

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

“Estudio en la duda. Acción en la fe”

División Académica Multidisciplinaria de Comalcalco



IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS A LA ACCIÓN DE DEJAR DE FUMAR EN SUJETOS CONSUMIDORES DE TABACO

TRABAJO RECEPCIONAL BAJO LA MODALIDAD DE TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN MEDICO CIRUJANO

PRESENTA:

MARIA DE JESUS LOPEZ OVANDO

ASESOR:

DR. CARLOS ALFONSO TOVILLA ZARATE

DRA. ANA FRESAN ORELLANA

Comalcalco, Tabasco

Diciembre de 2018

Reporte de similitud de Software Antiplagio

Identificación de factores asociados a la acción de dejar de fumar en sujetos consumidores de Tabasco.

Por María de Jesus López Ovando

Identificación de factores asociados a la acción de dejar de fumar en sujetos consumidores de Tabasco.

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

ÍNDICE DE SIMILITUD

FUENTES PRIMARIAS



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

“ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE”



**División Académica
Multidisciplinaria
de Comalcalco**

**Titulación,
Seguimiento de
Egresados y
Mercado Laboral**



Comalcalco, Tabasco a 28 de noviembre de 2018
Oficio N° DAMC-2038/18

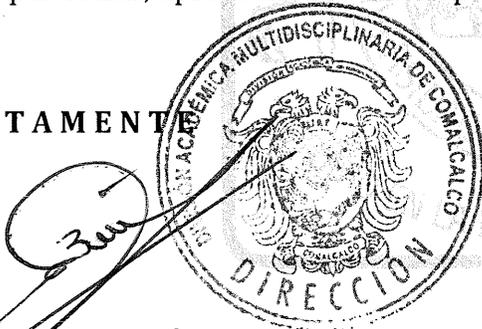
Asunto: Autorización de impresión de
Trabajo Recepcional por Artículo Publicado.

**C. MARÍA DE JESÚS LÓPEZ OVANDO
PASANTE DE LA LICENCIATURA EN MÉDICO
CIRUJANO
PRESENTE**

Por medio del presente y en cumplimiento a lo establecido en el Capítulo IV art. 85 del Reglamento de Titulación de los Planes y Programas de Estudio de Licenciatura y Técnico Superior Universitario, vigente, me permito informarle que se autoriza la impresión del Trabajo Recepcional bajo la Modalidad de Tesis titulado **“Identificación de Factores Asociados a la Acción de Dejar de Fumar en Sujetos Consumidores de Tabaco”** para sustentar su Examen Profesional de la Licenciatura en Médico Cirujano, asesorada por el Dr. Carlos Alfonso Tovilla Zárate.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE



**M.A.P. HUGO ADRIÁN BARJAÚ MADRIGAL
DIRECTOR**

C.c.p. Archivo



CARTA AUTORIZACIÓN

El que suscribe, autoriza por medio del presente escrito a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para que utilice tanto física como digitalmente el trabajo recepcional denominado **"Identificación de Factores Asociados a la Acción de Dejar de Fumar en Sujetos Consumidores de Tabaco"**, del cual soy autor y titular de derechos de autor.

La finalidad del uso por parte de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco del Trabajo Recepcional antes mencionado, será únicamente y exclusivo para difusión, educación y sin fines de lucro; autorización que se hace de manera enunciativa mas no limitativa para subirla a la Red Abierta de Bibliotecas Digitales (RABID) y a cualquier otra red académica con las que la Universidad tenga relación institucional.

Por lo antes manifestado, libero a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco de cualquier reclamación legal que pudiera ejercer respecto al uso y manipulación de la tesis mencionada y para los fines estipulados en éste documento.

Se firma la presente autorización en la ciudad de Comalcalco tabasco a los 14 días del mes de diciembre del año 2018.

AUTORIZÓ

María de Jesús López Orando

NOMBRE Y FIRMA DEL SUSTENTE

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

“ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE”



**División Académica
Multidisciplinaria de
Comalcalco**

**Titulación,
Seguimiento de
Egresados y
Mercado Laboral**



CARTA AUTORIZACIÓN

El que suscribe, autoriza por medio del presente escrito a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para que utilice tanto física como digitalmente el trabajo recepcional denominado **“Identificación de Factores Asociados a la Acción de Dejar de Fumar en Sujetos Consumidores de Tabaco”**, del cual soy autor y titular de derechos de autor.

La finalidad del uso por parte de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco del Trabajo Recepcional antes mencionado, será únicamente y exclusivo para difusión, educación y sin fines de lucro; autorización que se hace de manera enunciativa mas no limitativa para subirla a la Red Abierta de Bibliotecas Digitales (RABID) y a cualquier otra red académica con las que la Universidad tenga relación institucional.

Por lo antes manifestado, libero a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco de cualquier reclamación legal que pudiera ejercer respecto al uso y manipulación de la tesis mencionada y para los fines estipulados en éste documento.

Se firma la presente autorización en la ciudad de Comalcalco tabasco a los 14 días del mes de diciembre del año 2018.

AUTORIZÓ

NOMBRE Y FIRMA DEL SUSTENTE

AGRADECIMIENTOS

A dios, que me ha iluminado y dado la fuerza para cumplir con esta meta.

A mis padres, que siempre han sido una guía para mí. Por su esfuerzo en concederme la oportunidad de estudiar, ser un ejemplo a seguir de trabajo y dedicación, por apoyarme y ayudarme siempre con sus consejos. Gracias a ellos he logrado la carrera.

A mi asesor por compartir conmigo lo que saben y poder transferir sus conocimientos.

Y finalmente a todos aquellos que contribuyeron a la realización de esta tesis.

RESUMEN

Introducción: El tabaquismo es la principal causa de muerte prevenible en todo el mundo y se considera un grave problema de salud pública. Ayudar a los fumadores a dejar de fumar implica dos procesos: motivarlos para que intenten dejar de fumar y ayudarlos a dejar de fumar una vez que lo intentan. Este estudio busca conocer los factores asociados a la intención de dejar de fumar.

Objetivo: Comparar características demográficas, clínicas y psicológicas entre fumadores en los estados de intención y acción de dejar de fumar para identificar factores asociados a la acción de dejar de fumar.

Material y métodos: Se realizó estudio observacional, transversal, analítico. Se incluyó una muestra de 107 fumadores, que acudieron al centro de donación de sangre del Hospital General de Comalcalco. La dependencia a la nicotina se evaluó mediante el test de Fagestrom. El Inventario de síntomas SCL-90 se empleó para valorar síntomas psicológicos y características psicopatológicas de los fumadores, y mediante la escala de motivos para dejar de fumar, se evaluó y clasificó a los grupos de intención y acción para dejar de fumar.

Resultados: Se observó la edad de inicio del consumo de tabaco fue de 15.4 ± 2.40 , el 55.6 % presentó dependencia baja a nicotina. De la población en estudio el 53.7% fueron clasificados en motivación-intención y el 46.3% en la motivación-acción para dejar de fumar, obteniéndose como predictores, consumir menor número de cigarrillos por día, así como no presentar depresión.

Conclusión: Los resultados sugieren que disminuir el consumo de cigarrillo, así como intervenciones de tipo psicológicas puede ayudar a los pacientes a llegar a la etapa de acción para abandonar el consumo de tabaco.

Palabras claves:

Tabaco, nicotina, dependencia, intención, acción.

ABSTRACT

Introduction: Tobacco smoking is the leading cause of preventable death worldwide and it is considered a serious public health problem. Helping smokers to stop smoking/their addiction involves two processes: motivate them to intention to quit smoking and help them stop smoking once they try. This study seeks to know the factors associated with the intention to stop smoking.

Objective: To compare demographic, clinical and psychological characteristics among smokers in the stages of attempting and acting on quitting smoking, and to identify factors that influence the action of quitting smoking.

Material and methods: We performed an observational, transversal and analytical study. We included a sample of 108 smokers who attended the blood donation center at the Comalcalco General Hospital. Nicotine dependence was assessed using the Fagestrom test. The Symptom Checklist SCL-90 was used to assess psychological symptoms and psychopathological characteristics of the smokers, and the Reasons for Stop Smoking Scale was used to evaluate and classify the individuals depending on their intention to stop smoking and the actual action of stop smoking.

Results: We observed that the age of onset of tobacco consumption was 15.4 ± 2.40 , 55.6% of the individuals had low nicotine dependence. The individuals were classified into two categories, 53.7% were classified as motivation-intention and 46.3% as motivation-action to stop smoking. It was observed that consuming fewer cigarettes per day as well as not having depression were predictors of motivation-action to stop smoking.

Conclusion: Our results suggest that decreasing the consumption of cigarettes, as well as undergoing psychological interventions can help patients to reach the stage of action to stop smoking.

Keywords: Tobacco, nicotine, dependence, intention, action.

ÍNDICE

| | | |
|--------|--|--------|
| 1. | INTRODUCCIÓN..... | - 1 - |
| 2. | MARCO TEÓRICO | - 2 - |
| 2.1. | EPIDEMIOLOGÍA..... | - 2 - |
| 2.2. | DEFINICIONES RELACIONADAS CON EL TABAQUISMO..... | - 4 - |
| 2.3. | ETAPAS PARA DEJAR DE FUMAR..... | - 5 - |
| 2.4. | CONTROL INHIBITORIO DE LA DEPENDENCIA A LA NICOTINA..... | - 5 - |
| 2.5. | INTERVENCIÓN DE LA AUTOEFICIENCIA EN EL CESE DEL CONSUMO DEL TABACO | - 6 - |
| 2.6. | TEORÍA DE MOTIVACIÓN: PRIME | - 6 - |
| 2.7. | PREDICTORES DE INTENTO DE ABANDONO | - 7 - |
| 2.8. | FARMACOTERAPIA Y TERAPIA DE REEMPLAZO DE LA NICOTINA (TRN)..... | - 8 - |
| 2.9. | RED TRN..... | - 10 - |
| 2.9.1. | EL PARCHES DE NICOTINA..... | - 11 - |
| 2.9.2. | LA VARENICLINA..... | - 12 - |
| 2.9.3. | EL BUPROPION..... | - 12 - |
| 3. | ANTECEDENTES..... | - 13 - |
| 4. | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | - 16 - |
| 5. | JUSTIFICACIÓN | - 18 - |
| 6. | OBJETIVO..... | - 20 - |
| 6.1 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | - 20 - |
| 7. | HIPÓTESIS | - 21 - |
| 8. | METODOLOGÍA..... | - 22 - |
| 8.1 | TIPO DE ESTUDIO | - 22 - |
| 8.3 | VARIABLES | - 22 - |
| 8.4 | RECOLECCIÓN DE DATOS Y/O INFORMACIÓN | - 24 - |
| 8.4.1 | INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA | - 24 - |
| 8.5 | EVALUACIÓN DE LA DEPENDENCIA A LA NICOTINA Y MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR | - 24 - |

