



Enseñanza e Investigación en Psicología

ISSN: 0185-1594

rbulle@uv.mx

Consejo Nacional para la Enseñanza en
Investigación en Psicología A.C.

México

Pech Puebla, Daniel; Lira Mandujano, Jennifer; Cruz Morales, Sara Eugenia
Factores emocionales como predictores de consumo en una intervención cognitivo-
conductual para dejar de fumar
Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 22, núm. 2, mayo-agosto, 2017, pp. 212-
222
Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C.
Xalapa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255774008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

FACTORES EMOCIONALES COMO PREDICTORES DE CONSUMO EN UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR

Emotional factors as smoking predictors in a behavioral-cognitive treatment to stop smoking

Daniel Pech Puebla, Jennifer Lira Mandujano y Sara Eugenia Cruz Morales
Universidad Nacional Autónoma de México¹

Citación: Pech, D.; Lira, J. y Cruz, S. E. (2017). Factores emocionales como predictores de consumo en una intervención cognitivo-conductual para dejar de fumar. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(2), 212-222.

Artículo recibido el 14 de octubre y aceptado el 14 de noviembre de 2016.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el alcance de los niveles de ansiedad, depresión y la motivación al cambio en la predicción del éxito después de un tratamiento cognitivo-conductual para dejar de fumar. Se empleó un diseño preexperimental, con seguimiento a seis meses. Participaron 24 mujeres y 22 hombres, con una edad media de 42.74 años, a quienes se realizó una evaluación previa a un tratamiento para dejar de fumar, una evaluación posterior y un seguimiento a seis meses. Los factores predictores resultantes de este estudio fueron, a saber: el nivel de depresión en el pretratamiento, la motivación al cambio en el postratamiento y el nivel de depresión y motivación en el seguimiento. Tomando en cuenta las limitaciones de este estudio, se concluye que los principales predictores del consumo son el nivel de depresión y la motivación al cambio.

Indicadores: *Predictores de consumo; Tratamiento para dejar de fumar; Ansiedad; Depresión; Motivación al cambio.*

ABSTRACT

This study aimed to assess the levels of anxiety and depression, and the motivation to change, in predicting success after a cognitive-behavioral treatment in order to stop smoking. This study was conducted using a pre-experimental design with a six-months monitoring. 24 women and 22 men, with an average age of 42.7 years, were evaluated. The procedure included a pre-treatment evaluation, a treatment to quit smoking, a post-treatment evaluation and a six-months monitoring. The factors that predicted consumption were the depression level for pre-treatment, the motivation to change for post-treatment, and depression level and motivation to change for monitoring. Taking into account the limitations of the study, it is concluded that the main predictors of consumption are the level of depression and the motivation to change.

Keywords: *Predictors of consumption; Stop smoking treatment; Anxiety; Depression; Motivation to change.*

¹ División de Investigación y Posgrado, UIICSE, FES-Iztacala, Av. de los Barrios núm.1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. de contacto: (55)39-89-47-56, correos electrónicos: daniel_070288@comunidad.unam.mx, liramjenn@comunidad.unam.mx y saracruz@posgrado.unam.mx.

El consumo de tabaco es un problema de salud presente en todo el mundo y que aumenta año con año. De acuerdo con datos proporcionados por la World Health Organization (WHO), en el año 2012 (cf. WHO, 2016), 21% de la población mundial mayor de 15 años consumían tabaco, siendo los hombres quienes fumaban aproximadamente cinco veces más que las mujeres, en porcentajes de 36 y 7%, respectivamente (WHO, 2016). En México, según la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada en el año 2011 por el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones [CENADIC], la Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC], el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, el Instituto Nacional de Salud Pública y Vivir Mejor (cf. Reynales et al., 2012), 21.7% de la población (17.3 millones), en el rango de edad de 12 a 65 años, era fumadora, 26.4% (21 millones) eran exfumadores y 51.9% (41.3 millones) no había fumado.

Al consumo de tabaco se le ha asociado con diferentes consecuencias relacionadas con la salud, tales como cáncer, problemas respiratorios y cardiacos y trastornos en el embarazo (Banderali et al., 2015; Burke et al., 2012; Cao, Yang, Gan y Lu, 2015; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2016; Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC], 2013; Florou, Gkiozos, Tsagouli y Syrigos, 2014; Hamra et al., 2014; Jones et al., 2011; National Institute of Drug Abuse [NIDA], 2012).

Se han desarrollado diferentes tipos de tratamiento que tienen el objetivo de ayudar a las personas a dejar de fumar. Entre las principales terapias utilizadas se encuentran los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. En los primeros se encuentran los que utilizan el reemplazo de nicotina por medio de chicles, inhaladores, sprays nasales y parches, y ciertos tratamientos que utilizan medicamentos tales como la vareniclina, el bupropion, la clonidina y la nortriptilina (Chaney y Sheriff, 2012; Chen y Wu, 2015). Entre los tratamientos no farmacológicos se hallan los de tipo psicológico, como la consejería y la terapia psicológica (Chaney y Sheriff, 2012; Chen y Wu, 2015; Míguez y Pereira, 2013; Pelletier, Strout y Baumann, 2014), los enfocados en el control de

peso y actividad física, la hipnoterapia y la acupuntura (Chaney y Sheriff, 2012), los tratamientos basados en el uso de tecnología como Internet, mensajes de texto y teléfono (Brown, 2013; Pelletier et al., 2014), y también las combinaciones de dos o más de los tratamientos anteriores (Chaney y Sheriff, 2012; Chen y Wu, 2015).

