

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN DE CONSEJO CONDUCTUAL EN LÍNEA PARA USUARIOS DE TABACO

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE: MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LIC. JORGE HERNÁNDEZ PERALTA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. ROBERTO OROPEZA TENA

COMITÉ TUTORIAL:

DRA. JENNIFER LIRA MANDUJANO
DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES
DRA. MÓNICA FULGENCIO JUÁREZ
DRA. ANDREA HERNÁNDEZ RANGEL

MORELIA, MICHOACÁN, MARZO DE 2025

Contenido

Índice de Tablas.....	4
Índice de Figuras.....	4
Tabla de abreviaturas.....	5
Resumen.....	6
Abstract.....	7
Introducción.....	8
Capítulo 1: Consideraciones y Repercusiones del Tabaco en la Salud	11
Breve Historia del uso del Tabaco	11
Epidemiología del Tabaco.....	13
Psicofarmacología de la Nicotina.....	14
Enfermedades Asociadas al Uso de Tabaco	16
Control de Tabaco a Nivel Mundial	18
Control del Tabaco en México	19
Capítulo 2: Fundamentos Teóricos de los Modelos Cognitivo-Conductuales para el Uso de Tabaco.....	21
Evidencias de Tratamientos Psicológicos para Usuarios de Tabaco.....	22
Fundamentos de las Teorías Cognitivas y Conductuales	24
Condicionamiento Clásico	24
Condicionamiento Operante	25
Teoría Cognitivo Social.....	26
Teoría Cognitiva	27
Componentes de los TCC.....	28
Modelo Transteórico	28
Entrevista Motivacional.....	29
Reducción Gradual de Consumo de Nicotina	31
Recomendaciones a Favor de la Cesación Completa de Tabaco	33
Telepsicología.....	35
Planteamiento del Problema	37
Justificación	37
Pregunta de Investigación.....	37
Objetivo General del Proyecto de Investigación	38
Método	39
Estudio I. Desarrollo de la Intervención	39

Objetivo	39
Diseño de C-CUT	39
Estudio 2. Aplicación de la intervención en C-CUT.....	44
Objetivo General.....	44
Hipótesis General	44
Hipótesis Específicas.....	44
Variables.....	44
Tipo de Diseño.....	45
Participantes	45
Instrumentos	46
Procedimiento.....	47
Consideraciones éticas.....	49
Resultados	50
Nivel de Dependencia	52
Nivel de Autoeficacia	53
Discusión.....	55
Limitaciones	57
Conclusiones.....	58
Referencias	60
APÉNDICES	84
Apéndice A. Ficha de datos sociodemográficos.....	85
Apéndice B. Examen de dependencia a la nicotina de Fagerström (FTND) (Fagerström test for nicotine dependence).....	89
Apéndice C. Cuestionario breve de confianza situacional.....	90
Apéndice D. Línea Base Retrospectiva (LIBARE).....	92
Apéndice E. Autorregistro diario de consumo de tabaco.....	93
Apéndice F. Carta descriptiva del CB.....	94
Apéndice G. Infografías publicada en redes sociales	96
APÉNDICE H	98

Índice de Tablas

Tabla 1	Signos y síntomas de la abstinencia	16
Tabla 2	Principales componentes químicos del humo de cigarro y sus efectos en el sistema respiratorio	16
Tabla 3	Principales componentes de los tratamientos psicológicos basados en evidencia para intervenir en el uso de tabaco	22
Tabla 4	Resultados de técnicas utilizadas para el consumo de tabaco (64 estudios)	23
Tabla 5	Principales hallazgos y recomendaciones para la implementación de intervenciones con reducción gradual de nicotina	33
Tabla 6	Descripción de pasos del C-CUT	43
Tabla 7	Datos sociodemográficos de los participantes del C-CUT	45
Tabla 8	Valores para Interpretar los Índices de Tamaño del Efecto NAP en Diseños de Caso Único	48
Tabla 9	Diferencia, porcentaje de cambio y NAP	50
Tabla 10	Resultados de subescalas	54

Índice de Figuras

Figura 1	Entrevista Motivacional	30
Figura 2	Proceso de adaptación del C-CUT	40
Figura 3	Pasos del C-CUT	42
Figura 4	Gráfica de Línea Base y Seguimiento	51
Figura 5	Nivel de dependencia a la nicotina pre- test y post-test	52
Figura 6	<i>Porcentaje de autoeficacia promedio para resistirse a fumar pre- test y post-test</i>	53

Tabla de abreviaturas

SIGLAS	SIGNIFICADO
CBCS	Cuestionario Breve de Confianza Situacional
CB	Consejo Breve
CC	Condicionamiento Clásico
C-CUT	Consejo Conductual para Usuarios de Tabaco
CMCT	Convenio Marco Internacional para el Control del Tabaco
CO	Condicionamiento Operante
EC	Estímulo Condicionado
EI	Estímulo Incondicionado
EM	Entrevista Motivacional
EN	Estímulo Neutro
ENCODAT	Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
FTND	Test de dependencia a la nicotina de Fagerström
LIBARE	Línea de Base Retrospectiva
MPOWER	Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce and Raise
MT	Modelo Transteórico
NAP	Non-overlap of All Pairs (técnica de no solapamiento de los datos)
OMS	Organización Mundial de la Salud
RC	Respuesta Condicionada
RI	Respuesta Incondicionada
USDHHS	Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

Resumen

El consumo de tabaco representa un grave problema de salud pública debido a sus consecuencias negativas y al elevado número de personas que enfrentan dificultades para dejar de fumar. En este contexto, es crucial diseñar y evaluar tratamientos psicológicos efectivos que proporcionen herramientas para el cambio conductual.

El objetivo de este estudio fue diseñar y evaluar una intervención en Consejo Breve (CB) denominada Consejo Conductual para Usuarios de Tabaco (C-CUT), implementada en un formato en línea. La intervención, diseñada para ser aplicada en una sola sesión, incluyó estrategias motivacionales, conductuales y cognitivo-conductuales.

Para evaluar su efectividad, se utilizó un diseño de caso único con réplicas y un seguimiento a dos meses. Se analizaron cambios en el patrón de consumo de tabaco, el nivel de dependencia a la nicotina y la autoeficacia antes y después de la intervención. Ocho de los diez participantes lograron un porcentaje de cambio significativo en su consumo de tabaco; seis mostraron un tamaño de efecto grande y cuatro, un efecto mediano.

Los niveles de dependencia, evaluados con el Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), y la autoeficacia, medida con el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS), se analizaron mediante la prueba de Wilcoxon. Los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas en ambos constructos.

En términos generales, los hallazgos sugieren que una intervención breve en línea puede ser útil para reducir progresivamente el consumo de tabaco en adultos que buscan apoyo, pero que no están dispuestos a realizar una cesación abrupta.

Se recomienda realizar estudios cualitativos para explorar la experiencia de los participantes y su satisfacción con la intervención en línea, comparándola con formatos presenciales. Asimismo, futuras investigaciones pueden enfocarse en incluir una muestra más grande y homogénea con un periodo de seguimiento más extenso.

Palabras clave: Tabaquismo, intervención en línea, consejo breve, diseño de caso único, reducción del consumo de tabaco.

Abstract

Tobacco consumption represents a significant public health issue due to its negative consequences and to the large number of individuals struggling to quit smoking. In this context, it is crucial to design and evaluate effective psychological treatments that provide tools for behavioral change.

The aim of this study was to design and evaluate a brief intervention (CB) called Behavioral Counseling for Tobacco Users (C-CUT), implemented in an online format. The intervention, designed to be delivered in a single session, incorporated motivational, behavioral, and cognitive-behavioral strategies.

To assess its effectiveness, a single-case design with replications and a two-month follow-up was utilized. Changes in tobacco consumption patterns, nicotine dependence levels, and self-efficacy were analyzed before and after the intervention. Eight out of ten participants achieved a significant percentage reduction in their tobacco consumption; six exhibited a large effect size, and four demonstrated a medium effect size.

Nicotine dependence levels, measured with the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), and self-efficacy, assessed with the Brief Situational Confidence Questionnaire (CBCS), were analyzed using the Wilcoxon test. The results showed statistically significant differences in both constructs.

Overall, the findings suggest that a brief online intervention can be effective in progressively reducing tobacco consumption among adults seeking support but unwilling to commit to an abrupt cessation.

It is recommended to conduct qualitative studies to explore participant's experiences and satisfaction with online intervention compared to face-to-face formats. Furthermore, future research could focus on including a larger and more homogeneous sample with an extended follow-up period.

Keywords: Smoking, online intervention, brief counseling, single-case design, smoking reduction.

Introducción

El consumo de tabaco representa un problema en distintos ámbitos de la salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo se estima que mueren 8 millones de personas al año por causa de la epidemia mundial del tabaco (OMS, 2023). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016-2017), en México las muertes anuales asociadas al tabaquismo se estiman en 43 mil (Reynales-Shigematsu et al., 2017). Además, existen 14.9 millones de fumadores, cifra que representa al 17.6% de la población de 12 a 65 años; y aunque se reporta que un 73.6% de ellos está interesado de dejar de fumar en el futuro, solo un 7% lo hace con ayuda de algún tipo de servicio profesional, sea médico o psicológico.

El tabaco aumenta la probabilidad de desarrollar distintas enfermedades, afecta principalmente a los pulmones, siendo el cáncer de pulmón y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), unas de las consecuencias de fumar o exponerse al humo de tabaco (Miranda-Filho et al., 2019; Sáenz, 2017). El consumo de tabaco también aumenta las probabilidades de sufrir cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular y vasculopatía periférica (OMS, 2018).

Para abordar el problema del tabaquismo, expertos en el tema de adicciones a sustancias recomiendan explorar diversos tipos de intervenciones breves que consideren al consumo de tabaco como un proceso de largo plazo en el que se encuentran los fumadores (Fiore et al., 2008). Dentro de las estrategias de tratamiento que han demostrado ser las más efectivas, se encuentran las intervenciones breves, donde se ubica el consejo breve (CB), una intervención más corta que un tratamiento tradicional, incluye una evaluación global, un asesoramiento breve y el seguimiento por parte de un profesional.

El objetivo del CB es activar los recursos personales del paciente para promover un cambio en la conducta problema, haciendo uso de estrategias que se adapten al estadio de cambio en que él se encuentra. Esto implica que el terapeuta adopta un papel proactivo, para ayudar al paciente a avanzar en el proceso de dejar de fumar, mediante el desarrollo de habilidades, las cuales facilitan el cambio de conducta (Abengózar et al., 2006; García-Gómez et al., 2015; Rodríguez-Martos, 2002).

Si bien la mayoría de las intervenciones plantean una cesación abrupta del consumo, cerca de la mitad de los fumadores obtienen resultados similares utilizando la reducción gradual antes de dejar de fumar (Wang et al., 2017). Por lo anterior, y con el objetivo de comparar las intervenciones en reducción gradual frente a cesación abrupta, una revisión sistemática de Cochrane (Lindson et al., 2019a) encontró una moderada certeza de que ninguno de ambos enfoques resulta superior. Y concluye que es posible dar al fumador la oportunidad de elegir entre ambas opciones. Por otra parte, debido al distanciamiento social derivado de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), se hizo evidente la necesidad de disponer de alternativas para dejar de fumar dentro de las circunstancias de sana distancia y aislamiento obligatorio. Las personas con trastornos por consumo de sustancias son especialmente vulnerables al estrés, lo que aumenta el riesgo de recaídas y el uso intensificado de sustancias. Las dificultades económicas, la pérdida de actividades placenteras y el aislamiento social pueden haber incrementado la motivación para consumir como una forma de afrontar el estrés (Melamed et al., 2020). Además, muchos centros que ofrecían tratamiento para el consumo de sustancias cerraron, limitando el acceso a la ayuda necesaria. Debido al distanciamiento social derivado de la pandemia, se planteó la necesidad de disponer de intervenciones alternativas para dejar de fumar dentro de las circunstancias de sana distancia y aislamiento obligatorio.

Dado este contexto, la intervención telepsicológica o intervención en línea, es una modalidad de tratamiento que ha cobrado mayor relevancia (Perrin et al., 2020). Este tipo de intervenciones han resultado más efectivas en comparación con lista de espera e incluso han estado a la par de la atención presencial (Bennett et al., 2020; Lin et al., 2019). La telepsicología es la práctica de proporcionar servicios psicológicos utilizando tecnología de telecomunicaciones, que se puede realizar de forma sincrónica o asincrónica (McGee et al., 2020). La evidencia sugiere que hay poca diferencia entre la terapia presencial y a distancia en términos de alianza terapéutica, empatía, y participación, aunque la modalidad a distancia tiende a ser más breve que la presencial (Dolev-Amit et al., 2021; Irvine et al., 2020; Knott et al., 2020). Se ha encontrado que la telepsicología es eficaz para abordar la ansiedad, el insomnio, la depresión y el consumo de sustancias (Payne et al., 2020), en adolescentes, adultos y

adultos mayores. Además, de ser una alternativa que aumenta el acceso a los servicios de salud mental (McCord et al., 2020).

Debido el problema para la salud que representa el consumo de tabaco y el número elevado de personas con dificultades para dejar de fumar, se considera oportuno seguir diseñando, actualizando y evaluando la efectividad de los tratamientos psicológicos que permitan a las personas adquirir estrategias para hacer un cambio en su conducta. De la misma manera, resulta relevante generar propuestas de intervención para necesidades específicas, tal como ocurre en el aislamiento debido a la pandemia por COVID-19. En este sentido, una intervención breve enfocada en la reducción del consumo de tabaco con modalidad en línea es una opción que atiende los elementos citados anteriormente.

De tal forma, el presente estudio tuvo como objetivo diseñar y evaluar una intervención en CB en línea para fumadores. La tesis está organizada en dos partes. La primera aborda el fundamento teórico de la problemática de tabaquismo y se divide en dos capítulos. En el primero se enfoca en la historia, epidemiología, psicofarmacología de la nicotina, enfermedades asociadas al uso de tabaco y control de tabaco. En el capítulo dos se presenta un resumen de las evidencias de los tratamientos más utilizados para abordar la problemática del tabaquismo, así como los elementos relacionados con la reducción gradual de consumo de nicotina y la telepsicología, que forman parte esencial de la intervención realizada para esta investigación.

La segunda parte está dividida en dos estudios. En el primero describe los elementos empleados para el diseño de la intervención de Consejo Conductual para Usuarios de Tabaco C-CUT. El segundo estudio detalla la aplicación de la intervención y presenta los resultados obtenidos en esta investigación.

Capítulo 1: Consideraciones y Repercusiones del Tabaco en la Salud

En este capítulo se explora la manera en que el tabaco ha adquirido relevancia en diferentes aspectos históricos, sociales y de salud pública. Primero, con el uso ritual que le daban los pobladores de la América precolombina, pasando a la expansión de su empleo por parte de los europeos, para los que se convirtió en un negocio de gran importancia y donde se consolidan las bases de las compañías tabacaleras. En segundo lugar, se mostrarán las repercusiones a la salud que implica el consumo de tabaco, la incidencia en el desarrollo de enfermedades, como diversos tipos de cáncer, EPOC, y problemas al corazón, los cuales implican una disminución en la calidad de vida, gastos en materia de salud y muerte. Además, se incluyen las estrategias que implementan instituciones y gobiernos para tratar de mitigar los daños a la salud que el tabaquismo produce a la población. Donde se encuentran los tratamientos para ayudar a dejar de fumar a las personas que consumen tabaco.

Breve Historia del uso del Tabaco

La planta de tabaco es originaria de América, en la zona que se encuentran Perú, Ecuador y Colombia, y fue descubierta por los europeos en 1492, cuando Colón hizo su primer viaje a Cuba (Aguilar y Hernández, 2019). No obstante, el uso de tabaco era una práctica conocida por la población indígena que la empleaba en un sentido ritual y medicinal (Belard, 2017). Posteriormente, para los europeos adquirió popularidad como una fuente de placer y progresivamente fue ganando fama. Para finales del siglo XVI el consumo del tabaco se había diseminado en todo el mundo gracias a la expansión de las potencias europeas que, mediante sus marinos, llevaron esta sustancia a los otros continentes (Rojas-Villegas et al., 2015; Rubio y Rubio, 2006). Actualmente la producción del tabaco se ha vuelto común en una gran diversidad de países (Pasitska, 2017).

El principal componente químico del tabaco es la nicotina, que debe su nombre al embajador de Francia Jean Nicot, un adepto apasionado del tabaco. Él recomendó esta planta en 1560, en su versión de rapé, a la reina de Francia como remedio para sus intensos dolores de cabeza y ella adoptó el hábito de consumo que se difundió rápidamente entre la nobleza de Europa (Rubio y Rubio, 2006). Debido a los efectos narcóticos de la nicotina, se usó como calmante y para combatir distintas dolencias, lo cual se reflejó en varios tratados médicos impresos desde 1579. En ellos se

indicaba que en Europa llegó a recetarse para más de cincuenta patologías (Gutiérrez, 2011).

En el siglo XVI el uso del tabaco era tan extendido que incluso sacerdotes y fieles consumían durante oficios religiosos. Esta conducta era vista como una falta de respeto hacia los rituales religiosos y debido a ello, los papas Urbano VIII e Inocencio X decidieron prohibir fumar en las iglesias, y proclamaron que se excomulgaría a los fumadores (Langer, 2018). Durante la colonia, la actividad tabacalera en México iba ganando importancia económica; en consecuencia, aparece el interés por reglamentar la producción para cobrar impuestos. Además, en el siglo XVII y XVIII la producción y comercialización alternó entre un monopolio estatal y concesiones a particulares. Esto ocurrió hasta 1856, cuando se decreta la libre siembra y manufactura de los productos de tabaco; de esta manera se favoreció su cultivo en distintos estados del país (Mackinlay, 2011).

En 1620 comenzó a funcionar en Sevilla la primera fábrica de tabaco de España. Debido a su crecimiento, en 1758 se traslada a un nuevo edificio con el nombre de La Real Fábrica de Tabacos de Sevilla, constituyéndose como la mayor construcción industrial que existía en el mundo en esa época (Pascual y Vicéns, 2004). En 1881 se inventó en Estados Unidos la primera máquina industrial para la elaboración de cigarrillos, con la capacidad de producir 120,000 unidades al día. En 1904 inició la producción en presentación de cajetillas de 18 unidades; el cigarrillo para estos momentos ya se posicionaba como el producto de tabaco número uno, por encima del rapé, el puro, la pipa y el tabaco para masticar (Pascual y Vicéns, 2004; Rovetto, 2012).

En 1900, se inició el estudio de la posible relación entre tabaquismo y cáncer en el sistema respiratorio. No obstante, las herramientas epidemiológicas para estudiar esa relación no eran suficientes. En Inglaterra, el año de 1948, Sir William Richard Shaboe Doll junto con Sir Austin Bradford Hill propusieron que las muertes por cáncer de pulmón podían estar asociadas a fumar tabaco, este estudio inicial fue replicado y extendido. En 1951 comenzó el registro del hábito de consumo de tabaco de 24389 médicos británicos, que a los dos años de seguimiento mostró una tasa de mortalidad mayor en los fumadores que en los no fumadores (Doll y Hill, 1954). Al concluir el estudio, 50 años después, y comparar las probabilidades de morir en no

fumadores, se encontró que los fumadores tenían de dos a tres veces mayores probabilidades de morir (Doll et al., 2004). Finalmente, en 1954 el gobierno inglés reconoció el vínculo entre el tabaco y cáncer de pulmón, pero la primera medida política eficaz surgió hasta la década de 1960 (Thirión-Romero et al., 2018) y el primer tratamiento efectivo para atender a los fumadores fue el tratamiento psicológico, que surgió en esta misma década (Becoña, 2004).

Epidemiología del Tabaco

El uso de tabaco tiene repercusiones en diferentes ámbitos de la salud. La OMS (2019) reporta que alrededor de 8 millones de muertes al año ocurren a causa de la epidemia mundial del tabaco. Y 1.2 millones de ellas son personas no fumadoras que respiran humo de tabaco de segunda mano. Además, aproximadamente el 80% de la carga de la enfermedad relacionada con el tabaco recae en los países de ingresos medianos y bajos (OMS, 2018).

De acuerdo con los datos de la ENCODAT (2016-2017) (Reynales-Shigematsu et al., 2017), en México el 17.6% de la población de 12 a 65 años fumaba tabaco (14.9 millones de fumadores); 6.4% son fumadores diarios (5.5 millones) y 11.1% (9.4 millones) fumadores ocasionales. De los 14.9 millones de personas fumadoras, 3.8 millones son mujeres y 11.07 millones son hombres. La edad promedio de inicio de consumo de tabaco diario en México es de 21 años en mujeres y de 18.8 años en los hombres. En México, las personas que fuman diariamente consumen en promedio 7.4 cigarros al día.

En la comparación de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018 y 2020, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de consumo de tabaco entre adolescentes. En 2020, la prevalencia fue del 1.9% en mujeres y del 7.4% en hombres. Por otro lado, en la población adulta, las mujeres mostraron una disminución estadísticamente significativa, pasando de una prevalencia del 9.5% en 2018 a 7.2% en 2020. Sin embargo, entre hombres adultos, no se observaron cambios (Barrera-Núñez et al., 2022).

En Michoacán, el 17.4% de la población fuma, lo que equivale a 555 mil michoacanos, de los cuales 208 mil son mujeres y 447 mil hombres. Dentro de esta población, 211 mil son fumadores diarios y 344 mil son fumadores ocasionales. La edad promedio de inicio de consumo de tabaco diario es de 22.7 años para las

mujeres y de 19.5 años para los hombres, con un consumo promedio diario de 7.2 cigarrillos entre los fumadores habituales (Reynales-Shigematsu et al., 2017).