| | | |
|-------|---|--------|
| 8.5.1 | PRUEBA DE FAGERSTROM | - 24 - |
| 8.5.2 | ESCALA DE MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR | - 25 - |
| 8.5.3 | INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90 | - 25 - |
| 8.6 | CRITERIOS DE INCLUSIÓN..... | - 26 - |
| 8.7 | CRITERIOS DE EXCLUSIÓN..... | - 27 - |
| 8.8 | CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES | - 27 - |
| 8.9 | PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS | - 27 - |
| 8.9.1 | ANÁLISIS ESTADÍSTICO. | - 27 - |
| 9. | RESULTADOS | - 28 - |
| 9.1. | DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA..... | - 28 - |
| 9.2. | CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA | - 28 - |
| 9.3. | CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LA MUESTRA..... | - 29 - |
| 9.4. | CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE TABACO | - 30 - |
| 9.5. | CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS GRUPOS INTENCIÓN Y ACCIÓN.... | - 31 - |
| 9.6. | COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE CONSUMO DE TABACO ENTRE LOS GRUPOS DE COMPARACIÓN | - 32 - |
| 9.7. | CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS ENTRE LOS GRUPOS DE COMPARACIÓN..... | - 33 - |
| 9.8. | FACTORES PREDICTORES PARA LA ACCIÓN DE DEJAR DE FUMAR..... | - 34 - |
| 10. | DISCUSIÓN..... | - 35 - |
| 11. | CONCLUSIÓN..... | - 38 - |
| 12. | PROPUESTAS | - 39 - |
| 13. | GLOSARIO | - 40 - |
| 14. | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | - 41 - |
| 15. | ANEXOS..... | - 46 - |
| 15.1. | CUESTIONARIO CLÍNICO DEMOGRÁFICO | - 46 - |
| 15.2. | TEST DE FAGERSTROM PARA LA DEPENDENCIA A LA NICOTINA..... | - 50 - |
| 15.3. | ESCALA DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR | - 51 - |

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es uno de los principales contribuyentes de mortalidad modificable, presentándose como factor para desarrollo de enfermedades crónicas cardiovasculares, respiratorias y neoplásicas. La reducción de la prevalencia y la prevención del consumo es uno de los objetivos más importantes de lograr en salud pública (Uppal et al., 2013).

Conforme a lo anterior Stubbs et al., (2017), afirma que dejar de fumar es un proceso que incluye cinco etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento para evitar recaídas. Cuando el fumador intenta dejar de fumar durante los primeros días, se presenta un grado de estrés elevado el cual se disipa en los días posteriores, siendo este un obstáculo en el proceso de dejar de fumar, además de presentar altas probabilidades de recurrencia y dificultad en los fumadores para continuar con la disposición de dejar el hábito.

Hay que mencionar que la caracterización del tabaquismo como adicción a la nicotina, conlleva a la presencia de consecuencias negativas para la salud y las dificultades tales como "indiferencia personal por la salud".

A pesar que los consumidores de tabaco, presentan dependencia a la nicotina, el 67% de estos quieren dejar de fumar, la mayoría (54.7 %) hace un intento por dejar de fumar, pero no logran la abstinencia (2.4 %). Al respecto las terapias para dejar el tabaco están dirigidas a personas que consumen alto número de cigarros por día, sin embargo, los modelos actuales están dirigidos principalmente a fumadores con motivación para comenzar el tratamiento, ya que los consumidores con poca disposición no muestran adherencia al tratamiento y presentan abandono al programa (Danan et al., 2016). Por lo tanto, en este estudio se pretende conocer cuáles son las características que presentan los fumadores que están en la etapa de *acción* para dejar de fumar.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Epidemiología

En todo el mundo, se ha estimado que hay 1.300 millones de fumadores y que el 80% de ellos viven en países en desarrollo donde más de la mitad de la población está expuesta directa o indirectamente, a los efectos nocivos de la nicotina y otras sustancias tóxicas en el tabaco. De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 700 millones de niños están involuntariamente expuestos al humo de tabaco, especialmente dentro del hogar, lo que aumenta las tasas de neumonía, bronquitis y el riesgo de muerte súbita, entre otras enfermedades. El tabaquismo es la principal causa de muerte prevenible y se considera un grave problema de salud pública. En 2009, la OMS estimó que cinco millones de muertes eran atribuibles al tabaquismo. Si los patrones actuales de consumo de tabaco no se revierten o no se adoptan las medidas para el control global del tabaco, la proyección para 2025 es de 10 millones de muertes (Azevedo et al., 2011).

Consideramos ahora que la mortalidad entre los fumadores actuales es 2-3 veces mayor en comparación con la población en general que no consume tabaco. El tabaquismo se asocia con un mayor riesgo de muertes por infecciones, isquemia intestinal, insuficiencia cardíaca, enfermedades respiratorias y cirrosis hepática (Carter et al., 2015).

Por otro lado, es necesario mencionar que la prevalencia del tabaquismo alcanzó su punto máximo alrededor de 1960 entre los hombres y aproximadamente dos décadas después entre las mujeres. Con este avance en el consumo de tabaco, los fumadores pierden al menos una década de esperanza de vida en comparación con aquellas personas que nunca han fumado o dejan de fumar antes de los 40 años de edad, lo cual reduce el riesgo de muerte relacionada con el tabaquismo en un 90% aproximadamente. Las tasas de muerte por enfermedad vascular han disminuido

desde la década de 1980 debido a la reducción del tabaquismo y otros factores de riesgo (Jha et al., 2013).

A su vez los efectos nocivos del tabaquismo entre los adultos de mediana edad son bien conocidos, existen pruebas sobre las consecuencias del tabaquismo a una edad más avanzada, presentado más impactos en adultos mayores; a pesar de que fumar es menos común en personas mayores que en personas jóvenes, es un factor de riesgo que conduce a pérdida general de las funciones, sin embargo se tiene en cuenta que es un factor de riesgo modificable y el abandono del hábito de fumar es altamente beneficioso en todo grupo de edades (Muezzinler et al., 2015).

Así, por ejemplo, una enfermedad que pone en peligro la vida puede hacer que los fumadores dejen de fumar, lo que modifica las tasas de muertes entre los fumadores actuales y en aquellos que han dejado de fumar (Jha et al., 2013).

En relación a los síntomas presentados durante la abstinencia del tabaco, como el trastorno depresivo mayor (TDM), debido a que se presenta un mayor trastorno del estado de ánimo después del abandono, síntomas de abstinencia más graves, y en algunos estudios, mayor riesgo de recaída, así como un mayor riesgo de recurrencia de la depresión luego del cese exitoso (Prochaska et al., 2004).

Por otro lado, las variables del contexto social, como fumar entre compañeros o miembros de la familia, están fuertemente relacionadas con el tabaquismo. De manera que, el ámbito social también puede interactuar con la susceptibilidad del fumador en el proceso de dejar de fumar; donde el usuario crea que nunca es probable que fume en el próximo año y cuyos amigos fumen. Estos, puede hacer sentir en la persona que actualmente está resistiendo la presión, pero duda de su capacidad para mantener la resistencia dada la disponibilidad de cigarrillos en su contexto social (Buller et al., 2003).

Es importante destacar que ninguna nación ha anunciado una prohibición futura del tabaco (las naciones sin humo siguen siendo aspiraciones de esperanza) y ninguna compañía tabacalera ha anunciado una disminución en la producción de cigarrillos (Chapman et al., 2013). Por lo que la prevalencia del consumo de tabaco puede aumentar más que el dejar de fumar.

2.2. Definiciones relacionadas con el tabaquismo

Se entiende como tabaquismo, a la intoxicación crónica producida por el consumo abusivo del tabaco (Alberg et al., 2012). Aunque la definición de fumar puede ser diferente entre estudios, se acepta que un sujeto puede fumar al menos 1 cigarrillo al día durante un periodo especificado de tiempo o fumar al menos 100 cigarrillos a lo largo de la vida (Carter et al., 2015).

La adicción a la nicotina, es consecuencia de la frecuencia y de la magnitud del consumo de la nicotina. Este consumo, tiene un estímulo en el cerebro mediante el desarrollo de la dependencia física y la aparición de aprendizaje asociativo. Es decir, une estímulos placenteros con el consumo del tabaco (Hatsukami et al., 2008).

Se debe agregar que, de acuerdo a guía de práctica clínica de consumo de tabaco, el índice tabáquico permite evaluar la cantidad del consumo de tabaco por año, el cual también contribuye a conocer causas de posibles enfermedades relacionadas con el tabaco. Para obtener el índice, se multiplica el número de cigarrillos consumidos por día (en 24 horas), por el número de años de consumo, dividiéndose entre 20, que es el número de cigarrillos por cajetilla, dando por resultado el número de cigarrillos consumidos por año. De acuerdo a los resultados se clasifica por gravedad que van desde: grado leve, menos de cinco paquetes por año; grado moderado, de cinco a 15 paquetes por año y grado intenso, más de 15 paquetes año.

Hay que mencionar que los planes para que un individuo deje de fumar integran algunas características como son las imágenes de advertencia y leyendas en las

cajetillas de cigarro. En este sentido, imágenes con colores claros tienen un efecto asociado con la disminución del consumo de tabaco (Uppal et al., 2013). Si bien, se sabe que como consecuencia de dejar de fumar se presentan modificaciones en el estado emocional como es el aumento de hiperactividad, ansiedad, estrés y por consiguiente deterioro de salud mental. En un reciente meta-análisis, se encontró que el estrés, la ansiedad y la depresión disminuyen la posibilidad de dejar de fumar (Stubbs et al., 2017), por lo tanto, es necesario conocer los niveles de depresión y ansiedad entre otras características psicológicas de las personas que consumen cigarro, esto con la finalidad de tener más éxito en los planes dirigidos para abandonar el consumo de tabaco.

2.3. Etapas para dejar de fumar

La evaluación de la disposición de los fumadores para dejar de fumar se basa en el modelo denominado Trasteórico (MTT). Este modelo describe la progresión mediante cinco etapas de cambio que incluyen: pre-contemplación conceptualizada como sin intención inmediata de dejar de fumar; contemplación, con la intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses; preparación, considerando dejar el consumo de tabaco el mes siguiente con al menos un intento de dejar de fumar en el último año; acción, dejar de fumar por menos de 6 meses y mantenimiento para aquellos que han dejado de hacerlo durante al menos 6 meses (Prochaska et al., 2004). Estos cinco factores deben estar presentes cuando un individuo quiere dejar de fumar, porque las etapas se relacionan con procesos de cambios en el comportamiento. Una crítica del modelo MTT es que, subestima la motivación de los fumadores para dejar de fumar, esto porque también los sujetos en etapas tempranas como pre-contempladores y contempladores, quieren y tratan de dejarlo, y se ha documentado una abstinencia exitosa en estas etapas (Danan et al., 2016).

2.4. Control inhibitorio de la dependencia a la nicotina

Los modelos actuales de dependencia de sustancias sugieren que los déficits en el control ejecutivo son críticos para el uso continuo de drogas. En particular, el control

inhibitorio (CI), que es la capacidad de inhibir una respuesta pre-potente, puede estar especialmente involucrado en el mantenimiento de la dependencia a las drogas (Charles-Walsh et al., 2014).

