunos grupos sociales.

El consumo de tabaco se ha incrementado en los últimos años en un 7% (en comparación con la ENA, 1988), principalmente en las mujeres (16.3%), aunque continúa siendo mayor la cantidad de fumadores varones (42.9%).

1 La epidemia del tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud, 2000.

2 Secretaría de Salud. Programa de acción: Adicciones tabaquismo (2001).

3 Porcentaje que varía de acuerdo a las diferentes ciudades y zonas del país, destacando la Ciudad de México 36.4% por su mayor consumo y le siguen en orden decreciente Guadalajara 33.0%, Región Centro 32.3%, Ciudad Juárez 31.3%, Tijuana 30.5%, Monterrey 29.1%, Región Norte 26.5%, región sur 18.5%.

4 De las personas encuestadas en la ENA 98, 1,844,032 (52.6%) estaban expuestas de manera involuntaria al humo de tabaco en su hogar, esta muestra estaba conformada en su mayoría por mujeres.

La mayor parte de los fumadores del país consumen tabaco de forma leve⁵ (población 12 a 65 años), con un promedio de 1 a 5 cigarrillos, no obstante es importante el porcentaje de población que fuma de forma moderada (alrededor de 25%) y fuerte (alrededor de 10%), principalmente en la zona norte (Moderados 36.2% y fuertes 13.8%) y la región sur (Moderados 31.9% y fuertes 9.2%). Cabe resaltar que la mayor presencia de fumadores en una región, no implica que mantengan un consumo frecuente y de abuso, puesto que en la ciudad de México y la región Centro (alrededor de 35%) se registró la mayor prevalencia de fumadores leves (cerca de 75%), lo que permite reconocer que un amplio sector fuma poco. En la zona Norte sucede la situación contraria, el porcentaje de fumadores es menor en comparación con otras regiones (26.5%), pero los porcentajes de frecuencia y abuso de tabaco son mayores (36.2% fuma de 6 a 15 cigarrillos diarios y 13.8% de 16 a 20 cig.), lo que indica que se consume tabaco en cantidades elevadas y de forma frecuente⁶.

Existen diferencias en la cantidad y frecuencia del consumo de tabaco de acuerdo a la edad, observándose que la mayor parte de los fumadores se concentran entre los 18 y 39 años de edad⁷. Comparando a jóvenes (12 a 17 años) y adultos (18 a 65 años) se encontró un menor consumo en jóvenes (11.6%), principalmente en las mujeres (16.0% hombres y 7.4% en mujeres). Sin embargo, en los últimos años, se ha observado incremento en el consumo de tabaco en menores de edad, así como una reducción en la edad de inicio de consumo (11-14 años), sobre todo en Ciudades como Tijuana (67%), Ciudad Juárez y la ciudad de México (60%). Esta reducción en la edad de inicio de la población joven, ha sido reportada también por otros estudios⁸.

5 Clasificación de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998.

6 En la Encuesta Nacional de la Salud (ENSA, 2000) de igual forma se distingue un elevado porcentaje (66%) de fumadores cotidianos, lo que mantiene esta percepción donde la población que fuma, tiende a hacerlo de forma frecuente.

7 La (ENSA) reporta su mayor concentración entre los 18 y 29 años (46%).

8 En un contexto de estudiantes se realizó el estudio "Uso de drogas y factores psicosociales asociados entre estudiantes de educación media básica del estado de Nuevo León, donde se identificó que un 64% de la población inició el consumo antes de los 12 años de edad (Díaz D. Arellanez., Martínez J, 2002). La ENSA (2000) reporta que el 64% de la población fumadora se ha iniciado en o antes de 12 años de edad.

En los últimos años se ha incrementado la cantidad de fumadoras (16.3%), principalmente en la ciudad de México (25%)⁹ y región Centro (20.9%). No obstante, el consumo de la población masculina continua siendo superior (42.9%). La prevalencia actual del consumo de tabaco representa una problemática pública debido a que expone a la población a deterioros en su salud. Si además consideramos que de acuerdo a algunos estudios¹⁰ y análisis epidemiológicos¹¹, la reducción en la edad de inicio puede complejizar el consumo de tabaco con abuso de otras drogas, tanto legales como ilegales, se reconocerá la necesidad de acciones preventivas y de tratamiento desde los primeros años en que la persona incorpora el hábito de fumar.

CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES

Al ser el tabaco una de las principales drogas de inicio y que su consumo incrementa la probabilidad de consumo de otras drogas, se han realizado diversos estudios con menores de edad, principalmente con población estudiante, para indagar las prevalencias y factores relacionados con el consumo.

Ameth y cols. (1989, 1991, 1997 y 2000) plantean que existe un mantenimiento en las tendencias de consumo de tabaco en hombres y un incremento en el consumo de las mujeres, así como una reducción en la edad de inicio en estudiantes de secundaria de la ciudad de México¹².

9 La encuesta Nacional de la Salud (ENSA), reporta un consumo en el Distrito Federal del 21%.

10 En un estudio realizado por Medina Mora y cols (2002), se identificó que la experimentación, continuación y el policonsumo de drogas es más frecuente entre quienes se iniciaron antes de los 15 años, principalmente en hombres. Asimismo, se identificó que a mayor severidad y frecuencia del consumo tanto de tabaco como de alcohol, existen mayor probabilidad del consumo de otras drogas. Solo un 5.3% de los usuarios de drogas y un 13% de los consumidores de alcohol no consumieron tabaco de forma inicial.

11 De acuerdo a la ENSA (2000), Encuesta realizada en el 2002 en los estados de Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí Jalisco y Distrito Federal, con estudiantes de educación media, media superior y superior y al observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas (2002), un 95% de los pacientes que iniciaron con tabaco, continuaron con drogas como alcohol (59%), marihuana (26%) y cocaína (5.2%). Centros de Integración Juvenil en su informe anual del 2001 reconoce el estrecho vínculo entre consumo de tabaco y uso de otras sustancias, en datos del 2002, el 35.83% reportaron como droga de inicio el tabaco, de estos un alto porcentaje ha consumido alcohol (80%), cocaína (63.2%), marihuana (56.4%), inhalables (25.6%) u otras drogas.

12 La encuesta Nacional de la Salud (ENSA), reporta un consumo en el Distrito Federal del 21%. Villatoro y col (2002) reportan que la edad de inicio de consumo se ha reducido, identificando un 64% de estudiantes fumadores en la Cd. de México.

En estudios realizados por CIJ en el estado de Guadalajara desde 1997 al 2002, con estudiantes de 10 a 18 años, se encontró un incremento en el consumo de tabaco alguna vez en la vida (de 36.43% a 42.6%) y en el último mes (de 11.54 a 69.9%) en los mismos años.¹³

En un estudio reciente (2001) con 5,441 estudiantes de educación media básica de escuelas ubicadas en zonas de alto riesgo, se identificó un porcentaje superior en consumo actual (15.7%) y alguna vez en la vida (50.1%) en comparación con el enunciado por la ENA con población menor de 18 años.

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES QUE ACUDEN A SOLICITAR TRATAMIENTO EN CIJ

La prevalencia consumo reportada en el 2002, en la población que atiende Centros de Integración Juvenil en sus 66 unidades de atención, es elevada, de los 17,978 pacientes, 63.1% indicó consumo de tabaco alguna vez en la vida, 47.4% en el último año y 42.4% en los últimos 30 días.

De los casos atendidos en cada una de las 9 unidades de interés en el presente estudio, se reconoce que cerca del 40% de las personas reportan como droga de inicio el tabaco, el porcentaje es considerablemente superior en los CIJ Poza Rica (59.6%). San Luis Potosí (58.8%) y Hermosillo (57.7%), cabe indicar que en estas mismas unidades se distinguen los porcentajes más elevados de uso de tabaco alguna vez en la vida (85.8% San Luis Potosí, 82.3% Hermosillo y 77.5% Poza Rica) y a excepción de Hermosillo, también son las que cuentan con mayor cantidad de fumadores actuales (67.9% San Luis Potosí y 62.9 Poza Rica). A su vez se observa el menor consumo de alguna vez en la vida (arriba del 60%), último años (alrededor del 40%) y último mes (alrededor del 40%) en las unidades ubicadas alrededor de la zona conurbada de la Ciudad de México.

El área de tratamiento de CIJ reportó en el lapso del 2001 y 2002, la solicitud de servicio para la cesación del consumo de tabaco, de

¹³ Fuente: CIJ, Prevalencia de uso de sustancias psicoactivas entre estudiantes de 10 a 18 años residentes en los municipios de Tlaquepaque y Tonalá, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001 y 2002.

607 personas en 28 unidades¹⁴, de las cuales era mayor el porcentaje de hombres que de mujeres (58.48% vs. 41.51%). Las edades de los pacientes se concentraron principalmente entre los 35 y 49 años, los años de consumo están alrededor de los 22 años, con altos niveles de dependencia de acuerdo al Fagerström (53.54%).

FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO

FÍSICOS

La nicotina es un alcaloide líquido que, al igual que otras drogas, produce modificaciones en la neurotransmisión cerebral. Se fija a los receptores colinérgicos nicotínicos; la exposición continua a ella incrementa el número de éstos receptores, principalmente del subtipo 4-2, que representan más del 90 por ciento de la fijación de alta afinidad. Además, al bloquear la enzima monoaminoxidasa, inhibe la destrucción de la dopamina y aumenta la concentración de la misma en el sistema dopaminérgico mesolímbico, lo cual justifica el efecto estimulante y sus acciones reforzadoras primarias.

La vía de administración inhalatoria permite que la nicotina llegue al cerebro más rápidamente, incluso, que por vía intravenosa (8-10 segundos), mientras que la manipulación del cigarrillo por el fumador le permite ajustar, sin ser consciente de ello, la potencia psicoactiva deseada. Por esta razón, la tolerancia se desarrolla rápidamente.

