

REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA
DEJAR DE FUMAR

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR TÍTULO DE PSICÓLOGA



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

Fannery Gil Restrepo

Asesor:

Mario Alejandro Alba

Medellín

2016

*A mi Madre, **Gladys** y mi Padre, **Fernando**:*

Les debo lo que soy como persona, como mujer y como hija, este esfuerzo lo han hecho ustedes más que yo y este logro se los otorgo como muestra de gratitud, infinitas gracias, por su presencia, por esta vida y por esta carrera.

Han sabido confiar en mi y me han guiado en todos los caminos.

Son mi mayor orgullo y mi más grande motivación en todo lo que hago.

*A mi esposo **Jorge** y mi hermana **Jennifer**:*

Gracias por acompañarme y apoyarme en este arduo proceso, ahora compartirán conmigo la culminación de otra etapa, quizá la más importante de mi vida.

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias, especialmente el consumo de tabaco (que a lo largo de la historia ha sido legal en la mayoría de los países) representan no solo deterioros físicos y mentales en la salud del consumidor sino a las personas que los rodean, trayendo consigo problemáticas de salud pública. Se han implementado diferentes estrategias como las propagandas visuales y numerosos tratamientos se han utilizado para disminuir el consumo de cigarrillo no solo en pacientes con enfermedades causadas por el consumo sino también en personas sanas para tratar de disminuir dicha problemática y generar conciencia de los efectos nocivos para la salud.

Tratamientos de tipo farmacológico y psicológico lideran ese tipo de estrategias y su finalidad es que las personas consumidoras evolucionen de una conducta de consumo a una de no consumo.

Enfatizando en la presente investigación, los tratamientos psicológicos han sido diversos en cuanto a disminuir el consumo de cigarrillo se trata, ejemplo de ello, son las terapias cognitivas, conductuales, motivacionales, psicodinámicas, entre otras, y en cuyo hacer se emplean variadas técnicas propias de su paradigma.

A continuación, se pretende no solo indagar sobre los tratamientos psicológicos utilizados para contrarrestar el consumo de tabaco, sino profundizar en temas como su efectividad en comparación con otro tipo de intervenciones.

RESUMEN

Con la presente investigación se pretende recopilar datos que permitan dar cuenta de la efectividad de los tratamientos psicológicos para dejar de fumar, es una revisión sistemática que retomó 25 artículos de investigación sobre tratamientos psicológicos empleados para disminuir el consumo de cigarrillo entre el año 2001 y el 2014 tanto en inglés como en español (5 de dichos artículos fueron meta análisis y revisiones sistemáticas), en la búsqueda de los mismos, se consultaron 4 bases de datos: Ebsco, Science Direct, Dialnet, Pubmed. Para el análisis de la evidencia de los artículos se utilizó la clasificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network que permitió identificar el nivel de evidencia y los grados de recomendación y para el análisis bibliométrico y el procesamiento de los datos cuantitativos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 2.0

En la presente investigación se llega a la conclusión principal de que si bien los tratamientos psicológicos son importantes en los tratamientos para dejar de consumir cigarrillo y demuestran ser eficaces basados en el porcentaje de abstinencia, esta eficacia es muy baja ya que la mayoría de artículos la ubican en el rango entre 0 y 25%. Por tal motivo, si bien es importante la implementación de las terapias psicológicas en el tratamiento del consumo de cigarrillo, no se llega a la claridad de cómo debe aplicarse dicha terapia y es evidente la falta de rigurosidad metodológica en la mayoría de los estudios en cuanto a la aplicación de los tratamientos, el control de los mismos y la presentación de los resultados de investigación.

Palabras clave: Dejar de fumar, Tratamiento psicológico

ABSTRACT

With this research is to collect data to account for the effectiveness of psychological treatments for smoking cessation, it is a systematic review that took up 25 research papers on psychological treatments used to reduce cigarette consumption between 2001 and 2014 in both English and Spanish (5 of these articles were meta-analyzes and systematic reviews) in search of them, 4 databases were consulted: Ebsco, Science Direct, Dialnet, Pubmed. For the analysis of the evidence of the items the classification of the Scottish Intercollegiate Guidelines Network which identified the level of evidence and grades of recommendation and for bibliométrico analysis and processing of quantitative data SPSS version was used was used 2.0.