Se ha sugerido que la disfunción del CI en quienes son dependientes de sustancias es una característica común de la adicción. Entre los hallazgos, de esta disfunción, se encuentran que los individuos dependientes a la nicotina presentan un rendimiento alterado en las medidas de impulsividad (Charles-Walsh et al., 2014).

2.5. Intervención de la autoeficiencia en el cese del consumo del tabaco

La autoeficiencia de un individuo se caracteriza por el sentido estable personal y la propia confianza de la capacidad para tratar y actuar con eficacia en las distintas situaciones que se presenten. Sin embargo, la literatura sugiere que la autoeficiencia se encuentra disminuida en las personas fumadoras, reflejándose negativamente en la toma de decisión personal y también relacionada con la abstinencia del tabaquismo (Dickens et al., 2014).

Por lo que se refiere a la autoeficacia, (Spek et al., 2013) señala que esta, depende de la experiencia pasada con el comportamiento, la influencia de los demás, el estado fisiológico y las expectativas de resultado obtenido. Las personas con una alta confianza en su capacidad para dejar de fumar tienen más éxito en la cesación tabáquica y recaída con menos frecuencia después de un intento de abandono.

2.6. Teoría de motivación: PRIME

La teoría de PRIME está integrada por: Planes, Respuestas, Impulsos, Motivos y Evaluaciones; proporciona una base teórica para comprender cómo los diferentes aspectos del área motivacional interfieren en el comportamiento del individuo. Según la teoría, se pueden distinguir varios niveles de motivación como: impulsos e inhibiciones básicos, como respuestas directas a estímulos inmediatos; motivos / deseos, tales como sentimientos de necesidad. La teoría indica que los intentos de

dejar de fumar, se presentan cuando, los sentimientos de deseo de dejar de fumar son superados frente a un deseo de continuar fumando (Smit et al., 2011).

2.7. Predictores de intento de abandono

Layoun et al., (2017) reporta que, el contacto a diario con fumadores activos, reduce la probabilidad de éxito en el dejar de fumar; por otro lado, las prohibiciones en el trabajo como en el hogar fueron predictores influyentes para dejar de fumar.

Es conocido, que a nivel mundial, los paquetes de cigarrillos llevan las advertencias sanitarias, esto para informar a todos los consumidores de los riesgos de fumar. Estas advertencias en los paquetes suelen ser atractivas por su bajo costo, sin embargo, la efectividad de las advertencias depende de su tamaño, posición y diseño (Layoun et al., 2017).

Con el paso de los años la mayoría de los fumadores dejan de fumar, mediante tratamiento médico, psicológico y como parte complementaria el asesoramiento médico continuo y especializado, aunque muchos no lo logran por mal apego al tratamiento, falta de apoyo emocional y baja consejería continua. Se sugiere que el asesoramiento médico, es la intervención más eficiente en el primer nivel de atención contra el tabaquismo, siendo los servicios sanitarios un elemento en el inicio del proceso de abandono (Villalbi et al., 2008).

Creada por los psicólogos Miller y Rollnick (1991), la entrevista motivacional (EM) fue desarrollada para la intervención de problemas alcohólicos, posteriormente fue aplicada a consumidores de otras sustancias, entre ellas el tabaco. La EM se define como una estimulación centrada en el individuo, con el objetivo de generar un cambio en el comportamiento, ayudando a encontrar motivaciones específicas. Continuamente, se puede concientizar al individuo acerca del problema y el desarrollo de conductas favorables, de manera que se logre superar y no presentar recaídas más adelante durante el proceso. Como resultado de la aplicación de este modelo, se conoce acerca de las fases que presentan los fumadores, desde no

tener ninguna intención para dejar de fumar, hasta buscar activamente ayuda para hacerlo con lo que se logra el objetivo (Pineiro et al., 2010).

Ayudar a los fumadores a dejar de fumar implica dos procesos: motivarlos para que intenten dejar de fumar y ayudarlos a dejar de fumar una vez que lo intentan. Solo el 10 % planea dejar de fumar y el otro 30% considera dejarlo en los próximos 6 meses, el 30% planea dejarlo en algún momento desconocido y el 30% no planea dejarlo; de acuerdo a ello la mayoría de las intervenciones clínicas están dirigidas a motivar a los fumadores a que intenten dejar de fumar (Hughes, 2009).

Otro predictor que puede reducir la prevalencia del consumo de tabaco es el impacto económico que este genera. Los costos del consumo de tabaco implican aspectos económicos y de salud para el consumidor, familias y contribuyentes. Los costos de fumar se han clasificado en: directos, estos incluyen los costos de la enfermedad y gastos en la atención médica de enfermedades relacionadas con el tabaquismo; los costos indirectos que son considerables para la sociedad y la población no fumadora, que incluyen los costos de fumadores pasivos, los empleadores en forma de pérdida de la improductividad y el ausentismo de los fumadores a causa de enfermedades generadas por el tabaco, incluyen todas las externalidades negativas del tabaquismo para la sociedad; mientras que existen otros costos que no se pueden cuantificar como la pérdida de la vida, la carga de dolor y los sufrimientos causados por la enfermedad inducida por el tabaco; de este planteamiento, los beneficios se refieren a las pérdidas que podrían evitar (Ekpu et al., 2015).

Sin embargo, en la población mexicana, no existe al momento estudios dirigidos a conocer las motivaciones de los sujetos para dejar de fumar. Por lo tanto, este sería el primer estudio en México dirigido a identificar los factores para dejar de fumar.

2.8. Farmacoterapia y terapia de reemplazo de la nicotina (TRN)

La farmacoterapia ayuda a dejar de fumar al aliviar los síntomas de abstinencia de nicotina. Existen evidencias en los servicios de salud pública donde se identificaron

tres categorías de la farmacoterapia como primera línea: La terapia de reemplazo de nicotina (TRN), bupropión (un antidepresivo atípico), y la vareniclina. Cada uno está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) como mediador para ayudar a dejar de fumar. En fumadores que usan cualquier medicamento de primera línea al intentar dejar de fumar, aumenta más la probabilidad de lograr la abstinencia a largo plazo. La nortriptilina y la clonidina también tienen evidencia de eficacia, pero carecen de la aprobación de la FDA para esta indicación y son agentes de segunda línea (Ferguson et al., 2015).

Los elementos esenciales de la TRN son el diagnóstico, la dosificación racional, las instrucciones y advertencias apropiadas, y el seguimiento. Se presenta la nicotina como una sustancia, capaz de influir y determinar la acción de otro agente; y los cigarrillos como adictivos siendo la nicotina causante de la adicción, identificándose así, como el agente que motivó a los fumadores a fumar y los mantuvo fumando (Keane, 2013).

La TRN administra nicotina en una forma no inhalada para aliviar los síntomas de abstinencia de nicotina, mientras que un fumador deja de usar cigarrillos (Rigotti, 2012).

Como los productos de la TRN no se absorben través de los pulmones, ninguno reproduce la administración rápida de nicotina de un cigarrillo a la circulación arterial, lo que contribuye a la adicción de los cigarrillos. Debido a que los productos de la TRN tienen patrones distintos de administración de nicotina, existe una razón para combinarlos para mejorar la eficacia. Por lo tanto, el potencial de dependencia de la TRN es bajo, con ello los temores de que la TRN sea adictiva o cause cáncer se presenta como una barrera más para el uso de los productos por parte de los fumadores (Rigotti, 2012).

En 1942, el escocés Lennox Johnston planteó: que fumar tabaco era esencialmente un medio de administrar nicotina, y lo afirmó inyectando a voluntarios con la

sustancia, con esto se demostró que las personas "no estaban dispuestos a fumar" durante algún tiempo después, e incluso prefirieron las inyecciones de nicotina al cigarrillo (Keane, 2013).

Dentro del aspecto de reemplazo de nicotina, el fumar se presenta como un problema de dependencia fisiológica, basado en que el objetivo de las variadas formas que existen de la TRN, es reemplazar parte de la nicotina proporcionada por el tabaco para reducir los síntomas de abstinencia y no imitar los cigarrillos (Keane, 2013).

2.9. Red TRN

Hasta la década de 1990, la goma de mascar de nicotina y los parches eran productos farmacéuticos de venta con receta solo en países como Australia, Canadá, los Estados Unidos y el Reino Unido. Su disponibilidad fue restringida debido a la preocupación sobre su "responsabilidad por abuso" y el potencial atractivo para los no fumadores y los niños, así como los peligros de la intoxicación por nicotina y la sobredosis (Keane, 2013).

Siendo la dependencia física, un problema fundamental en el tabaquismo, se sugiere que el reemplazo de nicotina, debería integrarse en un programa de cambio de comportamiento. Por lo tanto, realiza dos formas de dependencia de la nicotina: un trastorno que es lo opuesto a la libertad y la autonomía y un componente del tratamiento que restablece la libertad y la autonomía (Keane, 2013).

La TRN sigue funcionando dentro de un modelo preneuroquímico de dependencia de drogas y sustitución de fármacos; permite que la nicotina se convierta en un agente terapéutico que actúa en contra de la continuación del hábito de fumar; incluido en el proyecto de salud pública para convertir a los fumadores en no fumadores (Keane, 2013).

Debido a que la ansiedad, es uno de los síntomas generados por el tabaco y motivo para dejar de fumar, aparece un aerosol, Nicorette 'fastmist', el cual se aplica mediante una inyección de nicotina en la boca y genera un alivio rápido al impulso de fumar (Rigotti, 2012).

Otro de los productos incluidos en la TRN se encuentra el chicle Nicorette de nicotina. La primera goma de mascar de nicotina que sabe a goma y también mejora la blancura de los dientes; se presenta como un tipo de chicle del cual los consumidores pueden esperar un sabor atractivo "nuevo y mejorado" con beneficios estéticos (Keane, 2013).

El aerosol nasal tiene el inicio de acción más rápido (5-10 minutos para alcanzar el nivel máximo de nicotina), pero su uso está limitado por la irritación local por pulverización de nicotina en la mucosa nasal (Rigotti, 2012).

2.9.1. El parche de nicotina

Es la farmacoterapia más utilizada para dejar de fumar. Este tratamiento duplica las posibilidades del fumador de mantener la abstinencia a largo plazo, siendo aprobado como ayuda para el cese del consumo del tabaco. Ha presentado resultados favorables mediante su utilización durante 1-4 semanas antes de dejar de fumar por completo (llamada precarga de nicotina), seguido del parche posterior al abandono; demostrando así que el uso de la precarga mejora el éxito al abandono.

Posterior al tratamiento con parche de nicotina, los fumadores perciben los cigarrillos menos satisfactorios, debilitando así la inducción al consumo de tabaco, con el posterior cese (Ferguson et al., 2015). El parche tiene un inicio lento, pero produce niveles estables de nicotina durante 16 o 24 horas, ofrece alivio prolongado de la abstinencia sin requerir una administración frecuente, es el producto más simple de usar y de mejor apego para el paciente (Rigotti, 2012).

2.9.2. La vareniclina

La vareniclina es un agonista parcial selectivo para el subtipo de receptor nicotínico $\alpha 4\beta 2$ responsable de mediar la dependencia a la nicotina. Como agonista parcial, alivia los síntomas de abstinencia de la nicotina y bloquea el refuerzo del tabaquismo al evitar que la nicotina se una al receptor $\alpha 4\beta 2$ (Rigotti, 2012).