Una vez instaurada la dependencia, la ausencia de consumo produce síndrome de abstinencia. Los signos y síntomas del mismo incluyen estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud, aumento de apetito o de peso y *craving* o ansia vehemente de nicotina. Como en el caso de otras sustancias, las características genéticas del individuo pueden ser un factor predisponente o protector frente a la génesis de esta dependencia. Eventualmente, la mayoría de los fumadores de

¹⁴ En las siguientes Unidades operativas de CIJ: Acapulco, Azcapotzalco, Coyoacán, Cuernavaca, Culiacán, Chalco, Chihuahua, Durango, Ecatepec, Hermosillo, Ixtapalapa Sur, León, Mazatlán, Mérida, Monterrey, Naucalpan, Neza, pachuca, Poza Rica, Puebla, San Luis Potosí, Tampico, Tlalnepantla, Toluca, UTC Zapopan, UTC Norte, UTCE Poniente y UTCE Tijuana

tabaco, serán dependientes a la nicotina (U.S. Public Health Service, 1988).

Estudios han documentado la existencia de los llamados "tobacco chippers," que son individuos que fuman tabaco de manera regular, pero que no muestran signos de dependencia a la nicotina. Generalmente, éstos, están definidos como individuos que fuman no más de 5 cigarrillos por día o 4 días a la semana (Shiffman, 1989; Shiffman, Paty, Kassel, Gnys, & Zettler-Segal, 1994).

Los chippers manifiestan la misma respuesta psicológica al fumar tabaco como los fumadores fuertes (Shiffman, 1989) aún cuando ambos grupos absorben cantidades similares de nicotina en un cigarro y su eliminación es similar (Shiffman, Fischer, Zettler-Segal, & Benowitz, 1990; Kassel, Paty, Benowitz, & O'Brien, 1992). Se presume que el ritmo cardíaco y sanguíneo incrementa análogamente en ambos grupos; sin embargo, cuando existe privación al tabaco, los "chippers" no muestran signos de abstinencia a la nicotina (Shiffman, Paty, Gnys, Kassel, & Elash, 1995), además esperan más tiempo para consumir su primer cigarro del día, presentan menor craving al tabaco, por la mañana, tienen menos dificultad para no fumar cuando se los prohíben, presentan periodos de abstinencia de 1/2 día a 1 mes y prefieren no fumar cuando están enfermos al contrario de los fumadores fuertes (Shiffman, 1989).

Benowitz, Jacob, Kozlowski y Yu (1986) mostraron que los fumadores fuertes, cuando son forzados a fumar menos, tienden a extraer más nicotina de los cigarrillos, con el fin de mantener los niveles regulares de nicotina en sangre y evitar la abstinencia.

Las características físicas del individuo y su salud influyen sobre el daño orgánico que el tabaco puede producir en el consumidor.

En pruebas de laboratorio se han aislado más de 4 mil sustancias contenidas en el humo del tabaco, de éstas 47 son cancerígenas, siendo los componentes más nocivos la **nicotina** y el **alquitrán**, por eso se considera al tabaco causa probable de **25** enfermedades sistémicas como cáncer de pulmón, vejiga, enfermedad isquémica cardiovascular, enfisema pulmonar, entre otras, así mismo, causa daños en la reproducción, síndrome de muerte súbita, bajo peso del producto y en algunos casos

infertilidad. La cavidad bucal presenta lesiones que pueden transformar las células epiteliales en cáncer.

PSICOLÓGICOS

No hay un perfil específico de personalidad que predisponga o cause la dependencia al tabaco; rasgos como inmadurez, baja autoestima, inseguridad, conformismo, dependencia del grupo, búsqueda de sensaciones y algunos procesos psiquiátricos, como los trastornos afectivos, la esquizofrenia, los trastornos de la personalidad y otros trastornos relacionados con sustancias, son frecuentes entre los usuarios de tabaco.

SOCIALES

Socialmente el tabaco es una sustancia con la que estamos acostumbrados a convivir, de fácil adquisición, cuyo consumo juvenil no suele generar tensión en el medio familiar y que permite a muchos jóvenes la adhesión al grupo.

El acto de fumar y la nicotina ingerida genera una sensación de recompensa ante numerosas situaciones de la vida diaria (tomar café o el aperitivo, la sobremesa, llamar por teléfono, estrés, entre otras), a lo que se une la sensación de herramienta psicológica que todo fumador crea con el uso del tabaco en sus relaciones sociales. Los fumadores son conocedores del daño para la salud de su conducta adictiva, pero lo ven lejano o no lo viven como propio.

Una patología médica instaurada es el principal movilizador para plantearse dejar de fumar; a ello se unen factores modales, como conseguir una mayor aceptación social o evitar el rechazo de los no fumadores.

Múltiples factores de riesgo y protección han sido asociados a la conducta de fumar en jóvenes, así como en su progresión del uso inicial al uso regular, incluyendo variables sociodemográficas, contextuales, conductuales, psicológicas y biológicas (Hawkins, Catalano, & Miller, 1992; U.S. DHHS, 1994). Otros estudios han investigado cuestiones más específicas como la susceptibilidad a fumar (Pierce, Choi, Gilpin, Farkas, & Merritt, 1996) y la conducta desviada y antisocial (C. Reynolds & Nichols, 1976).

Kandel, 1980 y Flay et al. (1998) encontraron que la transición del consumo experimental está relacionada con el consumo de los amigos y de los cigarros que éstos ofrecen, la intención de fumar y la asociación que tiene con el uso de otras drogas (McGee & Stanton, 1993).

Se sabe que la exposición temprana a drogas es un predictor significativo para el desarrollo de problemas, mientras más temprano comienza una persona a fumar, mayor será su riesgo de convertirse en un fumador regular, desarrollar dependencia y sufrir consecuencias a largo plazo derivadas de este hábito.

Si bien la mayor parte de las personas que fuman nunca prueban otras drogas, diferentes estudios indican que el tabaco constituye una droga de inicio, con lo cual, el riesgo de usar otras drogas se incrementa¹⁵

Algunos estudios encontraron, en grupos de individuos dependientes a alcohol, marihuana y opiáceos una alta prevalencia de consumo de tabaco (Berger & Schweigler, 1972; Chait & Griffiths, 1984; Stark & Campbell, 1993). Así mismo, usuarios de opiáceos que fuman tabaco, perciben más difícil dejar de fumar que dejar de consumir opiáceos (Ashton & Stepney, 1982; Blumberg et al, 1974). En este sentido, algunos estudios han implicado el uso de Metadona como causante del incremento de fumar. Story y Stark (1991) encontraron que incrementar la dosis de metadona incrementa el uso, craving y los síntomas de abstinencia al tabaco.

Otros estudios indicaron que fumar cigarros, tiene correspondencia con el uso de drogas ilícitas, particularmente el uso de cocaína Shoptaw, Jarvik, Ling y Rawson (1996). Estudios del NIDA sugieren que el craving al tabaco, incrementa el craving a otras drogas.

El consumo de tabaco se ha asociado también con el nivel individual, el género y la raza (Flay, d'Avernas, Best, Kersell, & Ryan, 1983), con la regulación afectiva (Pallonen, Prochaska, Velicer, Prokhorov, & Smith, 1998), con el ganar peso (Robin-son, Klesges, Zbikowski, & Glaser, 1997), actitud positiva a fumar

15 Secretaría de Salud 1998, México D. F., Secretaría de Salud. 1999

(Pallonen et al., 1998), así como a la influencia paterna o familiar (Flay et al., 1998; Mayhew et al., 2000).

De acuerdo a la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977), se asume que el adolescente adquiere la conducta y los valores en un complejo de relaciones sociales interpersonales, en las cuales el individuo se fija, estos incluyen amigos y familia (Jessor & Jessor, 1977; Kandel & Davies, 1992; Petraitis, Flay, & Miller, 1995). El uso del tabaco por parte de los padres tiene fuerte influencia en el fumar de los adolescentes.

Conrad, Flay y Hill (1992) encontraron que en 7 de 13 estudios revisados, el hábito de fumar de los padres está relacionado con el fumar de los jóvenes. Así como su transición del uso experimental al fumar regular (Flay y cols., 1998).

La delincuencia y la conducta acting-out están fuertemente relacionadas al uso de cigarros (Brook et al., 1992; Kandel & Davies, 1992). Recientemente, Ellickson, Tucker y Klein (2001) encontraron en alumnos de 7th grado, quienes fuman, están en mayor riesgo de problemas de conducta en la escuela, delincuencia y violencia. (Kandel & Davies, 1992).

TRATAMIENTOS PARA EL CONSUMO DE TABACO

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Se han experimentado múltiples sustancias farmacológicas en la deshabituación tabáquica, la mayoría de ellas con escasa o nula eficacia terapéutica. Por mencionar algunos, los antidepresivos han mostrado ser más eficaces para mejorar el estado de ánimo y disminuir la ansiedad que suele acompañar al abandono del tabaco. Se han realizado ensayos con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la doxepina, fluoxetina, nortriptilina con 27% de efectividad, así como la paroxetina, la fluvoxamina, el precursor serotoninérgico triptófano y los inhibidores selectivos de recaptación de la noradrenalina (ISRN), como la venlafaxina; esta última presenta eficacia a dosis de 75-150 mg, la cual debe instaurarse unos días antes de iniciar la deshabituación.

Robinson y cols. (1992) realizaron un estudio con buspirona, encontrando un 62% de efectividad en 54 pacientes.

Recientemente se ha comercializado el Bupropión, un relativamente débil inhibidor de la recaptación de la dopamina con modestos efectos. Su uso suele iniciarse una semana antes de la fecha escogida para dejar de fumar y las dosis oscilan entre 100 y 300 mg/día durante 4-8 semanas. Las tasas de abstinencia al año se sitúan alrededor del 23%. En la actualidad es el único fármaco no nicotínico aprobado por la Food and Drug Administration Americana.