In the present investigation we reach the main conclusion that although psychological treatments are important in treatments to quit using cigarettes and proven to be effective based on the percentage of abstinence, this efficiency is very low because most items the are in the range between 0 and 25%. Therefore, while it is important to implement psychological therapies in the treatment of cigarette smoking, you are not reached the clarity of how such therapy should be applied and there is a lack of methodological rigor in most studies as the application of the treatments, control thereof and presenting research results.

Key Words: Smoking Cessation and Behavioural Therapy

TABLA DE CONTENIDO

1. Planteamiento del problema	9
2. Justificación	13
3. Antecedentes de la investigación.....	15
4. Objetivos	21
4.1 General.....	21
4.2 Específicos:	21
5. Marco teórico.....	22
5.1 Consumo de tabaco:.....	22
Dependencia	23
Efectos de la nicotina:.....	24
5.2 Proceso de abandono del tabaquismo	25
5.3 Métodos o intervenciones realizadas para dejar de fumar	25
Farmacoterapia:	26
Tratamientos psicológicos	27
Consejería:	28
5.4 Métodos utilizados para evaluar la conducta de fumar:.....	28
6. Metodología.....	30
6.1 Tipo de investigación	30
6.2 Fuentes documentales.....	30
6.3 Criterios de inclusión.....	31
6.4 Criterios de exclusión.....	32
6.5 Instrumentos	32
6.6 Grados de recomendación.....	33
6.7 Procedimiento y análisis de la información.....	34
6.8 Consideraciones éticas:	35
7. Resultados	36
7.1 Idioma de las publicaciones	36
7.2 Bases de datos consultadas	36
7.3 Tipo de estudio de los artículos.....	37
7.4 Nivel de estudio de los artículos.....	37

7.5 Muestra.....	38
7.6 Nivel de evidencia.....	38
7.7 Grado de recomendación.....	39
7.8 Forma de evaluación de la abstinencia	39
7.9 Tipo de tratamiento utilizado por artículo	40
7.10 Tipo de tratamiento en cada grupo de intervención.....	41
7.11 Diferencia significativa entre grupos de intervención	42
7.12 Seguimiento al finalizar el tratamiento.....	42
7.13 Nivel de evidencia por cada tratamiento.....	43
7.14 Grado de recomendación.....	44
7.15 Tasa de abstinencia según el tratamiento	44
8. Discusión.....	46
9. Conclusiones	54

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Idioma de la publicación	36
TABLA 2: Base de datos consultadas	37
TABLA 3: Tipo de estudio	37
TABLA 4: Nivel de estudio	38
TABLA5: Número de muestra	38
TABLA 6: Nivel de evidencia	39
TABLA 7: Grado de recomendación	39
TABLA 8: Forma de evaluar la abstinencia	40
TABLA 9: Tipo de tratamiento por cada artículo	40
TABLA 10: Tipo de tratamiento en cada grupo	41
TABLA 11: Diferencia significativa	42
TABLA 12: Seguimiento al finalizar el tratamiento en meses	43
TABLA 13: Tratamiento por artículo en relación al Nivel de Evidencia	43
TABLA 14: Tratamiento por artículo en relación al Grado de Recomendación	44
TABLA 15: Tasa de abstinencia según tipo de tratamiento	45
TABLA 16: Técnicas utilizadas en el tratamiento psicológico	48

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Ficha de ingreso de información	63
---	----

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según cifras de la organización mundial de la salud (2013), el consumo de tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública ya que éste aumenta cada vez más a nivel mundial y es una de las principales causas de mortalidad, morbilidad y pobreza; de las 6.00.00 de personas que el tabaco mata al año, más de 600.000 son personas no fumadoras que mueren por exposición al humo ambiental. A nivel internacional y nacional se han liderado numerosas campañas para regular el uso del tabaco y prevenir su consumo. Entre las medidas que se toman, por ejemplo, se encuentra la prohibición de publicidad y la venta a menores de edad, e implementación del uso de imágenes alusivas a las enfermedades causadas por consumir cigarrillo en estos productos.