El éxito de los tratamientos para dejar de fumar se encuentra asociado con diferentes factores que ayudan a predecir su efectividad. En diferentes estudios se han identificado algunos de ellos, los cuales se pueden dividir en factores sociodemográficos (edad, sexo y nivel educativo [Marqueta, Nerín, Jiménez, Gargallo y Beamonte, 2013; Walker y Loprinzi, 2014]), factores relacionados con el consumo de nicotina (patrón de consumo, número de años de consumo y nivel de dependencia [Carreras et al., 2012; Dorner, Trössl, Womastek y Groman, 2011; Marqueta et al., 2013; Selby, Voci, Zawertailo, George y Brands, 2010; Walker y Loprinzi, 2014]) y factores emocionales como la ansiedad, la depresión y la motivación al cambio (Cosci et al., 2009; Dorner et al., 2011; Marqueta et al., 2013; Piñeiro et al., 2016).

A pesar de que se han estudiado todos los factores que predicen el éxito de los tratamientos para dejar de fumar, hay un mayor número de estudios relacionados con los factores emocionales, como la ansiedad, la depresión y la motivación al cambio, siendo los que al parecer tienen un mayor impacto.

Cosci et al. (2009), por ejemplo, llevaron a cabo un estudio de doble ciego cuyo fin fue evaluar si la dependencia a la nicotina, el distrés psicológico y los rasgos de personalidad resultan ser predictores del cese del consumo. En dicho estudio participaron 297 personas fumadoras, mismas que fueron divididas en dos grupos según sus niveles de nicotina en sangre. Cada uno de los participantes de los dos grupos fue asignado de forma aleatoria a un tratamiento con parches de nicotina o a un placebo. El tratamiento tuvo una duración de tres meses, con una evaluación de seguimiento de un año. Los autores concluyen que cuando hay niveles altos de distrés psicológico, en el que incluyen las evaluaciones de la ansiedad y depresión antes de iniciar un tratamiento, aumenta el riesgo de que reaparezca el consumo al cabo de ese tiempo.

En otro estudio realizado por Marqueta et al. (2013) se analizaron los factores predictores del éxito del tratamiento, para lo cual se tomaron en cuenta los datos de 1,302 personas fumadoras, en quienes se evaluaron los síntomas de ansiedad y depresión, el nivel de dependencia y se les tomaron muestras de co. Con respecto al tratamiento, recibieron atención psicológica grupal de tipo cognitivo-conductual durante tres meses. Los autores hallaron que 41.3% de los participantes dejó de fumar, y que los usuarios que lograron el éxito en el tratamiento no padecían trastornos de ansiedad o depresión durante el mismo.

Con el fin de identificar los factores que predicen el éxito del tratamiento, Dorner et al. (2011) condujeron un estudio con 2,471 personas fumadoras durante cinco semanas, formándose grupos según el número de sesiones a las que asistieron los participantes. Se evaluó la línea base del consumo de tabaco, el nivel de co en sangre y los síntomas de abstinencia relacionados con la sustancia a lo largo de las sesiones. Se proporcionaron sesiones grupales de terapia psicológica y modificación conductual y, si era requerido, un tratamiento farmacológico de reemplazo de nicotina. Según los hallazgos más relevantes, se concluyó que no tener una historia de depresión es uno de los factores que pueden explicar el éxito en el cese del consumo de tabaco.

En la misma línea, Piñeiro et al. (2016) realizaron un estudio con el fin de determinar si la motivación al cambio es un predictor del cese de consumo y el mantenimiento de la abstinencia. Para cumplir con dicho objetivo, evaluaron a 286 personas fumadoras que se encontraban bajo un tratamiento psicológico cognitivo-conductual para dejar de fumar. Para valorar la motivación utilizaron la versión en español del instrumento *Readiness to Quit Ladder* (cf. Abrams et al., 2003). Los autores encontraron que 61.9% de los participantes logró la abstinencia y altos niveles de motivación al cambio, concluyendo que tener un nivel alto de tal motivación antes y después del tratamiento predice el cese del consumo a corto y largo plazo.

Lira, González, Carrascoza, Ayala y Cruz (2009) demostraron que al utilizar una intervención breve motivacional para fumadores (IBMF), la cual se enfoca en el fortalecimiento de la autoeficacia y el modelo de prevención de recaídas, se obtuvieron

resultados positivos con respecto al mantenimiento de la abstinencia durante y después de la intervención. Este tratamiento se basa en la teoría cognitivo-social (Bandura, 1986), la entrevista motivacional (Miller, 1999; Miller y Rollnick, 1991), la teoría de etapas de cambio (Prochaska y DiClemente, 1986), la teoría de prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985) y las técnicas de autocontrol (Hester y Miller, 1989). Es un tratamiento que consta de nueve sesiones, distribuidas en una sesión de admisión, una de evaluación, cuatro de tratamiento y tres de seguimiento. Se busca trabajar principalmente sobre cuatro factores que se relacionan con el proceso de cese del consumo: la motivación al cambio, la dependencia a la nicotina, las barreras para dejar de fumar y las estrategias de afrontamiento.