Es el agente farmacológico más nuevo para dejar de fumar y se ha demostrado aún más eficacia que otras terapias, la eficacia de la vareniclina esta mediada por reducciones en la satisfacción del tabaquismo (Ferguson et al., 2015).

2.9.3. El bupropion

El bupropión, es un antidepresivo atípico que aumenta los niveles de dopamina en las vías mesolímbicas del SNC, también activado por otras drogas de dependencia, aumenta las tasas de abandono del hábito de fumar independientemente de su efecto antidepresivo. Sin embargo, se asocia con un mayor riesgo de convulsiones, que ocurre en el 0.1% de los fumadores. Está contraindicado en fumadores con un trastorno convulsivo. Tiene como propiedad, la capacidad para mitigar temporalmente el aumento de peso posterior al cese, recuperando el peso después de suspender el medicamento (Ferguson et al., 2015).

3. ANTECEDENTES

La mayoría de los fumadores hacen múltiples intentos de dejar de fumar, de modo que la mitad finalmente deja de fumar. A partir de la década de 1990, las tasas de cesación comenzaron a estancarse debido a que no hubo un aumento en la frecuencia de los intentos de abandono y ningún aumento en el éxito de un intento de abandono (Hughes et al., 2013). Desde 1985 en España, ha existido una mayor implicación de los centros públicos de atención primaria de salud, en la intervención sobre la promoción para prevención del tabaquismo, como iniciativa primaria (Villalbi et al., 2008). Algunos médicos no creían que los consejos breves sean efectivos; sin embargo, muchos ensayos aleatorizados indican que incluso los consejos breves aumentan las tasas de abandono (Hughes j., 2003).

Hasta la década de 1990, la goma de mascar de nicotina y los parches eran productos farmacéuticos de venta con receta solo en países como Australia, Canadá, los Estados Unidos y el Reino Unido. Su disponibilidad fue restringida debido a la preocupación sobre su "responsabilidad por abuso" y el potencial atractivo para los no fumadores y los niños, así como los peligros de la intoxicación por nicotina y la sobredosis. El modelo de tratamiento de la TRN temprana fue que el fumador como paciente recibiría nicotina sustitutiva dentro del contexto del programa conductual "integral" de dejar de fumar (Keane, 2013).

Algunos modelos de intentos de abandono suponen que los fumadores toman una decisión clara para dejar de fumar, por lo tanto, establecen una posible fecha de abandono. Otras descripciones sugieren que los intentos de abandono son repentinos y espontáneos (Hughes et al., 2015); sin embargo, la mayoría de consumidores de tabaco intentan repetidas ocasiones dejar de fumar, pero sin éxito. Las etapas para dejar de fumar o de cambio se basan en un modelo transteorico (TTM), que propone que las personas pasen por una serie de etapas para dejar de fumar (Dickens et al., 2014).

Estudios recientes muestran que, aunque los pacientes con algún trastorno psiquiátrico son altos consumidores de tabaco, los motivos que ellos presentan para dejar de fumar son similares a los que presenta la población general. Este estudio enfatiza que la motivación es un papel clave para intentar dejar de fumar (Dickens et al., 2014).

Se determinó en otro estudio, sobre la capacidad de dejar de fumar, qué causas perciben los fumadores como incapacidad para dejar de fumar. Si estas causas están relacionadas entre sí y si las causas predicen el respaldo del tratamiento; como resultado se obtuvo: la adicción, el hábito y el estrés como causas de incapacidad para dejar de fumar, además de recomendar tratamientos para dejar de fumar y no dejar de fumar por su cuenta (Hughes, 2009).

En un estudio de prueba genética, valorando otros factores influyentes en fumadores, se determinó, si los genes de riesgo asociados a cáncer de pulmón cuentan como un factor de motivación, para dejar de fumar; ya que existe un posible vínculo de tres vías entre los biomarcadores para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, un conjunto de 20 polimorfismos de un solo nucleótido (PSN) asociados con el cáncer y cáncer de pulmón. El puntaje para la predicción de no cáncer se realizó con un seguimiento de seis años, donde se obtuvo que el 45% de los sujetos no asociados a factores de riesgo tienen un puntaje bajo en cáncer y el 55% con factores asociados tienen un puntaje aumentado (Nichols et al., 2014).

Se realizó la prueba genética de 20 PSN para la predicción de cáncer de pulmón en fumadores con el nombre comercial Respiragene; donde se obtuvo que la mejoría en la intención de dejar de fumar aumenta en los fumadores del 56% antes de la prueba al 67% con un riesgo promedio de cáncer o cáncer de pulmón; y un 89% en fumadores con alto riesgo de cáncer de pulmón (Nichols et al., 2014).

Un pequeño estudio piloto basado en resultados de Espirometría donde se usó el diagrama de Fletcher-Peto para explicar los riesgos del consumo de tabaco,

demonstró que los pacientes encuentran que este es un método aceptable para dejar de fumar y la tasa de abandono a los 12 meses fue del 27 % (Nichols et al., 2014).

En los países desarrollados, algunos programas de tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM) han establecido prohibiciones de fumar, lo que ha reducido la proporción de personal que fuma, pero no la proporción de pacientes. La evidencia demostró que una interacción entre la metadona y la nicotina podría aumentar la euforia y disminuir los problemas mentales como inquietud, irritabilidad y depresión por el cual se mantiene el hábito de fumar y se reducen los intentos de los pacientes de dejar de fumar. Esta interacción se considera una causa importante de morbilidad, mortalidad, discapacidad y peor calidad de vida entre los fumadores dependientes de opiáceos en comparación con los no fumadores (Tran et al., 2015).

Se sugiere que la motivación es un factor clave en el proceso mediante el cual la persona adicta puede dejar el hábito. Se afirma que la decisión del fumador se basa en las creencias que este tiene del tabaquismo. Estas pueden ser negativas o positivas e influyen en los motivos para dejar de fumar o continuar haciéndolo (Uppal et al., 2013). Por lo tanto, es necesario identificar los factores asociados al estado de *acción* para dejar de fumar.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de cigarrillos sigue siendo una de las principales causas de muerte y enfermedad prevenibles en todo el mundo (Ekpu & Brown, 2015).

La adicción a la nicotina es una de las principales razones por las cuales fracasan los intentos de dejar de fumar (Rigotti, 2012). En este sentido, la inhalación de humo de cigarrillo libera nicotina rápidamente al cerebro, en donde se une a los receptores colinérgicos nicotínicos del mesencéfalo y desencadena la liberación de dopamina (Rigotti, 2012). De igual forma se describe la unión a otros neurotransmisores como la serotonina y otros sistemas de neurotransmisores del sistema nervioso central, como los endocannabinoides y los neuropéptidos. La liberación de todos estos diversos neurotransmisores conduce a la excitación, la modulación del estado de ánimo, la mejora del rendimiento, los efectos analgésicos y la pérdida de peso asociados con el consumo de tabaco (Hatsukami et al., 2008).

Por otra parte, el tabaquismo repetitivo regula el aumento de los receptores de nicotina, produciendo tolerancia a dosis más altas de nicotina y extracción de nicotina cuando los niveles disminuyen, excepto por el antojo del cigarrillo (Rigotti, 2012).

Debido a ello, los síntomas de abstinencia a la nicotina (ansiedad, estado de ánimo deprimido, irritabilidad, inquietud e insomnio) son inespecíficos y, a menudo, no se reconocen como abstinencia de la nicotina. Cuando fumar un cigarrillo alivia estos síntomas, los fumadores piensan que los cigarrillos reducen el estrés (Rigotti, 2012).

A saber, dejar de fumar requiere dos procesos: primeramente, hacer un intento de abandono y luego permanecer en abstinencia. Para ello, se requiere de varias intervenciones del control de tabaco (aumento de impuestos, restricciones en el lugar de trabajo, etc.) y múltiples intervenciones clínicas (asesoramiento médico, intervenciones de etapa de cambio y entrevistas motivacionales. Sin embargo, a

pesar de la implementación de muchas de estas intervenciones, solo el 53% de los fumadores intentan dejar de fumar en un año (Hughes et al., 2015).

A pesar de la difusión de información sobre los peligros del tabaquismo, se ha reportado que existen varias dificultades en el proceso de romper una adicción, desde la decisión de dejar de fumar hasta el éxito y la persistencia en dejar de fumar (Azevedo et al., 2011).

La forma en que los fumadores interpretan estos mensajes sobre los productos de tabaco influye en las decisiones sobre fumar o no hacerlo, qué productos fumar y cómo emplear los medicamentos de nicotina (Bansal-Travers et al., 2010). Comúnmente los fumadores indican que les gustaría dejar de fumar, sin embargo, a pesar de este interés la proporción de la población que lo deja exitosamente cada año, es muy baja (Ferguson et al., 2015). Esto puede atribuirse al mal apego a métodos empleados ya que incluso cuando los fumadores se encuentran con buen apego al tratamiento médico y asesoramiento, fracasan y retoman nuevamente el consumo (Ferguson et al., 2015).

Las campañas antitabaco mediante los medios de comunicación pueden ayudar a reducir la prevalencia del tabaquismo al convencer a los jóvenes de no iniciar el tabaquismo y al alentar a los fumadores actuales a dejarlo ("Antismoking messages and intention to quit - 17 countries, 2008-2011," 2013).

Debido a lo anteriormente abordado, en este estudio mediante la comparación de las características demográficas, clínicas y psicológicas entre fumadores en los estados de *intención* y *acción* de dejar de fumar, identificaremos los factores asociados a la *acción* de dejar de fumar.

5. JUSTIFICACIÓN

En el año 2018, se reportó que el número de fumadores a nivel mundial era de 1.100 millones de fumadores activos y al menos 367 millones de fumadores pasivos. Buena parte de esos fumadores (para ser exactos, un 80%) se encuentran en países en vías de desarrollo (OMS., 2018). La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, menciona que en México el inicio promedio del consumo de tabaco es a los 19 años; y de los individuos entre 12 y 65 años, los fumadores representan el 17.5 %, donde de este total 74.5% son hombres y 25.5% mujeres (ENCODAT, 2018).

La evidencia menciona que alrededor de la mitad de los intentos de abandono fallan dentro de la primera semana (Uppal et al., 2013). El comprender la motivación para dejar de fumar contribuye a predecir el éxito de abandono del tabaco (Tran et al., 2015).

Dentro de los sujetos fumadores, se hallan aquellos que desean dejar de fumar, sin embargo, son pocos los que buscan ayuda y la mayoría fracasa en el intento de abandono (Rigotti, 2012).

En 2010, se reportó que 69% de los fumadores estadounidenses querían dejar de fumar y el 52% de los fumadores que intentaron dejar el hábito el año anterior, sin embargo, solo el 6% fueron no fumadores un año después (Rigotti, 2012).