El tabaco es consumido generalmente por vía respiratoria en forma de cigarrillo, aunque también puede masticarse y utilizarse de otras maneras; su principal problema se encuentra en la Nicotina, ésta es causante de un gran número de efectos dañinos para el cuerpo humano tales como el cáncer, enfisema y bronquitis crónica, probabilidades de sufrir ataques cardíacos, derrames cerebrales, tromboembolismos e insuficiencia vascular periférica, así como causar abortos en mujeres embarazadas, formación de arrugas prematuras de la piel, causar mal aliento, afectar la producción de espermatozoides, entre otros (Rodríguez Rivera, 2011). Según la misma publicación de la OMS (2013), Además de estos efectos negativos, se ha podido comprobar que la nicotina es altamente adictiva y puede generar dependencia, no sólo afecta a su consumidor (consumo de primera mano) sino que también afecta a quienes estén a su alrededor, los llamados consumidores pasivos, (consumo

de segunda mano) y finalmente, al quedarse impregnada en las partes físicas como las paredes, puede afectar a otras personas (consumo de tercera mano).

En el contexto de Colombia, se han realizado varios estudios sobre el consumo de cigarrillo en jóvenes (Martínez, J., Naranjo, W., Campillo, H., Rueda, J., Campo, A., y Díaz L., 2007), estos señalan que jóvenes pertenecientes a bachillerato y con edades de 15 años, ya han consumido por primera vez algún tipo de sustancia psicoactiva, lo que demuestra también que dicha práctica se ha vuelto más popular a medida que transcurre el tiempo y se comienza a edades más tempranas. En un informe de la universidad de Antioquia (González Correa, Ramírez Hernandez, & Mejía Ocampo, 2013) se indica que entre los jóvenes de 18 años o menos, existe un 28.7% de consumo anual y en los jóvenes entre 23 y 24 años se presenta el porcentaje más alto de consumo reciente con un 33%, ubicando esta edad como la que tiene más nuevos consumidores en el último año. Un dato relevante de esta investigación es que detectaron que la edad de inicio de consumo en los estudiantes de la universidad de Antioquia, la cual es de 15,6 años, el 50% de los hombres narran haber tenido su primer consumo a los 15 años o menos y las mujeres a los 16 años.

En muchas partes del mundo se han implementado diversas formas de tratamiento para la adicción y la dependencia al tabaco pero no se logra comprobar con exactitud la eficacia de los mismos, por ello existe la necesidad de realizar otro tipo de estudios como las revisiones sistemáticas que analicen e integren la información y puedan brindar conclusiones sobre los tratamientos utilizados. (Fernández, Borrell y Plasència 2001)

En el tema de tratamientos para la adicción al tabaco, se identifican revisiones sistemáticas que evalúan la efectividad de diferentes procedimientos, como asesorías médicas, tratamientos farmacológicos, intervenciones psicológicas, medicina tradicional China, yoga, hipnosis, entre otras. Además puede observarse que la población escogida para este tipo de estudios es muy diversa, ejemplo de ello es que algunas de las poblaciones presentan comorbilidad con algunas enfermedades (afecciones cardiacas) o trastornos psicológicos (depresión), otras en cambio, estudian personas en estado de vulnerabilidad o riesgo social. (Barth, Critchley, & Bengel, 2006; Bryant, Bonevski, Paul, McElduff, & Attia, 2011; Kim et al., 2012; Míguez, 2013; Vázquez, 2005).

Todos los estudios nombrados evidencian que las intervenciones psicológicas para dejar de fumar generan algún porcentaje de abstinencia en las personas, ya sea que dichas intervenciones se realicen solas o acompañadas con otro tipo de tratamiento; sin embargo, pocos evidencian abstinencia significativa estadísticamente (Barth et al., 2006; Bryant et al., 2011; Kim et al., 2012; Míguez, 2013; Vázquez, 2005). Adicionalmente, concluyen que entre los estudios revisados hay muy pocos que utilizan grupo control con muestras elegidas aleatoriamente. Finalmente cabe agregar que en estas investigaciones los tratamientos psicológicos no son el principal motivo de estudio, a excepción de una revisión (Bryant et al., 2011), la mayoría de ellos combinan las intervenciones psicológicas con tratamientos farmacológicos (Vázquez, 2005).