Según se ha observado, el consumo de tabaco se relaciona con diferentes problemas de salud. El éxito de los tratamientos para dejar de fumar se encuentra muy vinculado con los factores que logran predecir el consumo. Específicamente, la ansiedad, la depresión y la motivación al cambio funcionan como factores emocionales predictores de consumo de tabaco cuando se utilizan tratamientos para dejar de fumar. Asimismo, hay tratamientos como la IBMF que han demostrado ser efectivos.

Es importante identificar los factores que funcionan como predictores de consumo en los diversos tratamientos que han demostrado su efectividad para así conocer el perfil de aquellas personas que logran dejar de fumar cuando se utilizan tratamientos específicos y así enfocarlos adecuadamente, todo ello con el fin de aumentar su efectividad y para que la abstinencia se mantenga por más tiempo. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue analizar si los síntomas de ansiedad, depresión y nivel de motivación al cambio funcionan como predictores de consumo de tabaco, y determinar el perfil de aquellos para quienes el tratamiento cognitivo-conductual utilizado es más efectivo en la población mexicana.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra clínica no probabilística de 46 sujetos voluntarios mexicanos, consumidores de tabaco, que atendieron el programa IBMF (Lira,

Cruz y Ayala, 2012). De ellos, 24 fueron mujeres y 22 hombres, con una edad media de 42.74 años (D.E. = 10.03), siendo la edad menor de 22 años y la mayor de 61 años. De los participantes, 43.5% tenía un nivel educativo de licenciatura. La edad de inicio de consumo de tabaco se ubicó entre 9 y 49 años, con una media de 17.30 años (D.E. = 6.13).

Instrumentos

Los datos para este estudio se recopilaron utilizando una entrevista inicial, la línea base retrospectiva, inventarios de depresión y ansiedad y una escala de disposición al cambio, los cuales se describen a continuación.

Entrevista inicial: Con ella se obtuvieron datos sociodemográficos y características del consumo de los pacientes, así como problemas relacionados a partir del consumo.

Línea base retrospectiva (LIBARE) (Sobell y Sobell, 1980). Este instrumento se empleó con el fin de conocer el patrón de consumo diario de cigarrillos. Con él se obtienen datos como el promedio de consumo diario, semanal y mensual en un determinado lapso establecido por el terapeuta. La adaptación de este instrumento para diferentes sustancias, entre las cuales se encuentra el alcohol, fue hecha por Robinson, Sobell, Sobell y Leo (2014). Se obtienen resultados de confiabilidad por test-retest con correlaciones que van de .75 a .96 en evaluaciones de 30, 90 y 360 días de consumo previos.

Inventario de Síntomas de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Steer y Gabin, 1988). En este instrumento, adaptado por Jurado et al. (1998), se les pide a las personas evaluadas que escojan una frase de entre cuatro opciones que más se adapte a su situación en la última semana. Estas frases están relacionadas con síntomas de depresión y se evalúan 21 juegos de frases. La calificación se realiza sumando el puntaje de cada una de las frases elegidas, y la interpretación se hace a partir de ese puntaje, obteniendo niveles de depresión mínima, leve, moderada y severa. La versión adaptada por Jurado et al. (1998) para población mexicana fue hecha en una muestra de 1,508 participantes, obteniendo una confiabilidad interna (coeficiente alfa de Cronbach) de 0.87, con tres factores principales que concuerdan con la versión original:

actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática.

Inventario de Síntomas de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Este es un instrumento adaptado por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001) mediante el cual se evalúan 21 diferentes síntomas relacionados con la ansiedad. En él, las personas evaluadas tienen que contestar, en una escala de cuatro opciones que van de “poco o nada” hasta “severamente”, la frecuencia con que han presentado cada uno de los síntomas en la última semana. La calificación depende de la suma del puntaje de los síntomas según la escala, y se interpreta, según dicha puntuación, en niveles de ansiedad mínima, leve, moderada o severa. La versión adaptada para México de este instrumento fue hecha en una muestra de mil sujetos, resultando con una adecuada consistencia interna (coeficiente alfa de 0.83) y una validez de constructo de cuatro factores principales que concuerdan con el instrumento original: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico.

Escala de Disposición al Cambio y al Anhelado de Tratamiento (SOCRATES 8D) (Miller, 1999). Con el fin de evaluar la motivación al cambio se utilizó esta escala, validada por Cuevas, Luna, Vital y Lira (2005), en la que se incluyen 19 oraciones, entre las cuales los asistentes al tratamiento deben escoger una de las opciones de respuesta en una escala tipo Lickert de cinco opciones, las cuales van de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”. La interpretación de esta escala se hace en tres subescalas de acuerdo con la puntuación obtenida, y se incluyen los niveles bajo, medio y alto en las áreas de reconocimiento, ambivalencia y acción.