Los fumadores con otro consumo de sustancias, trastornos psiquiátricos y una fuerte dependencia a la nicotina tienen menos probabilidades de tener éxito en un intento de dejar de fumar (Hughes et al., 2015). En usuarios consumidores de drogas, se informó una tasa de éxito menor al dejar de fumar (12-22%) que la población general (48-58%).

Para dejar de fumar, un fumador debe superar la dependencia de la nicotina farmacológica, hacer frente a la abstinencia de la nicotina y también extinguir las fuertes asociaciones de comportamiento con el tabaquismo (Rigotti, 2012).

Del mismo modo, se han identificado personas y aspectos ambientales que influyen en el proceso de adaptación y mantenimiento de la abstinencia del tabaquismo. Entre éstos aspectos se incluyen el estado socioeconómico, los problemas de salud mental, la falta de disponibilidad de servicios de salud, el apoyo familiar, las influencias entre iguales y la aceptabilidad cultural (Tran et al., 2015). Debido a ello surge nuestro interés por abordar la relación de dichos aspectos para la comprensión e identificación de los factores que durante la inducción y la acción impiden llegar al éxito.

México.

Autónoma de Tabasco.

6. OBJETIVO

Analizar la comparación de las características demográficas, clínicas y psicológicas entre fumadores en los estados de *intención* y *acción* de dejar de fumar para identificar factores asociados a la *acción* de dejar de fumar.

6.1 Objetivos Específicos

- Conocer las características demográficas, clínicas en sujetos consumidores de tabaco.
- Identificar factores asociados a la acción de dejar de fumar.
- Determinar los síntomas psicológicos mediante la escala SCL-90 en sujetos consumidores de tabaco.
- Distinguir el estado de *intención* o *acción* de dejar de fumar en sujetos consumidores de tabaco.

7. HIPÓTESIS

1. Existen diferencias demográficas, clínicas y psicológicas entre fumadores en los estados de *intención* y *acción* de dejar de fumar.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

8. METODOLOGÍA.

8.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, transversal y analítico, donde se van a comparar características demográficas, clínicas y psicológicas entre fumadores en los estados de *intención* y *acción* de dejar de fumar para identificar factores asociados a la *acción* de dejar de fumar y encontrar posibles estrategias para apoyarlos durante el proceso de abandono del tabaco.

8.2 Población de estudio.

En este estudio se incluyó una muestra total de 108 fumadores de cigarrillos, hombres y mujeres mayores de 18 años, mexicanos, sin enfermedades crónico-degenerativas, que acudieron al centro de donación de sangre del Hospital General de Comalcalco en periodo de 4 meses comprendido de marzo 2018 – junio 2018.

8.3 Variables

Las variables analizadas en el estudio son de tipo dependientes e independientes. Las variables dependientes son *intención* y *acción* de dejar de fumar. Todas las demás son variables independientes. Tabla 1. Operacionalización de las variables.

Tabla 1. Operacionalización de las variables.

| Variable | Operacionalización | Clasificación | Instrumento |
|----------|---|---------------|-----------------|
| Edad | Tiempo de vida desde el nacimiento | Cuantitativa | Años |
| Genero | Conjunto de personas que tienen características generales comunes | Cualitativo | Hombre Mujer |

| | | | |
|--|---|--------------|---|
| Estado civil | Condición del individuo de acuerdo a la existencia de vínculos personales | Cualitativa | Casado Soltero Divorciado Unión libre |
| Nivel socioeconómico | Recurso económico de un individuo | Cualitativa | Alto Medio Bajo |
| Ocupación | Ocupación que desempeña un individuo | Cualitativa | Ninguna Hogar Estudiante Empleado medio tiempo Empleado tiempo completo |
| Depresión | Disminución de las funciones psíquicas | Cualitativa | Escala SCL-90 |
| Ansiedad | Estado de agitación o inquietud del ánimo | Cualitativa | Escala SCL-90 |
| Dependencia a la nicotina | Necesidad del consumo de sustancias que contenga nicotina | Cualitativa | Cuestionario fagerstrom |
| Edad de consumo de primer cigarro | Edad que tenía el individuo cuando consumió el primer cigarro | Cuantitativa | Cuestionario clínico demográfico |
| Años de consumo de cigarro | Años transcurridos desde el inicio del | Cuantitativa | Cuestionario clínico demográfico |

| | | | |
|--|---|--------------|----------------------------------|
| Cantidad de cigarros consumidos al día. | consumo tabaco hasta fecha actual Número de cigarros consumidos durante el día | Cuantitativa | Cuestionario clínico demográfico |
|--|---|--------------|----------------------------------|

8.4 Recolección de datos y/o información

8.4.1 Información sociodemográfica

Se obtuvieron los datos sociodemográficos (sexo, edad, escolaridad, nivel socioeconómico, estado civil, ocupación) de los pacientes mediante la aplicación de encuestas de manera personal, en el Hospital General de Comalcalco.

8.5 Evaluación de la dependencia a la nicotina y motivos para dejar de fumar

8.5.1 Prueba de Fagerstrom

La prueba de Fagerstrom para la dependencia de nicotina (FTND) se utilizó para evaluar los niveles de dependencia de la nicotina entre los pacientes. Esta escala heteroaplicada y validada (Tran et al., 2015), contiene 6 ítems que arrojan una puntuación total de 0-10. Los ítems cubren: tiempo hasta el primer cigarrillo del día (puntaje 0-3), cigarrillos prohibidos (puntaje 0-1), el cigarrillo que las personas más odiarían renunciar (puntuación 0-1), número de cigarrillos por día (puntaje 0-3),

fumando más por la mañana (puntaje 0-1) y fumando si está enfermo (puntaje 0-1). Los puntajes están correlacionados positivamente con los niveles de nicotina e inversamente relacionados con la abstinencia (Dickens et al., 2014).

Una puntuación más alta indica un mayor nivel de dependencia. Según el puntaje, los pacientes se clasificaron en los siguientes grupos: 0-2: muy bajo, 3-4: bajo, 5: moderado, 6-7: alto y 8-10: muy alto (Tran et al., 2015).

Esta escala también evalúa los comportamientos de fumar indicativos de la dependencia física, compromiso con la escala de abstinencia, el deseo de los participantes, la expectativa de éxito, la dificultad anticipada y el objetivo de abstinencia (Prochaska et al., 2004).

8.5.2 Escala de motivos para dejar de fumar

La escala de motivos para dejar de fumar, contiene 10 ítems que evalúan la motivación, desde tomar la decisión de continuar fumando toda su vida hasta dejar de fumar (Dickens et al., 2014).

Esta escala de 10 puntos se integra con respuestas que van desde 1 "No tengo interés en dejar de fumar" hasta 10 "Dejo de fumar y nunca volveré a fumar". Los estudios de validez han demostrado que este instrumento está asociado con índices de preparación para dejar de fumar (por ejemplo, intención de dejar de fumar, intentos de abandono y abandono.) Para este estudio se dividieron las puntuaciones en dos grupos. El grupo de planificación incluyó puntajes de 2 hasta 7 (pensamientos, pero no acciones para dejar de fumar) y el grupo de acción los puntajes de 8 a 10 (acciones para dejar de fumar, incluso si el participante continúa fumando).

8.5.3 Inventario de síntomas SCL-90

El Inventario de síntomas SCL-90 es un cuestionario multidimensional que identifica si los pacientes que se encuentran bajo el consumo de cigarro, presentan o han

presentado algunos de los síntomas psicológicos y características psicopatológicas. Se clasifica en nueve subescalas que incluyen: somatización, compulsión obsesiva, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. (Jensen et al., 2013). El SCL-90- incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica: poco apetito (19), problemas para dormir (44), pensamientos acerca de la muerte o el morirse (59), comer en exceso (60), despertarse muy temprano (64), sueño intranquilo (66), sentimientos de culpa (89). Proporciona 3 índices globales (índice de sintomatología general -GSI-, índice de alteración de los síntomas positivos -PSDI- y el total de síntomas positivos -PST). Todos los ítems presentan cinco opciones y son puntuados asignando entre 0 a 4 puntos a cada opción (“Nada” = 0; “Muy poco” = 1; “Poco” = 2; “Bastante” = 3; “Mucho” = 4) (Caparró B. et al., 2007).

La fiabilidad de los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) para las nueve dimensiones primarias son los siguientes: Somatización ($\alpha = 0,84$), Obsesividad-compulsividad ($\alpha = 0,80$), Sensibilidad interpersonal ($\alpha = 0,82$), Depresión ($\alpha = 0,88$), Ansiedad ($\alpha = 0,83$), Hostilidad ($\alpha = 0,76$), Ansiedad fóbica ($\alpha = 0,69$), Ideación paranoide ($\alpha = 0,74$), Psicoticismo ($\alpha = 0,75$) (Caparró B. et al., 2007).

8.6 Criterios de inclusión

- 1.- Pacientes fumadores.
- 2.- Adolescentes y adultos con edades entre 18 y 75 años de edad.
- 3.- Ambos sexos.
- 4.- Aceptar voluntariamente participar en el estudio.
- 5.- Aceptar firmar el consentimiento informado.

8.7 Criterios de exclusión

- 1.- Participantes no consumidores de tabaco.
- 2.- Menores de 18 años.
- 3.- Mayores de 75 años.
- 4.- Sujetos con enfermedad mental.

8.8 Consideraciones éticas y legales

Se realizó una invitación verbal y por escrito, además de exponer el propósito y objetivos del proyecto. La participación fue voluntaria, sin remuneración económica.

8.9 Procesamiento y análisis de los datos

Después de la aplicación de cuestionarios y escalas, se realizó la captura de datos y se archivó en una base de datos en EXCEL. Posteriormente se exportó la base al paquete estadístico SPSS (VERSIÓN 24) para su análisis estadístico.

8.9.1 Análisis estadístico.

Se utilizaron frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medias y desviaciones estándar para variables cuantitativas.

Los resultados reportaron que el grado de motivación para dejar de fumar y se compararon los grupos *de acción* y *de intención*. Se calcularon los OR para conocer los factores predictivos para la *acción* de dejar de fumar. Se consideraron estadísticamente significativos valores $p < 0.05$.