A partir de los antecedentes anteriormente expuestos, se pudo observar que los autores indagan por la efectividad de las intervenciones psicológicas, más es poco lo que se

concreta en las conclusiones, esta tarea también se dificulta por la cantidad mínima de ensayos controlados con muestras aleatorizadas y también por la cantidad de métodos diferentes para evitar el consumo. Es necesario realizar revisiones sistemáticas que integren las conclusiones de los estudios para que se identifique cuáles son los tratamientos que funcionan en cuanto al cese de consumo de tabaco. Teniendo en cuenta los argumentos expuestos, la presente investigación tiene como pregunta, ¿cuál es el grado de evidencia sobre las intervenciones psicológicas para dejar de fumar, en comparación con otros tratamientos? ¿Cuáles son y en qué consisten las intervenciones psicológicas para dejar de fumar? ¿Las intervenciones psicológicas son efectivas al momento de dejar de fumar?

2. JUSTIFICACIÓN

El consumo de tabaco trae consigo numerosos efectos nocivos para la salud de quien lo consume y se ha vuelto una problemática mundial ya que no solo afecta a los consumidores sino que afecta a terceras personas, esta problemática aumenta en la medida en que el consumo de cigarrillo es legal en numerosos países como Colombia, Argentina, Estados Unidos, etc y es de venta libre para las personas con mayoría de edad. Numerosas son las causas de por qué las personas lo consumen, y los factores de riesgo que lo incrementan; además de su venta libre, uno de factores más importantes es la presión social o cultural por el consumo, tal es el caso de países como China donde la mayoría de los hombres consumen de cigarrillo en su mayoría por parte de los hombres en reuniones sociales ya que es un signo que demuestra masculinidad (Kim et al., 2012).

Más allá de investigar las causas y los factores de riesgo que conllevan al consumo de cigarrillo es importante que se empiece a intervenir su consumo para evitar un sinnúmero de enfermedades y las tasas de mortalidad que el tabaco tiene al año. Se requiere que se brinden intervenciones a las personas consumidoras que demuestren su funcionalidad generando altas tasas de abstinencia. Por esta razón numerosos son los tipos de intervenciones que se han implementado para que las personas abandonen el consumo de tabaco y es de anotar que la farmacoterapia y las intervenciones psicológicas demuestran tasas de abstinencia mayores que otros tipos de intervención. La psicología puede brindar aportes teóricos para entender la problemática del consumo del tabaco y algunas técnicas

desde sus diferentes enfoques para minimizar dicha problemática, ejemplo de ellas son las terapias conductuales grupales e individuales.

Los resultados de dichas intervenciones serán útiles para las iniciativas en expansión del control del tabaco, ejemplo de estas iniciativas son nombradas en la revisión realizada de estudios sobre intervenciones para dejar de fumar en china, en la que entregan la educación médica a especialistas de la salud de este país, quienes pueden utilizar esta información para desarrollo de políticas y diseño de estrategias de cambio organizacional para los hospitales y otros centros de atención de la salud que generen influencia nacional (Kim et al., 2012). Estos mismos autores citando a Liu y Chen (2011), han observado, "Desafortunadamente, fumar es como algo incrustado en la cultura médica de China" (p1, 219). Hay una necesidad urgente de cambio en la norma social del consumo de tabaco y una mejor comprensión de las barreras a la implementación de las intervenciones para dejar de fumar en la práctica médica; dejar de realizar esta práctica ayudará a reducir el humo ambiental del tabaco (ETS) y la exposición a los no fumadores; es importante entonces la realización de estudios que generen conclusiones sobre la disminución del consumo de tabaco e identificar cuáles terapias funcionan más que otras no solo para ayudar en temas de salud al consumidor sino también para disminuir el impacto ambiental a nivel mundial.

Además de disminuir el impacto ambiental, hablar del sinnúmero de las consecuencias que puede traer a cada país la minimización del consumo de cigarrillo, es tocar temas tan importantes como transformaciones en la salud pública, la cultura, la economía, el desarrollo y las mismas dinámicas que se viven al interior

3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación se describen 5 revisiones sistemáticas sobre estudios de intervenciones para dejar de fumar que se encontraron como antecedentes del tema de la presente investigación en los años 2006, 2010 y 2013