TERAPIA DE REPLAZO DE NICOTINA

En la mayoría de los estudios realizados se ha demostrado su eficacia al conseguir una tasa de éxito de 20-40 por ciento al año de tratamiento, con diferencias estadísticamente significativas respecto a grupos control.

En nuestro medio, están comercializados el chicle y el parche y en casos aislados el spray nasal.

Chicle. Está comercializado en piezas que contienen 2 ó 4 mg de nicotina. Se requiere conocer la cantidad habitual de consumo de tabaco para determinar la cantidad de goma que debe utilizar el usuario sin exceder las 24 piezas por día.

Parche de nicotina. En la actualidad existen a la venta varios sistemas de liberación transdérmica: los que se mantienen durante todo el día (24 horas) y los que se quitan por la noche (16 horas). El parche se pone diariamente sobre la piel en una zona seca y sin vello; debe estar perfectamente adherido y colocarse cada día en un lugar distinto. Adaptados a las características del paciente, se realiza una reducción gradual hasta alcanzar niveles de 7 mg/24 horas pasadas unas 6-12 semanas desde el inicio.

PROCEDIMIENTOS PSICOLÓGICOS

Se ha utilizado gran número de técnicas, como procedimientos aversivos (fumar rápido, saciado, retener el humo, sensibilización encubierta, shock eléctrico, entre otros), auto observación, relajación, control de estímulos, reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, fumar controlado, manejo de contingencias, desensibilización sistemática, contratos de contingencias, métodos de auto manejo y autocontrol. En la práctica clínica en nuestro medio lo habitual es la utilización de los programas multicomponentes, que suelen combinar varias de las estrategias anteriormente citadas. En general, éstos se desarrollan en tres fases: la de *preparación*, *abandono* y *mantenimiento*.

También se ha empleado la acupuntura, la hipnosis, las terapias grupales masivas (plan de 5 días), fumadores anónimos, electro acupuntura, programas multimedia. Todos ellos muestran claras dificultades de evaluación científica y cuando ésta se ha logrado no han demostrado ser superiores al placebo.

EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO COGNITIVO

En la gran mayoría de las revisiones realizadas (Becoña 1994; Lando, 1993; Lichtenstein, 1982; y Glasgow, 1992; Schwartz, 1987; U.S.D.H.H.S. 1988) se llega a la conclusión de que las técnicas conductuales son las que obtienen mejores tasas de abstinencia. En los programas clínicos, al final del tratamiento la eficacia oscila entre el 80% y el 100% y, al año de seguimiento, los mejores resultados no sobrepasan el 40% de abstinencia. Actualmente se considera que cualquier programa de tratamiento de fumadores tiene que tener un seguimiento de al menos un año (Lando, 1989, 1993; Lichtenstein y Glasgow, 1992).

Kanzeler, Jaffe y Zeidenberg (1976) en 553 sujetos bajo un programa de 9 sesiones y una conferencia preliminar, con seguimientos por teléfono, la abstinencia fue de 39% a los 4 años. Lichtenstein y Rodrigues (1977) en seguimientos de 2-6 años, la técnica de fumar rápido combinada con una relación cálida, la tasa global de abstinencia fue del 24% a los 2-6 años de seguimiento.

Pomerleau, Adkins y Pertschuck (1978) en un estudio de multicomponentes con 100 sujetos bajo técnicas de manejo de contingencias y auto registros, tuvieron una efectividad de 29% a los 2 años. La técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (RGINA) (Fox y Brown, 1979 y Axelroth, 1983) mostró una abstinencia de 50% a los 2 años y medio.

En distintos programas para dejar de fumar (Vázquez, F. L; y col; 1996) entre 1975 a 1996, que realizaron un informe de seguimiento, se trataron 1,359 fumadores con una tasa de eficacia del 58% al final del tratamiento, 35% a los doce meses y 31% en seguimiento de 2 a 6 años.

MANTENIMIENTO/RECAÍDA

De acuerdo a la teoría de prevención de recaídas, el juicio de auto-eficacia en la abstinencia (la habilidad para abstenerse de fumar), en un contexto particular, (afectivo o ambiental) puede predecir la conducta en este contexto, en ese sentido, el bajo nivel de auto-eficacia se asocia con la recaída (Gwaltney Chad J. y cols., 2002).

La auto eficacia (Bandura, 1977), es pues, *la creencia de una persona acerca de si puede responder o no efectivamente a una*

situación confiando en sus propias habilidades. Así entonces, las habilidades de enfrentamiento están asociadas a la auto eficacia.

Existe un número importante de estudios que apoyan la relación que existe entre la auto eficacia y los resultados del tratamiento, se ha encontrado que a menor sentido de auto eficacia, puede incrementar la vulnerabilidad para recaer y en consecuencia el abandono del tratamiento (Bandura, 1992; Annis & Davis, 1988; Burling, Reilly, Moltzen & Ziff, 1989; DiClemente, 1981; McKay, Maisto & O' Farrel, 1993; Rist & Watzl, 1983; Rapp & king, 1992, Solomon & Annis, 1990, Stephen, Wertz & Roffman, 1993).

Marlatt y Gordon (1980, 1985) examinaron la historia natural de la recaída en sí, encontrando situaciones de alto riesgo que están asociadas al consumo y que de acuerdo al modelo, evalúan el proceso de afrontamiento. La ausencia de una respuesta de afrontamiento aprendida, decrementa la auto eficacia (Bandura, 1977) iniciando así el uso de sustancias e incrementando la probabilidad de recaer.

Las recaídas pueden provocar en el usuario una serie de consecuencias negativas como respuesta al consumo, lo que pueden determinar su futura reacción ante el cambio.

Cummings (1980) evaluó un proceso en donde existían 311 episodios iniciales de recaída, de esta manera emergen diferentes grupos de determinantes, individuales (intra personales) y categorías situacionales (ambientales), que son previos al proceso de consumo y de recaída en sí.

De estos factores intrapersonales se desprenden los factores emocionales negativos como estrés, depresión, ansiedad y otros estados emocionales que se pueden asociar a las recaídas, Cummings encontró que 30% de las recaídas están asociadas a estos factores ya que una emoción desagradable puede incrementar el cambio de una caída a una recaída. Una motivación inadecuada puede afectar el proceso de cambio, esta puede ser tanto interna como externa y debe de ser detectada a tiempo para implementar medidas para incrementarla (Marlatt & Gordon; Prochaska & DiClemente, 1984).

Los factores fisiológicos pueden ser otro factor que determine la recaída, se ha encontrado que el grado de dependencia tiene

implicaciones para el tratamiento. Sin embargo diferentes estudios han mostrado inconsistencia en este tema, Cummings (1980) encontró que sólo 6% de los estudios que reportaron recaídas estaban asociados a tentación y urgencia y que solo 7% se asoció a estados físicos negativos.

Mermelstein (1983) encontró que el deseo fue el mayor factor en 9% de las recaídas en fumadores; en contraste Shiffman (1982) encontró que aproximadamente la mitad de las situaciones de recaídas con fumadores se asociaron a síntomas de retiro, aún así no son factores que muestren tener suficiente poder como para provocar recaídas, lo que no significa que no deban ser tomados en cuenta.

Los factores sociales y medioambientales juegan un papel importante en los problemas de adicción, incluyendo las contingencias externas específicas. Estas pueden ser las interacciones entre individuos (apoyo social) ambiental o programas que manipulen contingencias. Shiffman (1982) encontró que los eventos antecedentes están asociados a recaídas.

El apoyo familiar y de amigos son de las pocas variables asociadas a la reducción de consumo (Brown, 1984; Miller & Sims, 1981; Wilson, 1985). El conflicto interpersonal es un factor que pronostica casi inequívocamente las recaídas. Moos & Finney, (1983) mostraron en estudios de alcohol, que la cohesión familiar y marital ayudaban a responder mejor al tratamiento y al seguimiento a dos años.

PROGRAMA INER

Ante el panorama anterior, Centros de Integración Juvenil A.C. (CIJ), se interesa en la aplicación de programas preventivos y de tratamiento del tabaquismo; debido a que los usuarios que recibe en sus unidades de consulta presentan consumo de tabaco.

CIJ ha desarrollado el procedimiento para la incorporación de programas preventivos y de tratamiento acerca del consumo de tabaco, con apoyo del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), para lo cual ha establecido un convenio con el INER para su inclusión en la difusión, enseñanza, eventos paralelos y eventos científicos.¹⁶

De esta manera, el personal de CIJ recibe capacitación a través del INER, para la aplicación de un programa cognitivo-conductual encaminado al manejo de individuos dependientes a la nicotina, con el propósito de que éste se aplique en las Clínicas de Tabaquismo de CIJ.

Centros incorporó el programa en 20 unidades de atención, acción que continuó en 2002, actualmente el programa se aplica en 62 unidades del sistema CIJ.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA INER

El programa para dejar de fumar del INER, fue diseñado en la terapia cognitivo conductual y tiene como sustrato teórico la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis. La premisa fundamental de esta aproximación es que es posible ayudar a los individuos a llevar una vida más satisfactoria a través de enseñarles estrategias que le permitan organizar su mente, es decir, a través de un pensamiento racional la persona enfrenta percepciones y concepciones promotoras de malestar emocional y de consumo de tabaco, para constituir reformulaciones que le

16 El día 23 de mayo del 2001 firmaron un convenio de colaboración el Dr. Jaime Villalba Caloca, director general del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y el Dr. Jesús Kumate Rodríguez, presidente del Patronato Nacional de Centros de Integración Juvenil, fungiendo como testigo el Dr. Guido Belsasso, comisionado del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). Este acuerdo tiene el objetivo de desarrollar actividades de prevención y tratamiento del consumo de tabaco entre la población, así como la apertura de 20 clínicas de tabaquismo durante el año 2001 –actualmente funcionan seis en el D.F. y las catorce restantes se encuentran en distintos estados del país- y 50 más durante el año 2002.

permitan realizar conductas que favorezcan la cesación del tabaquismo.