A nivel nacional, el 73.6% de los fumadores expresó interés en dejar de fumar en el futuro siendo esta intención ligeramente mayor en las mujeres (74.3%) que en hombres (73.3%). Aunque la mayoría de los fumadores conoce los números telefónicos de apoyo para dejar de fumar, solo un 4.1% los ha utilizado. Asimismo, el 98.4% de los fumadores actuales saben que fumar tabaco causa enfermedades graves y el 38.1% considera dejar de fumar debido a las advertencias sanitarias en los empaques de cigarrillos. Entre quienes intentaron dejar de fumar, el 85% recurrió sólo a la fuerza de voluntad, el 7.8% buscó métodos no tradicionales sin evidencia científica y aproximadamente el 3.5% lo intentó con farmacoterapia; finalmente, se reporta que un 3.5% se apoyó en consejería de un profesional de salud (Reynales-Shigematsu et al., 2017).

En Michoacán, los datos de la ENCODAT indican que el 77.2% de los fumadores actuales tiene intención de dejar de fumar en el futuro. Además, el 39.8% de los fumadores actuales reportó haber recibido recomendaciones para dejar de fumar y el 52.8% lo intentó por lo menos una vez en el último año. Entre quienes lo intentaron, el uso de la farmacoterapia tuvo una prevalencia de 3.6%, mientras que el 5.5% recurrió a la consejería de un profesional de la salud. Una de las principales dificultades a la que se enfrentan las personas que intentan dejar de fumar, es la adicción a la nicotina, la principal sustancia activa del tabaco (Reynales-Shigematsu et al., 2017).

Psicofarmacología de la Nicotina

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (USDHHS) indica que el humo del tabaco contiene más de 7000 sustancias químicas, de las que se conoce que 69 causan cáncer (Zeller, 2019). Además del daño directo al consumidor, el humo del tabaco es un problema de contaminación en el aire de interiores debido a que puede permanecer hasta 5 horas en el ambiente, invisible e inodoro, exponiendo a las personas a riesgos significativos para su salud (OMS, 2019).

Cuando se inhala nicotina, esta cruza la superficie alveolar de los pulmones en aproximadamente siete segundos y pasa al torrente sanguíneo, alcanzando

rápidamente el cerebro (Castellanos et al., 2016). En el cerebro, la nicotina actúa a través de la vía dopaminérgica, generando un efecto de recompensa donde las sustancias químicas adquieren funciones de refuerzo positivo o negativo (Corvalán, 2017; Prochaska y Benowitz, 2016).

La nicotina puede simular la acción del neurotransmisor acetilcolina, obteniendo una respuesta similar. El receptor abre el canal iónico que permite la entrada de Na⁺ a la neurona y despolariza la membrana produciendo un efecto excitatorio en la célula. Después el canal se cierra y por un tiempo el receptor no responde a ningún neurotransmisor (Prochaska y Benowitz, 2019; Tiwari et al., 2020; Wills et al., 2022). Con los receptores activados, se libera dopamina en el núcleo accumbens; en consecuencia, se genera una sensación de bienestar que es responsable de la dependencia a esta sustancia (Wittenberg et al., 2020). Simultáneamente, se activa el locus coeruleus, provocando la liberación de norepinefrina, lo que resulta en una activación generalizada en el cerebro, que puede aumentar la concentración y disminuir el apetito (Gutiérrez et al., 2019).

Con el tiempo, el cerebro desarrolla tolerancia a la nicotina, que se vuelve necesaria para el funcionamiento normal. Esto significa que dejar de fumar altera la liberación de neurotransmisores, causando síntomas de abstinencia (Prochaska y Benowitz, 2016). El síndrome de abstinencia se define como un conjunto de síntomas y signos físicos y psicológicos que surgen al reducir o abandonar el consumo de tabaco (Soto et al., 2018). El síndrome de abstinencia es resultado de la disminución de dopamina en el núcleo accumbens, niveles reducidos de cortisol plasmático y una disminución de noradrenalina en el locus coeruleus (Corvalán, 2017).

Las principales manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia comienzan entre 2 y 12 horas después del último consumo, alcanzan su mayor intensidad entre las 24 y 48 horas, y suelen durar entre 8 y 12 semanas, (Aguilera y Quintero, 2015). En la tabla 1 se indican los principales signos y síntomas de abstinencia. Por otro lado, el deseo está relacionado con dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales, es una respuesta condicionada a señales asociadas con el uso de la sustancia, como lugares, personas o situaciones específicas (Skinner y Aubin, 2010). Se han identificado cuatro tipos de deseo; la respuesta a los síntomas

de la abstinencia, respuesta a la falta de placer, respuesta condicionada a las señales asociadas con drogas y respuesta a los deseos hedónicos (Beck et al., 1999).

Tabla 1

Signos y síntomas de la abstinencia

Síntomas	Signos	Síntomas y signos con causalidad no completamente validada	Síntomas y signos no causados por la abstinencia
Ansiedad Disforia Dificultad de concentración Irritabilidad Impaciencia Insomnio Inquietud	Bradicardia Cambios en el EEG	Estreñimiento Tos Mareo Somnolencia Úlceras bucales	Incremento en los niveles plasmáticos de algunos medicamentos Incremento de los niveles de MAO y ganancias de peso

Fuente: Adaptado de Ruiz (2008).

Cuando se desarrolla tolerancia y abstinencia se hace más difícil dejar de fumar y se facilita que el fumador aumente la cantidad de cigarros que consume. Lo cual hace más probable que pueda desarrollar algún tipo de patología.

Enfermedades Asociadas al Uso de Tabaco

Las personas expuestas al humo de tabaco aumentan el riesgo de sufrir alguna enfermedad, aunque, la explicación de los mecanismos patogénicos no ha sido totalmente aclarada y se sigue estudiando (Jiang et al., 2019; Saldías et al., 2007). No obstante, se conocen algunos de los efectos que los productos químicos (ver Tabla 2) producen en el sistema respiratorio.

Tabla 2

Principales componentes químicos del humo de cigarro y sus efectos en el sistema respiratorio

Productos químicos	Efectos sobre el sistema respiratorio
Monóxido de carbono	Inhibe el transporte de oxígeno a los tejidos
Dióxido de carbono	Depresor respiratorio
Óxido de nitrógeno	Irritante respiratorio
Formaldehído	Irritante respiratorio, alteración de la función mucociliar
Dimetilnitrosamina	Carcinógeno
Dióxido de sulfuro	Irritante respiratorio, deterioro de la función mucociliar
Nicotina	Irritante respiratorio, deterioro de la función mucociliar, depresor de la respuesta inmune
Benzopireno	Carcinógeno
Acroleína	Irritante respiratorio, ciliostático
Amonio	Irritante respiratorio y ocular

El humo del tabaco genera un depósito de células inflamatorias en la vía aérea, espacios alveolares e intersticio, debido a alteraciones en la apoptosis que aumenta su sobrevivencia. O bien, por el incremento de mediadores proinflamatorios que reclutan a dichas células e induce procesos de fibrosis (cicatrización en los pulmones que puede producir insuficiencia respiratoria). Además, favorece procesos que acortan los telómeros (extremos de los cromosomas y marcadores de senescencia) (Pinto et al., 2016).

Cuando una persona está expuesta al tabaco, afecta su salud e incrementa las probabilidades de desarrollar enfermedades graves que afectan prácticamente todos los sistemas del cuerpo. El tabaquismo representa la causa de aproximadamente el 24.7% de todos los casos de cáncer (Rezakhani et al., 2023), y es la causa principal del cáncer de pulmón provocando alrededor del 90% de todos los casos (Miranda-Filho et al., 2019; Thandra et al., 2021). Además, produce otros tipos de cáncer como el de páncreas, hígado, colorrectal, próstata, mama, nariz, laringe, tráquea, entre otros (Jethwa y Khuariwala, 2017; U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Además, el consumo de tabaco es un factor de riesgo para diabetes tipo 2, las personas que fuman tienen hasta un 44% más de probabilidades de padecer esta enfermedad (Bush et al., 2016). También incide en problemas de infertilidad (Bundhun et al., 2019), complicaciones en el embarazo (Hyland et al., 2015), y afecciones en la salud bucal, como la periodontitis (Ford y Rich, 2021).

Asimismo, la EPOC es causada principalmente por fumar tabaco, más aún en personas que comienzan a fumar a una edad temprana. La EPOC se caracteriza por dificultad para respirar debido a la limitación de aire en bronquios y pulmones, que ocurre por una inflamación crónica que provoca destrucción en el tejido pulmonar y fibrosis de vía aérea (Sáenz, 2017). Otras enfermedades respiratorias asociadas al consumo de tabaco son el empeoramiento en los síntomas de asma (Tiotiu et al., 2021), tuberculosis (Wang et al., 2018), fibrosis pulmonar entre otras (Bellou et al., 2021).

Debido al humo de tabaco ajeno, mueren aproximadamente 165 000 niños antes de cumplir los 5 años, debido a infecciones en las vías respiratorias inferiores, y aquellos que llegan a la edad adulta padecen consecuencias, porque las infecciones frecuentes en las vías respiratorias inferiores en etapas tempranas de la infancia incrementan el riesgo de desarrollar EPOC en la edad adulta (OMS, 2019). Además, la exposición prenatal a las toxinas del humo de tabaco sea por tabaquismo materno o por la exposición de la madre al humo ajeno, afecta negativamente el crecimiento y la función pulmonar del bebé. Asimismo, un niño pequeño que se expone al humo de tabaco incrementa el riesgo de empeorar el asma, la neumonía, la bronquitis, y desarrollar con más frecuencia infecciones en las vías respiratorias inferiores (OMS, 2019).

Control de Tabaco a Nivel Mundial

A raíz de la epidemia global de tabaquismo murieron 100 millones de personas en el siglo XX. En el siglo XXI se calcula que pueden morir 1000 millones de personas. En consecuencia, existe una preocupación por generar acuerdos que protejan la salud de la población en el mundo. En 1996 la OMS presentó una resolución que solicitaba un Convenio Marco Internacional para el Control del Tabaco (CMCT) (OMS, 2011).

El CMCT está en vigor desde el 2005, y se ha transformado en uno de los tratados que se ha adoptado de manera más rápida y amplia en la historia de las Naciones Unidas (OMS, 2011). Es un tratado internacional al que se han sumado 180 partes (179 países y la Unión Europea) y es el referente en la lucha contra la epidemia del tabaco a nivel mundial (OMS, 2017).

Con el propósito de reducir el consumo de tabaco y proteger a las personas de la epidemia del tabaco, se crearon las medidas del programa Monitorear, Proteger, Ofrecer, Advertir, Cumplir y Elevar (MPOWER, por sus siglas en inglés: *Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce and Raise*), que se alinean al CMCT de la OMS para que los gobiernos de todo el mundo puedan salvaguardar la salud de sus ciudadanos. Las medidas son las siguientes (OMS, 2018):

- **Monitor:** monitorear el consumo de tabaco y destinar políticas de prevención.
- **Protect:** proteger a la población del humo del tabaco prohibiendo su consumo en espacios públicos cerrados, lugares de trabajo y transportes públicos.

- **Offer:** ofrecer ayuda para abandonar uso de tabaco a través de ayudas diversas a todos los fumadores y con cobertura de costos, incluyendo asesoramiento breve ofrecido por profesionales de salud y líneas telefónicas nacionales de ayuda.
- **Warn:** advertir de los peligros del tabaco con el empaquetado neutro/normalizado y/o grandes advertencias sanitarias gráficas en cada paquete de tabaco, advertir a la población aplicando campañas en los medios de comunicación que informen los daños que causa el uso de esta mercancía y la exposición al humo de tabaco ajeno.
- **Enforce:** prohibición de cualquier forma de publicidad, oferta y patrocinio del tabaco.
- **Raise:** elevar los impuestos a los productos de tabaco.

El Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No transmisibles 2013-2020 de la OMS otorga prioridad a cuatro intervenciones que están incorporadas en el CMCT, y son consideradas las estrategias más costo eficaces y aplicables aún en contextos con pocos recursos. Las acciones de estas intervenciones son: el aumento de los impuestos al tabaco, los ambientes libres de humo de tabaco, las advertencias sanitarias gráficas y grandes en el empaquetado de productos de tabaco, y la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (OPS, 2019). Las medidas mencionadas necesitan leyes para su aplicación, lo que permite una mejor monitorización.

Control del Tabaco en México

En México, la regulación sanitaria del tabaco comenzó en 1973 y posteriormente en 1984 se publicó la Ley General de Salud, que incluyó medidas como la obligación de etiquetar los productos con información sobre el fabricante y los ingredientes, así como la prohibición de venta de tabaco a menores. En 1990, se pronunció un acuerdo que prohibía fumar en los lugares de trabajo de la Secretaría de Salud y los Institutos Nacionales de Salud, aunque su impacto fue limitado por la falta de sanciones (Cicero et al., 2003; Rodríguez-Bolaños et al., 2010).

Por otra parte, la vigilancia epidemiológica de las adicciones ganó fuerza en México desde 1988, con las Encuestas Nacionales de Adicciones de 1988, 1993 y 1998, que recabaron datos de personas de 12 a 65 años de áreas urbanas, y

posteriormente, la realización de la ENCODAT (2016-2017), que suman los datos de las áreas rurales y aplica una metodología diferente. Además, en 1990, con el objetivo de conocer la conducta de consumo de sustancias lícitas e ilícitas de la población, se establece en México el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) (Kuri-Morales et al., 2006; Zavala-Arciniega et al., 2020).

La publicidad de la industria tabacalera fue prohibida en México en el 2003, año en el que también se ratificó el CMCT de la OMS; en el 2004 se aplica la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en México; y en el 2005 entra en vigor el CMCT de la OMS (Calleja, 2012; Rubio y Rubio, 2006).

Dado que existe una alta prevalencia de tabaquismo en la población y que tiene un gran impacto en la salud, el consumo de tabaco es un tema que requiere atención. Es importante conocer la evidencia que hay que proporcionar para que los consumidores cambien su comportamiento respecto a este hábito. El siguiente capítulo abordará las características de las intervenciones con mayor evidencia para su tratamiento.

Capítulo 2: Fundamentos Teóricos de los Modelos Cognitivo-Conductuales para el Uso de Tabaco

Este capítulo describe los aportes más representativos de las Teorías Cognitivas y Conductuales para las intervenciones en el uso de tabaco, incluyendo teorías y técnicas psicológicas que han demostrado ser eficaces. Se incluye la teoría del condicionamiento clásico (CC) y operante (CO), la teoría cognitiva, teoría cognitiva social, el modelo transteórico de cambio, la entrevista motivacional, las estrategias de afrontamiento y la prevención de recaídas.

Para otorgar los mejores tratamientos psicológicos para el tabaquismo es necesario destacar el uso de las terapias basadas en evidencia empírica (Prochaska y Benowitz, 2016). El modelo cognitivo conductual ha logrado colocarse con los mejores resultados en las terapias basadas en evidencia para esta sustancia. Dicho modelo toma propuestas de la terapia de conducta, técnicas de modificación de conducta, teoría cognitiva y cognitivo social. De esta manera se conforma un modelo terapéutico con el que se puede intervenir en distintos problemas, incluido el consumo de sustancias, en el que se puede clasificar el tabaquismo.

El propósito de los tratamientos cognitivo-conductuales es incidir en el aprendizaje para disminuir o eliminar conductas desadaptativas. Así mismo, buscan modificar el impacto y la relación que existe entre cogniciones y emociones que afectan la calidad de vida de las personas. De esta manera, buscan la sustitución o adquisición de nuevos comportamientos que resulten pragmáticos para el paciente y, por otra parte, cambiar cogniciones y emociones que influyen en las decisiones que toman las personas (González et al., 2017).

Este tipo de tratamientos generalmente buscan aplicarse en una modalidad breve y tienen objetivos específicos para el cambio de conducta (Buljubasicha y Lühningb, 2016). En el tabaquismo se espera eliminar el uso de tabaco mediante la aplicación de distintas estrategias. No obstante, para llegar a esta meta es normal que tengan que dirigirse acciones a elementos del ambiente que inciden en la conducta problema: relaciones personales, habilidades de comunicación, antecedentes de consumo, entre otros.

Evidencias de Tratamientos Psicológicos para Usuarios de Tabaco

Los tratamientos psicológicos para dejar de fumar que reúnen mayor evidencia de efectividad son los conductuales. De acuerdo con las revisiones de la Cochrane Collaboration, un importante referente a nivel internacional en el campo de la salud, los tratamientos suelen tener como componentes una revisión de la historia de consumo de los pacientes y su motivación para cambiar, identificación de situaciones de riesgo y la generación de estrategias de resolución de problemas (Lancaster y Stead, 2017). Las técnicas que se incluyen en estos tratamientos son la entrevista motivacional, autocontrol, manejo de contingencias, entrenamiento en estrategias de afrontamiento y entrenamiento en solución de problemas (Lira-Mandujano y Cruz-Morales, 2012). También se pueden incluir técnicas de autoobservación, control de estímulos, reducción gradual de ingesta de nicotina y la desensibilización sistemática, que consiste en entrenamiento en relajación, una construcción de una jerarquía de ansiedad y la presentación de los ítems (Becoña, 2010). Asimismo, se emplean técnicas para el fortalecimiento de la autoeficacia, la modificación de las percepciones de riesgo, la reducción de estrés y afecto negativo, así como el desarrollo de mecanismos de apoyo social y un plan de prevención de recaídas (Almaraz y Alonso, 2018). En la tabla 3 se muestra una síntesis de las principales técnicas señaladas por estos estudios.

Tabla 3

Principales componentes de los tratamientos psicológicos basados en evidencia para intervenir en el uso de tabaco

Referencia	Componentes
Becoña (2010)	Autoobservación
	Control de estímulos
	Reducción gradual de ingesta de nicotina
	Desensibilización sistemática
	Contrato de contingencias
Lira-Mandujano y Cruz-Morales (2012).	Entrevista Motivacional
	Autocontrol
	Manejo de contingencias
	Estrategias de afrontamiento
	Solución de problemas
Lancaster y Stead (2017).	Historia consumo
	Identificación situaciones
	Solución de problemas

Almaraz y Alonso (2018)	Fortalecimiento de autoeficacia
	Modificación de las percepciones de riesgo
	Técnicas para la reducción de estrés y afecto negativo
	Desarrollo de mecanismos de apoyo social
	Plan de prevención de recaídas

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, se encuentra la Guía Clínica de Fiore et al. (2008), que es una revisión exhaustiva de la literatura, que tiene el objetivo de evaluar todos los tratamientos aplicables al área clínica. En ella se encontró que las técnicas cognitivo-conductuales fueron las que mejores resultados obtuvieron en la tasa de abstinencia para el tratamiento del tabaquismo (ver tabla 4).

Tabla 4

Resultados de técnicas utilizadas para el consumo de tabaco (64 estudios)

Contenido	Número de grupos de estudio**	Odd ratio estimada (95% IC)	Tasa estimada de abstinencia (95% IC)
Sin contacto	35	1.0	11.2
Relajación/respiración *	31	1.0 (0.7, 1.3)	10.8 (7.9, 13.8)
Contrato de contingencias *	22	1.0 (0.7, 1.4)	11.2 (7.8, 14.6)
Control del peso/ dieta	19	1.0 (0.8, 1.3)	11.2 (8.5, 14.0)
Reducción progresiva de los cigarros *	25	1.1 (0.8, 1.5)	11.8 (8.4, 15.3)
Afecto negativo	8	1.2 (0.8, 1.9)	13.6 (8.7, 18.5)
Apoyo social intra-tratamiento	50	1.3 (1.1, 1.6)	14.4 (12.3, 16.5)
Apoyo social extra-tratamiento	19	1.5 (1.1, 2.1)	16.2 (11.8, 20.6)
Resolución de problemas*	104	1.5 (1.3, 1.8)	16.2 (14.0, 18.5)
Fumar rápido *	19	2.0 (1.1, 3.5)	19.9 (11.2, 29.0)
Otras técnicas aversivas *	19	1.7 (1.4, 2.8)	17.7 (11.2, 24.9)

Adaptado de Fiore et al. (2008, p.97) OR y abstinencia para seguimiento a largo plazo (>5 meses).

**Técnicas cognitivo-conductuales.*

*** Especifica el número de grupos dentro de los estudios analizados que aportan datos en las diferentes condiciones de tratamiento.*

Fundamentos de las Teorías Cognitivas y Conductuales

A continuación, se describirán los fundamentos que componen la teoría cognitiva conductual que son aplicados para los tratamientos en tabaquismo.

Condicionamiento Clásico

El CC aporta una fórmula básica del comportamiento humano y animal basada en la relación estímulo, respuesta. Explica cómo un estímulo adquiere la capacidad de elicitar una respuesta (estímulo condicionado) como consecuencia de un emparejamiento repetido con otro estímulo que ya la producía (estímulo incondicionado) (Pérez et al., 2017). Este modelo permite comprender cómo el aprendizaje de las conductas está influenciado por el entorno.

Pavlov ha sido una figura fundamental en el desarrollo de los estudios sistemáticos del CC. Estos estudios fueron una extensión de su investigación sobre procesos digestivos con perros. Los hallazgos que realizó en el laboratorio sirvieron para estudiar los mecanismos del aprendizaje asociativo, y para adquirir información acerca de las funciones del sistema nervioso. Esto llevó a investigaciones de procesos de reflejos condicionados tales como la extinción, generalización, recuperación espontánea, la inhibición, el bloqueo o la discriminación (Núñez et al., 2015).

El CC implica un proceso donde un estímulo irrelevante, estímulo neutro (EN), se asocia con un evento motivacionalmente significativo, estímulo incondicionado (EI). De tal manera que el EN, luego de varias presentaciones asociadas con el EI, produce las mismas reacciones, por lo que se convierte en un estímulo condicionado (EC). La presentación de un EI con significado biológico causa por reflejo una respuesta incondicionada (RI). Por lo tanto, cuando un EN se convierte en un EC, significa que adquiere la capacidad de producir la RI por sí solo, la cual se nombra respuesta condicionada (RC) (Vila, 2015).