9. RESULTADOS

9.1. Descripción de la muestra

El total de la muestra consistió en 108 pacientes que consumían tabaco. 69 participantes son de sexo masculino y 39 de sexo femenino. La edad promedio fue de 32.4 ± 15.4 años. El rango de edad de los participantes fue de 18-83 años. **Tabla 2.** *Sexo y edad de los pacientes incluidos en el estudio.*

Tabla 2. *Sexo y edad de los pacientes incluidos en el estudio.*

| Género | N | % |
|-----------|---------------------|-------|
| Masculino | 69 | 63.9 |
| Femenino | 39 | 36.1 |
| Edad | (Promedio \pm DE) | Rango |
| | 32.4 ± 15.4 | 14-83 |

9.2. Características sociodemográficas de la muestra

De las características sociodemográficas de la muestra, el estado civil de mayor prevalencia fue soltero con el 55.6 % (n=60), nivel socioeconómico medio del 76.6 % (n= 82) y siendo de la categoría de ocupación empleo con remuneración de 75 % (n= 81). El promedio de años de escolaridad fue de 12.9 ± 3.8 años. **Tabla 3.** *Características sociodemográficas de la muestra.*

Tabla 3. *Características sociodemográficas de la muestra.*

| Características | Muestra | % |
|-----------------|---------|------|
| Estado civil | | |
| Casado | 48 | 44.4 |
| Soltero | 60 | 55.6 |

| | | |
|-------------------------|----------|------|
| Nivel socioeconómico | | |
| Bajo | 26 | 23.4 |
| Medio | 82 | 76.6 |
| Ocupación | | |
| Empleo con remuneración | 81 | 75.0 |
| Sin remuneración | 27 | 25.0 |
| Escolaridad | 12.9±3.8 | |
| (Promedio ± DE) | | |

9.3. Características psicológicas de la muestra

Los promedios de los puntajes de la muestra en cada dimensión del SCL-90 fueron las siguientes: somatizaciones 1.1 ± 0.3 con rango 0-3.4; obsesiones y compulsiones 1.2 ± 0.7 con rango 0-3.1. Sensibilidad interpersonal 1.0 ± 0.8 con rango 0-3.3; depresión 1.0 ± 0.8 con rango 0-3.4. Ansiedad 1.1 ± 1.1 con rango 0-3.6; hostilidad 1.1 ± 0.9 con rango 0-3.5, ansiedad fóbica 0.8 ± 0.9 con rango 0-3.3, ideación paranoide 1.1 ± 0.8 con rango 0-3.3 y psicotismo 0.9 ± 0.9 con rango 0-3.4.

Tabla 4. Características psicológicas de la muestra.

Tabla 4. Características psicológicas de la muestra.

| Características | (Promedio ± DE) | Rango |
|----------------------------|-----------------|-------|
| Somatizaciones | 1.1 ± 0.3 | 0-3.4 |
| Obsesiones y compulsiones | 1.2 ± 0.7 | 0-3.1 |
| Sensibilidad interpersonal | 1.0 ± 0.8 | 0-3.3 |
| Depresión | 1.0 ± 0.8 | 0-3.4 |
| Ansiedad | 1.1 ± 1.1 | 0-3.6 |
| Hostilidad | 1.1 ± 0.9 | 0-3.5 |

| | | |
|--------------------|---------|-------|
| Ansiedad fóbica | 0.8±0.9 | 0-3.3 |
| Ideación paranoide | 1.1±0.8 | 0-3.3 |
| Psicotisismo | 0.9±0.9 | 0-3.4 |

9.4. Características del consumo de tabaco

Respecto a las características del consumo de tabaco en los sujetos en estudio, se observó que el consumo promedio de tabaco al día es de 7.57 ± 3.47 . La edad de inicio del consumo de tabaco fue de 15.4 ± 2.40 y la edad promedio de consumo diario de tabaco fue de 16.5 ± 3.1 , **Tabla 5. Características de consumo de tabaco.**

Tabla 5. Características de consumo de tabaco.

| Ítem | (Promedio ± DE) |
|----------------------------------|-----------------|
| Consumo de Tabaco al día | 7.57 ± 3.47 |
| Edad de inicio de consumo | 15.4 ± 2.40 |
| Edad de consumo de Tabaco diario | 16.5 ± 3.1 |

El 23.4% (n=25) de los pacientes tarda entre 0 y 5 minutos en fumarse el primer cigarro del día al momento de levantarse, el 19.6 % (n=21) tarda entre 6 y 30 minutos y el resto de los participantes 57.4% (n=62) tarda más de 60 minutos para fumar el primer cigarro. De la muestra, el 37.3 % (n=40) de los participantes indicó que se levanta en la noche a fumar.

La dependencia a la nicotina se evaluó mediante el test de Fagestrom. La distribución en frecuencias y porcentajes es presentada en la **Tabla 6**. El 55.6 % (n=60) presentó dependencia baja a nicotina y el 38.9% (n= 42) dependencia media.

Tabla 6. Dependencia a la nicotina acorde al Test de Fagestrom en toda la muestra.

| Dependencia | % | N |
|-------------|------|----|
| Baja | 55.6 | 60 |
| Moderada | 38.9 | 42 |
| Alta | 5.6 | 6 |

Finalmente, el 53.7% (n=58) de la muestra fueron clasificados en motivación-intención y el 46.3% (n=50) en la motivación-acción para dejar de fumar.

9.5. Características sociodemográficas de los grupos intención y acción

La comparación entre el grupo de intención (n=58) y el grupo de acción (n=50) es presentada en la **Tabla 7**. El grupo que se encuentra en intención de dejar el consumo de tabaco es representado por hombres con un 56.9% (n=33), edad de 37 años, casados con un 53.4 % (n=31), empleo sin remuneración un 79.3 % (=46), con escolaridad den años de 4.1% (n=12.4). Los que se encuentran en el proceso de acción el 72% (n=36) es hombre, edad de 13.6, soltero con un 66.0% (n=33), empleo sin remuneración 70.0% (n=33) y escolaridad de 3.4% (n=13.6).

Tabla 7. Comparación de características sociodemográficas entre los grupos de intención y acción.

| Características sociodemográficas | Intención | | Acción | | Estadística | |
|-----------------------------------|-----------|------|--------|------|----------------|------------|
| | N=58 | % | N=50 | % | Chi cuadrada/t | Valor de p |
| Genero | | | | | | |
| Hombre | 33 | 56.9 | 36 | 72.0 | 2.6 | 0.10 |
| Mujer | 25 | 41.1 | 14 | 28.0 | | |
| Edad | 37.2 | 16.8 | 13.6 | 3.4 | 3.6 | <0.001 |

| Estado civil | | | | | | |
|---------------------|----|------|----|------|-----|------|
| Soltero | 27 | 46.6 | 33 | 66.0 | 4.1 | 0.04 |
| Casado | 31 | 53.4 | 17 | 34.0 | | |
| Empleo | | | | | | |
| Con remuneración | 12 | 20.7 | 15 | 30.0 | 1.2 | 0.26 |
| Sin remuneración | 46 | 79.3 | 35 | 70.0 | | |

9.6. Comparación de las características de consumo de tabaco entre los grupos de comparación

Los datos se presentan en la **Tabla 8**. En el grupo de intención se observó, que el 57.7% (n=30) se levanta por las noches a fumar, el 51.7% (n=30) presenta dependencia baja a la nicotina, y un 8.8% (10.3) aun consume cigarro a diario. Del grupo que se encuentra en acción el 24.0% (n=12) se levanta por las noches a fumar, el 60.0% (n=30) presenta dependencia baja a la nicotina, y solo el 3.0% (n=4.6) consume cigarro a diario.

Tabla 8. *Comparación de las características del consumo de tabaco entre los grupos de comparación intención- acción.*

| Características de consumo de tabaco | Intención (n=58) | | Acción (n=50) | | Estadística | |
|--------------------------------------|------------------|---|---------------|---|----------------|------------|
| | n | % | n | % | Chi cuadrada/t | Valor de p |

¿Se levanta por las noches a fumar?

| | | | | | | |
|----|----|------|----|------|-----|-------|
| No | 30 | 57.7 | 38 | 76.0 | 6.7 | 0.009 |
| Si | 28 | 48.3 | 12 | 24.0 | | |

Dependencia a la nicotina

| | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|
| Bajo | 30 | 51.7 | 30 | 60.0 | 0.9 | 0.62 |
| Moderado | 24 | 41.4 | 18 | 36.0 | | |
| Alto | 4 | 6.9 | 2 | 4.0 | | |
| Edad de consumo de primer cigarro | 15.3 | 2.3 | 15.4 | 1.9 | -0.2 | 0.80 |
| Años de consumo de cigarro | 16.6 | 3.7 | 16.4 | 2.2 | 0.2 | 0.80 |
| Número de cigarrillos consumidos al día | 10.3 | 8.8 | 4.6 | 3.0 | | |

9.7. Características psicológicas entre los grupos de comparación

Cuando se analizaron las características psicológicas entre grupos se observaron diferencias estadísticas significativas entre los grupos. Estas diferencias se observaron en todas las características evaluadas por SCL-90. Mostrando así perfiles psicológicos distintos para cada grupo, **Tabla 9**.

Tabla 9. Características psicológicas entre los grupos de comparación intención- acción.

| Características psicológicas | Intención (N=58) | | Acción (N=50) | | t | Estadística p |
|------------------------------|------------------|-----|---------------|-----|-----|---------------|
| | N | % | N | % | | |
| Somatización | 1.4 | 0.7 | 0.9 | 0.6 | 3.4 | 0.001 |
| Obsesiones-compulsiones | 1.4 | 0.7 | 1.0 | 0.7 | 3.0 | 0.003 |
| Sensibilidad interpersonal | 1.3 | 0.9 | 0.8 | 0.6 | 2.8 | 0.004 |
| Depresión | 1.3 | 0.9 | 0.7 | 0.6 | 4.0 | <0.001 |
| Ansiedad | 1.3 | 0.9 | 0.8 | 0.7 | 3.0 | 0.003 |
| Hostilidad | 1.3 | 0.9 | 0.9 | 0.8 | 2.1 | 0.03 |
| Ansiedad fóbica | 1.2 | 1.0 | 0.5 | 0.7 | 3.9 | <0.001 |
| Ideación paranoide | 1.3 | 1.0 | 0.8 | 0.7 | 3.1 | 0.002 |
| Psicópata | 1.1 | 1.0 | 0.6 | 0.6 | 2.6 | 0.007 |

9.8. Factores predictores para la acción de dejar de fumar.

La tabla 10, muestra los predictores estadísticamente significativos para la acción de dejar de fumar. Se puede observar, que consumir menor número de cigarros, así como no presentar depresión son factores predictores para la acción de dejar de fumar. **Tabla 10.** *Factores predictores para la acción de dejar de fumar.*

Tabla 10. *Factores predictores para la acción de dejar de fumar.*

| Factores predictores | Planeación | Acción | β | Odds Ratio | 95% C.I. | <i>p</i> |
|----------------------------|------------|--------|---------|------------|------------|----------|
| Número de cigarros por día | -0.16 | 0.85 | -0.16 | 0.85 | 0.76-0.95 | 0.004 |
| Con depresión | -1.69 | 0.18 | -1.69 | 0.18 | 0.004-0.76 | 0.02 |
| Con ansiedad | 1.04 | 2.8 | 1.04 | 2.8 | 0.80-10.1 | 0.10 |

10. DISCUSIÓN

El consumo de tabaco representa la mayor mortalidad asociada a enfermedades crónicas y sus complicaciones, por tanto, es importante disminuir la prevalencia del consumo de tabaco (Azevedo et al., 2011). Una manera de lograr el éxito del abandono del tabaco, es aumentar el número de intentos de abandono (Vogt F and Marteau T, 2012).

El propósito de este estudio fue comparar características demográficas, clínicas y psicológicas entre fumadores en los estados de *intención* y *acción* de dejar de fumar para identificar factores asociados a la *acción* de dejar de fumar.

En nuestro estudio el mayor consumo de Tabaco lo ocupan los hombres, lo que coincide con lo reportado en los estudios previos (Brathwaite et al., 2017). Como ejemplo, un estudio realizado con la participación de 41 países mostró: primero, que los hombres son los mayores consumidores de tabaco y segundo, que esta es la población donde más se debe realizar los programas para dejar de fumar (Stubbs et al., 2017).