Hoja de registro de consumo de cigarrillos (Lira et al., 2012). Es este un autorregistro de consumo en el que los pacientes registran el número de cigarrillos que consumieron a lo largo de la semana, la hora y las situaciones en las que hubo consumo.

Procedimiento

Esta investigación utilizó un diseño preexperimental. El tratamiento se proporcionó de la misma manera a cada uno de los participantes tomando en cuenta tres fases de evaluación y una fase de tratamiento. Las sesiones se realizaron de

la siguiente manera, de acuerdo con lo propuesto por Lira et al. (2012):

Fases de evaluación. Se realizaron tres fases de evaluación, correspondientes al pretratamiento, postratamiento y seguimiento a seis meses. Cada una de estas evaluaciones tuvo duración de una hora, en la cual el terapeuta aplicó en forma de entrevista estructurada los instrumentos correspondientes. En la evaluación pretratamiento se aplicaron los siguientes instrumentos: entrevista inicial, LIBARE, BDI, BAI y SOCRATES 8D. La evaluación postratamiento y la de seguimiento tuvieron la misma estructura que la de pretratamiento, con la diferencia de que en esta sesión no se aplicó la LIBARE; en su lugar, el patrón de consumo postratamiento se obtuvo a partir de la hoja de registro de consumo de cigarros empleada a lo largo de la fase de tratamiento.

Fase de tratamiento. El tratamiento tiene como sustentos teóricos y metodológicos la teoría cognitivo-social (Bandura, 1986), la entrevista motivacional (Miller, 1999; Miller y Rollnick, 1991), la teoría de etapas de cambio (Prochaska y DiClemente, 1986), la teoría de prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985) y las técnicas de autocontrol (Hester y Miller, 1989), los cuales funcionaron como la base para el diseño de cada una de las sesiones y la elección de las técnicas a utilizar en cada una de ellas.

Se llevaron a cabo cuatro sesiones de tratamiento semanales, con duración de una hora cada una. A lo largo de estas sesiones se abordaron los siguientes temas: 1) Toma de decisión de dejar de fumar. En esta sesión se hace un balance decisional sobre las ventajas y desventajas de dejar de fumar y se elige una forma de llegar a la abstinencia: la reducción gradual o la abstinencia brusca; 2) Identificación de situaciones relacionadas con el fumar. A lo largo de esta sesión el terapeuta hace un análisis funcional de la conducta, buscando que el paciente identifique las situaciones que precipitan su consumo, además de los antecedentes y consecuencias de dicho consumo; 3) Planes de acción para dejar de fumar. Se busca aquí que el paciente aprenda a desarrollar planes de acción para cada situación de riesgo, buscando las opciones más factibles y realistas para llegar a la meta de la abstinencia, y 4) Mantenimiento de

la abstinencia. En esta sesión se revisa y se retroalimenta al paciente sobre sus avances en el tratamiento y los planes de acción llevados a cabo para que la abstinencia se mantenga.

Como parte del programa, cada uno de los participantes registró su consumo diario de cigarros en la hoja de registro, con la cual se retroalimentan los avances de los pacientes al inicio de cada sesión.

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico IBM® SPSS®, Statistics, v. 21, realizando análisis descriptivos y de regresión lineal simple para determinar si las puntuaciones de depresión, ansiedad y los niveles de motivación al cambio eran predictores del consumo de tabaco en las evaluaciones del postratamiento y seguimiento. Con el fin de realizar el análisis de regresión lineal para los niveles de motivación al cambio, se crearon variables *dummy* para cada una de las categorías correspondientes a los niveles bajo, medio y alto en las mediciones resultantes del SOCRATES 8D.

RESULTADOS

Se presentan los resultados correspondientes a la estadística descriptiva relacionada con las variables de ansiedad, depresión y motivación al cambio, los cuales corresponden a los factores emocionales a evaluar como predictores de consumo, así como los datos descriptivos del patrón de consumo. Luego se muestran los resultados de los análisis de regresión lineal llevados a cabo para encontrar los predictores del consumo, de acuerdo con objetivo del estudio.

Conforme al nivel de ansiedad, en la Figura 1 se observa que la media en el nivel de ansiedad en la evaluación pretratamiento fue de 15.96 puntos (D.E. = 11.26, equivalente a un nivel de ansiedad leve); el nivel más bajo de esta evaluación fue de 2 puntos (ansiedad mínima) y el más alto fue de 51 (ansiedad severa). La media del nivel de ansiedad en la evaluación postratamiento fue de 10.98 puntos (D.E. = 7.60) (ansiedad leve); el nivel más bajo de esta evaluación fue de un punto (ansiedad mínima) y el más alto de 40 (ansiedad severa). La media del nivel de ansiedad en el seguimiento fue de 10.39 puntos (D.E. = 7.95, esto es, ansiedad leve), siendo el nivel más bajo de esta evaluación