El modelo de condicionamiento pavloviano de la tolerancia a las sustancias indica que los estímulos ambientales asociados al consumo de una sustancia adquieren la función de un EC y la estimulación farmacológica tiene la función de EI (Ruiz-García et al., 2020). Por ejemplo, el entorno previo al consumo puede transformarse en una señal capaz de provocar el recuerdo de los efectos de la

sustancia. Las expectativas de los efectos placenteros de una droga como la nicotina pueden motivar y orientar conductas de búsqueda destinadas a la satisfacción (Vila, 2015). Por otro lado, cuando una señal se convierte en EC, adquiere la capacidad de provocar una RC que contrarresta los efectos de la sustancia adictiva, incluso sin la administración de la droga (Vargas y Jiménez, 2018). Esto significa que cuando se consume la sustancia en una situación acostumbrada, la RC del organismo compensa el efecto de la droga, lo que contribuye al desarrollo de tolerancia.

Una técnica basada en el CC es la desensibilización sistemática, la cual fue desarrollada por Joseph Wolpe, y es conocida por ser un procedimiento de extinción. Esta técnica consiste en exponer progresivamente al paciente al estímulo ansiógeno mientras aplica técnicas de relajación, con lo que pretende facilitar la ruptura de la asociación estímulo-ansiedad. Tiene como una de sus bases el concepto de inhibición recíproca, el cual propone que no pueden ocurrir dos estados fisiológicos incompatibles, ello implica que no es posible experimentar relajación a la vez que ansiedad. Otro de los conceptos centrales de esta técnica es el contracondicionamiento, es decir, el aprendizaje de una respuesta alternativa es la creación de un nuevo aprendizaje en un contexto estimular muy variado, que puede estar dado por el estímulo ansiógeno principal, o alguno de la cadena (Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016; Wolpe, 1968).

Condicionamiento Operante

El condicionamiento operante (CO) indica la forma en que el ambiente y las consecuencias posteriores a la conducta influyen en la probabilidad de que se presente un comportamiento o que deje de ocurrir. El proceso de incrementar la probabilidad de una conducta se llama reforzamiento, y el estímulo que aumenta la probabilidad de la conducta se nombra reforzador. Por otra parte, el proceso en el que se disminuye la probabilidad de ocurrencia de una conducta se llama castigo (Pérez et al., 2017). En este sentido, una droga como la nicotina se considera un reforzador, debido a que puede influir en el comportamiento de búsqueda de la sustancia (MacLean et al., 2021). Por lo tanto, será necesario considerar las técnicas apropiadas a la sustancia, según la historia de aprendizaje del usuario.

Los orígenes del CO se encuentran en las observaciones y experimentos de Thorndike quien expuso la Ley del Efecto. Esta indica que las consecuencias de la

conducta facilitan el aprendizaje de una asociación entre la respuesta y los estímulos presentes cuando esta se hace. Posteriormente, Skinner fue quien llamó a estas conductas operantes, y sistematizó su estudio (Domjan, 2010).

Una de las estrategias basadas en el CO más utilizadas es el control de estímulos. Este procedimiento se enfoca en debilitar o extinguir las señales asociadas a la conducta de consumo, con el objetivo de facilitar la disociación entre fumar y las situaciones donde se consumía con regularidad (Perkins et al., 2016).

Por otro lado, existe una amplia gama de técnicas operantes, entre las que se incluyen aquellas orientadas al incremento y mantenimiento de conductas, como el reforzamiento positivo y negativo; técnicas para la adquisición de nuevas conductas, como el moldeamiento y encadenamiento; y métodos para la reducción o eliminación de conductas, como el reforzamiento diferencial de otras conductas, la extinción, y el castigo positivo y negativo. Además, se utilizan programas de economía de fichas y contratos de contingencias, que estructuran el reforzamiento para modelar y mantener conductas deseadas.

Teoría Cognitivo Social

Fue desarrollada inicialmente por Albert Bandura como teoría del aprendizaje social (Smith, 2021). Las principales aportaciones son los conceptos de modelamiento y autoeficacia.

El modelamiento es un proceso de aprendizaje mediante el cual se adquiere una conducta observando a un modelo, sin necesidad de ensayo y error (Bandura 1977; Díaz et al., 2017). El modelamiento se divide en cuatro procesos: El primero es la atención, que señala la necesidad de que el observador atienda a los aspectos relevantes de la conducta del modelo. El segundo es la retención, que indica la necesidad de que el observador pueda codificar simbólicamente la información importante para la adquisición y ejecución. El tercero es la reproducción, que requiere los procesos anteriores, es decir, que para que el observador tenga la capacidad de reproducir la conducta a modelar es necesario que tenga la capacidad de atender, retener, almacenar, recuperar la información valiosa de la conducta que va a ejecutar. Por último, la motivación, que es entendida como la observación de las consecuencias a la conducta del modelo.

Por otra parte, la autoeficacia se define como la percepción que una persona sobre su capacidad para realizar una conducta que genere un resultado deseado (Noh-Moo et al., 2021; Piergiovanni y Domingo, 2018). Las creencias sobre la capacidad personal influyen a nivel cognitivo, motivacional, y afectivo en la elección de actividades para afrontar una tarea o experiencias aversivas, determinando el esfuerzo realizado y la persistencia en la ejecución (Amnie, 2018).

Existen cuatro fuentes de información para generar autoeficacia (Bandura, 2012; Carmona-Mesa et al., 2020; Ferrari et al., 2017). La primera es la experiencia de dominio, esto es, la realización de varios ensayos de la conducta ejecutada de manera adecuada. La segunda es la experiencia vicaria, es decir, la observación de un modelo que tiene éxito al afrontar una situación. La tercera es la persuasión social, ocurre cuando se persuade verbalmente a una persona para afrontar conflictos. La cuarta es referente a los estados afectivos y fisiológicos que se experimentan al realizar la conducta.

El papel de la autoeficacia en el tratamiento de tabaquismo permite aumentar el éxito en la cesación de tabaco, así como en la prevención de recaídas (Elshatarat et al., 2016). Así mismo, las personas que previo a un tratamiento tienen una mayor autoeficacia en la línea base, tienen mayores probabilidades de establecer una fecha y apegarse a un plan para dejar de fumar (Wang et al., 2021).

Teoría Cognitiva

Existen distintos autores que efectuaron aportes para esta teoría, los más importantes son Aaron Beck que desarrolló la Terapia Cognitiva y Albert Ellis con la Terapia Racional Emotiva (Barraca, 2014).

Los postulados de la terapia cognitiva explican la relación entre las conductas de las personas y la mediación de la organización cognitiva de esquemas mentales o creencias nucleares, con los que el ser humano codifica la información del ambiente (Tron et al., 2017). Aquí se indica que estos esquemas pueden ser adaptativos o desadaptativos, y el abordaje terapéutico consiste en promover cambios en estos esquemas desadaptativos para que sean funcionales para el individuo.

Los principios básicos que se desprenden de esta teoría para el abordaje terapéutico son, en primer lugar, que los pensamientos afectan la conducta y las

emociones. En segundo lugar, es posible monitorear y modificar los pensamientos. Y en último lugar, con los cambios en las creencias nucleares es posible aumentar la efectividad en los cambios de conducta y mejorar la estabilidad emocional (Beck y Haigh, 2014; Lorenzo-Luaces et al., 2016).

Las principales técnicas en las terapias cognitivas son los autorregistros, descubrimiento guiado, parada de pensamientos, técnicas basadas en la imaginación, análisis de las ventajas y las desventajas, flecha descendente, reatribución de la responsabilidad (Barraca, 2014).

En el tratamiento del tabaquismo, la terapia cognitiva ha demostrado ser eficaz para la cesación y el mantenimiento (Hilal y Mortal, 2020). Además, se han obtenido buenos resultados para poblaciones especiales, donde se incluyen a personas con bajo estatus socioeconómico, mujeres embarazadas, y personas que viven con VIH (Vinci, 2020).

Componentes de los TCC

Existen otros componentes que no son exclusivos de los modelos cognitivo-conductuales, pero resultan de gran utilidad al integrarlos a las estrategias realizadas en las sesiones de tratamientos psicológicos. Aquí se ubica la entrevista motivacional, el modelo transteórico, las estrategias de afrontamiento y la prevención de recaídas.

Modelo Transteórico

El Modelo transteórico (MT) de Prochaska y DiClemente, surge en la década de 1970, como un modelo que resultó de revisiones de aspectos comunes en las psicoterapias más conocidas. Desde entonces se ha destacado como uno de los modelos que más se utilizan para estudiar el cambio de conductas en salud (Davis et al., 2015). El MT considera a la modificación de conducta como un proceso complejo, continuo y cíclico.

De acuerdo con Prochaska et al. (2015) existen cinco etapas que las personas deben transitar para lograr abandonar el uso de una sustancia: 1) precontemplación, es la etapa en que el consumo no se considera un problema y, por lo tanto, no existe intención de modificar el comportamiento, 2) contemplación, es cuando comienza un sentido de ambivalencia y se considera la posibilidad de dejar la sustancia de consumo, 3) preparación, es la etapa en que se comienzan a realizar los primeros

cambios, 4) acción, es cuando se realizan planes y conductas específicas para alcanzar la abstinencia, 5) mantenimiento, es la etapa donde los esfuerzos se dirigen al diseño de estrategias para evitar la recaída.

Además, el MT propone que hay diez procesos de cambio que una persona encuentra en cada etapa (Del Rio y Ávila, 2021). Dichos procesos se dividen en conductuales (contracondicionamiento, autoliberación, administración de contingencias, control de estímulos, relaciones de ayuda) y experienciales (liberación social, aumento de conciencia, reevaluación del ambiente, alivio dramático, autoevaluación). Dependiendo de la etapa en que se encuentra una persona, estos procesos pueden ser más efectivos para promover el cambio. Adicionalmente, se incluye el balance decisional.

Los tratamientos basados en el MT han obtenido resultados favorables para dejar de fumar, incrementar la percepción de desventajas de fumar y el aumento de autoeficacia (Erol et al., 2018; Kim et al., 2023), así como para incrementar el número de intentos para dejar de fumar y avanzar en las etapas de cambio (Jeihooni et al., 2019; Siewchaisakul, 2020). Además, se ha utilizado para estudiar predictores de recaídas entre fumadores (Gökbayrak et al., 2014).

Entrevista Motivacional

La entrevista motivacional (EM) inició en la década de 1980 partiendo del postulado de que el estilo en que se aplicaba una entrevista podía influir en los problemas que presentaba un consultante (Templos-Núñez, y Marín-Navarrete 2014). La característica de este método es su directividad centrada en el cliente con el objetivo de aumentar la motivación para el cambio mientras se resuelve la ambivalencia (Miller y Rollnick, 2015).

La EM es uno de los principales componentes empleados en los tratamientos para el consumo de sustancias, debido a que su estilo de comunicación genera un ambiente donde se eleva la confianza y reflexión del paciente, y con esto se pretende aumentar la disposición al cambio, así como el apego al tratamiento (López et al., 2013; Madson, 2016). Adicionalmente, fomenta el uso de los propios recursos del usuario en combinación de las estrategias terapéuticas para alcanzar la abstinencia.

Los elementos de la EM incluyen: espíritu, principios, habilidades básicas y plática de cambio (ver figura 1). El primero que corresponde al espíritu de la EM es la realización de un trabajo colaborativo del terapeuta con el cliente, donde se prioriza la evocación y la autonomía. Esto consta de un estilo que evite el empleo de etiquetas y juicios. En segundo lugar, están los cinco principios generales que resultan necesarios para la correcta implementación de la EM, 1) expresión de empatía, 2) crear discrepancia en la conducta de consumo, 3) evitar la discusión, 4) manejo de resistencias, y 5) fomento de la autoeficacia (Miller y Rollnick, 2015).

Figura 1

Entrevista Motivacional



Adaptado de Miller y Rollnick (2015) y Templos-Núñez, y Marín-Navarrete (2014).

La EM ha demostrado su eficacia para el tratamiento del consumo de sustancias (Naar y Safren, 2017), así como en distintas aplicaciones en el ámbito del cuidado de la salud. Revisiones sistemáticas de tratamientos que incluyen a la EM indican que es efectiva para intervenir en el uso de tabaco (Heckman et al., 2014; Kumar et al., 2021; Lindson-Hawley et al., 2015).

No obstante, también existen estudios que indican evidencia insuficiente para demostrar que la EM sea mejor que ninguna intervención o que otros tipos de tratamientos conductuales (Frost et al., 2018; Lindson et al. 2019b).

Reducción Gradual de Consumo de Nicotina

Los tratamientos normalmente asumen que la cesación comienza el día que se deja el cigarro y que la reducción no es una buena alternativa porque se considera que el usuario tiene un control deteriorado de su uso de tabaco (Shiffman et al., 2007). Sin embargo, cerca de la mitad de los fumadores buscan dejar de fumar mediante una reducción gradual, que es una aproximación con resultados similares a dejar de fumar con cesación abrupta (Lindson et al., 2020; Wang et al., 2017).

En una encuesta que examinaba las aproximaciones usadas con fumadores que acudían a servicio de línea telefónica para dejar de fumar, se encontró que el 92% de los protocolos enfatizaban la disminución de consumo de tabaco para los pacientes que no lograban dejar de fumar en la fecha meta y declinaban establecer una nueva (Asfar et al., 2011).

Aspectos que pueden influir en los resultados de las investigaciones para el tratamiento del tabaquismo son la capacidad de elección entre una reducción gradual y cesación abrupta, y las características sociodemográficas de las personas que eligen iniciar con la reducción gradual frente la de aquellos que eligen una cesación inmediata. En este sentido (Hugley et al., 2019) encontraron que los fumadores que eligieron la reducción gradual antes de dejar de fumar obtuvieron más éxito a largo plazo comparado con las personas que directamente dejaron de fumar. Algunas de las características de las personas que elegían reducir gradualmente fueron: menores síntomas de abstinencia y mayor edad en el consumo de su primer cigarro. Concluyeron que existe una mayor habilidad para comenzar la reducción gradual cuando hay una menor severidad de adicción a la nicotina.

En un estudio que buscó identificar los procesos que llevan a los intentos para dejar de fumar y los éxitos para dejarlo por completo, se encontró que posponer el primer cigarro, e incrementar la autoeficacia fueron las principales variables para predecir un intento para dejar de fumar (Klemperer et al., 2020). Por otra parte, una estrategia eficaz para comprometer a los fumadores a cambiar su consumo consiste en fomentar la práctica de periodos sin fumar, extendiendo el tiempo gradualmente, ya sean horas o días, sin la presión de cesar permanentemente (Cox et al., 2022).

Con esto coinciden Derefinko et al. (2022), ya que, en una intervención realizada por contacto telefónico en una línea de atención para fumadores,

encontraron que la reducción gradual que ofrece habilidades conductuales estructuradas y chicles de nicotina, solo o combinado con EM, es efectivo para fumadores que no están listos para cesar su consumo.

La reducción diaria de cigarros con medicación ha mostrado incrementar los intentos para dejar de fumar en fumadores que no buscan dejar de fumar. Sin embargo, en el caso de fumadores que pretenden dejar de fumar abruptamente el efecto no está claro. La reducción de cigarros diarios retrasa la cesación y es menos efectiva que dejar de fumar abruptamente cuando los fumadores ya están listos para dejar de fumar. En cambio, en fumadores que no tienen la intención de dejar de fumar abruptamente, la reducción del consumo aumenta su autoeficacia, sus intenciones para dejar de fumar, y la cesación. En estudios anteriores se encontró que una mayor magnitud en la reducción de cigarrillos por día estaba asociada con una mayor probabilidad de cesación (Klemperer et al., 2019).

Aunque cerca de la mitad de los fumadores intentan dejar de fumar eligiendo reducir gradualmente la cantidad de cigarros que consumen, la mayoría de las guías para dejar de fumar recomiendan que los pacientes sean ayudados a dejar de fumar de manera abrupta con una fecha establecida (Lindson et al., 2020).

La revisión sistemática de Cochrane (Lindson et al., 2019a), que incluyó estudios comparativos entre la reducción gradual y la cesación abrupta, encontró una moderada certeza que ningún enfoque resulta superior al otro. Por lo que se recomienda dar a las personas la capacidad de elegir el método que mejor se adapte a sus necesidades. De tal modo, es factible considerar que los fumadores pueden ser ayudados a dejar de fumar gradualmente, principalmente si han fallado en dejar de fumar abruptamente en el pasado, o no sienten la confianza necesaria para hacerlo. Dado que con esta ayuda existe la posibilidad de motivar a las personas que no se atreverían a realizar un intento para dejar de fumar de otra manera. En la tabla 5 se muestra una síntesis de los principales hallazgos y recomendaciones para la implementación de intervenciones con reducción gradual de nicotina. .

Tabla 5

Principales hallazgos y recomendaciones para la implementación de intervenciones con reducción gradual de nicotina.

Referencia	Hallazgos y recomendaciones
Ali et al., 2018	Las intervenciones conductuales son más costo efectivas frente a las intervenciones farmacológicas
Cox et al., 2022	No fumar durante periodos de tiempo más prolongados a los acostumbrados, sin la presión de cesar permanentemente.
Derefinko et al., 2022	Habilidades conductuales estructuradas, solas o combinadas con entrevista motivacional.
Klemperer et al., 2019	La reducción de cigarros incrementa la autoeficacia, las intenciones de dejar de fumar y la cesación, cuando los fumadores no pretenden dejar de fumar abruptamente. Una mayor magnitud en la reducción de cigarrillos por día está asociada con una mayor probabilidad de cesación.
Klemperer et al., 2020	Prolongar el tiempo en el que se fuma el primer cigarro, e incrementar autoeficacia.
Lindson-Hawley et al., 2016	Existe una mayor habilidad para iniciar la reducción gradual cuando existe una menor severidad de adicción a la nicotina.

Fuente: Elaboración propia

Recomendaciones a Favor de la Cesación Completa de Tabaco

La evidencia científica subraya que dejar de fumar tiene beneficios significativos para la salud, una reducción de riesgos de enfermedades graves y una mejora en la calidad de vida. A continuación, se presentan las principales evidencias identificadas en la literatura.

En primer lugar, dejar de fumar completamente reduce de manera significativa el riesgo de enfermedades graves en comparación con la reducción del consumo. Incluso fumar unos pocos cigarrillos al día mantiene un riesgo considerable de enfermedades como el cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares y la EPOC (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). De tal manera que solo la cesación completa del tabaco puede minimizar estos riesgos de manera efectiva.

Además, la adicción a la nicotina es un factor crucial que considerar. La nicotina es una sustancia altamente adictiva, y la reducción del consumo no aborda completamente la dependencia (Benowitz, 2010). Los fumadores que intentan reducir su consumo pueden desarrollar patrones de compensación, como inhalar más profundamente o fumar cada cigarrillo hasta el final, lo que puede resultar en una ingesta similar de nicotina y otras sustancias tóxicas (Scherer y Lee, 2014). No obstante, se ha observado que personas que no fuman a diario no incrementan la intensidad de sus inhalaciones cuando cambian a cigarros con bajo contenido de nicotina, e incluso reducen su consumo de cigarros (Shiffman et al., 2018). De tal manera, se aprecia que, si el comportamiento compensatorio ocurre, la reducción del consumo no será una estrategia efectiva para disminuir los riesgos asociados con el tabaquismo.

La exposición al humo de segunda mano también es un aspecto crítico. La reducción del número de cigarrillos fumados puede disminuir, pero no eliminar, la exposición al humo de segunda mano, que es perjudicial para los no fumadores, especialmente para los niños y personas con problemas respiratorios (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Dejar de fumar completamente es la única manera de proteger eficazmente a los demás del humo de segunda mano y sus efectos adversos en la salud.

La cesación completa también tiene un impacto positivo en la calidad de vida y el bienestar general. Los exfumadores reportan mejoras significativas en su sentido del olfato y del gusto (Chérueil et al., 2017; Glennon et al., 2019), una reducción en la incidencia de problemas respiratorios (Joseph et al., 2017), así como menores niveles de estrés y mayores niveles de satisfacción (West, 2017).

En conclusión, la evidencia científica apoya que, para obtener beneficios significativos para la salud, los tratamientos para fumadores deben promover la cesación completa. Este enfoque no solo minimiza los riesgos de enfermedades graves y mejora la calidad de vida, sino que también aborda de manera más efectiva la adicción a la nicotina y protege a los no fumadores del humo de segunda mano. En este sentido, un tratamiento que considere la reducción del consumo como una opción para los pacientes, es importante que se presente como una estrategia cuyo fin es la cesación y no solo una disminución del consumo de cigarros.

Telepsicología

La telepsicología es la práctica de proveer servicios psicológicos utilizando tecnologías de telecomunicación y puede llevarse a cabo de manera sincrónica o asincrónica (McGee et al., 2020) Esto puede implicar el uso de distintos medios como son aplicaciones móviles, sitios web, mensajería electrónica, llamadas telefónicas, videoconferencias, entre otros. Estos servicios pueden ser un complemento de una intervención o el método principal de servicio (Martin et al., 2020).

En el contexto de la pandemia de COVID-19, la telepsicología ofreció alternativas de atención cuando los servicios en persona no estaban disponibles, o bien como medida de protección ante un posible contagio. Además, fue una alternativa que tuvo ventajas como la reducción de la distancia geográfica, el aumento de la privacidad, la disminución del estigma, la flexibilidad de la atención, la mejora en el acceso y el bajo costo de la implementación. Por otra parte, sus desventajas implicaron el eventual compromiso a la seguridad y confidencialidad de los datos por los riesgos digitales (virus informáticos, ciberataques), barreras de accesibilidad a la atención telemática (económicas, alfabetización digital), obstaculizadores en la comunicación terapeuta-paciente (Rojas-Jara et al., 2022).