El Programa contempla una valoración médica (análisis y diagnóstico físico para detectar si existen alteraciones que requieran tratamiento especializado), farmacológica (donde se proporcionan diferentes alternativas que permitan disminuir los malestares por abstinencia) y psicológica; esta última consiste en 10 sesiones grupales, que mantienen un trabajo simultáneo entre valoración, diagnóstico y tratamiento. Los objetivos son diferentes para cada sesión, los cuales se describen brevemente a continuación:

Primera sesión: los integrantes del grupo expresan las características de su adicción y expectativas del tratamiento, con lo cual se establece pronóstico y se inicia el registro de consumo.

Segunda sesión: se analizan los registros y el cuestionario de mantenimiento para reconocer las condiciones de la adicción.

Tercera sesión: suspensión del consumo de cigarrillos y aplicación de estrategias para mantenerse en abstinencia.

Cuarta sesión. se identifican las principales enfermedades asociadas al consumo.

Quinta sesión: se brindan consejos médicos para disminuir el riesgo de padecimientos

Sexta sesión: se enseñan técnicas de relajación que permitan el enfrentamiento a pensamientos irracionales que favorecen el deseo de fumar.

Séptima sesión: se trabaja la influencia de la publicidad

Octava sesión: se revisa los cambios metabólicos provocados por la abstinencia, a fin de sensibilizar al fumador acerca de la importancia de conformar ajustes en sus estilos de vida (nutrición y hábitos).

Novena sesión: se identifican factores de riesgo para la reincidencia, para reafirman estrategias de afrontamiento.

Décima sesión: se realiza un análisis y conclusión de los logros alcanzados y los posibles obstáculos a enfrentar.

Seguimientos: el programa contempla la vigilancia y el mantenimiento posterior al tratamiento para fortalecer la cesación y evitar la recaída de los participantes a través de los seguimientos a 2, 4, 6, 9 y 12 meses.

No obstante, la aplicación de un programa de este tipo en nuevos escenarios, requiere la evaluación del mismo, con el propósito de conocer la manera en que responden las diferentes poblaciones a los tratamientos que han sido desarrollados y evaluados previamente. Este estudio realiza una primera mirada, encaminada a la evaluación de los programas que implementa CIJ, a través de sus centros o unidades de tratamiento. A fin de conocer el funcionamiento de sus programas preventivos y de tratamiento.

METODOLOGÍA

OBJETIVO GENERAL

Conocer las características y resultados generales de la aplicación de un Programa para dejar de Fumar (INER) en población atendida en CIJ en 2001-2002.

OBJETIVO(S) ESPECÍFICO(S)

- 1.-** Conocer las características sociodemográficas de la población que ingresa a Tratamiento para dejar de fumar en Centros de Integración Juvenil.
- 2.-** Determinar el efecto que el programa tiene sobre la cesación del hábito de fumar, en una muestra de sujetos atendidos en CIJ.
- 3.-** Identificar las diferencias entre la población que concluye el tratamiento y los sujetos que lo abandonan.
- 4.-** Analizar las diferencias entre los sujetos de acuerdo a su de patrón consumo y nivel de dependencia, antes de entrar a tratamiento.
- 5.-** Conocer los motivos que promueven el consumo y su relación con el logro de la abstinencia.

6.- Identificar la relación existente entre la etapa de motivación (disposición al cambio) de los fumadores a su ingreso al programa y el logro de la abstinencia.

7.- identificar la relación que existe entre el mono o poli consumo de drogas y el logro de abstinencia

8.- Identificar la relación existente entre el empleo de los diferentes sustitutos de nicotina y medicamentos con el logro de la abstinencia.

9.- Conocer la tasa de cesación en el hábito de fumar después del tratamiento en seguimientos a un uno, tres y seis meses.

MUESTRA

El presente informe, reporta los resultados de la aplicación del programa cognitivo conductual "Clínicas para dejar de fumar" (instrumentado por el INER) en nueve unidades del sistema CIJ (Azcapotzalco, Culiacán, Hermosillo, Iztapalapa Sur, León, Pachuca, Poza Rica, San Luis Potosí y UTCE Norte), a partir de la segunda mitad del año 2001.

La muestra se conformó por **148** fumadores que ingresaron al programa desde el inicio de funciones de las clínicas hasta el mes de diciembre del 2002, de los cuales el 60% son hombres y el 40% mujeres, con una media de edad de 41.29 años, un rango de 14 a 72 años y una DE ± 14.33 . La mayor parte de la población que atienden los nueve CIJ es mayor de 35 años (67%).

El 62.3%, vive con una pareja. En cuanto a la educación, se puede identificar que el 52.8% cuenta con una formación media básica y solo el 10.4% cuenta con un nivel superior a licenciatura. En ocupación, más de la mitad (64.9%) se desempeñan en actividades remuneradas (29.0% como empleados o en actividades profesionales, mientras que el 35.9%, desempeñan algún oficio o actividades vinculadas con el comercio y el transporte) el resto de los fumadores permanece en el hogar (32.5%) o estudian (2.8%). El 69.9% se encuentra en un estrato bajo y viven en una zona de alto riesgo (66.1%). (**Anexo, cuadro 1**).

INSTRUMENTOS

Entrevista Inicial.- Se utilizó el formato realizado por CIJ el cual nos brinda información acerca de características sociodemográficas del sujeto, historia de consumo, patrón de consumo, droga de preferencia y observación clínica del paciente. Para el estudio únicamente se consideraron los datos acerca de las variables sociodemográficas e historia de consumo.

Cuestionario de Tolerancia de Fagerström.- Este cuestionario fue desarrollado por Fagerström en 1978, con el objetivo de conocer el grado de dependencia de los sujetos. Sus puntajes predicen la severidad del deseo y los síntomas del síndrome de abstinencia sobre la cesación del hábito de fumar. También es un importante predictor de las recaídas, dando cuenta de hasta un 44% de la varianza en algunos estudios. Además brinda una aproximación de la cantidad necesaria que un individuo puede necesitar para la Terapia de Reemplazo.

El cuestionario evalúa tres áreas a través de seis reactivos: la dosis de cigarrillos fumados, la importancia de fumar en la mañana y la capacidad personal para resistir el consumo. Al parecer, el factor de la importancia del consumo en la mañana es el predictor más importante sobre el síndrome de abstinencia y los resultados del tratamiento.

Formato de Evaluación del Estado de Disposición al Cambio.- Este formato tiene como finalidad conocer en que estado o etapa de cambio para dejar de consumir, se encuentra un fumador. Prochaska & DiClemente (1986), estudiaron como ocurrían los cambios en las personas que dejaban de fumar o bajaban de peso y observaron que el cambio pocas veces es un evento repentino, sino que involucra un proceso dinámico que sitúa al individuo, momentáneamente, en alguna de las siguientes etapas: **1) Precontemplación**, en donde la persona no piensa en dejar de fumar, regularmente llega al tratamiento forzado por terceros, **2) Contemplación**, el fumador identifica los riesgos de fumar, pero rechaza la idea de cambiar, **3) Determinación**, la persona se encuentra convencida de la necesidad de un cambio y ha realizado intentos sin lograrlo, **4) Acción**, existe un compromiso claro de hacer algo para lograr la cesación del consumo, **5) Mantenimiento**, el reto de las conductas adictivas es mantener el cambio y

prevenir, **6) Recáidas**, el trabajo consiste en evitar que se presenten y en caso contrario, trabajar junto con el usuario para que sea visto como parte de un proceso de aprendizaje, el cual le llevará a valorar y ser más consciente de su proceso de cambio.

Para esto se cuenta con cinco indicadores que reflejan cada estado o etapa del cambio. El procedimiento para ubicar a cada fumador en su estado o etapa de disposición al cambio, es a través de una entrevista, donde el encargado del programa emplea los indicadores señalados en el manual del programa.

Autorregistro.- El autorregistro es un método utilizado para estimar la cantidad de los cigarros fumados por los individuos. Su exactitud incrementa si cada cigarro es registrado al tiempo cuando es fumado (Frederiksen, Epstein, & Kosevsky, 1975). Entre los sujetos motivados para dejar de fumar, el auto registro favorece la cesación del hábito de fumar (Lipsinki, Black, Nelson & Caminero, 1975; McFall, 1970). Ha sido utilizado para evaluar la conducta del cliente en determinada situación y para ver los efectos del cambio terapéutico (Kazdin, 1974). El auto registro pide al sujeto recordar su consumo en el momento actual, minimizando de esta forma el problema de recordar los detalles.

El formato utilizado en el Programa Cognitivo-Conductual del INER, incluye el registro del número de cigarros fumados, la hora en que fuma estos cigarros, la situación y estado emocional en que se encuentra la persona cuando enciende cada cigarro.

Cuestionario de Motivos de Mantenimiento.- Con el propósito de identificar los factores que determinan la conducta de fumar, se aplicó el Cuestionario de Motivos de Mantenimiento de la Conducta de Fumar de Russell. Las categorías que mide el cuestionario se dividen en tabaquismo psicosocial, estimulante, por manipulación, por distracción o placer, para reducir la tensión, por necesidad o urgencia y tabaquismo automático.

Análisis

Se realizó un análisis descriptivo, de las características sociodemográficas, patrón de consumo de tabaco, así como de los resultados obtenidos en los instrumentos diagnóstico del Programa para dejar de Fumar, -fase de disposición al cambio, motivos de consumo y Cuestionario Fagerström-, además se revisa el tiempo

que tardan los usuarios en buscar tratamiento y la situación final al concluir el tratamiento, en cuanto a cesación de consumo de tabaco.