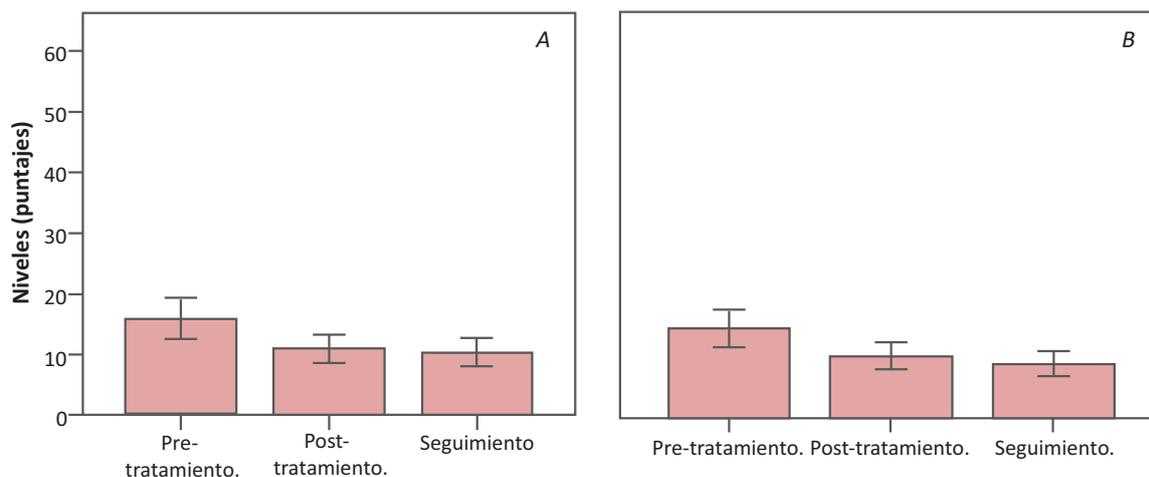


Figura 1. Puntajes de ansiedad (gráfica A) y depresión (gráfica B) en las evaluaciones pretratamiento, postratamiento y seguimiento obtenidas del BAI y BDI, respectivamente ($n = 46$, IC = 95%).

de un punto (ansiedad mínima) y el más alto de 40 puntos (ansiedad severa).

Respecto al nivel de depresión, en la figura anterior se observan las medias del nivel de depresión de las tres evaluaciones, siendo la del nivel de depresión al inicio del tratamiento de 14.70 puntos (D.E. = 10.55), equivalente a un nivel de depresión leve, y la del nivel más bajo de cero puntos (depresión mínima). El nivel más alto fue de 58 puntos (depresión severa). La media en el nivel de depresión al finalizar el tratamiento fue de 10.22 puntos (D.E. = 7.56), o sea, depresión leve, el más bajo fue de cero puntos (depresión mínima) y el más alto de 29 puntos (depresión moderada). La media en el nivel de depresión en el seguimiento a los seis meses fue de 8.93 puntos (D.E. = 6.91), esto es, depresión mínima, el más bajo fue de cero puntos (depresión mínima) y el más alto de 28 puntos (depresión moderada).

En la Figura 2 se muestra el número de casos resultantes de cada uno de los niveles de disposición al cambio en reconocimiento, ambivalencia y acción, resultantes de cada una de las tres evaluaciones.

La media del patrón de consumo, obtenida a partir de la LIBARE y la hoja de registros de consumo de cigarros, fue de 15.28 cigarros diarios (D.E. = 8.83), donde el patrón de consumo más bajo fue de 4 cigarros por día y el más alto de

41. Dicha media, en la evaluación postratamiento, fue de 5.96 diarios (D.E. = 5.97), siendo de cero cigarros al día el patrón de consumo más bajo y de 35 el más alto. En el seguimiento, fue de 6.83 diarios (D.E. = 7.39), siendo los patrones de consumo más bajo y más alto de cero y de 32 cigarros al día, respectivamente.

En la Tabla 1 se muestran los resultados de los análisis de regresión lineal para las variables predictoras de consumo en las tres evaluaciones. Se puede observar, según los resultados estadísticamente significativos, que el nivel de depresión antes del tratamiento logra predecir el consumo; la disposición al cambio en acción, al final del tratamiento, y el consumo, también al final del tratamiento, siendo el nivel de depresión antes del tratamiento y la disposición al cambio en acción en el seguimiento las variables que predicen el consumo en este último.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue identificar si los síntomas de ansiedad y depresión y el nivel de motivación al cambio funcionan como predictores del consumo. Los resultados obtenidos a partir de los análisis estadísticos mostraron que el nivel de depresión logró predecir el consumo antes del tratamiento y en el seguimiento; además,