En este estudio, se observaron diferencias en las características demográficas. Los fumadores que se encuentran en el grupo de acción son solteros y jóvenes. Mientras que lo sujetos que fueron clasificados en el grupo de planeación presentaron edades mayores a los del grupo acción. Este es un dato interesante, que sugiere que las personas adultas al tener más disponibilidad de tiempo, ocupan este para fumar. Por lo cual se mantienen en el grupo de planeación sin avanzar a la acción de dejar de fumar. Sin embargo, consideramos que este grupo debido a su edad tienen acceso a servicios de salud y a mayor cuidado y atención familiar (Orouji et al., 2017). Esto podría llevar a la creación de un medio ambiente que refuerce las motivaciones para dejar de fumar como se observó en otras poblaciones (Lin et al., 2015), y de esa forma motivarlos a moverse al grupo de acción para dejar de fumar.

Por otro lado, en relación al consumo de tabaco, la población que se encuentra en el grupo de planeación para dejar de fumar, consume más cigarrillos por día y se levantan por las noches con más frecuencia que los integrantes del grupo de acción. Estas características son importantes, especialmente porque puede explicar el poco éxito de los programas para dejar de fumar (Khan et al., 2014). Estos programas están dirigidos a personas que consumen grandes cantidades de cigarrillos por día, especialmente, por los efectos nocivos en la salud de los fumadores. Sin embargo, en nuestro estudio se observó que el grupo que presenta la acción para dejar de fumar es el grupo de menos consumo de tabaco. Por lo tanto, la intervención temprana en sujetos con baja dependencia de la nicotina, pero con una acción para dejar de fumar podría ser más exitosa.

Así también uno de los factores que interviene en el proceso de abandono del consumo de tabaco es la aparición de síntomas relacionados con alteraciones psicológicas. En este estudio se evaluaron características psicológicas de acuerdo a la escala SCL-90, donde la depresión y la ansiedad fóbica mostraron el mayor efecto entre los grupos. Esto sugiere que estos sujetos en la planeación necesitan atención clínica y psicológica para una disminución de la depresión y la ansiedad (Martinez et al., 2018).

El menor consumo de cigarrillos por día y síntomas no graves de depresión clínica, son factores predictores asociados hacia dejar de fumar. Estos resultados son importantes, ya que existe la creencia general de que el consumo de tabaco es un sinónimo de reducción de la ansiedad u otros estados negativos emocionales. Sin embargo, en el estudio se observa lo contrario. Los pacientes que consumen tabaco presentan mayor estado de ansiedad. Consideramos que los sujetos fumadores con las características de depresión y ansiedad presentan mayor dificultad para dejar de fumar, como consecuencia de estos síntomas mentales negativos. Consideramos que estos síntomas pueden estar afectando la motivación personal para tomar la decisión de dejar de fumar (Secades-Villa et al., 2017).

Estos hallazgos enfatizaron la necesidad de que los proveedores de servicios de salud controlen la depresión y refieran al paciente para su tratamiento; del mismo modo, los servicios de salud mental deben evaluar a sus pacientes en el consumo de cigarros al día y proporcionar una intervención para dejar de fumar.

Consideramos que los pacientes que se encuentran en el grupo de acción, puede emplear como alternativa las terapias de reemplazo a la nicotina, la cual ha dado resultados favorables, como se han demostrado en estudios previos, sobre la eficacia de las intervenciones para dejar de fumar (Alberg & Carpenter, 2012).

Debido a que los pacientes incluidos en el grupo de planeación hacia el abandono del tabaco, presentan con mayor frecuencia recurrencia al consumo de tabaco por las noches así como un mayor número de cigarros al día y asociado con presencia de síntomas psicológicos, se puede trabajar más en cuestión de motivación así como ayuda mediante las terapias de reemplazo de la nicotina, con el objetivo de que logren llegar a la etapa de acción donde ya se obtiene un control del consumo de tabaco, contando esto como obstáculo para la motivación y planeación hacia el abandono del tabaco.

Reconocemos algunas limitaciones de nuestro estudio: el pequeño tamaño de la muestra. Es necesario que en futuros estudios se incremente la n del estudio, para que permita realizar análisis por género. Segundo, la necesidad de un seguimiento de los pacientes. En el presente estudio, no fue posible observar si los pacientes con decisión de dejar de fumar realmente tienen éxito en dejar de fumar.

11. CONCLUSIÓN

Se concluye en este estudio que, el aspecto más importante para dejar de fumar es mantener la acción para dejar de fumar. Esto, unido a la motivación del paciente, permitirá al sujeto realizar múltiples intentos y que estos sean cada vez más eficaces. Este estudio observó que menor consumo de cigarros por día, no presentar depresión o ansiedad clínica son factores asociados a mantener la acción de dejar de fumar. Son necesarias diversas acciones en los servicios de atención primaria para identificar a los sujetos en los inicios del consumo de tabaco para tener más éxito en la acción de dejar de fumar.

México.

12. PROPUESTAS

Una de las claves para dejar de fumar definitivamente es la preparación. Mediante el desarrollo de un plan para dejar de fumar y la identificación de los motivos percibidos de manera particular.

Cada persona tiene sus propios motivos para dejar de fumar, tal vez sea para estar más sano, ahorrar algo de dinero o cuidar a su familia, que los mantendrán durante el proceso de inducción y acción que culminaran con el éxito.

Probar la presencia de depresión y ansiedad en los pacientes con la motivación de dejar de fumar.

Proveer tratamiento psicológico y farmacológico para revertir la depresión y ansiedad en los pacientes con la intención de dejar de fumar.

Intervenciones de prevención dirigidas a los grupos de edades más jóvenes. Esto para evitar el establecimiento de la dependencia a la nicotina.

13. GLOSARIO

Abstinencia: Privación voluntaria de la satisfacción de algún apetito. En términos de farmacodependencia, es el estado del sujeto sin la droga de la cual es dependiente.

Ansiedad: Estado emocional que presenta reacciones de miedo o aprensión anticipatorias de peligro o amenaza inespecíficos, acompañadas de una activación del sistema nervioso autónomo.

Dependencia: Necesidad de ayuda y protección de otra persona o cosa que implica una pérdida o ausencia de maduración y de autonomía.

Estrés: Respuesta inespecífica del organismo ante cualquier estímulo, físico o psíquico, que le provoca una necesidad de reajuste.

Hábito: Disposición de la conducta estable (consistente) que se manifiesta en un modo de comportarse.

Motivación: Conjunto de factores o elementos (procesos fisiológicos y psicológicos) que activan la conducta y/o la orientan en un sentido determinado para la consecución de un objetivo.

Tabaquismo: Intoxicación de tipo agudo o crónico producida por el consumo de tabaco.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Alberg, A. J., & Carpenter, M. J. (2012). Enhancing the effectiveness of smoking cessation interventions: a cancer prevention imperative. *J Natl Cancer Inst*, 104(4), 260-262. doi:10.1093/jnci/djr558.
2. Antismoking messages and intention to quit - 17 countries, 2008-2011. (2013). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 62(21), 417-422.
3. Azevedo, R. C., & Fernandes, R. F. (2011). Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. *Sao Paulo Med J*, 129(6), 380-386.
4. Bansal-Travers, M., Cummings, K. M., Hyland, A., Brown, A., & Celestino, P. (2010). Educating smokers about their cigarettes and nicotine medications. *Health Educ Res*, 25(4), 678-686. doi:10.1093/her/cyp069
5. Brathwaite, R., Smeeth, L., Addo, J., Kunst, A. E., Peters, R. J. G., Snijder, M. B., . . . Agyemang, C. (2017). Ethnic differences in current smoking and former smoking in the Netherlands and the contribution of socioeconomic factors: a cross-sectional analysis of the HELIUS study. *BMJ Open*, 7(7), e016041. doi:10.1136/bmjopen-2017-016041
6. Buller, D. B., Borland, R., Woodall, W. G., Hall, J. R., Burris-Woodall, P., & Voeks, J. H. (2003). Understanding factors that influence smoking uptake. *Tob Control*, 12 Suppl 4, Iv16-25.
7. Carter, B. D., Abnet, C. C., Feskanich, D., Freedman, N. D., Hartge, P., Lewis, C. E., . . . Jacobs, E. J. (2015). Smoking and mortality--beyond established causes. *N Engl J Med*, 372(7), 631-640. doi:10.1056/NEJMsa1407211
8. Chapman, S., & Wakefield, M. A. (2013). Large-scale unassisted smoking cessation over 50 years: lessons from history for endgame planning in tobacco control. *Tob Control*, 22 Suppl 1, i33-35. doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050767
9. Charles-Walsh, K., Furlong, L., Munro, D. G., & Hester, R. (2014). Inhibitory control dysfunction in nicotine dependence and the influence of short-term abstinence. *Drug Alcohol Depend*, 143, 81-86. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.07.008

10. Danan, E. R., Joseph, A. M., Sherman, S. E., Burgess, D. J., Noorbaloochi, S., Clothier, B., . . . Fu, S. S. (2016). Does Motivation Matter? Analysis of a Randomized Trial of Proactive Outreach to VA Smokers. *J Gen Intern Med*, 31(8), 878-887. doi:10.1007/s11606-016-3687-1
11. Dickens, G. L., Staniford, J., & Long, C. G. (2014). Smoking behaviour, motives, motivation to quit and self-efficacy among patients in a secure mental health service: comparison with staff controls. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(6), 483-490. doi:10.1111/jpm.12088
12. Ekpu, V. U., & Brown, A. K. (2015). The Economic Impact of Smoking and of Reducing Smoking Prevalence: Review of Evidence. *Tob Use Insights*, 8, 1-35. doi:10.4137/tui.s15628
13. Ferguson, S. G., Walters, J. A., Lu, W., Wells, G. P., & Schuz, N. (2015). Examination of the mechanism of action of two pre-quit pharmacotherapies for smoking cessation. *BMC Public Health*, 15, 1268. doi:10.1186/s12889-015-2596-2
14. Hatsukami, D. K., Stead, L. F., & Gupta, P. C. (2008). Tobacco addiction. *The Lancet*, 371(9629), 2027-2038.
15. Hughes, J. R. (2009). Smokers' beliefs about the inability to stop smoking. *Addict Behav*, 34(12), 1005-1009. doi:10.1016/j.addbeh.2009.06.013
16. Hughes, J. R., Naud, S., Fingar, J. R., Callas, P. W., & Solomon, L. J. (2015). Do environmental cues prompt attempts to stop smoking? A prospective natural history study. *Drug Alcohol Depend*, 154, 146-151. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.06.044
17. Hughes, J. R., Solomon, L. J., Fingar, J. R., Naud, S., Helzer, J. E., & Callas, P. W. (2013). The natural history of efforts to stop smoking: a prospective cohort study. *Drug Alcohol Depend*, 128(1-2), 171-174. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.08.010
18. Jensen, H. H., Mortensen, E. L., & Lotz, M. (2013). Scl-90-R symptom profiles and outcome of short-term psychodynamic group therapy. *ISRN Psychiatry*, 2013, 540134. doi:10.1155/2013/540134