En la revisión sistemática sobre las intervenciones para dejar de fumar en pacientes hospitalizados por enfermedades cardiovasculares (Míguez, 2013), realizaron una búsqueda de estudios sobre tratamientos para dejar de fumar y lo realizan en dos momentos, en el primero, se buscaron tratamientos en los que combinan fármacos con otro tipo de estrategias como tratamiento psicológico y llamadas telefónicas; y en el segundo, se revisaron tratamientos en los que dejan de lado los fármacos y utilizan las estrategias como el asesoramiento médico, consejo breve, proveer información, ver videos, apoyo telefónico, charlas, folletos y en uno de los estudios revisados, una sesión cognitivo-conductual. Cabe destacar de esta revisión la poca claridad en las definiciones de las estrategias utilizadas en los estudios, tal es el caso de definiciones como consejo breve, cuidado habitual, sesiones ambulatorias para dejar de fumar, programa multicomponente cognitivo-conductual, entre otros. Al no estar suficientemente claro para el lector pueden generar confusión en el momento de entender los resultados. Otra de las dificultades para comprender los hallazgos es la cantidad de estrategias utilizadas, las diferencias entre ellas y el tiempo utilizado para implementarlas; en este estudio lo nombran de la siguiente forma : “Todas estas diferencias, respecto al procedimiento seguido en las distintas intervenciones, dificulta la tarea de comparar los resultados hallados.”(Míguez, 2013). Una de las principales conclusiones de

esta revisión es que el tratamiento si genera un beneficio y dicho beneficio va ligado a la intensidad en tiempo y fuerza del tratamiento, es decir, a mayor intensidad, mejores resultados, para ilustrar esta hipótesis, en uno de los estudios revisados, Aveyard, Begh, Parsons y West, (2011) concluyen que es recomendable ofrecer ayuda para dejar de fumar de forma rutinaria, ya que genera más intento de abandono que solo el consejo; también encontraron que en un solo estudio, cuya intervención fue realizada por psicólogos con experiencia, muestra resultados positivos de abstinencia que supera la mitad de las personas intervenidas, a los 6 meses: 67% y a los 12 meses 55% de abstinencia.

En esta revisión se tomaron las investigaciones entre 1999 y 2012, buscaron en las bases de datos CSIC, medline, Psycinfo, Pubmed, Cochrane Tobacco Addiction Group; con las palabras claves: (Smoking cessation OR tobacco control) AND (inpatient OR Hospitalized) AND (coronary heart disease OR acute coronary Syndrome OR myocardial infarction OR cardiovascular), usando estas palabras, encontraron 96 artículos y de forma separada buscaron en revistas especializadas o a través de referencias de otros artículos, lo que arrojó 31 resultados. A estos 127 artículos obtenidos, se verificó que la información fuera óptima para la presente investigación y quedaron 16 artículos, así: de los 96 encontrados inicialmente, 69 fueron eliminados porque no eran intervenciones para dejar de fumar, 6 porque la muestra no estaba formada únicamente por pacientes cardiovasculares, 7 porque la muestra no estaba formada únicamente por pacientes ingresados, 1 porque solo describía el procedimiento y no aportaba datos, 1 porque no tenía seguimiento a los 6 meses. De los 31 restantes, 17 fueron eliminados porque no eran intervenciones para dejar de fumar, 5 porque la muestra no estaba formada por pacientes cardiovasculares, 3 porque la muestra no estaba

formada únicamente por pacientes ingresados, 2 porque eran intervenciones únicamente farmacológicas.

En la revisión sistemática llamada Intervenciones psicológicas y farmacológicas para dejar de fumar en fumadores con un trastorno depresivo (Vázquez, 2005), los datos arrojados apoyan el uso de la terapia cognitiva conductual, la terapia de sustitución de la nicotina o los fármacos antidepresivos bupropión y nortriptilina; según este estudio, aunque es necesaria más investigación referente a la terapia cognitiva- conductual y sus efectos en la cesación del consumo de tabaco, los resultados de los estudios revisados sugieren que el tratamiento si genera un beneficio y dicho beneficio va ligado a la intensidad en tiempo y fuerza del tratamiento, es decir, a mayor intensidad, mejores resultados. En esta revisión utilizaron las palabras claves: dejar de fumar, dependencia a la nicotina, depresión, Terapia Cognitivo conductual, Terapia de la sustitución de la nicotina, Antidepresivos y realizaron la búsqueda en Psycinfo, Medline, y en el registro de ensayos de grupo Cochrane de adicción al tabaco. Incluyeron los ensayos aleatorios de intervenciones para el abandono del hábito de fumar en los que se aplicaron intervenciones psicológicas para el manejo del estado de ánimo y/o tratamiento farmacológico con muestras con fumadores depresivos. 5 fueron los estudios revisados sobre intervenciones psicológicas para dejar de fumar y 7 los estudios sobre intervenciones farmacológicas.