Para reconocer la influencia del programa en la cesación del consumo de tabaco, identificar los elementos que favorecen la abstinencia (motivos, disposición al cambio, tipo de usuario, uso de sustituto de nicotina) y los logros del programa en materia de seguimiento, se utilizaron de manera exploratoria Pruebas de diferencia de proporciones (ji cuadrada).

Se incluye también la comparación y estimación de diferencias con la Prueba t de student, para indagar las discrepancias existentes entre la población que concluye y abandona el tratamiento, así como de la población dependiente y no dependiente. En el caso de las variables de “motivos de consumo”, que por sus características categóricas se utilizó la prueba de comparación de U de Mann Whitney.

Además se utilizaron pruebas de significancia estadística, para reconocer el grado de asociación entres variables relacionadas con el logro de la abstinencia al finalizar el programa y en el seguimiento realizado un año posterior a la conclusión del programa, tales como motivos de consumo, fase de disposición al cambio, tipo de usuario –monoconsumo y policonsumo-, uso de sustituto de nicotina (***r de person, Tau b de Kendall, correlación bivariada y gama***).

Los procedimientos y análisis de la información se realizaron con el programa SPSS.10 para Windows, con los casos válidos, omitiendo los que carecen de información, en las variables consideradas.

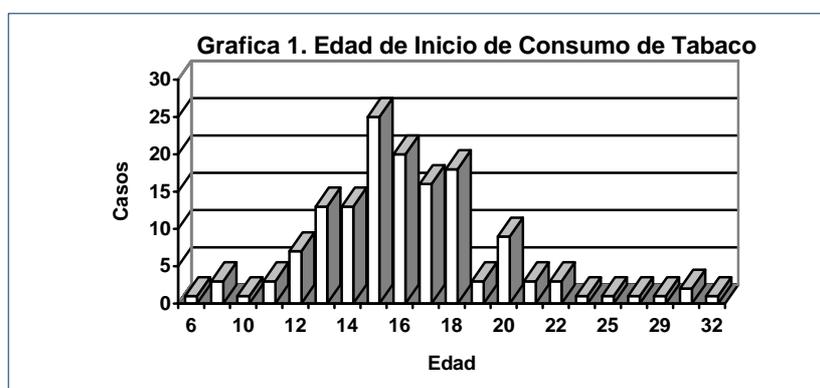
PRINCIPALES HALLAZGOS

Los resultados obtenidos de las 9 Clínicas (**cfr. cuadro 2**) se describen en tres partes: en primer lugar a partir de las características diagnósticas de los fumadores que recurren a tratamiento en CIJ, en segundo lugar se plantean las características de éste grupo al finalizar o desertar del “Programa para dejar de Fumar”, por último se describen los presuntos

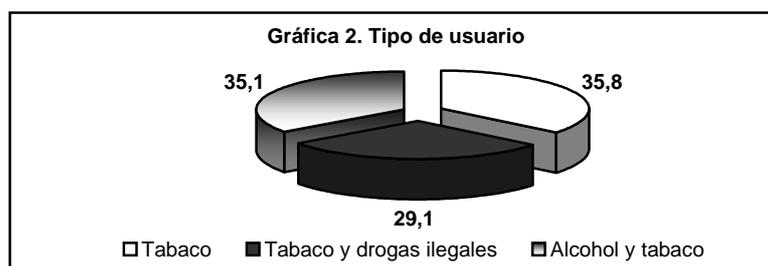
indicadores de evaluación de resultados del Programa para dejar de Fumar y los resultados obtenidos al momento del seguimiento.

CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DE LOS FUMADORES QUE RECURREN A TRATAMIENTO EN CIJ

La mitad de la población atendida (50.7%), refirió el consumo frecuente de más de 20 cigarrillos al día. Destaca que dos de cada tres fumadores (69%) mantenía un consumo acumulativo superior a 10 cigarrillos por día durante un año (paquetes/año), condición que aumenta el riesgo de desarrollar otros problemas de salud relacionados con el consumo de tabaco.



El 72.4% de los fumadores inició el consumo de tabaco (**gráfica 1**) entre los 13 y 18 años de edad ($\times 16.29$; DE 3,93). Dos de cada tres (64.2%) reconocieron que consumen además del tabaco, alcohol (35.1%) u otro tipo de drogas ilícitas (29.1%). (**gráfica 2**).



DISPOSICIÓN PARA INGRESAR AL “PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR”

Las personas que buscan tratamiento para dejar de fumar, cuentan con una historia de consumo amplia y compleja, en ese sentido, son fumadores que se incorporan a tratamiento después de muchos años de consumo (media 25.65; DE 13.72).

Más de la mitad de los que ingresan al programa plantean como motivo de consulta, el deseo de dejar de fumar, el argumento es el tiempo que llevan consumiendo, con el consecuente incremento en cantidad de cigarros fumados, razón que los lleva a no poderlo dejar. Otra causa que refieren los fumadores para desear la cesación, es el motivar a sus familiares para que abandonen el consumo de tabaco u otras drogas. Alrededor de un 30% recurre a tratamiento a causa de problemas de salud, asociados al consumo de tabaco, como: agitación, fatiga, menor rendimiento, molestias en el pecho, mal aliento, dolor de cabeza, bronquitis crónica, tos y disfunción eréctil -hay quien ha requerido de la hospitalización-. En menores porcentajes se plantean como motivos de ingreso a tratamiento la derivación de instituciones (11.8%), problemas con familiares (6.8%) y el deseo de dejar consumir otras drogas (6.8%).

Según los criterios del formato de evaluación de disposición al cambio, dos de cada cinco fumadores (41.9%), se encontraban en la etapa de contemplación¹⁷ para dejar de fumar al ingresar a tratamiento y cerca de la mitad contaba con mayor determinación para realizar acciones que les permitiera la cesación del consumo (27.7% se hallaba en la etapa de determinación y 21.6% en la de acción).

De acuerdo al Cuestionario de Russell, los motivos que el mayor porcentaje de los pacientes considera muy importantes para consumir tabaco, son los de esparcimiento (75.7%) y entretenimiento (84.3%). Los motivos de consumo por necesidad, son considerados en igual proporción “no importantes” o “muy importantes” (50% para cada caso). A su vez, existe relación estadísticamente significativa entre mayor cantidad de cigarrillos fumados al día y los motivos de estimulación ($\chi^2=11.86$ (4);

¹⁷ Acepta los peligros de fumar y piensa en dejar el consumo en una mirada a largo plazo.

$p < 0.01$), necesidad ($\chi^2 = 11.84$ (4); $p < 0.001$) y hábitos ($\chi^2 = 18.48$ (4); $p < 0.001$), lo que implica que las personas con un consumo elevado de tabaco diario, refieren con mayor frecuencia que fuman para no aburrirse, poderse concentrar en sus actividades, así como para evitar experimentar síntomas físicos desagradables y porque en ocasiones sin darse cuenta encienden un cigarrillo.

Se distingue que conforme las personas tienen mayor edad, reportan mayor consumo de tabaco ($t = 2.550$ (84); $p < .01$) a la vez que puntajes más altos en los índices de paquetes años¹⁸ (Correlación de Pearson .631; $p < .001$) y Fagerström ($t = 4.50$ (84); $p < .001$), lo que implica que a mayor cantidad de cigarrillos consumidos al día se eleva el riesgo de generar dependencia y de desarrollar alguna alteración física grave.

La mayor parte de los fumadores fuertes son monousuarios (37.5%) y poliusuarios legales –tabaco con alcohol- (36.1%), siendo menor el porcentaje de los poliusuarios de drogas ilegales (20.83%).

CARACTERÍSTICAS DEL INICIO DEL “PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR”

Los monousuarios tardan más tiempo (29 años, DE ± 13 años), en buscar tratamiento en comparación con los poliusuarios (23.5, DE ± 14 años), ($t = 2.45$ $gl = 114.48$; $p < .01$).

La cantidad de cigarrillos consumidos al día mantiene relación con el tiempo para buscar tratamiento (r Pearson = .297; $P < .001$). A su vez, conforme incrementa el tiempo para buscar tratamiento, aumenta el consumo acumulativo por día/durante un año –paquetes/año- (r Pearson = .705; $p < .001$) y el puntaje de Fagerström (r Pearson = .27; $P < .001$), lo que implica que mientras más tardan en decidir buscar tratamiento, incrementa el consumo de cigarros, así como el riesgo de generar dependencia y desarrollar otros problemas de salud relacionados con el consumo de tabaco.

¹⁸ Permite detectar el daño aproximado considerando el consumo acumulativo de cigarrillos (cantidad de cigarrillos al día x número de años fumados/20).

Alrededor del 70 por ciento presentaba dependencia al tabaco (según criterios de Fagerström), el puntaje promedio de los pacientes fue de 5.21 puntos (DE \pm 2.29).

El consumo de tabaco en personas dependientes es mayor en comparación con las no dependientes ($t = 6,210$ (140); $p < .001$), revisando las medias aritméticas se puede reconocer que la población que es dependiente suele fumar un promedio de 16 a 19 cigarrillos por día y las no dependientes de 10 a 13.

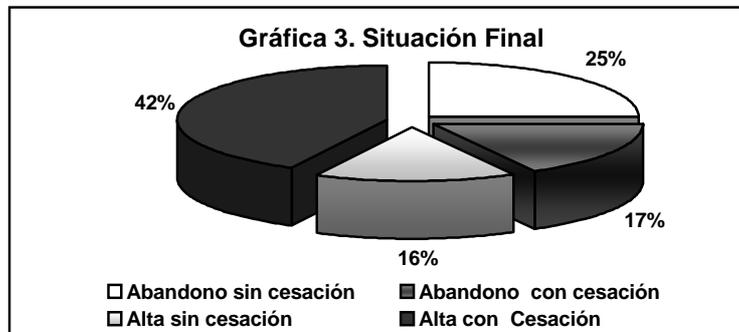
Las personas dependientes tienen mayor edad en comparación con las no dependientes ($t = 2.89$ (145); $p < .01$).