19. Jha, P., Ramasundarahettige, C., Landsman, V., Rostron, B., Thun, M., Anderson, R. N., . . . Peto, R. (2013). 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med*, 368(4), 341-350. doi:10.1056/NEJMsa1211128
20. Keane, H. (2013). Making smokers different with nicotine: NRT and quitting. *Int J Drug Policy*, 24(3), 189-195. doi:10.1016/j.drugpo.2013.01.011
21. Khan, M. S., Bawany, F. I., Ahmed, M. U., Hussain, M., Bukhari, N., Nisar, N., . . . Arshad, M. H. (2014). The frequency of smoking and common factors leading to continuation of smoking among health care providers in tertiary care hospitals of Karachi. *Glob J Health Sci*, 6(3), 227-234. doi:10.5539/gjhs.v6n3p227
22. Layoun, N., Hallit, S., Waked, M., Aoun Bacha, Z., Godin, I., Leveque, A., . . . Salameh, P. (2017). Predictors of past quit attempts and duration of abstinence among cigarette smokers. *J Epidemiol Glob Health*, 7(3), 199-206. doi:10.1016/j.jegh.2017.06.003
23. Lin, Y., Wang, L. X., Qiu, L. X., Huang, Q., Shu, Q., Lin, H. X., . . . Chiang, C. Y. (2015). A smoking cessation intervention among tuberculosis patients in rural China. *Public Health Action*, 5(3), 183-187. doi:10.5588/pha.15.0025
24. Martinez, U., Fernandez Del Rio, E., Lopez-Duran, A., Martinez-Vispo, C., & Becona, E. (2018). Types of Smokers Who Seek Smoking Cessation Treatment According to Psychopathology. *J Dual Diagn*, 14(1), 50-59. doi:10.1080/15504263.2017.1398360
25. Muezzinler, A., Mons, U., Gellert, C., Schottker, B., Jansen, E., Kee, F., . . . Brenner, H. (2015). Smoking and All-cause Mortality in Older Adults: Results From the CHANCES Consortium. *Am J Prev Med*, 49(5), e53-e63. doi:10.1016/j.amepre.2015.04.004
26. Nichols, J. A., Grob, P., de Lusignan, S., Kite, W., & Williams, P. (2014). Genetic test to stop smoking (GeTSS) trial protocol: randomised controlled trial of a genetic test (Respiragene) and Auckland formula to assess lung cancer risk. *BMC Pulm Med*, 14, 77. doi:10.1186/1471-2466-14-77

27. Orouji, M. A., Shojaeizadeh, D., Sadeghi, R., & Rafiei, M. (2017). Effects of a theory-driven educational package and social support on durability of cigarette smoking cessation behavior: A community-based program. *Electron Physician*, 9(9), 5331-5338. doi:10.19082/5331
28. Pineiro, B., Miguez Mdel, C., & Becona, E. (2010). [Motivational interviewing in smoking treatment: a review]. *Adicciones*, 22(4), 353-364.
29. Prochaska, J. J., Rossi, J. S., Redding, C. A., Rosen, A. B., Tsoh, J. Y., Humfleet, G. L., . . . Hall, S. M. (2004). Depressed smokers and stage of change: implications for treatment interventions. *Drug Alcohol Depend*, 76(2), 143-151. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.04.017
30. Rigotti, N. A. (2012). Strategies to help a smoker who is struggling to quit. *Jama*, 308(15), 1573-1580. doi:10.1001/jama.2012.13043
31. Secades-Villa, R., Gonzalez-Roz, A., Garcia-Perez, A., & Becona, E. (2017). Psychological, pharmacological, and combined smoking cessation interventions for smokers with current depression: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 12(12), e0188849. doi:10.1371/journal.pone.0188849
32. Smit, E. S., Fidler, J. A., & West, R. (2011). The role of desire, duty and intention in predicting attempts to quit smoking. *Addiction*, 106(4), 844-851. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03317.x
33. Spek, V., Lemmens, F., Chatrou, M., van Kempen, S., Pouwer, F., & Pop, V. (2013). Development of a smoking abstinence self-efficacy questionnaire. *Int J Behav Med*, 20(3), 444-449. doi:10.1007/s12529-012-9229-2
34. Stubbs, B., Veronese, N., Vancampfort, D., Prina, A. M., Lin, P. Y., & Tseng, P. T. (2017). Perceived stress and smoking across 41 countries: A global perspective across Europe, Africa, Asia and the Americas. 7(1), 7597. doi:10.1038/s41598-017-07579-w
35. Tran, B. X., Nguyen, L. H., Do, H. P., Nguyen, N. P., Phan, H. T., Dunne, M., & Latkin, C. (2015). Motivation for smoking cessation among drug-using smokers under methadone maintenance treatment in Vietnam. *Harm Reduct J*, 12, 50. doi:10.1186/s12954-015-0085-7

36. Uppal, N., Shahab, L., Britton, J., & Ratschen, E. (2013). The forgotten smoker: a qualitative study of attitudes towards smoking, quitting, and tobacco control policies among continuing smokers. *BMC Public Health*, 13, 432. doi:10.1186/1471-2458-13-432
37. Villalbi, J. R., Daban, F., Pasarin, M. I., Rodriguez-Sanz, M., & Borrell, C. (2008). [Quitting and prevalence of smoking: gender, social class, and primary health care]. *Aten Primaria*, 40(2), 87-92.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

15. ANEXOS

15.1. Cuestionario clínico demográfico

| DATOS CLÍNICOS DEMOGRÁFICOS | |
|-----------------------------|---|
| Folio | El que aparece |
| Edad | La que aparece |
| Código de Muestra | Genética |
| Lugar | Lugar de nacimiento. |
| Sexo | 1 = Masculino 2 = Femenino |
| Edo Civil | 1 = Casado / Unión Libre 2 = Soltero 3 = Viudo 4 = Divorciado / Separado |
| Sexo | 1 = Hombre 2 = Mujer |
| Escolaridad | La que aparece en años |
| Ocupación | 1 = Ninguna 2 = Hogar 3 = Estudiante 4 = Empleado medio tiempo 5 = Empleo tiempo completo |
| Nivel socioeconómico | 1 = Alto 2 = Medio 3 = Bajo |
| Tabaquismo | 1 = Si |

| | |
|--------------------------------------|--|
| | 2 = No |
| Consumo (número de cigarros por día) | El que aparece |
| Edad de inicio de consumo | La que aparece |
| Consumo actual | 1=si 2=no |
| Alcoholismo | 1=si 2=no |
| Consumo actual | 1=si 2=no |
| Número de copas por semana | Calculada que una media son dos copas. |
| Edad de inicio de consumo | La que aparece |
| Marihuana | 1 = Si 2 = No |
| Edad de inicio de consumo | La que aparece |
| Consumo actual | 1=si 2=no |
| Tx hormonal | 1=si 2=no |
| Pancreatitis | 1=si 2=no |
| Cardiopatía isquémica | 1=si 2=no |
| Enfermedad cerebral vascular | 1=si 2=no |

| | |
|---|---|
| Enfermedad vascular periférica | 1=si 2=no |
| Tipo de cirugía | La que aparece |
| Cirugía | 1=si 2=no |
| Hipotiroidismo | 1=si 2=no |
| Acantosis nigricans | 1=si 2=no |
| Xantomas tendinosos | 1=si 2=no |
| Encuesta sobre tabaquismo | |
| Cigarro | 1)nunca 2) en el pasado 3) actualmente fuma |
| Puro | 1)nunca 2) en el pasado 3) actualmente fuma |
| Pipa | 1)nunca 2) en el pasado 3) actualmente fuma |
| Tabaco masticable | 1)nunca 2) en el pasado 3) actualmente fuma |
| ¿Qué edad tenía cuando probó el tabaco (cigarro) por primera vez? | La que aparece |
| ¿Qué edad tenía cuando inició el consumo regular de tabaco (cigarro)? | La que aparece |

| | |
|---|----------------|
| ¿Por cuánto tiempo ha consumido tabaco (cigarro) regularmente? | En años |
| ¿Ha llegado a levantarse por la noche para fumar un cigarrillo? | 1=si 2=no |
| ¿Qué marca de cigarrillos fuma? | La que aparece |
| ¿Ha fumado alguna otra? | 1=si 2=no |
| ¿Los cigarros que actualmente fuma son "light" o de "bajo alquitrán"? | 1=si 2=no |
| ¿Los cigarros que actualmente fuma son "mentolados"? | 1=si 2=no |

15.2. Test de Fagerstrom para la Dependencia a la Nicotina

| | | | | |
|--|----------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|
| 1. ¿Cuánto tarda habitualmente en fumar su primer cigarrillo después de levantarse? | 0 a 5 min (1) | 6 a 30 min (2) | 31-60 min (3) | + 60 min (4) |
| 2. ¿Le resulta difícil no fumar en lugares donde está prohibido (cines, centros sanitarios, transportes, etc.)? | | | SI (1) | NO (2) |
| 3. ¿Cuánto tarda habitualmente en fumar su primer cigarrillo después de salir de un lugar donde está prohibido fumar? (FTND extra). | De 0 a 5 min. (1) | De 6 a 30 min. (2) | De 31 a 60 min (3). | Más de 60 min. (4) |
| 4. Durante el día, ¿a qué cigarrillo le costaría más renunciar? | | | Al primero de la mañana (1) | A cualquier otro (2) |
| 5. ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día? | 10 o menos | De 11 a 20 | De 21 a 30 | 31 o más |
| 6. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día? | | | SI (1) | NO (2) |
| 7. ¿Fuma cuando está enfermo y tiene que guardar cama la mayor parte del día? | | | SI (1) | NO (2) |
| 8. ¿Ha interrumpido sus labores, conversaciones, o dejado de hacer sus actividades por fumar? (p.ej. No juego fútbol porque "me falta el aire", no visito a alguien en particular porque no permite que fume, etc.). | | | SI (1) | NO (2) |

15.3. Escala de motivación para dejar de fumar

| | |
|-----------|---|
| 10 | He dejado de fumar y no volveré a fumar nunca. |
| 9 | He dejado de fumar, pero aún me preocupa recaer, por lo que debo esforzarme por vivir sin fumar. |
| 8 | Aún fumo, pero he cambiado reduciendo el número de cigarros. Estoy listo para establecer una fecha y dejar de fumar |
| 7 | Definitivamente planeo dejar de fumar en los próximos 30 días. |
| 6 | Definitivamente planeo dejar de fumar en los próximos 6 meses. |
| 5 | Con frecuencia pienso en dejar de fumar, pero no tengo planes para hacerlo. |
| 4 | A veces pienso en dejar de fumar y no tengo planes para hacerlo |
| 3 | Esporádicamente pienso en dejar de fumar y no tengo planes para hacerlo |
| 2 | Nunca pienso en dejar de fumar y no tengo planes para hacerlo |
| 1 | Disfruto fumar y he decidido no dejarlo en toda mi vida. No tengo interés en dejar de fumar |