La evidencia muestra poca diferencia entre la terapia llevada cabo en modalidad presencial y por medio telefónico en términos de alianza terapéutica, empatía, revelación y participación, aunque la modalidad telefónica suele tener una menor duración que la presencial (Dolev-Amit et al., 2021; Irvine et al., 2020; Knott et al., 2020). Asimismo, la efectividad de la telepsicología cuenta con resultados similares a la modalidad presencial (Bulkes et al., 2022; McClellan et al., 2022). Debido al alcance al que se puede acceder por el uso de dispositivos electrónicos, la telepsicología tiene el potencial de abordar los problemas que hubo durante el aislamiento por COVID-19, como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, anonimato y asequibilidad de los servicios de salud mental. Es apta para adolescentes, adultos, adultos mayores, siendo un medio que puede aumentar el acceso a la atención (McCord et al., 2020).

En este capítulo se mostró como los modelos cognitivo-conductuales pueden explicar procesos de aprendizaje que intervienen en la adquisición de una conducta como el consumo de tabaco, y de la misma manera permiten desarrollar estrategias

para eliminar dicha conducta. Asimismo, se presentaron las evidencias de los tratamientos dirigidos a reducir el consumo, donde se describen las técnicas que se utilizan y el razonamiento para ofrecer una alternativa de reducción en lugar de la cesación abrupta del tabaco.

Planteamiento del Problema

Justificación

El CB dirigido a fumadores es una estrategia que se utiliza para alcanzar al mayor número posible de personas en el menor tiempo posible, y ha sido diseñada para que distintos profesionales dentro de un entorno de atención primaria a la salud puedan aplicarlo (Sheinfeld y Heck, 2004). Aunque existe evidencia de la efectividad de esta práctica (Lancaster y Stead, 2017), es necesario considerar que hay distintas formas en que el CB puede llevarse a cabo, y en qué condiciones resulta más efectivo.

En este sentido, se plantea la propuesta de realizar nuevas adaptaciones que permitan evaluar los resultados en el contexto de aplicación. Por tanto, se propone utilizar la estructura del CB basado en las 5a's y las 5r's, e integrar estrategias conductuales. La mayoría de los estudios que evalúan el CB lo hacen únicamente con el indicador de cesación de tabaco. Sin embargo, otros indicadores, como el aumento en la disposición al cambio, la reducción en el patrón de consumo de tabaco, o el iniciar un tratamiento especializado para dejar de fumar, también ofrecen información relevante para su evaluación (Van Schayck et al., 2017; Wray et al., 2018).

Por otra parte, debido al distanciamiento social derivado de la pandemia por COVID-19, fue necesario disponer de alternativas para este contexto, y las intervenciones en modalidad en línea han resultado convenientes (Perrin et al., 2020). Asimismo, dichas intervenciones han resultado tan efectivas como la atención presencial (Bennett et al., 2020; Lin et al., 2019). Por otra parte, en el entorno social actual, se han incrementado las oportunidades y motivaciones para que los usuarios de sustancias consuman y al mismo tiempo, es más difícil acceder a un servicio de atención presencial (Melamed et al., 2020).

De esta manera, el presente estudio tiene como propósito desarrollar y evaluar una intervención de CB, denominada Consejo Conductual para Usuarios de Tabaco (C-CUT) en un formato en línea.

Pregunta de Investigación

¿Existen diferencias en el patrón de consumo de tabaco en la línea base y el seguimiento posterior a la intervención en C-CUT?

Objetivo General del Proyecto de Investigación

Diseñar y evaluar la intervención C-CUT en un formato en línea.

Por cada fase de la investigación se desarrolló su propio objetivo general, objetivos específicos e hipótesis, que se describen en el apartado correspondiente. De la misma manera, cada fase incluye su método y resultados. En la parte final se escribe la discusión y conclusiones que incluye las dos fases de la investigación.

Método

Esta investigación se divide en dos fases. En la primera fase, se describe el desarrollo de la intervención y en la segunda fase se señala la manera en que se aplicó la intervención.

Estudio I. Desarrollo de la Intervención

A continuación, se explicará el proceso de construcción de la intervención diseñada para esta investigación. En el apartado final se describe la descripción de su composición.

Objetivo

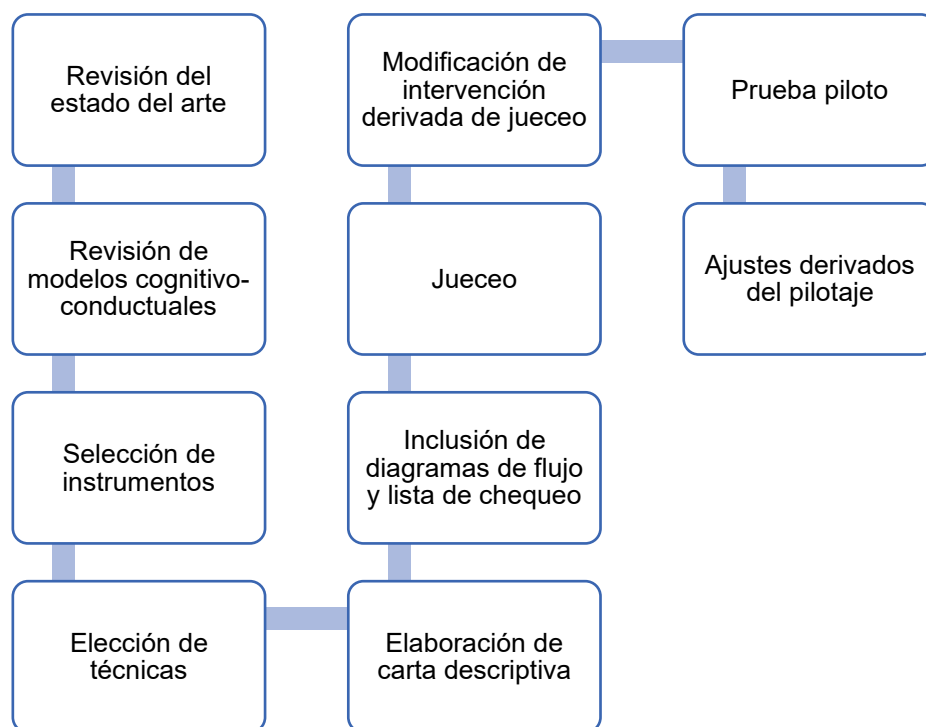
Diseñar el C-CUT en línea para dejar de fumar.

Diseño de C-CUT

Primeramente, para el procedimiento de construcción del C-CUT (ver fig. 2), se hizo una revisión del estado del arte, con investigaciones que mostraban la efectividad de intervenciones para fumadores. Se tomaron en cuenta los hallazgos y recomendaciones que se indicaban para investigaciones futuras (Abrams et al., 2008; Almaraz y Alonso, 2018; Fiore et al., 2008; Klemperer et al., 2019; Lancaster y Stead, 2017; Lindson-Hawley et al., 2016; Lindson et al., 2019a; Lindson et al., 2020; Rafful et al., 2013).

Figura 2

Proceso de adaptación del C-CUT



Fuente: elaboración propia

Al mismo tiempo, se consultaron fuentes teóricas de los modelos cognitivo-conductuales que fueran acordes a los objetivos de la investigación; ello a su vez dirigió a la búsqueda de instrumentos, confiables y válidos, que evaluaran las variables propuestas en el diseño de investigación. Se eligió la EM como el estilo de atención con el que el terapeuta tendría que relacionarse con el paciente, debido a la importancia para generar discrepancia entre la conducta actual y los objetivos del paciente sin crear resistencia (Kumar et al. 2021; Naar y Safren, 2017).

Las técnicas seleccionadas para la intervención fueron las que tenían mayor congruencia con el objetivo de motivar a los pacientes a dejar de fumar, ya sea mediante una cesación abrupta o comenzando con una reducción gradual en su consumo de tabaco, generar planes que les permitan modificar su consumo y aumentar su autoeficacia. Se hizo una carta descriptiva que se envió a un experto en terapia cognitivo conductual en adicciones, para que aportara recomendaciones para mejorar la calidad de la intervención. Se hicieron cambios en la redacción de los

objetivos para que fueran más claros y se corrigió la carta descriptiva (ver apéndice F).

El piloteo consistió en la aplicación de la intervención a un participante. Originalmente, la sesión de evaluación estaba contemplada para aplicarse en la misma sesión. No obstante, se decidió separar la sesión dado que no daba oportunidad de integrar los resultados de las pruebas a la intervención, obteniendo una menor calidad de la ejecución del C-CUT. Adicionalmente, se observó que el tiempo contemplado (inicialmente de 30 minutos), resultó insuficiente, por lo que se decidió aumentar a 60 minutos.

Descripción del C-CUT

El C-CUT está basado en principios de la EM de Miller y Rollnick (1999), y en el modelo de las 5A's y las 5R's descritos en la Guía de Práctica Clínica para Tratamiento de Tabaquismo de Fiore et al. (2008) y el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska et al., 2015).

La intervención constó de tres etapas:

1. **Evaluación y admisión:** aplicación de los instrumentos de evaluación para cada participante.
2. **Intervención:** compuesta por una sola sesión, con duración de 60 minutos en la que se aplican las estrategias correspondientes al C-CUT.
3. **Seguimiento:** se recolecta los registros del consumo semanal durante dos meses posteriores a la intervención. La recolección de datos se agendó en los días 7, 15, 30 y 60 después del C-CUT.

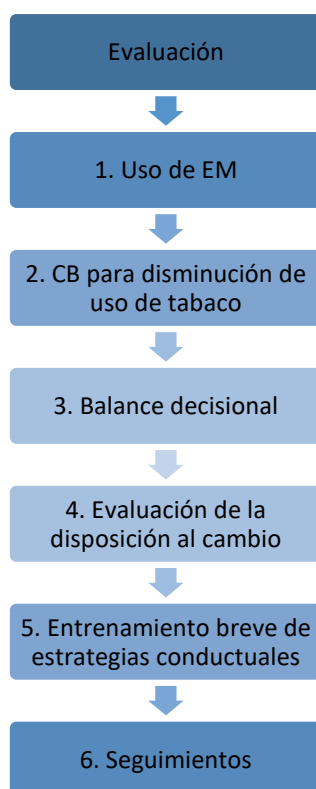
El objetivo del C-CUT es dejar de fumar mediante el aumento de la motivación, el aumento de la autoeficacia, y el entrenamiento de estrategias conductuales. La premisa principal de esta intervención es que los individuos que consumen tabaco tienen una ambivalencia respecto a la reducción o eliminación de su consumo de tabaco que puede resolverse cuando se aumenta la disposición al cambio y se aprenden habilidades efectivas para el cambio de conducta. Para esto, el psicólogo debe utilizar las estrategias adecuadas a la etapa de cambio en la que se encuentra el paciente.

Por lo tanto, el C-CUT emplea técnicas motivacionales y entrenamiento en habilidades conductuales para aumentar la disposición al cambio y la autoeficacia de los pacientes para tomar la decisión de modificar su patrón de consumo de tabaco.

Durante la intervención C-CUT se propone a los pacientes establecer una fecha para iniciar con una cesación abrupta, o bien, iniciar con una reducción gradual de consumo de tabaco. Además, se les da a conocer que existen alternativas de tratamiento especializado de mayor intensidad, por si desea atención adicional para dejar el tabaco. Estas opciones se ponen a consideración del paciente para que elija, y se le ayuda a valorar las ventajas y desventajas de cada alternativa. Los pasos que se aplican en esta intervención se diseñaron para proceder secuencialmente en una sola consulta, se describen a continuación en la figura 3 y la tabla 6:

Figura 3

Pasos del C-CUT



Fuente: elaboración propia

Tabla 6*Descripción de pasos del C-CUT*

Técnica	Descripción
1. Uso de EM	Se emplean las recomendaciones de la EM para construir una alianza terapéutica y propiciar que el paciente hable de la percepción que tiene de sus problemas. Asimismo, se exploran las metas del paciente.
2. CB para disminución de uso de tabaco	Se hace la afirmación al paciente de que modificar su consumo de tabaco es una acción importante que puede realizar para beneficio de su salud, esto debe de hacerse de una forma clara, firme y personalizada. Para esto, se utilizan como referencia, los datos obtenidos en la evaluación. Con ello se personaliza el consejo y se resaltan y refuerzan las verbalizaciones del paciente relacionadas con la importancia que tiene para él la modificación de su consumo de tabaco.
3. Balance decisional	Se ayuda a los pacientes a desarrollar una mayor claridad de las ventajas y desventajas de su consumo. Para esto se usa la técnica de balance decisional. Se facilita que los pacientes identifiquen consecuencias positivas y negativas de dos alternativas: continuar con su uso de tabaco o hacer un cambio en su consumo de tabaco.
4. Evaluación de la disposición al cambio	Se comprueba la disposición del paciente para efectuar un intento para cambiar su consumo de tabaco. Después, se le ofrece ayuda para promover el aprendizaje de estrategias que le faciliten realizar una modificación en su consumo de tabaco y así aumentar las probabilidades de éxito.
5. Entrenamiento breve de estrategias conductuales	Se efectúa un entrenamiento breve de estrategias para facilitar que el paciente logre cambiar su consumo de tabaco. Se implementa el establecimiento de metas (fecha para proceder al cambio en el consumo, elegir disminución gradual o abstinencia, metas Smart); estrategias de afrontamiento (plan para modificar su consumo de tabaco, solución de problemas); entrenamiento de técnica de relajación (respiración diafragmática); entrenamiento en el empleo del autorregistro.
6. Seguimiento	Se organiza con los pacientes el levantamiento de datos en los días 7, 15, 30 y 60 posteriores a la intervención. El seguimiento es hecho por el investigador mediante una entrevista por llamada telefónica o videollamada, según la preferencia del paciente. Cada llamada tiene una duración máxima de 20 minutos. En los tres primeros contactos solamente se solicita el autorregistro que lleva el paciente; en caso de que no lo haya hecho, se pide que indique retrospectivamente su conducta de consumo. Adicionalmente, se indaga brevemente las dificultades y avances que el paciente ha observado. Finalmente se pide que responda la batería de pruebas para el post-test

Fuente: Elaboración propia

Estudio 2. Aplicación de la intervención en C-CUT

Objetivo General

Evaluar una intervención en consejo breve en línea para fumadores C-CUT.

Objetivos Específicos

1. Comparar las diferencias en el patrón de consumo de tabaco entre la línea base y seguimiento cuando se aplica la intervención de C-CUT.
2. Comparar el nivel de la dependencia a la nicotina entre el pre-test y post-test.
3. Comparar el nivel de autoeficacia entre el pre-test y post-test.

Hipótesis General

H₁: Existe un efecto del C-CUT en el patrón de consumo de tabaco.

H₀: No existe un efecto del C-CUT en el patrón de consumo de tabaco.

Hipótesis Específicas

H₂: Existe una disminución en el nivel de dependencia a la nicotina cuando los pacientes son atendidos con el C-CUT.

H₂: Existe un incremento en el nivel de autoeficacia con la intervención de C-CUT.

Variables

VI:

- a) C-CUT dirigido a fumadores.

VD:

1. Patrón de consumo de tabaco.
2. Dependencia física a la nicotina.
3. Autoeficacia.

Tipo de Diseño

Diseño de caso único con réplicas y seguimiento a dos meses.

Participantes

En la tabla 7 se observa que las edades de los participantes son en promedio de 34 años con un rango entre 21 y 45 años (DE= 7), cinco hombres y cinco mujeres. El nivel de estudios reportado fue de seis personas con preparatoria y cuatro personas con licenciatura. El promedio de la edad a la que iniciaron su consumo fue a los 16 años con un promedio de tres intentos para dejar de fumar. Ninguno de ellos había realizado un intento para cambiar su consumo de tabaco con acompañamiento profesional.

Tabla 7

Datos sociodemográficos de los participantes del C-CUT

Paciente	Edad	Sexo	Estudios	Edad de inicio de consumo	Intentos previos para dejar	Ha recibido ayuda profesional
P1	45	M	Preparatoria	18	0	No
P2	36	M	Licenciatura	13	1	No
P3	43	F	Preparatoria	20	3	No
P4	35	M	Licenciatura	18	6	No
P5	38	F	Preparatoria	18	4	No
P6	21	F	Preparatoria	16	0	No
P7	30	F	Preparatoria	13	5	No
P8	35	M	Licenciatura	17	5	No
P9	31	F	Licenciatura	17	1	No
P10	29	M	Preparatoria	16	5	No

Criterios de Inclusión

Fumadores con puntaje de riesgo moderado o alto de acuerdo con la prueba ASSIST.

Personas entre 18 años y 65 años.

Contar con acceso a internet.

No estar en tratamiento para dejar de fumar antes de la realización del estudio.

Firmar consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

Consumo de alcohol con nivel de riesgo alto según la prueba ASSIST.

Consumo de otras sustancias con nivel de riesgo alto según la prueba ASSIST.

Criterios de Eliminación

No contestar las llamadas de seguimiento.

Instrumentos

Ficha de datos sociodemográficos: realizada específicamente para esta investigación. Su objetivo es recolectar información del paciente como edad, sexo, estado civil, escolaridad, datos de las personas con las que vive, situación laboral, y una breve historia del consumo. La ficha está compuesta por preguntas abiertas y de opción múltiple (ver apéndice A).

Test de dependencia a la nicotina de Fagerström (FTND por sus siglas en inglés, Heatherton et al., 1991). Su objetivo es conocer el nivel de dependencia a la nicotina, y este puede ser bajo, medio o alto. Cuenta con seis reactivos donde el participante marca una de las alternativas que demuestre su situación actual (ver apéndice B). Cuatro son de respuesta dicotómica (sí/no) y los otros dos se responden con escala Likert de cuatro opciones. Las preguntas están relacionadas con indicadores de frecuencia de consumo (número de cigarrillos por día) y con indicadores de control del consumo. En población de habla hispana se obtuvo una consistencia interna de alpha Cronbach de 0.56 a 0.64 y una confiabilidad test-retest de 0.88 (Becoña y Vázquez 1998).

Cuestionario breve de confianza situacional (CBCS, Ayala et al., 1988). Su objetivo es evaluar la percepción del grado de confianza del usuario en cada una de las ocho situaciones de riesgo relacionadas con el consumo de alcohol u otras drogas. El paciente debe señalar en un rango del 0% (Inseguro) a 100% (Seguro) que tan seguro se siente para poder resistirse a la necesidad de fumar en esas situaciones (ver apéndice C). El instrumento muestra un valor de $\alpha = 0.977$.

Línea de Base Retrospectiva (LIBARE, Sobell y Sobell 1992; adaptada por Echeverría et al., 1998). Es un registro retrospectivo que evalúa cambios específicos

en los patrones de consumo de sustancias. Es este caso será utilizado para observar el consumo de tabaco del usuario tres meses antes de la intervención; aporta datos como la frecuencia, los días de abstinencia y los de mayor consumo (ver apéndice D). El instrumento tiene un valor de $\alpha = 0.91$.

Autorregistro de consumo de cigarros (Abrams, et al., 2003, traducido por Lira et al., 2012). Es un registro que el usuario de tabaco utilizará después de la intervención, con el objetivo de observar su patrón de consumo diario (ver apéndice E). Este registro indica el número de cigarros consumidos, la hora, lugar, actividad que realizaba y las emociones que tenía en ese momento.

Procedimiento

La muestra fue no probabilística, por conveniencia. El contacto con los pacientes se realizó con publicaciones digitales dirigidas a fumadores (ver apéndice G). Aquí se explicó que con la participación en esta investigación se ayudaría a conocer estrategias para controlar su consumo de tabaco mediante el acceso a una consulta donde se aplicaría la intervención. Estas publicaciones se hicieron mediante una página en Facebook.

Se creó una página de Facebook para difundir la intervención. Y se utilizó la herramienta de promoción pagada que tiene esta red social. El anuncio debía cumplir de forma estricta con las normas para publicidad relacionada con el tabaco, ya que, de no ser así, el anuncio era rechazado para su promoción y se regresaba solicitando una modificación que cumpliera con las normas de publicación vigentes para temas de tabaco. Además, los volantes digitales fueron compartidos en redes sociales asociadas a la Universidad. Por otra parte, se utilizaron anuncios impresos que fueron distribuidos en puntos de alta afluencia que permitieran ser vistos por el mayor número de personas posible. Se pegaron en postes, dentro de vehículos de transporte público, y en negocios varios.

Las personas interesadas podían solicitar información o agendar una cita por mensajes dirigidos a la página de Facebook o al teléfono del investigador que estaba en los datos de contacto proporcionados en esta red social. Una vez que se establecía comunicación con una persona se proporcionaba la información al solicitante con el objetivo de aclarar cualquier duda y efectuar una cita.

Durante la primera cita se explicó a los participantes la estructura del tratamiento. A continuación, se solicitó que indicaran su patrón de consumo de tabaco en los últimos tres meses usando la LIBARE, que respondieran el CBCS y la prueba ASSIST. Antes de finalizar se pidió al paciente que respondiera el formulario de Google donde se encontraba la batería de pruebas para evaluar su consumo de tabaco. El formulario contenía:

1. Consentimiento informado
2. Ficha de datos sociodemográficos
3. Cuestionario de Fagerström para la dependencia a la nicotina.

Las pruebas aplicadas en línea fueron calificadas por el investigador antes de que los pacientes acudieran a la cita de intervención. Con los resultados de la batería de pruebas se llenó una ficha que contenía los datos relevantes para realizar la intervención. El día de la intervención en C-CUT se dio retroalimentación de los resultados de la evaluación. Partiendo de este punto se procedió a realizar el C-CUT.