También puede hablarse de la eficacia que tienen las intervenciones psicológicas conductuales en las personas que pertenecen a grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, en un meta- análisis realizado sobre intervenciones en grupos en riesgo (Bryant et al., 2011) se concluye que si bien el número de ensayos aleatorios controlados y la muestra obtenida para realizar el estudio con jóvenes en riesgo, no permite que haya

significación estadística, si hay un resultado prometedor en las intervenciones conductuales con personas fumadoras, los resultados de dicho meta-análisis también hablan de hallazgos prometedores en intervenciones con otros grupos en riesgo o desfavorecidos como las mujeres en embarazo, personas con enfermedades mentales y personas con bajos ingresos. En esta revisión y meta-análisis buscaron en las bases de datos Medline, EMBASE, The Cochrane Library y PsycINFO con las palabras claves: homeless persons, indigenous population, low income population, mentally ill, prisoners, review smoking cessation, y se identificaron treinta y dos estudios relevantes, el proceso de selección fue el siguiente: encontraron 12448 artículos, de estos se excluyeron 12068 por ser artículos sin relevancia y 143 por tener citas duplicadas, dejaron 237 estudios con texto completo, de estos 209 no cumplían los criterios de inclusión, quedaron con una muestra de 28 estudios, agregaron un estudio obtenido de las referencias y 3 obtenidos por búsqueda manual, para un total de 32 estudios.

Es importante saber que hay estudios que dan cuenta de los resultados positivos de las intervenciones psicológicas para dejar de fumar realizados en diferentes partes del mundo, tal es el caso de una revisión realizada en China (Kim et al., 2012), la cual habla de que el estudio revisado sobre intervención psicológica en grupos (cognitiva social) mostró resultados positivos, considerando de manera muy importante que, como lo nombran en el estudio, fumar hace parte de la cultura en China, siendo común que los hombres no solo fumen en el hogar sino también en las reuniones sociales; dicha revisión, también habla de que la intervención psicológica demuestra mejores resultados en combinación con farmacoterapia. El proceso de obtención de artículos fue el siguiente: Se encontraron 234 resúmenes en la búsqueda realizada en PubMed, dos autores (SSK y MK) juzgaron la

elegibilidad de cada estudio de forma independiente y basados en criterios de inclusión. En primer lugar, se seleccionaron las intervenciones para dejar de fumar, en segundo lugar, se seleccionaron los artículos con la muestra de tamaño más grande, en tercer lugar se excluyeron los estudios de intervención realizados en varios países, incluyendo China ya que podrían presentar resultados agregados por cada uno. Finalmente los dos autores se reunieron y compararon sus elecciones que mostraron una buena concordancia ($Kappa = 0,82$, $p < 0,001$), y unieron los artículos recopilados por ambos mediante discusión. Dos artículos fueron identificados por referencias en otros estudios. Otros 2 autores (WC y XW) buscaron en la base de datos Wanfrang Chino e identificaron 78 estudios, de estos, 29 eran ensayos clínicos de intervenciones para dejar de fumar y 13 cumplieron los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: los estudios debían tener un estudio de intervenciones para dejar de fumar o de una intervención motivacional para dejar de fumar, debía ser llevado a cabo en China, debían evaluar la abstinencia después de la intervención y / o en seguimientos, y tener informe de datos específicos sobre los temas de etnia china para que los estudios en seres que no eran étnicamente chinos pudieran eliminarse (por ejemplo, estudios realizados con personas que eran reclutadas en China, pero que no eran étnicamente chinos no eran incluidos). También se realizó la búsqueda manual para identificar estudios de referencias, identificando estudios mediante las búsquedas electrónicas.