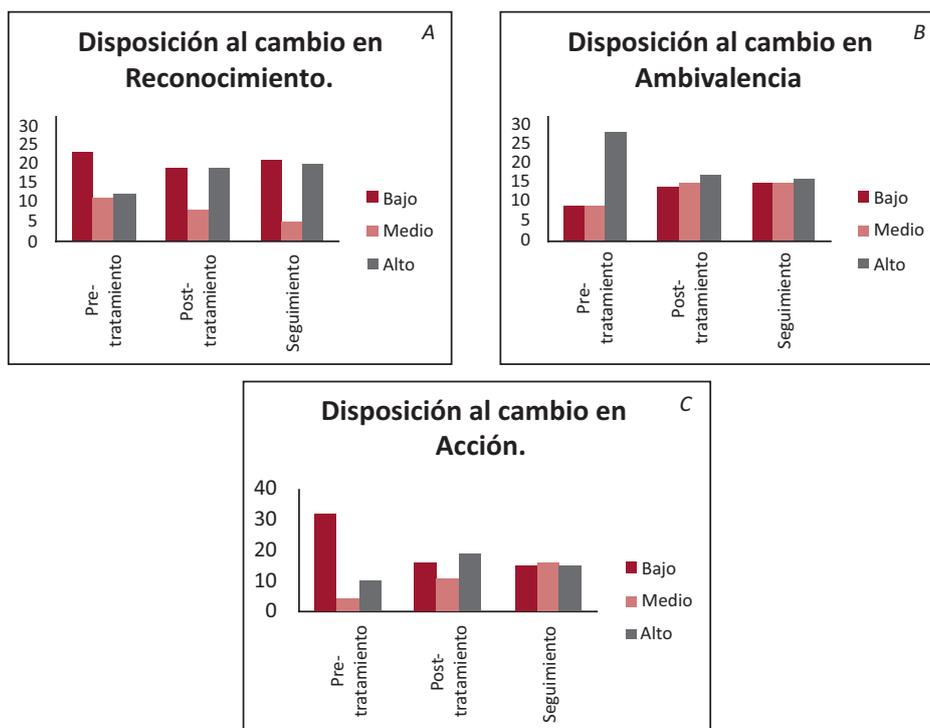


Figura 2. Puntajes de disposición al cambio en reconocimiento (A), ambivalencia (B) y acción (C), a lo largo de las tres evaluaciones resultantes del SOCRATES 8 D (n = 46).

Tabla 1. Regresiones lineales para predictores de consumo (n = 46).

Variables predictoras	Varianza explicada	F	p
Nivel de ansiedad en pretratamiento	2.1%	0.935	0.339
Nivel de depresión en pretratamiento	12.5%	6.267	0.016*
Disposición al cambio en reconocimiento en pretratamiento	1.3%	0.273	0.762
Disposición al cambio en ambivalencia en pretratamiento	2.4%	0.520	0.598
Disposición al cambio en acción en pretratamiento	4.4%	0.998	0.377
Nivel de ansiedad en pretratamiento	1.9%	0.846	0.363
Nivel de depresión en pretratamiento	4.6%	2.134	0.151
Disposición al cambio en reconocimiento en pretratamiento	0.6%	0.121	0.887
Disposición al cambio en ambivalencia en pretratamiento	7.5%	1.754	0.185
Disposición al cambio en acción en pretratamiento	9.4%	2.234	0.119
Nivel de ansiedad en postratamiento	0%	0.017	0.897
Nivel de depresión en postratamiento	0.4%	0.168	0.684
Disposición al cambio en reconocimiento en postratamiento	2.8%	0.612	0.547
Disposición al cambio en ambivalencia en postratamiento	4%	0.887	0.419
Disposición al cambio en acción en postratamiento	17.1%	4.445	0.018*
Nivel de ansiedad en pretratamiento	5.1%	2.383	0.130
Nivel de depresión en pretratamiento	10.3%	5.055	0.030*
Disposición al cambio en reconocimiento en pretratamiento	0%	0.005	0.995
Disposición al cambio en ambivalencia en pretratamiento	3.7%	0.837	0.440
Disposición al cambio en acción en pretratamiento	6.7%	1.544	0.225

Tabla 1. Regresiones lineales para predictores de consumo (n = 46).
(continuación)

VARIABLES PREDICTORAS	Varianza explicada	F	p
Nivel de ansiedad en postratamiento	1.8%	0.818	0.371
Nivel de depresión en postratamiento	1.4%	0.633	0.430
Disposición al cambio en reconocimiento en postratamiento	2.2%	0.490	0.616
Disposición al cambio en ambivalencia en postratamiento	4.1%	0.912	0.409
Disposición al cambio en acción en postratamiento	12.6%	3.086	0.56
Nivel de ansiedad en seguimiento	2.5%	1.121	0.296
Nivel de depresión en seguimiento	0.8%	0.374	0.544
Disposición al cambio en reconocimiento en seguimiento	6.9%	1.591	0.216
Disposición al cambio en ambivalencia en seguimiento	5.1%	1.148	0.327
Disposición al cambio en acción en seguimiento	20 %	5.369	0.008*

* Resultados estadísticamente significativos al nivel de $p < 0.05$

el principal predictor de consumo obtenido a partir de los resultados analizados fue la disposición al cambio en acción, pues logra predecir el consumo en las evaluaciones en el postratamiento y en la evaluación del seguimiento.