Se careció de evidencias para reconocer si existe influencia de la dependencia, según criterios Fagerström, en la fase de disposición al cambio, lo que permite suponer que entre las personas que son dependientes y las que no lo son, puede variar la etapa de motivación al cambio.

En base a los motivos de consumo de Russell, se encontró relación entre la presencia de dependencia y los motivos de necesidad (U de Mann –Whitney 907.50; $p < .001$) estimulación (U de Mann –Whitney 1043.00; $p < .01$), hábitos (U de Mann –Whitney 952.50; $p < .01$) y manipulación (U de Mann –Whitney 1102.50; $p < .05$), lo que implica que las personas a las que de acuerdo al puntaje de Fagerström presentan dependencia, suelen mencionar que fuman para evitar experimentar síntomas físicos desagradables, para concentrarse en sus actividades, porque disfrutan tener el cigarrillo en la mano, ver el humo y porque en ocasiones encienden un cigarrillo sin darse cuenta. **(cfr. cuadro 3).**

CARACTERÍSTICAS DE LOS FUMADORES EN EL “PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR”

De los 148 fumadores tomados para el estudio, el 41.9% abandonó el tratamiento y poco más de la mitad de la población que ingresa a tratamiento **(58.1%) lo concluyó**, lo cual denota una elevada prevalencia de la población. **(Gráfica 3).**



El **número de sesiones** promedio asistidas por los pacientes atendidos en el programa de tabaco fueron **7** (DE 3.14), lo cual permite reconocer que se logró abordar 3/4 partes de las sesiones con la mayor parte de las personas que participan en el programa.

A continuación se enuncian algunas diferencias y similitudes entre los pacientes que desertan del programa y los que lo concluyen.

Diferencias

- Son más las personas que se mantiene en tratamiento y no recaen (71.4% vs 28.6%).
 - Aquellos que no son dependientes permanecen en mayor porcentaje dentro del programa que los dependientes (65.9% vs 54.8%)
 - Se identifican evidencias estadísticamente significativas que explican la relación entre uso de sustitutos y no abandono de tratamiento ($\chi^2=9.55$ (1); $p<0.01$), puesto que dos de cada tres de las personas que se quedan en tratamiento utiliza sustituto de nicotina (SN) y más de la mitad del grupo que abandona el tratamiento, no lo utiliza (56.3%).
 - 63 de 86 personas que **terminan el tratamiento lo hacen con cesación** (73.25%). De igual forma, Es importante considerar que es elevada la cesación alcanzada por la población que abandona el tratamiento (40.32%).
-

Similitudes

- El abandono o mantenimiento del tratamiento no mantiene relación con el tipo de usuario puesto que se observan similares porcentajes entre monousuarios y poliusuarios que concluyen el tratamiento.
 - No se reconocen evidencias en la influencia de la cantidad de cigarrillos consumidos al día con el abandono o no abandono de tratamiento.
 - - En la comparación de recaídas entre los que abandona el tratamiento y los que no, se puede identificar que ambos grupos cuentan con similares posibilidad de recaída.
-

La recaída tiene relación con el nivel de dependencia (de acuerdo al Fagerström, el 62.9% de los dependientes recaen) y la situación final ($\lambda = 452$, $P < 0.001$), principalmente en la población que abandona el programa sin cesación del consumo se observa que el 83.3% recaen. Es importante señalar que la recaída observada en la muestra que logra la cesación es baja (alrededor del 30%).

De los 142 pacientes que reportaron el uso o no uso de sustitutos de nicotina (SN) se identificó que más de la mitad de ellos los utilizaron (57.74%), principalmente los parches y los chicles de nicotina.

Cabe mencionar que se careció de evidencia para identificar la influencia de la cantidad de cigarrillos fumados al día con el uso de SN, así mismo, no se encontró relación entre el uso de SN y la presencia de recaídas en el consumo de tabaco, lo que abre la posibilidad de que el uso de SN sea independiente de la cantidad de cigarrillos fumados al día y que la recaída sea una situación esperada dentro del tratamiento.

Es conveniente resaltar que alrededor de las tres cuartas partes de las personas que logran la cesación del consumo refirieron como motivo de consumo, de acuerdo al Russell, los motivos psicológicos (estados de tranquilidad, soledad y seguridad) y de estimulación (para no aburrirse y poderse concentrar en sus actividades), siendo mas alto el porcentaje en el grupo que termina el tratamiento.

INDICADORES DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL

“PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR”

De los 148 casos, que ingresaron al programa el 59.49% lograron la cesación del consumo de tabaco, principalmente la muestra que concluyó el programa (42.6%)¹⁹.

Se identificó que existe una relación modesta, entre la cantidad de cigarrillos consumidos al día y la situación final (asociación línea por línea = 4.14; $p < .05$), destacando que la mayor parte de los participantes consumía al iniciar el programa más de 20 cigarrillos diarios, principalmente las personas que abandonaron el tratamiento sin cesación. En caso contrario, en los fumadores de menor consumo (de 6 a 10 cigarrillos) fue más elevado el porcentaje de personas que terminaron el tratamiento sin cesación. **(cfr. Cuadro 4).**

Al identificar la relación que puede tener la fase de disposición al cambio y la situación final, se encontraron diferencias estadísticas (Coeficiente de contingencia = .425; $P < .000$), que permiten reconocer que las personas que terminaron el tratamiento y las que lo abandonaron sin lograr la cesación se encuentran en mayor medida en las etapas de contemplación y precontemplación.

En el caso de las personas que abandonaron el programa y lograron la cesación, se observa que el mayor porcentaje se ubica en la etapa de determinación. El grupo que logró el alta con cesación reportó mayor distribución de los porcentajes en las fases de contemplación, determinación y acción, lo que permite suponer que la etapa de disposición, puede ser un indicador inicial que detecte a los pacientes que posiblemente se mantengan dentro del programa de Tabaco. **(cfr. Cuadro 5).**

Se careció de evidencia estadística para contemplar la relación entre tipo de usuario y situación final, debido a que similar número de monousuarios y poliusuarios se encontraron en el grupo que abandona o concluye el tratamiento.

Sin embargo en los tres grupos (monousuarios, poliusuarios de drogas legales. alcohol y tabaco- y poliusuarios de drogas ilegales)

¹⁹ De 86 personas que concluyeron el tratamiento, 63 lograron la cesación (73.25%) y 23 no (26.74%) y de 62 personas que abandonaron tratamiento, 25 alcanzaron la cesación (40.32%) y 37 no (59.67%).

se distinguen porcentajes importantes de personas que concluyeron el tratamiento con cesación (arriba del 35%), principalmente en los poliusuarios legales (cerca de la mitad).

Se identificó una relación entre el uso de sustitutos y la situación final (r Pearson = .269; $p < .001$), lo que permite suponer que el uso de la terapia de reemplazo de nicotina dentro del programa es útil para que los fumadores logren la cesación.

Dos de cada tres personas que logró la cesación al finalizar el tratamiento utilizó parches (38.09%) o chicles de nicotina (27.38%). Otro elemento importante es que las personas que concluyeron el tratamiento con cesación, hicieron uso de otras alternativas de sustitutos o medicamentos que apoyaran su objetivo de dejar de fumar.

DIFERENCIAS ENTRE LA POBLACIÓN QUE CONCLUYE O ABANDONA EL PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR EN EL SEGUIMIENTO

Para el seguimiento de los casos atendidos en las clínicas de tabaquismo, los terapeutas realizaron llamadas telefónicas a los 148 casos incluidos en el estudio, para indagar la situación de consumo actual. Los seguimientos generalmente fueron realizados un año posterior a la conclusión del tratamiento.

De esta forma se logró contactar a 99 casos, de los cuales se relacionó la situación final del programa y el consumo reportado en el seguimiento (66.9% de la muestra total), obteniendo una asociación estadísticamente significativa (τ b de Goodman y Kruskal = .289; $p < 0.01$ / coeficiente de contingencia = .473; $p < .001$) que permite reconocer que más de la mitad de las personas que concluyeron el tratamiento con cesación (59.6%), la continúan manteniendo, caso contrario de las personas que abandonaron el tratamiento ya que los que no lograron la cesación reportan consumo actual de tabaco (72.25%).

Se realizó una comparación del seguimiento con la situación de consumo que presentaban al momento de incorporarse al tratamiento, diferenciando las personas que concluyeron el tratamiento (60.60%) y las que lo abandonaron (39.39%), a continuación se enuncian algunos de los datos más relevantes:

Abandonaron tratamiento (n=39)

Concluyeron el tratamiento (n=60)

- El 84.6% continúan fumando.
- El consumo es frecuente (72.7%).
- El 63.3% mantiene un consumo menor a 10 cigarrillos diarios.
- El 28.6% consume además del tabaco otra droga (principalmente alcohol).
- Se identifica diferencias significativas entre el consumo al inicio del tratamiento y el consumo en el seguimiento (t1 [20.12]; t2 [8,73]; p< 0.001). De tal forma que se observa un decremento de 19 cigarrillos a cerca de 10 cigarrillos.
- El 44.4% consideran su consumo de tabaco como un problema menor y un 16.7% que ya no es un problema, aunque es importante el porcentaje de personas que plantean la no existencia de cambios (27.8%).
- La mitad de la población plantea que utiliza las técnicas aprendidas en el tratamiento.
- La mayor parte de los pacientes (68.4%) consideran que el tiempo del tratamiento fue escaso.
- El 53.3% continúan fumando.
- El consumo es frecuente (71%).
- Cerca del 60% mantiene un consumo menor a 10 cigarrillos por día.
- El 14.3% consume además del tabaco otra droga (principalmente alcohol).
- Existen diferencias significativas entre el consumo al inicio del tratamiento y el consumo en el seguimiento (t1 [21.69]; t2 [8,69]; p< 0.001). De tal forma que se observa un decremento de 16 cigarrillos a cerca de 10 cigarrillos.
- El 40.7% de la población considera que el problema es menor que antes y el 37% indica que ya no es un problema, solo el 18.5% no reconoce cambios.
- El 72% de la población plantea que hace uso de las técnicas aprendidas en el tratamiento. (cfr. Cuadro 6).
- Tres cuartas partes de los participantes señalaron que el tiempo del tratamiento fue suficiente.