Respecto a la evaluación del efecto del C-CUT, en primer lugar, se analizó el patrón de consumo de tabaco, se utilizó la técnica de no solapamiento de los datos (NAP por sus siglas en inglés) y se tomó la tabla 8 como referencia para interpretar el tamaño del efecto de la intervención (Sanz y García-Vera, 2015).

Tabla 8

Valores para Interpretar los Índices de Tamaño del Efecto NAP en Diseños de Caso Único

Índice	Valores	Interpretación
NAP	0-65%	Efecto débil
	66%-92%	Efecto medio
	93%-100%	Efecto grande

Adaptado de Sanz y García-Vera (2015).

Posteriormente, se realizó una comparación en las diferencias en el pre-test y en el seguimiento de los siguientes indicadores:

1. Dependencia física a la nicotina
2. Aumento en el nivel de autoeficacia.

3. Asistencia a un servicio de atención especializado para dejar de fumar:

El paciente busca ayuda con un Psicólogo capacitado en el tratamiento de tabaquismo y asiste a consulta por lo menos en una ocasión. Este profesional tendrá las siguientes características:

- Conocimiento de tratamiento breve para tabaquismo, idealmente se considerará que conozcan y dominen el *Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores*, o bien, un tratamiento basado en evidencia para la atención de tabaquismo.
- Experiencia profesional de al menos seis meses tratando pacientes con problemas de adicciones.

Consideraciones éticas

La información proporcionada en la ficha de admisión y en las pruebas psicométricas únicamente se utilizó para los fines del estudio. Esto se dio a conocer a los participantes con el consentimiento informado que fue otorgado cuando fueron invitados a formar parte de la investigación. Las personas que no cumplieron los criterios de inclusión interrumpieron los seguimientos, o prefirieron un tratamiento de mayor intensidad, recibieron la invitación a contactarse con el Centro de Atención Primaria en Adicciones, CAPA Morelia: 443 314 0419 y a la Línea de la Vida: 01800 911 2000.

Resultados

En el Apéndice H se señalan los acontecimientos en la vida de los participantes que pudieron influir clínicamente en los resultados.

En la tabla 9 se presentan los resultados derivados de los distintos análisis. En la primera columna se muestran los datos del promedio de consumo de cigarros de la línea base, mientras que en la segunda columna se indica el promedio del consumo durante los dos meses posteriores a la intervención. En la tercera columna se muestra la diferencia entre el promedio de consumo semanal de cigarros de la línea base y seguimiento. En la cuarta columna se describen los resultados obtenidos en el porcentaje de cambio. En la sexta columna se muestra la interpretación del porcentaje de cambio, señalando si el resultado observado fue o no significativo. En la séptima columna se indica el porcentaje NAP. Y en la octava columna se indica la interpretación del porcentaje NAP, donde se puede observar tamaños de efecto. Se puede observar que ocho de los diez participantes obtuvieron un porcentaje de cambio significativo. En seis de los pacientes se encontró un tamaño de efecto grande y en cuatro un efecto mediano.

Tabla 9

Diferencia, porcentaje de cambio y NAP

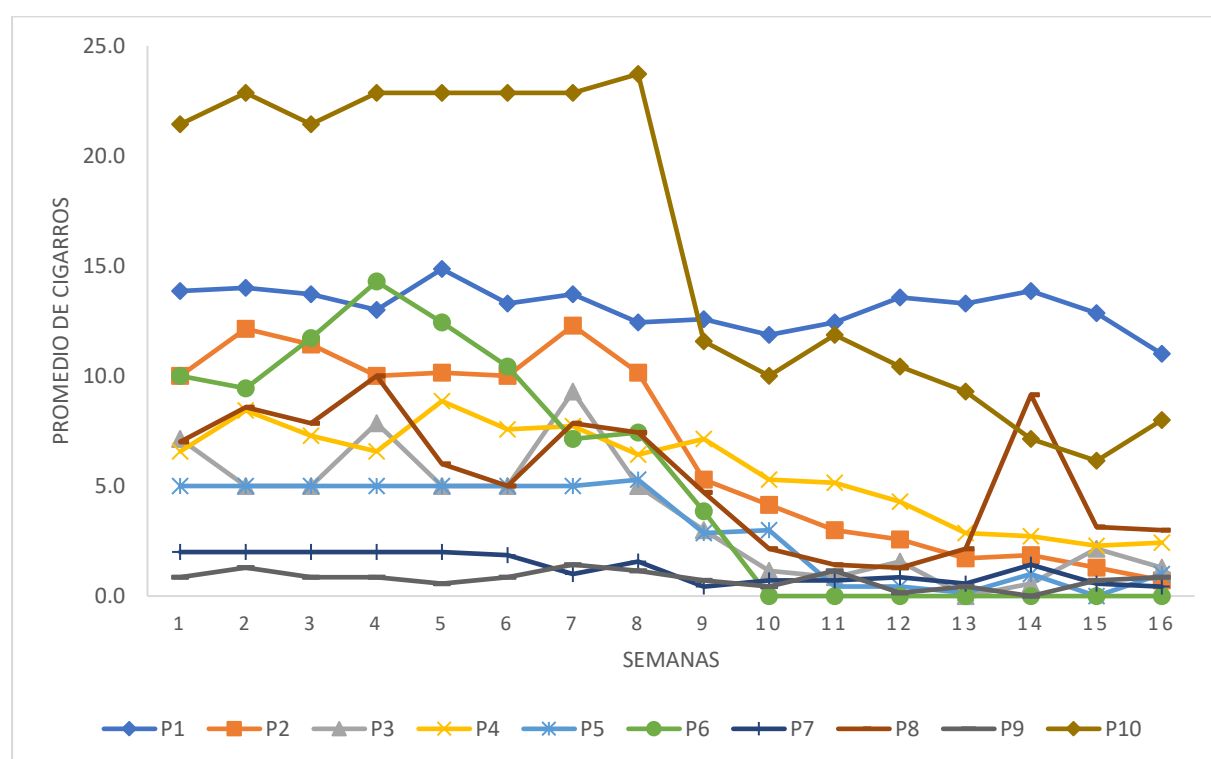
Pacientes	Promedio LB	Promedio seguimiento	Diferenci a	% de cambio	%>50= S	% NAP	Efecto
P1	13.6	12.7	0.9	7%	N/S	78.9 %	M
P2	10.8	2.6	8.2	76%	S	100%	G
P3	6.2	1.3	4.9	79%	S	100%	G
P4	7.4	5.5	2.1	53%	S	82%	M
P5	5.0	1.1	3.9	78%	S	100%	G
P6	10.4	0.5	9.9	95%	S	100%	G
P7	1.8	0.7	1.1	60%	S	97%	G
P8	7.5	3.4	4.1	55%	S	78%	M
P9	1.0	0.6	0.4	44%	N/S	69%	M
P10	22.6	9.6	13.0	57%	S	100%	G

Nota: No significativo N/S, Significativo S, Efecto grande G, Efecto mediano M

A continuación, se muestra la figura 4 con el consumo de todos los participantes. En el eje x, los datos de la línea base son los que abarcan de la semana uno a la semana ocho, y a partir de la semana nueve se muestran los datos del consumo de tabaco que se recolectaron durante los dos meses de seguimiento. Los promedios semanales fueron registrados en la gráfica de forma continua durante el periodo de observación.

Figura 4

Gráfica de Línea Base y Seguimiento



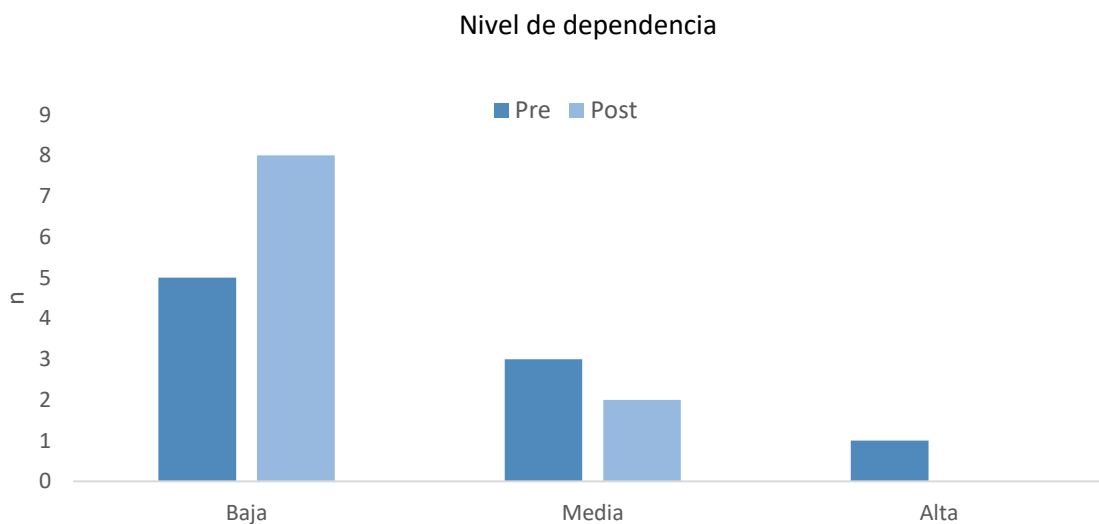
Nivel de Dependencia

Para determinar los niveles de dependencia (baja, media, alta) a la nicotina en el pre-test y post-test, con una sola medición a los dos meses, se utilizó el FTDN. En la figura 5 se muestra el número de personas en cada nivel de dependencia en el pre-test y post-test. Solo una persona obtuvo un nivel de dependencia alto y pasó a nivel de dependencia medio en el seguimiento (P10). Había tres personas con nivel de dependencia medio (P1, P2, P6) y dos de ellas pasaron a nivel de dependencia bajo (P2 y P6). Las seis personas que obtuvieron nivel de dependencia bajo se mantuvieron igual en el seguimiento (P3, P4, P5, P7, P8, P9).

Los resultados obtenidos en los niveles de dependencia pre-test y post-test con solo una medición a los dos meses con el FTDN, se analizaron con la prueba Wilcoxon y los resultados arrojaron que existen diferencias estadísticamente significativas ($Z=1.732$, $p=0.041$, $N=10$).

Figura 5

Nivel de dependencia a la nicotina pre- test y post-test

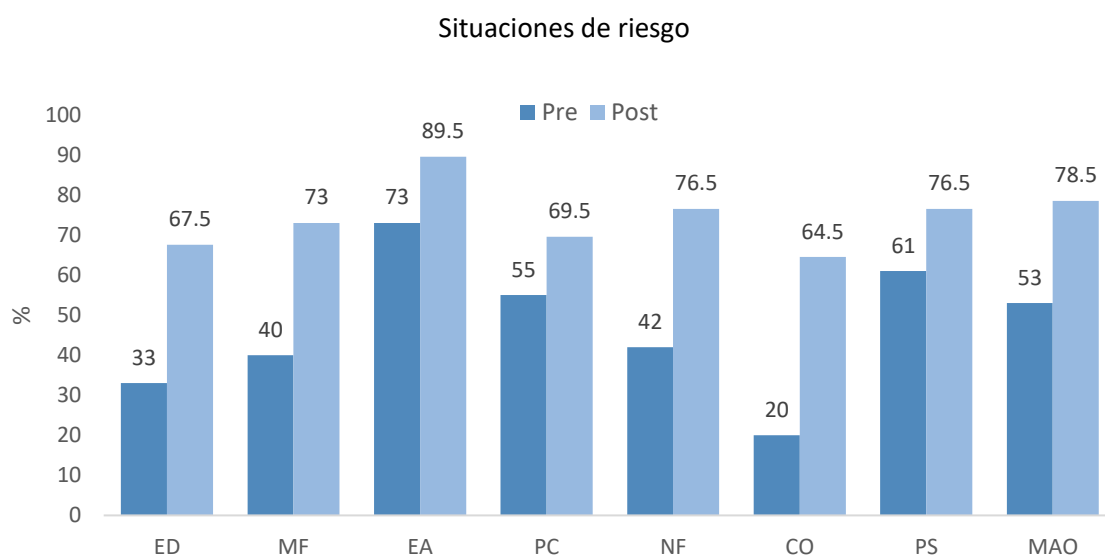


Nivel de Autoeficacia

Para establecer el nivel de autoeficacia para resistirse a fumar se utilizó el CBCS, este instrumento marca ocho situaciones de riesgo. En la figura 6 se presenta el promedio de los puntajes obtenidos en cada una de las situaciones durante el pret-test, el post-test con una sola medición a los dos meses de seguimiento.

Figura 6

Porcentaje de autoeficacia promedio para resistirse a fumar pre- test y post-test



Nota: ED-emociones desagradables, MF-malestar físico, EA-emociones agradables, PC-probando mi control, NF-necesidad física, CO-conflicto con otros, PS-presión social, MAO-momentos agradables con otros.

Cada una de las subescalas del CBCS se analizó con la prueba Wilcoxon y se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el aumento de la autoeficacia en las ocho situaciones entre el pre-test y el post-test, y se muestran los resultados en la tabla 10.

Tabla 10

Resultados de subescalas.

Subescala	Resultado
Emociones desagradables	Z=2.673, p=0.004
Malestar físico	Z=2.668, p=0.004
Emociones agradables	Z=2.536, p=0.005
Probando mi control	Z=1.661, p=0.048
Necesidad física	Z=2.670, p=0.004
Conflicto con otros	Z=2.667, p=0.003
Presión social	Z=1.745, p=0.04
Momentos agradables con otros	Z=2.253, p=0.012
N=10	

Discusión

El objetivo de este estudio fue diseñar y evaluar una intervención en CB nombrada C-CUT en un formato en línea. Se evaluó la efectividad de la intervención al comparar las diferencias en el patrón de consumo de tabaco de los participantes entre la línea base y seguimiento cuando se aplica la intervención de C-CUT. Así como comparar el nivel de dependencia a la nicotina y autoeficacia antes y después de la intervención, con el único seguimiento a dos meses. De forma general, los hallazgos de este estudio indican que realizar una intervención breve en línea puede ser de utilidad para la disminución progresiva de consumo de tabaco en adultos que buscan atención y no están dispuestos a realizar una cesación abrupta.

Antes de la intervención, el promedio de consumo de los participantes en la línea base era de 8.6 cigarros diarios. Al finalizar el seguimiento se observó que el promedio de consumo disminuyó a 3.8 cigarros diarios. De los diez participantes, ocho obtuvieron un porcentaje de cambio significativo respecto a su línea base. En cuanto al tamaño del efecto, seis participantes mostraron un efecto grande, mientras que cuatro evidenciaron un efecto mediano. Además, una persona logró dejar de fumar completamente en la segunda semana de seguimiento. Se han encontrado resultados similares en intervenciones orientadas a la reducción del consumo (Bhattacharya et al., 2022; Cook et al., 2016). Otros estudios han encontrado que, si bien las intervenciones breves no son suficientemente efectivas para aumentar la cesación, si han logrado una reducción significativa en el consumo de cigarro (Dai et al., 2022; Li et al., 2018; Mutter et al., 2020), lo cual coincide con los resultados de esta investigación.

En cuanto al nivel de dependencia entre el inicio y el final de la intervención, se encontraron diferencias estadísticamente significativas. De manera similar, se ha encontrado que los pacientes con mejores resultados en su proceso para dejar de fumar tienen menores puntuaciones en los niveles de dependencia (Mutter et al., 2020; Piñeiro et al., 2014; Webb Hooper et al., 2018).

De igual manera, para el nivel de autoeficacia se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el aumento de la autoeficacia en las ocho situaciones evaluadas entre el pre-test y el post-test. Otras intervenciones han

mostrado aumentos en los niveles de autoeficacia (Lepore et al., 2019; Nguyen et al., 2020).

Entre las estrategias motivacionales que se usaron en la intervención C-CUT, están la EM, balance decisional, evaluación de la disposición al cambio, entrenamiento breve de estrategias conductuales. Estas estrategias resultaron efectivas, como también se ha observado en otras investigaciones (Bhattacharya et al., 2022; Cook et al., 2016; Krigel et al., 2017; Lim et al., 2018; Sorsdahl et al., 2015). En estudios futuros se sugiere que se realice un análisis para identificar las estrategias específicas que resultaron ser más efectivas.

Las estrategias cognitivo-conductuales utilizadas incluyeron el establecimiento de metas, psicoeducación, plan para modificar su consumo de tabaco, solución de problemas, entrenamiento de técnica respiración diafragmática y entrenamiento en el empleo del autorregistro. Estas estrategias coinciden con las que se han reportado efectivas en diversas intervenciones (Goyal et al., 2020; Martínez-Vispo et al., 2019; Rüther et al., 2018; Webb Hooper et al., 2018). Según los participantes, la intervención les ayudó principalmente a identificar sus disparadores, preparar distintas estrategias para dificultar el acceso al cigarro, y aumentar la disponibilidad de alternativas gratificantes ante las situaciones de consumo.

Una característica distintiva del C-CUT, fue que los participantes podían elegir la reducción del consumo o la cesación. Esta flexibilidad permitió observar las preferencias individuales en cuanto a los cambios que deseaban realizar. Si bien, la mejor opción para la salud es la abstinencia del tabaco, también la reducción disminuye los riesgos de cáncer y otros problemas médicos en comparación al consumo habitual (Yoo et al., 2022). Los pacientes pueden beneficiarse al incorporar un conjunto de habilidades conductuales, que les ayuden a aprender y modificar su consumo. De tal manera que la reducción puede ser un buen objetivo intermedio y asequible (Bhattacharya et al., 2022; Cook et al., 2016), mientras se observa la influencia de la reducción en los intentos para dejar de fumar (Hooten et al., 2019; Steinberg et al., 2020).

Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. El tamaño de la reducida de la muestra limita su potencia estadística. Así mismo, la falta de un grupo control o lista de espera impide realizar comparaciones con personas que no recibieron la intervención activa, y con ello evaluar si hay cambios en la solicitud de un tratamiento intensivo para dejar de fumar.

No obstante, un diseño de caso único con réplicas permite realizar observaciones del cambio en el patrón de consumo del paciente contemplado como su propio control experimental, lo que ampara que el cambio sea producto de la intervención (Sanz y García-Vera, 2015). Para obtener inferencias válidas y generalizables se requiere la observación varios casos con efectos satisfactorios en relación con el tratamiento (Roussos, 2007). Debido a esto, se sugiere aumentar el número de participantes en intervenciones similares.

Otra limitación es que todas las intervenciones realizadas fueron hechas por un solo terapeuta. Para apoyar a la generalización de los resultados se recomienda la inclusión de diferentes terapeutas en estudios posteriores, con la finalidad de que el estilo del terapeuta no se convierta en una variable que afecte los resultados (Klemperer et al., 2017).

Se realizaron cuatro contactos posteriores a la intervención para solicitar los autorregistros, por lo que es probable que exista un efecto en los participantes al reforzar el monitoreo de su propio comportamiento. Así como potenciar la alianza terapéutica, con lo cual el seguimiento puede tener un efecto de reactividad. Debido a ello, se recomienda realizar al menos un seguimiento adicional a los seis meses de la intervención para poder observar si estos cambios persisten y si se hace más probable que los pacientes que reciben la intervención incrementen los intentos para dejar de fumar.

Se ha encontrado que debido a efectos de abstinencia se alteran funciones ejecutivas que promueven la recaída al consumo de tabaco (Aguirre et al., 2015; McClernon et al., 2016). En este sentido, en el proceso para dejar de fumar está la participación del refuerzo negativo en la expectativa de que consumir tabaco puede atenuar experiencias aversivas internas, mediado por la evitación experiencial (Beadman et al., 2015; Farris et al., 2015). Por tal motivo para futuras investigaciones

se recomienda considerar indicadores de los síntomas de abstinencia, el craving y la evitación experiencial.

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio indican que el formato de esta intervención en línea puede ser de utilidad para reducir el consumo de tabaco para personas que no están dispuestas a involucrarse con un tratamiento de mayor intensidad. La flexibilidad y facilidad para el contacto en línea fue un aspecto que los participantes consideraron de ayuda, debido a que no estaban dispuestos a asistir de manera presencial por distintos motivos. Aludieron a la falta de tiempo, dificultad para transportarse o que preferían un contacto a distancia, elementos que coinciden con otras investigaciones (Sora et al., 2022; Watson et al., 2023). La atención en línea que se utilizó fue bien recibida por los participantes, si bien esto puede coincidir con las características de la recolección de la muestra, ya que fue una convocatoria abierta y se atendió a las personas que pidieron participar. En este sentido, sería de utilidad expandir las características de la muestra a pacientes fumadores que soliciten atención médica o psicológica para problemas no relacionados con el consumo de tabaco.

Por otra parte, plantear metas de reducción fue señalado como algo que les ayudó a incrementar su autoeficacia. Y tener una guía, aunque breve, fue aludida como positiva en el sentido de que se sintieron acompañados y pudieron expresar sus dificultades para la modificación de su consumo. Asimismo, comentaron que fue de ayuda la psicoeducación referente al uso de tabaco, porque les permitió tener más claras las consecuencias de seguir fumando.

Se recomienda la elaboración de estudios cualitativos para conocer la opinión de los participantes respecto de su experiencia y satisfacción con el servicio de atención en línea frente a la misma intervención en formato presencial.

En lo que refiere al efecto de la intervención en la abstinencia, se observó que solo la paciente seis logró dejar de consumir al final del seguimiento, y fue la persona más joven que participó en la investigación, contando con 21 años. Se ha observado que intervenciones psicoterapéuticas pueden tener mejores resultados en jóvenes adultos comparados con adultos de edad media (Cuijpers et al, 2020). También se ha encontrado que las personas que han tenido más experiencia con el uso de internet,

así como las personas que han acudido a terapia anteriormente, pueden tener actitudes favorables ante intervenciones en línea (Knechtel y Erickson, 2021). De tal manera, otras investigaciones pueden enfocarse en adultos jóvenes con experiencias previas con uso de videoconferencias.