Estos resultados confirman la evidencia ya existente (Cosci et al., 2009; Dorner et al., 2011; Marqueta et al., 2013; Piñeiro et al., 2016) de que los factores emocionales pueden predecir el consumo de tabaco. En cuanto a la ansiedad, no se encontró que dicha variable lograra predecir el consumo de manera estadísticamente significativa en ninguna de las mediciones hechas. Es importante resaltar que, pese a haber encontrado resultados estadísticamente significativos respecto a la depresión y motivación al cambio, se observaron valores bajos de la varianza explicada, lo que indica que existen otros factores que se encuentran involucrados cuando una persona fuma y que explican en mayor medida la razón de que fume. Quizás el hallazgo más importante en este estudio es que los niveles de depresión al inicio del tratamiento pueden predecir si habrá consumo de tabaco a los seis meses de haber terminado el tratamiento. Una razón probable por la que no se encontró que la depresión, la ansiedad y la motivación al cambio sean fuertes predictores de consumo podría ser que los niveles de ansiedad y depresión eran muy bajos al inicio del tratamiento, manteniéndose en niveles igualmente bajos en ambas variables, lo cual puede indicar que entre menores son los niveles de ansiedad y depresión,

el consumo es igualmente menor, por lo que no logran predecirlo. Además, respecto al patrón de consumo se observa que hubo una disminución en los niveles de ansiedad y depresión después de haber recibido el tratamiento.

Como limitaciones de este estudio se puede considerar que el número de participantes fue muy bajo, que los niveles de ansiedad y depresión fueron también muy bajos al inicio del tratamiento, lo que hace imposible analizar si los niveles de estos dos factores logran predecir el consumo, pues no hay punto de comparación con los niveles altos; asimismo, no se tomaron en cuenta ciertas variables sociodemográficas o de consumo, como la edad, el sexo, la edad de inicio del consumo o el nivel de dependencia; por último, la motivación al cambio fue evaluada por niveles y no por puntuaciones, como se hizo con la ansiedad y la depresión, lo que puede haber interferido en los resultados. Por lo tanto, se sugiere que en futuras investigaciones se emplee un número mayor de participantes, que las variables a analizar sean homogéneas desde el inicio, con niveles similares en los participantes, y disponer de más grupos dependiendo de los niveles de ansiedad, depresión y motivación al cambio, a fin de determinar si los factores emocionales logran predecir el consumo al tener niveles altos en cada una de estas variables.

A pesar de los resultados obtenidos y de las limitaciones halladas, se considera que el presente estudio aporta información importante que confirma lo que se asienta en la literatura referida a

los factores emocionales como predictores, específicamente la depresión y la motivación al cambio. Con respecto a la IBMF (Lira et al., 2009), que fue el tratamiento que se utilizó en esta investigación, saber cuáles son los factores que logran predecir el consumo en las personas que se encuentran en un tratamiento para dejar de fumar ayuda a conocer el perfil y a lograr que el tratamiento resulte más efectivo.

Este estudio ayuda a conocer en qué áreas específicas es necesario trabajar para aumentar la efectividad de este tratamiento, resultando la depresión y motivación los factores predictores principales, siendo posible agregar técnicas específicas para los factores que logran predecir el consumo. Se sugiere realizar nuevos estudios enfocados a explorar de manera más específica los factores que predicen el consumo al utilizar este tratamiento para dejar de fumar.

REFERENCIAS

- Abrams, D.B., Niaura, R., Brown, R.A., Emmons, K.M., Goldstein, M.G. y Monti, P.M. (2003). *The tobacco treatment handbook: A guide to best practices*. New York: The Guilford Press.
- Banderali, G., Martelli, A., Landi, M., Moretti, F., Betti, F., Radaelli, G. y Verduci, E. (2015). Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. *Journal of Translational Medicine*, 15(13), 327. doi: 10.1186/s12967-015-0690-y.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. New York: Prentice-Hall.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Gabin, M.C. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Brown, J. (2013). A review of the evidence on technology-based interventions for the treatment of tobacco dependence in college health. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(3), 150-162. doi: 10.1111/wvn.12000.
- Burke, H., Leonardi-Bee, J., Hashim, A., Pine-Abata, H., Chen, Y., Cook, D.G. y McKeever, T.M. (2012). Prenatal and passive smoke exposure and incidence of asthma and wheeze: Systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 129(4), 735-744. doi: 10.1542/peds.2011-2196.
- Cao, S., Yang, C., Gan, Y. y Lu, Z. (2015). The health effects of passive smoking: An overview of systematic reviews based on observational epidemiological evidence. *PLOS ONE*, 10(10), 1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0139907.
- Carreras C., J., Maldonado A., B., Quesada L., A., Sánchez S., B., Nerín D., I y Sánchez A., L. (2012). Tratamiento por teléfono del tabaquismo. Factores predictivos del éxito. *Medicina Clínica*, 138(6), 242-245. doi: 10.1016/j.medcli.2011.04.018.
- Centers for Disease Control and Prevention (2016). *Smoking and tobacco use*. Disponible en línea: http://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/health_effects/index.htm.
- Chaney, S. y Sheriff, S. (2012). Evidence based treatments for smoking cessation. *Nurse Practitioner*, 37(4), 24-31. doi: 10.1097/01.NPR.0000412892.27557.e.
- Chen, D. y Wu, L. (2015). Smoking cessation interventions for adults aged 50 or older: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 14-24. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.06.004.
- Comisión Nacional contra las Adicciones (2013). *Informe Ejecutivo: tabaco*. Consultado en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/informe_tabaco.pdf.
- Cosci, F., Corlando, A., Fornai, E., Pistelli, F., Paoletti, P. y Carrozi, L. (2009). Nicotine dependence, psychological distress and personality traits as possible predictors of smoking cessation. Results of a double-blind study with nicotine patch. *Addictive Behaviors*, 34, 28-35. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.08.003.
- Cuevas, E., Luna, G., Vital, G. y Lira, J. (2005). Validez interna de la Escala de las Etapas de Disposición al Cambio y Anhelos de Tratamiento (SOCRATES8D). *Memorias del XVII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta. San Luis Potosí* (México), 7-9 de septiembre.