OBSERVACIONES FINALES

A partir de los resultados obtenidos de la Evaluación del Programa para dejar de Fumar, se puede concluir que el consumo de tabaco de las personas que asisten a tratamiento, es en su mayoría excesivo (20 cigarrillos o más por ocasión), con un elevado nivel de dependencia (dato reforzado por los indicadores de motivo de consumo de estimulación, necesidad y hábito y el cuestionario Fagerström), aunado al hecho de que en general, estas personas inician el consumo de tabaco a edades más tempranas (adolescencia), dejando pasar alrededor de 30 años antes de

decidir buscar ayuda y mientras esto sucede, se incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades asociadas al consumo.

Aún cuando los datos se refieren al estudio de 9 clínicas, nos dan un indicio de la eficacia que tienen para tratar el problema de consumo de tabaco; hay que aclarar que los participantes en el Programa para dejar de Fumar, son en un importante número poliusuarios²⁰, este factor diferencial con respecto al formato del INER, indica que el ser monousuario o poliusuario, no afecta el resultado del tratamiento, pero sí el nivel de dependencia al tabaco y la disposición al cambio.

Los usuarios que se encontraban en una etapa de *determinación o acción*, fueron capaces de concluir el tratamiento con un cese en su consumo o en caso contrario, aun cuando llegaron a abandonar el programa, fueron personas que consideraron haber aprendido lo suficiente, para manejar su consumo.

Aún cuando los cambios observados en ambos grupos no son extremos, el programa brinda al paciente la posibilidad de desarrollar habilidades presentes y organizar sus propias estrategias para enfrentar el consumo; al parecer, en los pacientes que desertan, el programa también tiene un impacto importante en la *reducción* del número de cigarros fumados por ocasión y en el consumo de otra droga.

Como es de suponerse, el número de recaídas presentes fue mayor en los pacientes que abandonaron el programa y en los pacientes que concluyeron el programa, pero que sólo redujeron la cantidad de cigarros fumados por ocasión.

El uso de sustitutos, parece apoyar la creencia de mejoría en los pacientes, al igual que el uso de las técnicas aprendidas en el programa, ya que las $\frac{3}{4}$ partes de los pacientes que concluyeron el programa, las utilizan.

En el estudio se realizó un sondeo con los responsables de las clínicas de tabaquismo, para indagar en las necesidades, dificultades y adaptaciones que realizaron al aplicar el programa del INER con la población que demanda los servicios de

²⁰ Además del Tabaco consumen alcohol, marihuana, cocaína, crack, inhalantes, benzodiazepinas.

tratamiento en CIJ. Los equipos técnicos plantearon que realizaron algunos ajustes de acuerdo a las características de la institución y de la población que atienden, de los cuales presentamos a continuación:

- La población que recurre a tratamiento en CIJ cuenta con patrones de consumo complejos tanto en el abuso de tabaco, como por el uso de otras sustancias adictivas alguna vez en la vida o actual. Los terapeutas dan prioridad a apoyar la cesación del consumo de tabaco de las personas que demandan el servicio, independientemente de ser o no usuarios de drogas ilegales²¹.
- La experiencia con los fumadores, les ha demandado la necesidad de recursos tecnológicos para presentar la información (diapositivas y videos), así como conformar textos explicativos que los fumadores puedan llevar a casa (ejemplo: beneficios que representa dejar de fumar).
- En algunos casos se ha incorporado la Terapia de Reemplazo de Nicotina en la fase diagnóstica a manera de intervención previa.
- Los terapeutas explican que la percepción de riesgo y motivación al cambio de los fumadores es menor que los consumidores de otros tipos de drogas, incrementando su resistencia a la cesación de consumo de tabaco así como la tendencia a abandonar el programa. En algunos casos, la deserción y la falta de continuidad en los seguimientos, responde a que los pacientes lograron la cesación y ya no consideran necesario continuar asistiendo.
- Requieren apoyo multidisciplinario para abordar aspectos nutricionales y alteraciones fisiológicas causadas por el consumo de tabaco.
- Las limitaciones económicas de los fumadores ha requerido modificar elementos que contempla el programa del INER (estudios médicos), dependiendo del caso, se ha optado por

²¹ De hecho hay terapeutas que consideran oportuno el trabajo con consumidores de otras drogas, principalmente con los abusadores de crack, porque ambas drogas se fuman y provocan contracciones que dañan al pulmón.

discriminar la revisión médica de aquellos estudios que tienen prioridad.

El desarrollo del programa del INER en CIJ, ha llevado a que los terapeutas de forma gradual consideren la viabilidad de incorporar los siguientes elementos, de acuerdo a las características de cada grupo:

- Información y estrategias para el manejo de la depresión y ansiedad, debido a que en ocasiones el consumo de tabaco se relaciona con estos estados emocionales y no abordarlos puede repercutir en los resultados, donde sólo se logre la mejoría y no la cesación del consumo de tabaco.
- Abordar el uso conjunto de alcohol y tabaco, puesto que un amplio grupo de sus pacientes reporta el consumo de ambas sustancias.
- Trabajar con los familiares de los fumadores (principalmente cuando se habla de recaídas), ellos explican que la cesación del consumo de tabaco demanda la modificación de estilos de vida, hecho que desorganiza la dinámica familiar²². La participación y apoyo que se logre por parte de los miembros de la familia, evita que saboteen el proceso de tratamiento con situaciones de consumo e incrementa la posibilidad de que el fumador logre mantener la cesación de consumo de tabaco.
- Proporcionar ejercicios de rehabilitación pulmonar (uso del espirómetro) a los fumadores durante el programa para que cuenten con alternativas que favorezcan su ventilación cuando dejen de fumar.
- Brindar alternativas de actividades físicas que favorezcan su rehabilitación y la modificación de estilos de vida relacionados con el consumo de tabaco.

²² Bajo esta dimensión, los cambios que realice el paciente en su contexto familiar para desincorporar el hábito de fumar, es considerado por algunos terapeutas como una intervención a distancia, porque por medio del paciente se llega a la familia y se logra modificar o eliminar los elementos promotores de consumo de tabaco.

- Evitar restringir el programa a población que se encuentre en mayor disposición al cambio (contemplación y acción), consideran pertinente activar acciones de pre tratamiento o sensibilización con fumadores que todavía no piensan dejar de fumar, a fin de integrarlos al programa cuando ya estén preparados para suspender el consumo. Esta medida permitirá incorporar a mayor número de fumadores y captar a población que por sí sola no tiene las condiciones idóneas para dejar el consumo de tabaco.

Con base en lo anterior, puede adelantarse que el programa cumple de manera satisfactoria dos funciones fundamentales en la atención del tabaquismo: 1) conseguir la reducción o cesación del consumo en la mayor parte de los fumadores atendidos, esto es particularmente importante si se considera que éstos, presentan condiciones de consumo elevado, de largo tiempo y alto riesgo de ser afectados por alguna otra enfermedad relacionada con el tabaquismo ; 2) conformar una acción preventiva eficaz, en tanto que la decisión para dejar de fumar, conduce a generar cambios en las actividades y la circunstancia de la cotidianidad del fumador, mismas que necesariamente impactan otras áreas del desempeño psicosocial como la familia, los compañeros, los amigos, el trabajo, entre otros.

BIBLIOGRAFÍA

- Aizpiri Díaz J., J. A. Barbado Alonso, P. J. Cañones Garzón, A. Fernández Camacho, F. Gonçalves Estella, J. J. Rodríguez Sendín, I. De La Serna De Pedro Y J. M. Solla Camino (2002) Medicina General; Trastornos por Sustancias de Abuso (I): Tabaquismo 46: 617-621.
- Arjonilla S, Pelcastre B, & Orozco E. (2000) Representación social del consumo de tabaco en una institución de salud. Salud Mental, 23 (3):2-12.
- Cuevas, M. Deje de fumar en CIJ. En: CIJ Informa 2002. Centros de Integración Juvenil. México, 7 (25):10 –19.
- Centros de integración Juvenil. Subdirección de Investigación. Prevalencia de uso de sustancias psicoactivas entre estudiantes de 10 a 18 años residentes en los municipios de

Tlaquepaque y Tonalá. CIJ, Informe de investigación 97-26, México, 1997.