Referencias

- Abengózar, R., Camarelles, F., y Díaz-Maroto, L. (2006). *Guía de Buena Práctica Clínica en Abordaje del Tabaquismo*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://files.sld.cu/antitabaquica/files/2012/12/gbpc-abordaje-tabaquismo.pdf>
- Abrams, D. B., Niaura, R., Brown, R. A., Emmons, K. M., Goldstein, M. G. y Monti, P. M. (2008). *Tobacco Dependence Treatment Handbook*. Guilford Press.
- Abrams, D. B., Niaura, R., Brown, R. A., Emmons, K. M., Goldstein, M. G., y Monti, P. M. (2003). *The tobacco dependence treatment handbook: A guide to best practices*. Guilford Press.
- Aguilar, N., y Hernández, E. (2019). World Health Organization Strategies to Reduce Smoking. *Mexican Journal of Medical Research ICSA*. 7(13), 7-11. <https://doi.org/10.29057/mjmr7i13.3795>
- Aguilera, K., y Quintero, M. (2015). Efectos neurobioquímicos de la nicotina en el cerebro humano. *Revista 16 de Abril*, 54(260), 31-40. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2015/abr15260d.pdf>
- Aguirre, C. G., Madrid, J., y Leventhal, A. M. (2015). Tobacco withdrawal symptoms mediate motivation to reinstate smoking during abstinence. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(3), 623–634. <https://doi.org/10.1037/abn0000060>
- Ali, A., Kaplan, C. M., Derefinko, K. J., y Klesges, R. C. (2018). Smoking Cessation for Smokers Not Ready to Quit: Meta-analysis and Cost-effectiveness Analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(2), 253–262. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.021>
- Almaraz, D. A., y Alonso, M. (2018). Consejo Breve y Atención Plena para dejar de fumar: un estudio de caso. *Health and Addictions/Salud Y Drogas*, 18(2), 91–100. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.376>
- Amnie, A. (2018). An Investigation of Predictors of Self-efficacy to Cope with Stress and Implications for Health Education Practice. *American Journal of Health Education*, 19(3), 155-165. <https://doi.org/10.1080/19325037.2018.1431165>

- Asfar, T., Ebbert, J. O., Klesges, R. C., y Relyea, G. E. (2011). Do smoking reduction interventions promote cessation in smokers not ready to quit? *Addictive behaviors*, 36(7), 764–768. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.02.003>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (2012). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management*, 38(1), 9-44. <https://doi.org/10.1177/0149206311410606>
- Barraca, J. (2014). *Técnicas de modificación de conducta: una guía para su puesta en práctica*. Síntesis.
- Barrera-Núñez, D. A., Rengifo-Reina, H. A., López-Olmedo, N., Barrientos-Gutiérrez, T., y Reynales-Shigematsu, L. M. (2022). Cambios en los patrones de consumo de alcohol y tabaco antes y durante la pandemia de Covid-19. Ensanut 2018 y 2020. *Salud Pública de México*, 64(2), 137–147. <https://doi.org/10.21149/12846>
- Beadman, M., Das, R. K., Freeman, T. P., Scragg, P., West, R., y Kamboj, S. K. (2015). A comparison of emotion regulation strategies in response to craving cognitions: Effects on smoking behaviour, craving and affect in dependent smokers. *Behaviour Research and Therapy*, 69, 29–39. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.013>
- Beck, A. T., y Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1–24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Beck, A. T., Wrigth, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Paidós
- Becoña, E. (2004). Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones*, 16(2) 237-263. <https://www.uv.es/=cholz/asignaturas/adicciones/Tabaco2004.pdf>

- Becoña, E. (2010). *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos*. Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense. Madrid.
- Becoña, E., & Vázquez, F. L. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological reports*, 83(2), 1455–1458. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.83.3f.1455>
- Belard, S. (2017). Ubicación, rutas de comercio y prácticas rituales del tabaco en el noreste precolombino de México. Una primera aproximación. *Anuario Humanitas*, 43, 77-98. <http://www.humanitas.uanl.mx/index.php/ah/article/view/68>
- Bellou, V., Belbasis, L., y Evangelou, E. (2021). Tobacco Smoking and Risk for Pulmonary Fibrosis: A Prospective Cohort Study From the UK Biobank. *Chest*, 160(3), 983–993. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.04.035>
- Bennett, C. B., Ruggero, C. J., Sever, A. C., y Yanouri, L. (2020). eHealth to redress psychotherapy access barriers both new and old: A review of reviews and meta-analyses. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 188–207. <https://doi.org/10.1037/int0000217>
- Benowitz N. L. (2010). Nicotine addiction. *The New England Journal of Medicine*, 362(24), 2295–2303. <https://doi.org/10.1056/NEJMr0809890>
- Bhattacharya, M., Ojo-Fati, O., Everson-Rose, S. A., Thomas, J. L., Miller, J. M., Ogedegbe, G., Jean-Louis, G., Joseph, A. M., y Okuyemi, K. S. (2022). Smoking reduction among homeless smokers in a randomized controlled trial targeting cessation. *Addictive Behaviors*, 133, 107373. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107373>
- Buljubasicha, D., y Lühningb, S. (2016). Apoyo psicológico durante la deshabituación tabáquica de los pacientes con EPOC. *Monografías de Archivos de Bronconeumología*, 3(8), 228-232. https://www.researchgate.net/profile/Daniel-Buljubasich/publication/318848963_Organo_Oficial_de_la_Sociedad_Espanola_de_Neumologia_y_Cirugia_Toracica_SEPAR_de_Archivos_de_Bronconeumologia

[umologia Apoyo psicologico durante la deshabitacion tabaquica de los pacientes con EPOC INTRODUCC/links/602d1eed299bf1cc26d0d7c8/Organo-Oficial-de-la-Sociedad-Espanola-de-Neumologia-y-Cirugia-Toracica-SEPAR-de-Archivos-de-Bronconeumologia-Apoyo-psicologico-durante-la-deshabitacion-tabaquica-de-los-pacientes-con-EPOC-INTRODUCC.pdf](https://www.introduccion.com/links/602d1eed299bf1cc26d0d7c8/Organo-Oficial-de-la-Sociedad-Espanola-de-Neumologia-y-Cirugia-Toracica-SEPAR-de-Archivos-de-Bronconeumologia-Apoyo-psicologico-durante-la-deshabitacion-tabaquica-de-los-pacientes-con-EPOC-INTRODUCC.pdf)

Bulkes, N. Z., Davis, K., Kay, B., y Riemann, B. C. (2022). Comparing efficacy of telehealth to in-person mental health care in intensive-treatment-seeking adults. *Journal of psychiatric research*, 145, 347–352. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.11.003>

Bundhun, P. K., Janoo, G., Bhurtu, A., Teeluck, A. R., Soogund, M. Z. S., Pursun, M., y Huang, F. (2019). Tobacco smoking and semen quality in infertile males: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 19(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6319-3>

Bush, T., Lovejoy, J. C., Deprey, M., y Carpenter, K. M. (2016). The effect of tobacco cessation on weight gain, obesity, and diabetes risk. *Obesity*, 24(9), 1834–1841. <https://doi.org/10.1002/oby.21582>

Calleja, N. (2012). Medidas para el control del tabaco en México y en el mundo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(1), 83-89. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29223246006.pdf>

Carmona-Mesa, J., González-Gómez, D., y Villa-Ochoa, J. (2020). Autoeficacia de profesores en formación inicial en el uso de tecnología para enseñar matemáticas. *Bolema*, 34(67), 583-603. <https://doi.org/10.1590/1980-4415v34n67a12>

Castellanos, M., Cueto, M., Marisel, M., Méndez, C., Méndez, L. y Castillo, C. (2016). Efectos fisiopatológicos del tabaquismo como factor de riesgo en la enfermedad periodontal. *Revista Finaly*, 6(2), 134-149. <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v6n2/rf06206.pdf>

Chérueil, F., Jarlier, M., y Sancho-Garnier, H. (2017). Effect of cigarette smoke on gustatory sensitivity, evaluation of the deficit and of the recovery time-course

- after smoking cessation. *Tobacco Induced Diseases*, 15, 15.
<https://doi.org/10.1186/s12971-017-0120-4>
- Cicero, R., Staines, L., y Cicero, P. (2003). El consumo de tabaco. Desde los mayas al siglo XXI. Algunos puntos de vista. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 16(2), 103-107.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2003/in032h.pdf>
- Cook, J. W., Collins, L. M., Fiore, M. C., Smith, S. S., Fraser, D., Bolt, D. M., Baker, T. B., Piper, M. E., Schlam, T. R., Jorenby, D., Loh, W. Y., y Mermelstein, R. (2016). Comparative effectiveness of motivation phase intervention components for use with smokers unwilling to quit: a factorial screening experiment. *Addiction*, 111(1), 117–128. <https://doi.org/10.1111/add.13161>
- Corvalán, M. (2017). El tabaquismo: una adicción. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33(3), 186-189. doi.org/10.4067/s0717-73482017000300186
- Cox, C. M., Westrick, J. C., McCarthy, D. E., Carpenter, M. J., y Mathew, A. R. (2022). Practice Quit Attempts: Scoping Review of a Novel Intervention Strategy. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 83(1), 115–125.
<https://doi.org/10.15288/jsad.2022.83.115>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S., y Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0164>
- Dai, S., Chan, M. H. M., Kam, R. K. T., Li, A. M., Au, C. T., y Chan, K. C. (2022). Monthly Motivational Interview Counseling and Nicotine Replacement Therapy for Smoking Parents of Pediatric Patients: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Pediatrics*, 10, 798351.
<https://doi.org/10.3389/fped.2022.798351>
- Davis, R., Campbell, R., Hildon, Z., Hobbs, L., y Michie, S. (2015). Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences:

- a scoping review. *Health Psychology Review*, 9(3), 323–344.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2014.941722>
- Del Rio, K. P., y de Ávila, A. C. (2021). The Transtheoretical Model of Behavior Change: Prochaska and DiClemente's Model en A. L. Andrade, D. De Micheli, E. A. Silva, F. M. Lopes, B. de O. Pinheiro, y R. A. Reichert, (Ed.), *Psychology of Substance Abuse*. (205-2016) Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-62106-3_14
- Derefinko, K. J., Bursac, Z., Hand, S. B., Ebbert, J. O., Womack, C., y Klesges, R. C. (2022). Planning a Change Easily (PACE) for smokers who are not ready to quit: a telephone-based, randomized controlled trial. *Addiction*, 117(6), 1748–1757. <https://doi.org/10.1111/add.15796>
- Díaz, M., Ruiz, M., y Villalobos, A. (2017). *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Dolev-Amit, T., Leibovich, L., y Zilcha-Mano, S. (2021). Repairing alliance ruptures using supportive techniques in telepsychotherapy during the COVID-19 pandemic. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 485–498. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1777089>
- Doll, R., y Hill, A. B. (1954). The mortality of doctors in relation to their smoking habits; a preliminary report. *British Medical Journal*, 1(4877), 1451–1455. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4877.1451>
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., y Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 328(7455), 1519. <https://doi.org/10.1136/bmj.38142.554479.AE>
- Domjan, M. (2010). *Principios de Aprendizaje y Conducta*. Cengage Learning.
- Elshatarat, R. A., Yacoub, M. I., Khraim, F. M., Saleh, Z. T., y Afaneh, T. R. (2016). Self-efficacy in treating tobacco use: A review article. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 25(4):243-248. doi:10.1177/2010105816667137
- Erol, S., Balci, A., y Sisman, F. (2018). Effect of Transtheoretical Model Based Smoking Cessation Program on High School Students. *Journal of Nutrition and*

Health Sciences, 5(3), 1-6. https://www.researchgate.net/profile/Ayse-Sezer-2/publication/329144631_Effect_of_Transtheoretical_Model_Based_Smoking_Cessation_Program_on_High_School_Student/links/5bf7dc36458515a69e360ef1/Effect-of-Transtheoretical-Model-Based-Smoking-Cessation-Program-on-High-School-Student.pdf

Farris, S. G., Zvolensky, M. J., y Schmidt, N. B. (2015). Smoking-specific experiential avoidance cognition: explanatory relevance to pre- and post-cessation nicotine withdrawal, craving, and negative affect. *Addictive Behaviors*, 44, 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.07.026>

Ferrari, H. (2017). Autoeficacia en el trabajo: revisión bibliométrica entre 2004 y 2014 en la base de datos EBSCO. *Psicología Desde el Caribe*, 34(3), 204-218. <https://doi.org/10.14482/psdc.33.2.72788>

Fiore, M., Jaen, C., Baker, T., Bailey, W., y Benowitz, N. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Rockville, MD.: U.S. Department of Health and Human Services. <http://www.tobaccoprogram.org/clientuploads/documents/Consumer%20Materials/Clinicians%20Systems%20Mat/2008-Guidelines.pdf>

Ford, P. J., y Rich, A. M. (2021). Tobacco Use and Oral Health. *Addiction*, 116(12), 3531–3540. <https://doi.org/10.1111/add.15513>

Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O'Carroll, R., Dombrowski, S., Williams, B., et al. (2018). Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS ONE*, 13(10), 1-39. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204890>

García-Gómez, L., Sansores, R. H., Noé Díaz, V., Urdapilleta-Herrera, E., González-Rojas, G., Pérez-Márquez, L. E., y Ramírez Venegas, A. (2015). Impacto del consejo breve para dejar de fumar. *Salud Pública de México*, 57(5), 366–367. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000500006&lng=es&esytng=es.

- Glennon, S. G., Huedo-Medina, T., Rawal, S., Hoffman, H. J., Litt, M. D., y Duffy, V. B. (2019). Chronic Cigarette Smoking Associates Directly and Indirectly with Self-Reported Olfactory Alterations: Analysis of the 2011-2014 National Health and Nutrition Examination Survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 21(6), 818–827. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx242>
- Gökbayrak, N., Paiva, A., Blissmer, B. y Prochaska, J. (2014). Predictors of relapse among smokers: Transtheoretical effort variables, demographics, and smoking severity. *Addictive Behaviors*, 42(1), 176-179. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.11.022>
- González, D., Barreto, P., y Salamanca, Y. (2017). Terapia Cognitiva, antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 99-107. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6642554>
- Goyal, J., Menon, I., Goyal, T., Passi, D., Gupta, U., y Gupta, R. (2020). Effectiveness of cognitive behavioral therapy and basic health education for tobacco cessation among adult tobacco users attending a private tobacco cessation center. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(2), 830–833. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_786_19
- Gutiérrez, A. (2011). Et tabaco de Santo Domingo y su exportación a Cádiz y Sevilla. *Real Academia Hispanoamericana de Ciencias, Artes y Letras*, 1(1), 1-13. <https://digital.csic.es/bitstream/10261/61449/1/EI%20tabaco%20de%20Santo%20Domingo.pdf>
- Gutiérrez, A., Hernández, Y., Falcón L., y Mendoza, D. (2019). Lo malo de la nicotina. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 6(11), 40-42. <https://doi.org/10.29057/estr.v6i11.3833>
- Heckman, C., Egleston, B., y Hofmann. (2014). Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control*, 19(1), 410-416. <https://doi.org/10.1136/tc.2009.033175>

- Hilal, Z., y Mortal, O. (2020). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Smoking Cessation: A Systematic Review. *Current Approaches in Psychiatry*, 12(1), 54-71. <https://doi.org/10.18863/pgy.534638>
- Hooten, W. M., LaRowe, L. R., Zale, E. L., Ditre, J. W., y Warner, D. O. (2019). Effects of a brief pain and smoking cessation intervention in adults with chronic pain: A randomized controlled trial. *Addictive Behaviors*, 92, 173–179. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.040>
- Hugley, M. J., Wolford-Clevenger, C., Sisson, M. L., Nguyen, A. T., y Cropsey, K. L. (2019). Self-initiated gradual smoking reduction among community correction smokers. *Addictive Behaviors*, 93, 100–103. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.028>
- Hyland, A., Piazza, K. M., Hovey, K. M., Ockene, J. K., Andrews, C. A., Rivard, C., y Wactawski-Wende, J. (2015). Associations of lifetime active and passive smoking with spontaneous abortion, stillbirth and tubal ectopic pregnancy: a cross-sectional analysis of historical data from the Women's Health Initiative. *Tobacco Control*, 24(4), 328–335. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2013-051458>
- Irvine, A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C. J., Barkham, M., McMillan, D., y Bee, P. (2020). Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, 265, 120–131. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.057>
- Jeihooni, A., Gholampour, Y., y Shokrpour, N. (2019). Application of trans-theoretical model for smoking cessation in sample of Iranian men. *Journal of Substance Use*, 24(4), 414-419. <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1588402>
- Jethwa, A. R., y Khariwala, S. S. (2017). Tobacco-related carcinogenesis in head and neck cancer. *Cancer Metastasis Reviews*, 36(3), 411–423. <https://doi.org/10.1007/s10555-017-9689-6>

- Jiang, X., Wu, J., Wang, J., y Huang, R. (2019). Tobacco and oral squamous cell carcinoma: A review of carcinogenic pathways. *Tobacco Induced Diseases*, 17, 29. <https://doi.org/10.18332/tid/105844>
- Joseph, R. M., Movahedi, M., Dixon, W. G., y Symmons, D. P. (2017). Risks of smoking and benefits of smoking cessation on hospitalizations for cardiovascular events and respiratory infection in patients with rheumatoid arthritis: a retrospective cohort study using the Clinical Practice Research Datalink. *RMD Open*, 3(2), e000506. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2017-000506>
- Kim, Y., Kang, S., y Vongjaturapat, N. (2023). Application of transtheoretical model to explain adolescents' smoking behavior. *Journal of Substance Use*, 28(2), 200-205. <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.2019328>
- Klemperer, E. M., Hughes, J. R., y Naud, S. (2019). Reduction in Cigarettes per Day Prospectively Predicts Making a Quit Attempt: A Fine-Grained Secondary Analysis of a Natural History Study. *Nicotine & Tobacco Research*, 21(5), 648–654. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty056>
- Klemperer, E. M., Hughes, J. R., Callas, P. W., y Solomon, L. J. (2017). Working alliance and empathy as mediators of brief telephone counseling for cigarette smokers who are not ready to quit. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 31(1), 130–135. <https://doi.org/10.1037/adb0000243>
- Klemperer, E. M., Mermelstein, R., Baker, T. B., Hughes, J. R., Fiore, M. C., Piper, M. E., Schlam, T. R., Jorenby, D. E., Collins, L. M., y Cook, J. W. (2020). Predictors of Smoking Cessation Attempts and Success Following Motivation-Phase Interventions Among People Initially Unwilling to Quit Smoking. *Nicotine & Tobacco Research*, 22(9), 1446–1452. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa051>
- Knechtel, L. M., y Erickson, C. A. (2021). Who's logging on? Differing attitudes about online therapy. *Journal of Technology in Human Services*, 39(1), 24–42. <https://doi.org/10.1080/15228835.2020.1833810>

- Knott, V., Habota, T., y Mallan, K. (2020). Attitudes of Australian psychologists towards the delivery of therapy via video conferencing technology. *Australian Psychologist*, 55(6), 606–617. <https://doi.org/10.1111/ap.12464>
- Krigel, S. W., Grobe, J. E., Goggin, K., Harris, K. J., Moreno, J. L., y Catley, D. (2017). Motivational interviewing and the decisional balance procedure for cessation induction in smokers not intending to quit. *Addictive Behaviors*, 64, 171–178. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.08.036>
- Kumar, R., Sahu, M., y Rodney, T. (2021). Efficacy of Motivational Interviewing and Brief interventions on tobacco use among healthy adults: A systematic review of randomized controlled trials. *Investigación y Educación en Enfermería* 40(3). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n3e03>.
- Kuri-Morales, P., González-Roldán, J., Hoy, M., y Cortés-Ramírez, M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Publica de México*, 48(1), 91-98. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48s1/a11v48s1.pdf>
- Lancaster, T., y Stead, L. F. (2017). Individual behavioral counseling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD001292. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001292.pub3>
- Langer, M. (2018). Divina fumus. Historias, anécdotas y curiosidades sobre la iglesia y el tabaco. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 18(2), 132-139. http://www.ramr.org/articulos/volumen_18_numero_2/medicina_respiratoria_historia/medicina_respiratoria_historia_divina_fumus_.historias,_anecdotas_y_curiosidades_sobre_la_iglesia_y_el_tabaco.php
- Lepore, S. J., Collins, B. N., y Sosnowski, D. W. (2019). Self-efficacy as a pathway to long-term smoking cessation among low-income parents in the multilevel Kids Safe and Smokefree intervention. *Drug and Alcohol Dependence*, 204, 107496. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.05.027>
- Li, W. H. C., Wang, M. P., Ho, K. Y., Lam, K. K. W., Cheung, D. Y. T., Cheung, Y. T. Y., Lam, T. H., y Chan, S. S. C. (2018). Helping cancer patients quit smoking using brief advice based on risk communication: A randomized controlled

trial. *Scientific Reports*, 8(1), 2712. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21207-1>

Lim, A. C., Courtney, K. E., Moallem, N. R., Allen, V. C., Jr, Leventhal, A. M., y Ray, L. A. (2018). A Brief Smoking Cessation Intervention for Heavy Drinking Smokers: Treatment Feasibility and Acceptability. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 362. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00362>

Lin, L., Casteel, D., Shigekawa, E., Soulsby M., Roby, D., y McMenamin, S. (2019). Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 101(1), 38-49. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.03.007>

Lindson, N., Klemperer, E., Hong, B., Ordóñez-Mena, J. M., y Aveyard, P. (2019a). Smoking reduction interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CD013183. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013183.pub2>

Lindson, N., Michie, S., y Aveyard, P. (2020). Exploratory Analyses of the Popularity and Efficacy of Four Behavioral Methods of Gradual Smoking Cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, 22(12), 2257–2261. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa123>