- Dorner, T.E., Tröstl, A., Womastek, I. y Groman, E. (2011). Predictors of short-term success in smoking cessation in relation to attendance at smoking cessation program. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(11), 1068-1075. doi: 10.1093/ntr/ntr179.
- Florou, A.N., Gkiozos, I.H., Tsagouli, S.N. y Syrigos, K.N. (2014). Clinical significance of smoking cessation in subjects with cancer: A 30-year review. *Respiratory Care*, 59(12), 1924-1936. doi: 10.4187/respcare.02559.
- Hamra, G.B., Guha, N., Cohen, A., Laden, F., Raaschou-Nielsen, O., Samet, J.M. y Loomis, D. (2014). Outdoor particulate matter exposure and lung cancer: A systematic review and meta-analysis. *Environmental Health Perspectives*, 122(9), 906-911. doi: 10.1289/ehp.1408092.
- Hester, R. y Miller, W. (1989). Self-control training. En R. Hester y M. Miller (Eds.): *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Jones, L.L., Hashim, A., McKeever, T., Cook, D.G., Britton, J. y Leonardi-Bee, J. (2011). Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis in infancy: Systematic review and meta-analysis. *Respiratory Research*, 12(1), 1-11. doi: 10.1186/1465-9921-12-5.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loropena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Lira M., J., Cruz M., S.E. y Ayala V., H.E. (2012). *Manual del terapeuta para la aplicación de la intervención breve para fumadores*. México: Secretaría de Salud-CENADIC.
- Lira M., J., González B., F., Carrascoza, V., Ayala H., E. y Cruz M., S.E. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Mental*, 32, 35-41.
- Marlatt, G. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Marqueta, A., Nerín, I., Jiménez M., A., Gargallo, P. y Beamonte, A. (2013). Factores predictores de éxito en el tratamiento del tabaquismo. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 26-31.
- Míguez, M.C. y Pereira, B. (2013). Intervenciones para dejar de fumar con pacientes hospitalizados por enfermedad cardiovascular: una revisión de la literatura. *Health & Addictions / Salud y Drogas*, 13(2), 123-134.
- Miller, R.W. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people for change* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Miller, W. (1999). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- National Institute of Drug Abuse (2012). *What are the medical consequences of tobacco use?* Rockville, MD: NIDA. Disponible en línea: <https://www.drugabuse.gov/publications/re-search-reports/tobacco/what-are-medical-consequences-tobacco-use>.
- Pelletier, J.H., Strout, T.D. y Baumann, M.R. (2014). A systematic review of smoking cessation interventions in the emergency setting. *American Journal of Emergency Medicine*, 32(7), 713-724. doi: 10.1016/j.ajem.2014.03.042.
- Piñero, B., López D., A., Del Río E., F., Martínez, U., Brandon, T.H. y Becoña, E. (2016). Motivation to quit as a predictor of smoking cessation and abstinence maintenance among treated Spanish smokers. *Addictive Behaviors*, 53, 40-45. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.09.017.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. En W. R. Miller y N. Heather (Eds.): *Treating addictive behaviors: Processes of change*. New York: Plenum Press.
- Reynales S., L.M., Guerrero L., C.M., Lazcano P., E., Villatoro V., J.A., Medina-Mora, M.E., Fleiz B., C., Téllez R., M.M., Mendoza A., L.R., Romero M., M., Gutiérrez R., J.P., Castro T., M., Hernández Á., M., Tena T., C., Alvear S., C. y Guisa C., V. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: reporte de Tabaco*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, INPRFM. Disponible en línea: http://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/ENA2011_tabaco.pdf.
- Robinson, S.M., Sobell, L.C., Sobell, M.B. y Leo, G.I. (2014). Reliability of the timeline followback for cocaine, cannabis, and cigarette use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(1), 154-162.
- 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.

- Selby, P., Voci, S., Zawertailo, L., George, T. y Brands, B. (2010). Individualized smoking cessation treatment in an outpatient setting: Predictors of outcome in a sample with psychiatric an addictions co-morbidity. *Addictive Behaviors*, 35(9), 811-817. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.03.020.
- Sobell, L.C. y Sobell, M.B. (1980). Convergent validity: An approach to increasing confidence in treatment outcome conclusions with alcohol and drug abusers. En L. C. Sobell, M. B., Sobell y E. Ward (Eds.): *Evaluating alcohol and drug abuse treatment effectiveness: Recent advances* (pp. 177-183). New York: Pergamon Press.
- Walker, J.F. y Loprinzi, P.D. (2014). Longitudinal examination of predictors of smoking cessation in a national sample of U.S. adolescent and young adult smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 16(6), 820-827. doi: 10.1093/ntr/ntu005.
- World Health Organization (2016). *Prevalence of tobacco use*. Geneve: WHO. Disponible en línea: <http://www.who.int/gho/tobacco/use/en/>.