- Centros de integración Juvenil. Subdirección de Investigación. Prevalencia de uso de sustancias psicoactivas entre estudiantes de 10 a 18 años residentes en los municipios de Tlaquepaque y Tonalá. CIJ, Informe de investigación 98-01, México, 1998.
- Centros de integración Juvenil. Subdirección de Investigación. Prevalencia de uso de sustancias psicoactivas entre estudiantes de 10 a 18 años residentes en los municipios de Tlaquepaque y Tonalá. CIJ, Informe preliminar, México, 2000.
- Centros de integración Juvenil. Subdirección de Investigación. Prevalencia de uso de sustancias psicoactivas entre estudiantes de 10 a 18 años residentes en los municipios de Tlaquepaque y Tonalá. CIJ, Informe preliminar, México, 2001.
- Centros de integración Juvenil. Subdirección de Investigación. Prevalencia de uso de sustancias psicoactivas entre estudiantes de 10 a 18 años residentes en los municipios de Tlaquepaque y Tonalá. CIJ, Informe preliminar, México, 2002.
- Chávez- López R., Campillo O. (2000). Proyecto para la creación de un centro documentación en alcoholismo, tabaquismo y adicciones. Anuario de Investigación en adicciones, 1 (1):49-51.
- Copeland Amy L.; Thomas H. Brandon (2002) Do Desirability Ratings Moderate the Validity of Probability Ratings on the Smoking Consequences Questionnaire—Adult? A Reanalysis Using Regression. *Psychological Assessment*, vol.14(3):353–359.©2002 American Psychological Association.
- Cummings , C; Gordon, J.R., Marlatt, G.A. (1980) Relapse: Preventing and prediction. In W.R. Miller. *The addictive behaviors: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity* . New York pergamon Press.
- Dominick L. Frosch; Steve Shoptaw; Deborah Nahom; Murray E. Jarvik (1999). Associations Between Tobacco Smoking and Illicit Drug Use Among Methadone-Maintained Opiate-Dependent Individuals September 16.

- Ellis A. Abrahms E. *Terapia Racional Emotiva (TRE)*. Editorial Pax, México, D.F., 1983.
- Fagertröm, K.O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, vol. 3, 235-241.
- Gutiérrez L. A.D. y Castillo F. P.I. México, 2001. El Consumo de Drogas entre pacientes que Ingresaron a tratamiento en Centros de Integración Juvenil durante el 2001. CIJ, Informe de investigación 02-01. Subdirección de Investigación.
- Gutiérrez L. A.D. y Castillo F. P.I. Mayo, 2003. Estadísticas Sociodemográficas y de Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en Centros de Integración Juvenil en 2002. Informe de Investigación 03-01b. Subdirección de Investigación.
- Gwaltney Chad J., Saul Shiffman, Jean A. Paty, Ken S. Liu, Jon D. Kassel, Maryann Gnys, and Mary Hickcox (2002) Using Self-Efficacy Judgments to Predict Characteristics of Lapses to Smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70(5):1140–1149, ©2002 American Psychological Association
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112:64–105.
- Kazdin A. (1974). Reactive Self-Monitoring: The effects of response, desirability, goal setting, and feedback. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol 42(5).
- Kimber Paschall Richter, R.M. Mc Cool, K.S. Okuyemi, M.S. Mayo, J.S. Ahluwalia. (2002) Patients' views on smoking cessation and tobacco har reduction during drug treatment. *Nicotine & tobacco Research*, S175-S182.
- Lloyd-Richardson, Elizabeth E., G. Papandonatos, A. Kazura, C. Stanton, and R. Niaura (2001) Differentiating Stages of Smoking Intensity Among Adolescents: Stage-Specific Psychological and Social Influences. Revision received October 23, Accepted October 29, 999-1008.

- Martínez MA, Gargias A, Cintora R., Villatoro J. & Medina-Mora ME. México, 2002. El consumo de drogas en estudiantes de bachillerato del estado de Querétaro. En Secretaria de Salud-CONADIC. Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2002. Consejo contra las Adicciones, 141-143.
- NIDA News Release (2000) Nicotine Craving and Heavy Smoking May Contribute to Increased Use of Cocaine and Heroin. February 20 <http://www.drugabuse.gov>
- Medina-Mora ME; M.P. Peña-Corona, P Cravioto, J. Villatoro & P. Kuri (2002). Del tabaco al uso de otras drogas: ¿el uso temprano de tabaco aumenta la probabilidad de usar otras drogas?. Salud Pública de México, 44(suplemento 1): 109-115.
- Pallonen, U. E., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Prokhorov, A. V., & Smith, N. F. (1998). Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: An empirical investigation. Addictive Behaviors, (23):303–324.
- Peña MP, & Díaz G. (2000). Algunos apuntes sobre tabaquismo. Liber-Addictus, (38), 10-11.
- Pérez P; E. Pérez, A Becerril; MA Ocampo (2002) Importancia de la prevención y detección de las lesiones bucales por uso de tabaco. Conadic Informa, Noviembre, 7-10.
- Ponciano G. (2002). El impacto del tabaquismo en la salud y calidad de vida de la mujer. Conadic Informa. Noviembre, 5-6.
- Pomares, J.; M. Lozano. (2001). Nuevas estrategias farmacológicas en el tratamiento del tabaquismo. Adicciones, 13(3):315-318.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, vol. 19, 276-288.
- Sansores R.H., A. Ramírez-Venegas, M. Espinoza; R.A. Sandoval (2002). Tratamientos para dejar de Fumar, disponibles en México. En Salud Pública de México 44(1):116-124.

- Sansores R. H., Córdoba-Ponce M. P., Espinosa Martínez M., Herrera-Kiengelher L., Ramírez-Venegas A., Martínez-Rossier L. A., et al. (1998). Evaluación del programa cognitivo-conductual para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. México*, vol. 11, 29-35.
- Stacy; B. R. Flay; S. Sussman; K. S. Brown (1990). Validity of Alternative Self-Report Indices of Smoking Among Adolescents. *A journal of Consulting and Clinical psychology*,. vol. 2(4).
- Vázquez, F.L; E. Becoña (1996). Los programas conductuales para dejar de fumar. Eficacia a los 2-6 años de seguimiento. *Adicciones* vol. 8(3): 369-392.

ANEXO

CUADRO 1.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (n=148)

	Categoría	Frec.	% válido
Estado civil	Soltero	39	26,7
	Con pareja	91	62,3
	Otro	16	10,9
	Sin información	2	Se omite
Sexo	Masculino	89	60,1
	Femenino	59	39,9
Escolaridad	Primaria	32	22,2
	Secundaria	41	28,5
	Bachillerato	27	18,7
	Estudios Técnicos	15	10,4
	Licenciatura	26	18,0
Ocupación	Empleado	28	19,3
	Oficio	24	16,6
	Comercio	21	14,5
	Profesionista	11	7,6
	Hogar	34	23,4
	Sin ocupación	13	9
	Subempleo	5	3,4
	Estudia y Trabaja	2	1,4
Edad	10-14 años	1	0,7
	15-19 años	10	6,8
	20-24 años	13	8,8
	25-29 años	13	8,8
	30-34 años	9	6,1
	35-39 años	20	13,6
	40-44 años	15	10,2
	45-49 años	18	12,2
	50-54 años	21	14,3
	55-59 años	10	6,8
	60-64 años	12	8,2
	65-80 años	5	3,4
Sin información	1	Se omite	

CUADRO 2.**CASOS ATENDIDOS POR CIJ**

Centro	Frec.	% válido
Azcapotzalco	4	2.7
Culiacán	5	3.4
Hermosillo	5	3.4
Iztapalapa Sur	24	16.2
León	23	15.5
Pachuca	8	5.4
Poza Rica	20	13.5
San Luis Potosí	16	10.8
UTCE Norte	43	29.1
Total	148	100

CUADRO 3.**RELACIÓN ENTRE DEPENDENCIA Y MOTIVOS DE CONSUMO (n=115)**

Motivos	Dependencia	Rango Promedio	Suma de Rangos	U de Mann-Whitney	P
Estimulación	No	48.18	1638.0	1043.0	.01
	Si	62.12	5032.0		
Manipulación	No	49.93	1697.5	1102.5	.05
	Si	61.39	4972.5		
Necesidad	No	44.19	1502.5	907.5	.001
	Si	63.80	5167.5		
Hábitos	No	45.51	1547.5	952.5	.01
	Si	63.24	5122.5		

CUADRO 4.**CANTIDAD DE CIGARROS CONSUMIDOS AL DIA Y FASE DE DISPOSICIÓN (n=142)**

Situación final	Cantidad de cigarrillos al día										Total n
	0 a 5		6 a 10		11 a 15		16 a 19		20 o más		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Abandono sin cesación	2	6.3	4	12.5	3	9.4	1	3.1	22	68.8	32
Abandono con cesación	3	12.0	5	20.0	3	12.0	1	4.0	13	52.0	25
Alta sin cesación	1	2.3	6	26.1	5	21.7	-	-	11	47.8	23
Alta con cesación	8	12.9	12	19.4	12	19.4	4	6.5	26	41.9	62
Totales	14	9.9	27	19.0	23	16.2	6	4.2	72	50.7	142

Asociación línea por Línea .4.13; P<.05

CUADRO 5.**SITUACIÓN FINAL DEL TRATAMIENTO (N= 148)**

Fase de Disposición al cambio	Situación final							
	Abandono sin cesación		Abandono con cesación		Alta sin cesación		Alta con cesación	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Precontemplación	6	46.2	-	-	2	15.4	5	38.5
Contemplación	23	37.1	5	8.1	15	24.2	19	30.6
Determinación	3	7.3	11	26.8	5	12.2	22	53.7
Acción	5	15.6	9	28.1	1	3.1	17	53.1
Totales	37	25.0	25	16.9	23	15.5	63	42.6

Coeficiente de contingencia .425; P<.001

CUADRO 6.

TÉCNICAS UTILIZADAS DESPUÉS DE CONCLUIDO EL TRATAMIENTO

-
1. Relajación
 2. Información sobre daños ocasionados por el consumo
 3. No traer cigarros
 4. Fumar menos (control)
 5. Ritual
 6. Ocupación del tiempo libre
 7. Decisión (solo dejar de fumar)
 8. Evitar situaciones y personas que propician el consumo
 9. Uso de parches
 10. Manejo nutricional (dieta)
 11. Detención del pensamiento (cambiar su manera de pensar acerca del cig)
 12. Técnicas asertivas
 13. Práctica de actividades recreativas
-