Lindson, N., Thompson, T. P., Ferrey, A., Lambert, J. D., y Aveyard, P. (2019b). Motivational interviewing for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD006936. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006936.pub4>

Lindson-Hawley, N., Banting, M., West, R., Michie, S., Shinkins, B., y Aveyard, P. (2016). Gradual Versus Abrupt Smoking Cessation: A Randomized, Controlled Noninferiority Trial. *Annals of Internal Medicine*, 164(9), 585–592. <https://doi.org/10.7326/M14-2805>

Lindson-Hawley, N., Thompson, T., y Begh, R. (2015). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(1), 1-76. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006936.pub3>

- Lira Mandujano, J., Cruz Morales, S.E. y Ayala Velázquez., H.E. (2012). *Manual del terapeuta para la aplicación de la intervención breve para fumadores*. México: Secretaría de Salud-CENADIC.
- Lira-Mandujano, J. y Cruz-Morales, S. E. (2012). Motivational Intervention and Nicotine Replacement Therapies for Smoker: Results of a Randomized Clinical Trial. En M. Ghanei (Ed.), *Respiratory Diseases* (99-128). InTech.
- López, C., Bruzzone, C., Krebs, M., y Castro, X. (2013). La intervención motivacional y sus efectos sobre la entrada a tratamiento de adicción. *Revista de Psicología*, 22 (1), 37-47. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2013.27717>
- Lorenzo-Luaces, L., Keefe, J. R., y DeRubeis, R. J. (2016). Cognitive-Behavioral Therapy: Nature and Relation to Non-Cognitive Behavioral Therapy. *Behavior Therapy*, 47(6), 785–803. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.012>
- Mackinlay, H. (2011). La agroindustria del tabaco en México y la formación de la empresa paraestatal Tabamex: 1920-1972. *POLIS*, 7(2), 213-262. <http://www.scielo.org.mx/pdf/polis/v7n2/v7n2a8.pdf>
- MacLean, R. R., DeVito, E. E., Eid, T., Parida, S., Gueorguieva, R., y Sofuoglu, M. (2021). Threshold dose for intravenous nicotine self-administration in young adult non-dependent smokers. *Psychopharmacology*, 238(8), 2083–2090. <https://doi.org/10.1007/s00213-021-05833-8>
- Madson, M. B., Schumacher, J. A., Baer, J. S., y Martino, S. (2016). Motivational Interviewing for Substance Use: Mapping Out the Next Generation of Research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 65, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.02.003>
- Martin, J. N., Millán, F., y Campbell, L. F. (2020). Telepsychology practice: Primer and first steps. *Practice Innovations*, 5, 114–127. <http://dx.doi.org/10.1037/pri0000111>
- Martínez-Vispo, C., Rodríguez-Cano, R., López-Durán, A., Senra, C., Fernández Del Río, E., y Becoña, E. (2019). Cognitive-behavioral treatment with behavioral activation for smoking cessation: Randomized controlled trial. *PloS One*, 14(4), e0214252. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214252>

- McClellan, M. J., Osbaldiston, R., Wu, R., Yeager, R., Monroe, A. D., McQueen, T., y Dunlap, M. H. (2022). The effectiveness of telepsychology with veterans: A meta-analysis of services delivered by videoconference and phone. *Psychological services*, 19(2), 294–304. <https://doi.org/10.1037/ser0000522>
- McClernon, F. J., Froeliger, B., Rose, J. E., Kozink, R. V., Addicott, M. A., Sweitzer, M. M., Westman, E. C., y Van Wert, D. M. (2016). The effects of nicotine and non-nicotine smoking factors on working memory and associated brain function. *Addiction Biology*, 21(4), 954–961. <https://doi.org/10.1111/adb.12253>
- McCord, C., Bernhard, P., Walsh, M., Rosner, C., y Console, K. (2020). A consolidated model for telepsychology practice. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1060–1082. <https://doi.org/10.1002/jclp.22954>
- McGee, J. S., Meraz, R., Myers, D. R., y Davie, M. R. (2020). Telehealth services for persons with chronic lower respiratory disease and their informal caregivers in the context of the COVID-19 pandemic. *Practice Innovations*, 5(2), 165–177. <https://doi.org/10.1037/pri0000122>
- Melamed, O., Hauck, T., Buckley, L., Selby, P., y Mulsant, B. (2020). COVID-19 and persons with substance use disorders: Inequities and mitigation strategies. *Substance Abuse*, 41(3), 286–291. <https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1784363>
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional*. Paidós.
- Miranda-Filho, A., Piñeros, M., y Bray, F. (2019). The descriptive epidemiology of lung cancer and tobacco control: a global overview 2018. *Salud Publica de México*, 61(03), 219–229. <https://doi.org/10.21149/10140>
- Mutter, E. R., Oettingen, G., y Gollwitzer, P. M. (2020). An online randomised controlled trial of mental contrasting with implementation intentions as a smoking behaviour change intervention. *Psychology & Health*, 35(3), 318–345. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1634200>

- Naar, S., y Safren, S. (2017). *Motivational Interviewing and CBT: Combining Strategies for Maximum Effectiveness*. Guilford Press.
<https://www.guilford.com/excerpts/naar2.pdf?t>
- Nguyen, N., Nguyen, T., Truong, V., Dang, K., Siman, N., y Shelley, D. (2020). Impact of a tobacco cessation intervention on adherence to tobacco use treatment guidelines among village health workers in Vietnam. *Global health promotion*, 27(3), 24–33. <https://doi.org/10.1177/1757975919854032>
- Noh-Moo, P., Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., López-Cisneros, M. A., y Castillo-Arcos, L. d. C. (2021). Autoestima, autoeficacia y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 21(1), 216-229. <https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.565>
- Núñez, M., Sebastián A., y Muñoz D. (2015). Principios de condicionamiento clásico de Pavlov en la estrategia creativa publicitaria. *Opción*, 31(2), 813-831.
<https://www.redalyc.org/pdf/310/31045568044.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Día Mundial Sin Tabaco, 2011*.
<https://www.who.int/tobacco/wntd/2011/announcement/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Día Mundial sin tabaco, 2017*.
<https://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2017/event/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Día Mundial sin tabaco, 2018*.
<https://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2018/event/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Día Mundial sin tabaco, 2019*.
<https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2019/05/31/default-calendar/world-no-tobacco-day>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Tabaco*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Estrategia y plan de acción para fortalecer el control del tabaco en la región de las Américas 2018-2022*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51575/OPSNMH19022_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Pascual, F., y Vincéns, S. (2004). Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco. *Adicciones. Monografía Tabaco*, 16(2), 13-24.
<https://www.uv.es/=cholz/asignaturas/adicciones/Tabaco2004.pdf>
- Pasitska, O. (2017). The tobacco monopoly: the world and domestic experience. *Eureka: Social and Humanities*, (1), 31-35.
<https://doi.org/10.21303/2504-5571.2017.00277>
- Payne, L., Flannery, H., Kambakara Gedara, C., Daniilidi, X., Hitchcock, M., Lambert, D., Taylor, C., y Christie, D. (2020). Business as usual? Psychological support at a distance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(3), 672–686.
<https://doi.org/10.1177/1359104520937378>
- Pérez, V., Gutiérrez, M., García, A., y Gómez, J. (2017). *Procesos Psicológicos Básicos*. UNED.
- Perkins, K., Kunkle, N., Michael, V., Karelitz, J., y Donny, E. (2016). Assessing Discrimination of Nicotine in Humans Via Cigarette Smoking. *Nicotine Tobacco Research*, 18(9), 1-8. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw082>
- Perrin, P. B., Rybarczyk, B. D., Pierce, B. S., Jones, H. A., Shaffer, C., y Islam, L. (2020). Rapid telepsychology deployment during the COVID-19 pandemic: A special issue commentary and lessons from primary care psychology training. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1173–1185.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22969>
- Piergiiovanni L., y Domingo P. (2018). Estudio descriptivo de la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios argentinos. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 23(77), 413-432.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v23n77/1405-6666-rmie-23-77-413.pdf>
- Pinto, A., Palmar, E., Sabbagh, E., Fernández, C., Undurraga Á., y Rodríguez, J. (2016). Enfermedades pulmonares difusas relacionadas al tabaco. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 32(1), 233-243.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v32n4/art04.pdf>

- Piñeiro, B., López-Durán, A., Fernández del Río, E., Martínez, Ú., Brandon, T. H., y Becoña, E. (2014). Craving and nicotine withdrawal in a Spanish smoking cessation sample. *Adicciones*, 26(3), 230–237. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289132251004.pdf>
- Prochaska, J. J., y Benowitz, N. L. (2019). Current advances in research in treatment and recovery: Nicotine Addiction. *Science Advances*, 5(10), eaay9763. <https://doi.org/10.1126/sciadv.aay9763>
- Prochaska, J., y Benowitz, N. (2016). The Past, Present, and Future of Nicotine Addiction Therapy. *Annual Review of Medicine*, 67(1), 467-486. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-111314-033712>
- Prochaska, J., Redding, C., y Evers, K. (2015). The transtheoretical model and stages of change. En K. Glanz, B. K. Rimer, y K. V. Viswanath (Eds.), *Health Behavior: Theory, Research, and Practice* (pp. 125–148). Wiley.
- Rafful, C., García-Rodríguez, O., Wang, S., Secades-Villa, R., Martínez-Ortega, J. M., y Blanco, C. (2013). Predictors of quit attempts and successful quit attempts in a nationally representative sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 38(4), 1920–1923. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.12.019>
- Reynales-Shigematsu, L. M., Zavala-Arciniega, L., Paz-Ballesteros, W. C., Gutiérrez-Torres, D. S., García-Buendía, J. C., Rodríguez-Andrade, M. A., ... Mendoza-Alvarado, L. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco*. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Rezakhani, L., Darbandi, M., Khorrami, Z., Rahmati, S., y Shadmani, F. K. (2023). Mortality and disability-adjusted life years for smoking-attributed cancers from 1990 to 2019 in the north Africa and middle east countries: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *BMC Cancer*, 23(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12885-023-10563-5>

- Rodríguez-Bolaños, R., Reynales-Shigematsu, L., Ibañez-Hernández, N., Santos-Luna, R., Valdés-Salgado, R., Ávila-Tang, E., y Stillman, F. (2010). Estrategia de vigilancia para el control del tabaco en México: publicidad, promoción y patrocinio, empaque y etiquetado. *Salud Publica*, 52(2), 254-266. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52s2/a21v52s2.pdf>
- Rodríguez-Martos, A. (2002). Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones*, 14(1), 337–351. <https://doi.org/10.20882/adicciones.532>
- Rojas-Jara, C., Polanco-Carrasco, R., Caycho-Rodríguez, T., Muñoz-Vega, C., Muñoz-Marabolí, M., Luna-Gómez, T., y Muñoz-Torres, T. (2022). Telepsicología para psicoterapeutas: lecciones aprendidas en tiempos del Covid-19. *Revista Interamericana de Psicología*, 56(2), 1-33. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v56i2.1733>
- Rojas-Villegas, R., Vargas-López, D., Belmont-Sánchez, S., y Flores-Castillo, B. (2015). Rehabilitación con implantes osteointegrados en pacientes con tabaquismo como factor de riesgo. Presentación de tres casos. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*, 11(3), 81-90. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2015/cb153c.pdf>
- Roussos, A. J., (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI (3), 261-270. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>
- Rovetto, P. (2012). The tobacco gardens. *Colombia Médica*, 43(4), 312. <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v43n4/v43n4a10.pdf>
- Rubio, H., y Rubio, A. (2006). Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. *Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Colosio Villegas*, 19(04), 297-300. <http://www.scielo.org.mx/pdf/iner/v19n4/v19n4a13.pdf>
- Ruiz, J. (2008). Craving y síndrome de abstinencia. *Prevención del Tabaquismo*, 10(4), 121-122. <https://issuu.com/separ/docs/v10n4/6>

- Ruiz-García, R., Cedillo, L., Jiménez, J., y Miranda, F. (2020). Papel de los estímulos ambientales asociados a la droga en el desarrollo de tolerancia cruzada a los efectos de taquicardia de la nicotina y el alcohol en humanos. *Adicciones*, 20(10), 1-10. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1385>
- Rüther, T., Kiss, A., Eberhardt, K., Linhardt, A., Kröger, C., y Pogarell, O. (2018). Evaluation of the cognitive behavioral smoking reduction program "Smoke_less": a randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(3), 269–277. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0818-6>
- Sáenz, C. (2017). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y tabaquismo. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 130 (3), 35-36.
- Saldías, F., Méndez, I., Ramírez, D., y Díaz O. (2007). El riesgo de infecciones respiratorias en el fumador activo y pasivo. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 23 (3), 179-187. <https://doi.org/10.4067/S0717-73482007000300005>
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26(3), 167-180. <https://doi.org/10.1016/j.cly-sa.2015.09.004>
- Scherer, G., y Lee, P. N. (2014). Smoking behaviour and compensation: a review of the literature with meta-analysis. *Regulatory Toxicology and Pharmacology : RTP*, 70(3), 615–628. <https://doi.org/10.1016/j.yrtph.2014.09.008>
- Sheinfeld, S., y Heck, J. (2004). Meta-Analysis of the Efficacy of Tobacco Counseling by Health Care Providers. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 13(12), 2012-2022. <https://cebp.aacrjournals.org/content/13/12/2012.full-text.pdf>
- Shiffman, S., Hughes, J. R., Ferguson, S. G., Pillitteri, J. L., Gitchell, J. G., y Burton, S. L. (2007). Smokers' interest in using nicotine replacement to aid smoking

- reduction. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(11), 1177–1182.
<https://doi.org/10.1080/14622200701648441>
- Shiffman, S., Mao, J. M., Kurland, B. F., y Scholl, S. M. (2018). Do non-daily smokers compensate for reduced cigarette consumption when smoking very-low-nicotine-content cigarettes? *Psychopharmacology*, 235(12), 3435–3441.
<https://doi.org/10.1007/s00213-018-5056-8>
- Siewchaisakul, P., Luh, D., Chiu, S., Yen, A., Chen, C., y Chen, H. (2020). Smoking cessation advice from healthcare professionals helps those in the contemplation and preparation stage: An application with transtheoretical model underpinning in a community-based program. *Tobacco Induced Diseases*, 18(57), 1-9. <https://doi.org/10.18332/tid/123427>
- Skinner, M. D., y Aubin, H. J. (2010). Craving's place in addiction theory: contributions of the major models. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 34(4), 606–623.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.11.024>
- Smith M. A. (2021). Social Learning and Addiction. *Behavioural Brain Research*, 398, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2020.112954>
- Sora, B., Nieto, R., Montesano, A., y Armayones, M. (2022). Usage Patterns of Telepsychology and Face-to-Face Psychotherapy: Clients' Profiles and Perceptions. *Frontiers in Psychology*, 13, 821671.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.821671>
- Sorsdahl, K., Stein, D. J., Corrigall, J., Cuijpers, P., Smits, N., Naledi, T., y Myers, B. (2015). The efficacy of a blended motivational interviewing and problem solving therapy intervention to reduce substance use among patients presenting for emergency services in South Africa: A randomized controlled trial. *Substance abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(46), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s13011-015-0042-1>
- Soto, E., Lorenao, A., y Esteves, E. (2018). Cesación tabáquica en la salud cardiovascular. *Revista Uruguay de Cardiología*, 33(3), 310-317.
<https://doi.org/10.29277/cardio.33.3.11>

- Steinberg, M. L., Rosen, R. L., Versella, M. V., Borges, A., y Leyro, T. M. (2020). A Pilot Randomized Clinical Trial of Brief Interventions to Encourage Quit Attempts in Smokers From Socioeconomic Disadvantage. *Nicotine & tobacco Research*, 22(9), 1500–1508. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa047>
- Templos-Núñez, L., y Marín-Navarrete, R. (2014). Entrevista motivacional para la atención de las adicciones. *Temas Selectos en Orientación Psicológica: Orientación Psicológica y Adicciones*, viii, 13-18. https://www.researchgate.net/profile/Liliana-Templos-Nunez/publication/267270399_Entrevista_motivacional_para_la_atencion_de_las_adicciones/links/544976800cf2f638808476b0/Entrevista-motivacional-para-la-atencion-de-las-adicciones.pdf
- Thandra, K. C., Barsouk, A., Saginala, K., Aluru, J. S., y Barsouk, A. (2021). Epidemiology of lung cancer. *Contemporary Oncology*, 25(1), 45–52. <https://doi.org/10.5114/wo.2021.103829>
- Thiri6n-Romero, I., P6rez-Padilla, R., Garc6a-Sancho, C., y Torre-Bouscoulet, L. (2018). Tabaquismo y c6ncer de pulm6n. Cincuenta a6os de evidencia. *Neumolog6a y Cirug6a de T6rax*, 77(2), 157-161. <http://www.scielo.org.mx/pdf/nct/v77n2/0028-3746-nct-77-02-157.pdf>
- Tiotiu, A., Ioan, I., Wirth, N., Romero-Fernandez, R., y Gonz6lez-Barcala, F. J. (2021). The Impact of Tobacco Smoking on Adult Asthma Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 992. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030992>
- Tiwari, R. K., Sharma, V., Pandey, R. K., y Shukla, S. S. (2020). Nicotine Addiction: Neurobiology and Mechanism. *Journal of Pharmacopuncture*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.3831/KPI.2020.23.001>
- Tron, R., Bravo, M. C., L6pez, D., y Galv6n, A. (2017). Esquemas cognitivos de personalidad en estudiantes de las carreras de psicolog6a y biolog6a. *Revista Electr6nica De Psicolog6a Iztacala*, 20(3). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/61758>

- U.S. Department of Health and Human Services (2014). *The Health Consequences of Smoking. 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion & Office on Smoking and Health.
- Vallejo-Slocker, L., y Vallejo, M. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Acción Psicológica*, 13(2), 157-168. <https://doi.org/10.5944/ap.13.2.16539>
- Van Schayck, O. C. P., Williams, S., Barchilon, V., Baxter, N., Jawad, M., Katsaounou, P. A., Kirenga, B. J., Panaitescu, C., Tsiligianni, I. G., Zwar, N., y Ostrem, A. (2017). Treating tobacco dependence: guidance for primary care on life-saving interventions. Position statement of the IPCRG. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 27(1), 38. <https://doi.org/10.1038/s41533-017-0039-5>
- Vargas, C., y Jiménez, D. (2018). La teoría del proceso oponente como modelo para explicar las adicciones. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1), 222-236. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2018/epi181l.pdf>
- Vila, J. (2015). Adicción y aprendizaje. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(2), 79-89. <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.8207/815>
- Vinci, C. (2020). Cognitive Behavioral and Mindfulness-Based Interventions for Smoking Cessation: a Review of the Recent Literature. *Current Oncology Reports*, 22(6), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11912-020-00915-w>
- Wang, M. G., Huang, W. W., Wang, Y., Zhang, Y. X., Zhang, M. M., Wu, S. Q., Sandford, A. J., y He, J. Q. (2018). Association between tobacco smoking and drug-resistant tuberculosis. *Infection and Drug Resistance*, 11, 873–887. <https://doi.org/10.2147/IDR.S164596>
- Wang, M. P., Li, W. H., Cheung, Y. T., Lam, O. B., Wu, Y., Kwong, A. C., Lai, V. W., Chan, S. S., y Lam, T. H. (2017). Brief Advice on Smoking Reduction Versus Abrupt Quitting for Smoking Cessation in Chinese Smokers: A Cluster

- Randomized Controlled Trial. *Nicotine y Tobacco Research*, 20(1), 67–72.
<https://doi.org/10.1093/ntr/ntx026>
- Wang, S. D., Loftus, P., Pang, R. D., y Kirkpatrick, M. G. (2021). Impact of self-efficacy on daily intention to not smoke. *Addictive Behaviors*, 118, Article 106877. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106877>
- Watson, J. D., Pierce, B. S., Tyler, C. M., Donovan, E. K., Merced, K., Mallon, M., Autler, A., y Perrin, P. B. (2023). Barriers and Facilitators to Psychologists' Telepsychology Uptake during the Beginning of the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(8), 5467. <https://doi.org/10.3390/ijerph20085467>
- Webb Hooper, M., Lee, D. J., Simmons, V. N., Brandon, K. O., Antoni, M. H., Unrod, M., Asfar, T., Correa, J. B., Koru-Sengul, T., y Brandon, T. H. (2018). Reducing racial/ethnic tobacco cessation disparities via cognitive behavioral therapy: Design of a dual site randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 68, 127–132. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2018.03.017>
- West R. (2017). Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health*, 32(8), 1018–1036.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1325890>
- Wills, L., Ables, J. L., Braunscheidel, K. M., Caligiuri, S. P. B., Elayouby, K. S., Fillinger, C., Ishikawa, M., Moen, J. K., y Kenny, P. J. (2022). Neurobiological Mechanisms of Nicotine Reward and Aversion. *Pharmacological reviews*, 74(1), 271–310. <https://doi.org/10.1124/pharmrev.121.000299>
- Wittenberg, R. E., Wolfman, S. L., De Biasi, M., y Dani, J. A. (2020). Nicotinic acetylcholine receptors and nicotine addiction: A brief introduction. *Neuropharmacology*, 177, 108256.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2020.108256>
- Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional Reflex*, 3(4), 234–240. <https://doi.org/10.1007/BF03000093>

- Wray, J. M., Funderburk, J. S., Acker, J. D., Wray, L. O., y Maisto, S. A. (2018). A Meta-Analysis of Brief Tobacco Interventions for Use in Integrated Primary Care. *Nicotine & Tobacco Research*, 20(12), 1418–1426. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx212>
- Yoo, J. E., Han, K., Shin, D. W., Jung, W., Kim, D., Lee, C. M., Kwon, H., Jung, K. W., y Song, Y. M. (2022). Effect of smoking reduction, cessation, and resumption on cancer risk: A nationwide cohort study. *Cancer*, 128(11), 2126–2137. <https://doi.org/10.1002/cncr.34172>
- Zavala-Arciniega, L., Reynales-Shigematsu, L., Levy, D., Kwan, Y., Meza, R., Gutiérrez-Torres, D., Arillo-Santillán, E., Fleischer, N., y Thrasher J. (2020). Smoking trends in Mexico, 2002–2016: before and after the ratification of the WHO's Framework Convention on Tobacco Control. *Tobacco Control*, 29(6), 1-5. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2019-055153>
- Zeller, M. (2019). The Future of Nicotine Regulation: Key Questions and Challenges. *Nicotine & Tobacco Research*, 21 (3), 331-332. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty200>

APÉNDICES

Apéndice A. Ficha de datos sociodemográficos

Edad: _____

Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

Estado civil:

- a) Casado (a)
- b) Unión libre
- c) Soltero(a)
- d) Separado(a)
- e) Divorciado(a)
- f) Viudo(a)

Escolaridad:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Preparatoria
- d) Licenciatura
- e) Posgrado

¿Has recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas con el consumo de tabaco?
(En caso de que si, menciona cuál y cuantas veces)

Con quién vive actualmente (marque las opciones necesarias)

- a) Pareja
- b) Padres
- c) Amigos
- d) Solo
- e) Niños
- f) Hermanos
- g) Parientes
- h) Otros

¿Alguna de las personas con las que vive fuma? [Si su respuesta es sí, mencione quien(es)]

Situación laboral (marque solo una opción)

- a) Tiempo completo
- b) Medio tiempo
- c) Trabaja por su cuenta
- d) Trabajo ocasional
- e) Sin empleo
- f) Incapacitado
- g) Estudiante
- h) Jubilado
- i) Labores del hogar

Lugar de residencia en la actualidad:

- a) Casa propia
- b) Departamento o casa rentada
- c) Cuarto
- d) Sin dirección permanente
- e) Pensión
- f) Otra

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

En la siguiente escala, marque la opción que mejor describa su consumo de tabaco durante los últimos 12 meses (marque solo una opción):

- a) Sin problema
- b) Un pequeño problema (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).
- c) Un problema menor (he tenido algunos problemas de salud, pero ninguno que pueda considerar grave).
- d) Un problema mayor (he tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria).
- e) Un gran problema (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias).

¿Cuál fue la edad a la que inició su consumo de tabaco?

Normalmente consumes

- a) Solo(a)
- b) Acompañado(a)

Marca de cigarros que fuma regularmente:

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

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

¿Durante cuántos años ha fumado en forma regular?

Desde que fuma regularmente ¿cuántos intentos serios ha tenido para dejar de fumar? (por ejemplo, de 7 a 10 veces)

Si dejaras de fumar, ¿Qué efectos secundarios tendrías y por qué?

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

¿Estás planeando seriamente dejar de fumar en los próximos 30 días?

- a) No
- b) Si

Actualmente estoy en un tratamiento para dejar de fumar

- a) Si
- b) No

Localidad y estado en qué vives

Apéndice B. Examen de dependencia a la nicotina de Fagerström (FTND)
(Fagerström test for nicotine dependence).

FTND	
1. ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	
- Primeros 5 minutos	3
- Entre 6 y 30 minutos	2
- 31 a 60 minutos	1
- Más de 60 minutos	0
2. ¿Sería difícil para usted abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido? (Iglesias, bibliotecas, cines, secciones de no fumar en restaurantes u oficinas)	
- Sí	1
- No	0
3. De los cigarros que fuma durante el día, ¿Cuál sería el más difícil de dejar para usted?	
- El primero de la mañana	1
- Cualquier otro	0
4. ¿Usted fuma incluso si tiene que quedarse en cama por enfermedad?	
- Sí	1
- No	0
5. ¿Cuándo fuma usted más?	
- En las mañanas	1
- Al atardecer/en las noches	0
6. ¿En promedio, cuántos cigarros manufacturados fuma actualmente al día?	
- 10 o menos	0
- 11 a 20	1
- 21 a 30	2
- 31 o más	3

Apéndice C. Cuestionario breve de confianza situacional

A continuación, se presentan ocho situaciones o eventos ante los que algunas personas consumen cigarrillos frecuentemente o de forma excesiva. Imagine que está en este momento en cada una de estas situaciones e indique en la escala, qué tan seguro se siente de poder resistir la tentación de fumar, marcando con una X a lo largo de la línea, 0% si está INSEGURO ante esta situación o 100% si está SEGURO de resistir fumar. En este momento qué tan seguro se siente para resistir la tentación de fumar en aquellas situaciones que involucran...

1. EMOCIONES DESAGRADABLES: (por ejemplo: si estuviera deprimido en general; si las cosas estuvieran saliendo mal).

Me siento...	0%		100%
	Inseguro	_____	Seguro

2. MALESTAR FÍSICO: (Por ejemplo: si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso y tenso)

Me siento...	0%		100%
	Inseguro	_____	Seguro

3. EMOCIONES AGRADABLES: (Por ejemplo: si me sintiera muy contento, si quisiera celebrar, si todo fuera por buen camino).

Me siento...	0%		100%
	Inseguro	_____	Seguro

4. PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE CIGARROS (Por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el cigarro o con drogas; si me sintiera que puedo fumar solo pocos cigarrillos o que puedo controlar mi consumo de cigarrillos).

Me siento...	0%		100%
	Inseguro	_____	Seguro

5. NECESIDAD FÍSICA (Por ejemplo: si tuviera urgencia de fumar, si pensara que rico es fumar)

Me siento...	0%		100%
	Inseguro	_____	Seguro

6. CONFLICTO CON OTROS (Por ejemplo: si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo)

Me siento...	0%		100%
	Inseguro	_____	Seguro

7. PRESIÓN SOCIAL (Por ejemplo: si alguien me presionara a fumar; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera un cigarrillo, un puro)

Me siento...	0% Inseguro	_____	100% Seguro
--------------	----------------	-------	----------------

8. MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS (Por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo, si me estuviera divirtiendo con un amigo (a) y quisiera sentirme mejor)

Me siento...	0% Inseguro	_____	100% Seguro
--------------	----------------	-------	----------------

Apéndice D. Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

A través de este instrumento se conoce el patrón de consumo en función del número total de días de consumo, número total de cigarros consumidos, promedio de consumo por día, porcentaje de días de abstinencia en los últimos 60 días.

Instrucciones: con este instrumento se debe registrar de forma retrospectiva el consumo día por día iniciando con el día anterior al día de la evaluación hasta completar 60 días. Inicie preguntando “¿fumó ayer?, ¿cuántos cigarros?”, es importante que llene cada uno de los días del calendario identificando días festivos, días en los que asistió a alguna fiesta o celebró algo, o le sucedió algo que hiciera que se incrementara el consumo en ese periodo de tiempo.

MES:						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

MES:						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Apéndice E. Autorregistro diario de consumo de tabaco.

El objetivo es que el usuario registre su consumo diario de cigarros, señalando cómo se siente, la hora de consumo de cada cigarro y lo que estaba realizando.

Núm. de cigarros	Hora	¿Cómo te sientes?								¿Qué estás haciendo?
		F eli z	Tr ist e o d e pr im id o	R el aj a d o	A ns io so	C o n mi e d o	C a ns a d o	Fr us tr a d o	Ot ro	
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
13.										
14.										
15.										
16.										
17.										
18.										
19.										
20.										

Apéndice F. Carta descriptiva del CB

Nombre de la actividad/ejercicio	Objetivo	Actividades	Tiempo
Uso de EM	Identificar las características del uso de tabaco del paciente.	1. El psicólogo usa las habilidades en EM para construir rapport y propiciar que el paciente hable de la percepción que tiene de sus problemas. 2. Se usan preguntas abiertas para explorar que es lo que el paciente quiere de la intervención.	5min
Consejo breve	Persuadir al usuario de tabaco de la necesidad de dejar de fumar para el beneficio de su salud.	3. Exhortar a los usuarios de tabaco a que modifiquen su consumo de tabaco, señalando que dejar de fumar es la opción más segura para su salud. Se utiliza un lenguaje claro, firme y personalizado. Para ajustar el CB al usuario hay que utilizar los resultados de la batería de pruebas y los datos obtenidos en el paso anterior para indicar cómo puede ser relevante para ellos.	5min
Balance decisional	Facilitar que los pacientes identifiquen las ventajas de continuar fumando y las consecuencias negativas del uso de tabaco relevantes para su salud.	1. Solicitar y ayudar al paciente a que identifique que beneficios relevantes obtiene si modifica su consumo de tabaco. 2. Solicitar y ayudar al paciente a que identifique barreras para modificar su consumo de tabaco.	15min
Evaluación de la disposición al cambio	Comprobar la disposición de realizar	3. La evaluación que realiza el Psicólogo es guiada por preguntas con relación a la autoeficacia y relevancia para dejar de fumar tales como: • ¿Te gustaría disminuir tu consumo de tabaco o dejar de fumar?	5min

	un intento para dejar de fumar.	• ¿Piensas que tienes la posibilidad de lograr dejar de fumar con éxito? • ¿Piensas que tienes las habilidades suficientes para lograr dejar de fumar?	
Entrenamiento breve de estrategias conductuales	Ayudar al paciente a desarrollar el plan para dejar de fumar.	4. Metas SMART. 5. Ayudar al paciente a desarrollar el plan de acción para modificar su consumo de tabaco. 6. Solución de problemas. 7. Ejercicio de respiración diafragmática. 8. Entrenar en el autorregistro de su conducta de fumar.	25min
Organizar seguimiento	Agendar una cita para el seguimiento de su intento para dejar de fumar	9. Agendar una cita para el seguimiento de su intento para dejar de fumar.	5min

Apéndice G. Infografías publicada en redes sociales



¿QUIERES DEJAR DE FUMAR?

Solicita una consulta psicológica gratuita para ayudarte a controlar tu consumo de tabaco.

Este programa pertenece a un proyecto de maestría en la UMSNH.

Si deseas más información comunícate al:

Celular: 443 413 97 40 

Correo electrónico: 1005352b@umich.mx 



¿QUIERES DEJAR DE FUMAR?

Solicita una consulta psicológica gratuita para ayudarte a controlar tu consumo de tabaco.

Este programa pertenece a un proyecto de maestría en la UMSNH.

Si deseas más información comunícate al:

Celular: 443 413 97 40 

Correo electrónico: 1005352b@umich.mx 



CONSEJO PSICOLÓGICO BREVE PARA FUMADORES



Podemos ayudarte



Características

Como parte de un proyecto de maestría de la facultad de psicología de la UMSNH puedes solicitar una consulta de orientación psicológica para ayudarte a controlar tu consumo de tabaco.

¿Qué recibirás?

Orientación psicológica donde aprenderás estrategias para controlar tu consumo de tabaco.

Conocerás las principales características de tu consumo de tabaco.

**SI DESEAS MÁS INFORMACIÓN PUEDES COMUNICARTE
CON EL PSIC. JORGE HERNÁNDEZ PERALTA:**

Celular: 443 413 9740 

Correo electrónico: 1005352b@umich.mx



APÉNDICE H

El P1, es un hombre divorciado de 45 años, trabaja en un supermercado como subgerente a tiempo completo, cuenta con estudios de preparatoria concluida, vive con su mamá y su hermano que también es fumador. Cuenta con casa propia, gasta en promedio \$300 semanales en cigarros. Considera que su consumo representa un pequeño problema. La edad a la que comenzó a fumar fue a los 18 años. Normalmente consume entre 13 y 16 cigarros diarios, los cuales acostumbra a fumar solo. Las áreas de su vida donde observa que su consumo causa problemas son en lo familiar, social y laboral. Las situaciones donde suele consumir excesivamente son cuando espera algo, ante situaciones de estrés laboral, y cuando no lo dejan ver a sus hijas. Ha fumado durante 25 años seguidos, nunca ha tenido un intento por dejar el cigarro ni ha recibido ayuda profesional para ello. No ha pensado en los efectos secundarios que puede tener si deja de fumar, solo refiere que ha escuchado que se puede subir de peso y comer en exceso. Su razón para dejar de fumar es tener una mejor calidad de vida.

A continuación, se describen algunos acontecimientos que ocurrieron durante la intervención que pueden haber influido su efecto. En el trabajo del P1 fue despedido el gerente de la tienda donde trabajaba. Con esto el P1 adquirió mayor responsabilidad, pues en él recayeron las funciones que eran responsabilidad del gerente sin que fuera promovido de cargo. Posteriormente, se realizó una auditoria, ello le demandó más tiempo y presión de lo habitual. Estos eventos comenzaron en la cuarta semana del seguimiento, donde se observa un aumento en el consumo respecto a las semanas anteriores. Si bien la reducción de consumo fue muy pequeña el paciente refirió haber puesto en práctica distintos planes de acción que le ayudaron a lidiar con las dificultades laborales y consideró que dadas las circunstancias fue capaz de moderar su consumo. Expresó que la intervención fue de ayuda y le permitió conocer mejor las características de su consumo.

El P2, es un hombre de 36 años, trabaja en el área de recursos humanos de una primaria. Vive en una casa rentada y gasta en promedio \$180 semanales en cigarros. Considera que su consumo representa un pequeño problema. La edad a la que comenzó a fumar fue a los 13 años, normalmente consume 10

cigarros diarios y acostumbra a fumar solo. Las áreas de su vida donde observa que su consumo causa problemas son en su salud y la de su familia, y sentirse inquieto por querer fumar en lugares que está prohibido. Las situaciones donde suele consumir excesivamente son en reuniones sociales, y al experimentar ansiedad. Ha fumado de manera regular durante 23 años, ha tenido un intento de abandono y no ha recibido ayuda profesional para dejar de fumar. Las consecuencias que considera que tendría si deja de fumar es experimentar ansiedad por querer fumar. Sus razones para dejar de fumar son por su salud, la salud de su familia y por su economía.

La P3, es una mujer soltera de 43 años, es profesora de danza y cuenta con estudios de preparatoria, vive con sus papás y sus dos hermanos que también son fumadores. Cuenta con casa propia, gasta en promedio \$100 semanales en cigarros. Considera que su consumo representa un pequeño problema. La edad a la que comenzó a fumar fue a los 20 años, normalmente consume seis cigarros diarios y acostumbra a fumar sola, aunque en reuniones con amigos su consumo puede incrementar hasta 20 cigarros. Las áreas de su vida donde refiere que su consumo causa problemas son en su salud física y en la de sus padres. Las situaciones donde suele consumir excesivamente son problemas emocionales, estrés y en reuniones. Ha fumado de manera regular durante 15 años, ha tenido tres intentos de abandono y nunca ha recibido ayuda profesional para dejar de fumar. Las consecuencias que considera que tendría si deja de fumar es que se sentiría mejor, pero podría comenzar a comer en exceso. Sus razones para dejar de fumar son para sentirse mejor física y emocionalmente.

El P4, es un hombre divorciado de 35 años, es profesor de primaria, cuenta con estudios de licenciatura concluida, vive solo. Cuenta con casa propia, gasta en promedio \$180 semanales en cigarros. Considera que su consumo representa un pequeño problema. La edad a la que comenzó a fumar fue a los 18 años, normalmente consume entre 6 y 7 cigarros diarios, los cuales acostumbra a fumar solo. Las áreas de su vida donde observa que su consumo causa problemas son en salud, laboral y social. Las situaciones donde suele consumir excesivamente son cuando experimenta estrés, ansiedad y depresión. Ha fumado de manera regular durante 3 años, ha hecho seis intentos de

abandono y nunca había recibido ayuda profesional para dejar de fumar. No identifica que efectos secundarios tendría si dejara de fumar. Refiere que sus razones para dejar de fumar son mejorar su salud física y emocional.

La P5, es una mujer divorciada de 35 años, trabaja como secretaria en una oficina y cuenta con preparatoria concluida, vive con su hija. Tiene casa propia, gasta en promedio \$120 semanales en cigarros. Considera que su consumo representa un pequeño problema. Comenzó a fumar a los 18 años. Regularmente consume cinco cigarros diarios y suele fumar sola. Las áreas de su vida donde observa que su consumo causa problemas son en su salud, economía, y con sus familiares. Ha fumado regularmente durante cinco años, con cuatro intentos de abandono y nunca ha recibido ayuda profesional para dejar de fumar. Considera que las consecuencias de dejar el cigarro es ansiedad. Sus razones para dejar de fumar son mejorar su salud, ahorrar dinero y ser un buen ejemplo para su hija.

La P6, es una mujer soltera de 21 años, es estudiante universitaria, vive con sus abuelos y cuando acude a clases vive sola. La casa de sus abuelos es propia, y en la que vive sola es rentada. Gasta en promedio \$420 semanales en cigarros. Considera que su consumo representa un problema menor. Comenzó a fumar a los 16 años, y consume diariamente diez cigarros y lo suele hacer sola. Las áreas de su vida donde observa que su consumo causa problemas son dificultad en actividades diarias que implican esfuerzo físico, vergüenza si la ven sus abuelos, aislarse, insomnio, pérdida de apetito. Ha fumado regularmente durante el último año y nunca ha realizado un intento por dejar de fumar. Opina que una consecuencia de dejar el cigarro es experimentar ansiedad. Sus razones para dejar de fumar son poder ejercitarse, mejorar su salud, mejorar su imagen social, convivir sanamente con amigos.

La P7, es una mujer soltera de 30 años, es tatuadora y vive con su hijo de cinco años. Tiene casa propia y gasta en promedio \$70 pesos a la semana en cigarros. Considera que su consumo representa un problema menor. Comenzó a fumar a los 13 años, y consume diariamente entre dos y tres cigarros; suele hacerlo sola. Las áreas de su vida donde observa que su consumo causa problemas son cansancio y dolores de cabeza. Ha fumado regularmente durante los últimos ocho meses, y a lo largo de su vida ha hecho cinco intentos para dejar

de fumar sin ayuda profesional. Piensa que efectos secundarios de dejar el cigarro son experimentar ansiedad y tener dificultad para resolver problemas. Sus razones para dejar de fumar son disminuir dolores de cabeza, estar más atenta en el trabajo, y mejorar su salud.

El P8, es un hombre soltero de 35 años, es profesor de primaria y vive solo. Tiene casa propia y su gasto semanal en cigarros es de \$200. Considera que su consumo representa un problema menor. Comenzó a fumar a los 17 años, consume diariamente siete cigarros, pero hay ocasiones en que fuma hasta veinte cigarros. Las áreas de su vida donde observa que su consumo causa problemas son en su salud, olor corporal, y problemas con su pareja. Ha fumado regularmente por un periodo de once años y ha realizado cinco intentos para dejar de fumar sin ayuda profesional. Piensa que los efectos secundarios de dejar el cigarro son comer por ansiedad, engordar, y presentar episodios de mal humor. Sus razones para dejar de fumar son mejorar su salud y su economía.

La P9, es una mujer casada de 31 años, es estudiante de nutrición y vive con su pareja. Vive en una casa rentada y su gasto semanal en cigarros es de \$30. Considera que su consumo representa un pequeño problema. Comenzó a fumar a los 17 años, consume aproximadamente tres o cuatro días por semana. Las áreas de su vida donde observa que su consumo causa problemas son en su salud, en su economía y en el rechazo social. Ha fumado regularmente por cinco años y ha realizado un intento para dejar de fumar sin ayuda profesional. Piensa que el efecto secundario de dejar el cigarro es la ansiedad por la desesperación de querer consumir. Sus razones para dejar de fumar son mejorar su salud, su rendimiento en entrenamiento deportivo, y mejorar su aspecto físico.

El P10, es un hombre casado de 29 años, trabaja por cuenta propia y vive solo. La casa que habita es rentada y su gasto semanal en cigarros es de \$500. Considera que su consumo representa un pequeño problema. Comenzó a fumar a los 16 años, consume aproximadamente veinte cigarros diarios. Las áreas de su vida donde observa que su consumo causa problemas son en su salud, economía y en su relación de pareja. Ha fumado regularmente por diez años y ha realizado cinco intentos para dejar de fumar sin ayuda profesional. Piensa que el efecto secundario de dejar el cigarro es ansiedad, comer de más y mal

humor. Sus razones para dejar de fumar son evitar enfermedades y ahorrar dinero.

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Maestría en Psicología	
Título del trabajo	Evaluación de una intervención de consejo conductual en línea para usuarios de tabaco	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Jorge Hernández Peralta	10053526@umich.mx
Director	Roberto Oropeza Tena	roropeza@umich.mx
Codirector		
Coordinador del programa	Blanca Edith Pintor Sánchez	mae.psicologia@umich.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	no	

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	no	
Traducción a otra lengua	sí	Se uso para traducir al ingles el resumen de la tesis. Posteriormente fue revisado por el autor.
Revisión y corrección de estilo	sí	Se utilizo chatgpt para correcciones gramaticales, ortograficas, y de formato. El contenido e ideas son de autoria original.
Análisis de datos	no	
Búsqueda y organización de información	no	
Formateo de las referencias bibliográficas	no	
Generación de contenido multimedia	no	
Otro	no	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Jorge Hernández Peral
Lugar y fecha	Morelia, Michoacán, 24/03/2025

Jorge Hernández Peralta

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN DE CONSEJO CONDUCTUAL EN LÍNEA PARA USUARIOS DE TABACO.pdf

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:442198066

Fecha de entrega

24 mar 2025, 1:19 p.m. GMT-6

Fecha de descarga

24 mar 2025, 1:22 p.m. GMT-6

Nombre de archivo

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN DE CONSEJO CONDUCTUAL EN LÍNEA PARA USUARIOS DE T....pdf

Tamaño de archivo

1.4 MB

102 Páginas

26.943 Palabras

151.374 Caracteres

43% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Top Sources

- 42%  Internet sources
- 26%  Publications
- 0%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.