Finalmente en la investigación sobre la eficacia de las intervenciones psicosociales para dejar de fumar en pacientes con enfermedad coronaria (Barth et al., 2006), realizaron la búsqueda de información en las bases de datos: Medline, Premedline, Biosis, Embase,

Psycinfo, Psyn dex y Cochrane Controlled Trials register. Las palabras claves utilizadas fueron smoking cessation, stop, quit y CHD (heart coronary disease), CABG (coronary artery bypass graft surgery), CVD (cardiovascular disease), AMI (Acute Myocardial Infarction), PTCA (Percutaneous transluminal coronary angioplasty), coronary y myocardial. La búsqueda arrojó 1857 referencias, 50 estudios fueron incluidos por búsqueda de referencias y otras 155 fueron incluidas por búsqueda manual; se excluyeron 1285 artículos por el tipo de estudio o población objetivo; otros 435 se excluyeron porque no reportaban intervenciones para dejar de fumar, otro más fue excluido después de la extracción de datos.

En cuanto a las intervenciones psicológicas, en esta revisión apoyan la hipótesis ya planteada anteriormente de que las intervenciones con mayor intensidad muestran mayores tasas de abstinencia que las de baja intensidad, aunque es necesario la realización de más estudios que comparen diferentes tipos de intervenciones psicosociales o que dicha comparación sea con tratamientos farmacológicos. En esta revisión, mencionan que en todos los ensayos, los pacientes que reciben intervención psicosocial, presentan probabilidades de casi el doble para dejar de fumar en comparación con los de cuidado habitual.

Puede observarse que en los antecedentes descritos anteriormente se evidencia el apoyo a las intervenciones psicológicas para el tratamiento de abandono de tabaco ya sea individualmente o en combinación con otro tipo de terapias como las farmacológicas, aunque también se evidencia la falta de estudios que den cuenta con exactitud de los diferentes tipos de tratamientos administrados, su aplicación y las tasas de abstinencia que generan en las personas.

4. OBJETIVOS

4.1 General

Analizar el nivel de evidencia sobre las intervenciones psicológicas que se han realizado para dejar de fumar desde el año 2001 hasta el 2014

4.2 Específicos:

Sistematizar las investigaciones sobre las intervenciones psicológicas para dejar de fumar según el nivel de evidencia de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network y discutir el mismo.

Comparar los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones realizadas en los artículos consultados para obtener conclusiones sobre la efectividad de las intervenciones psicológicas para dejar de fumar

5. MARCO TEÓRICO

El presente marco teórico expone 3 subtemas que servirán de guía para desarrollar, posteriormente la temática propuesta para la actual revisión sistemática, además recopila los principales conceptos que se tendrán en cuenta en el desarrollo de la misma.

5.1 Consumo de tabaco:

El tabaco, es una planta adictiva que no solo contiene nicotina sino otras sustancias tóxicas que elevan su peligrosidad en el proceso de elaboración de cigarrillos, ya que le agregan más sustancias para acelerar el proceso de absorción en el cuerpo humano y cuyos efectos también son adictivos (OMS, 2006)

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud sobre el consumo de sustancias psicoactivas (“Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas,” 2004), el consumo de tabaco, va aumentando rápidamente y contribuye significativamente a la carga mundial de morbilidad, aumenta cada vez más en los países en desarrollo y en la población femenina. En la actualidad en los países en desarrollo, el 50% de los hombres y el 9% de las mujeres son fumadores, en comparación al consumo en los países desarrollados cuyas cifras son hombres: 35% y mujeres: 22% China es uno de los países en desarrollo con mayor consumo per capita. El consumo de cigarrillo tiene numerosos efectos nocivos en la salud, siendo los más graves enfermedades como el cáncer de pulmón, enfisema y otros padecimientos crónicos.

Dependencia:

Según la definición del CIE- 10 (2013) existen 6 criterios de dependencia a sustancias y alguien puede considerarse dependiente si cumple al menos tres de dichos criterios durante el año anterior a la evaluación, a continuación se presentan los criterios:

- Deseo intenso o compulsivo de ingerir la sustancia
- Dificultades para controlar la sustancia, sea con respecto a su inicio, su finalización o su magnitud
- Estado fisiológico de abstinencia al detener o reducir el consumo de la sustancia, puesto de manifiesto por el síndrome de abstinencia característico de una sustancia o por el consumo de la misma sustancia (u otra muy parecida), con la intención de aliviar los síntomas de abstinencia
- Presencia de tolerancia que hace que sean necesarias mayores dosis de la sustancia psicoactiva para lograr efectos producidos originalmente por dosis menores
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer y de diversión a casusa del consumo de la sustancia psicoactiva y aumento del tiempo necesario para obtener o tomar la sustancia, o para recuperarse de los efectos
- Persistencia en el consumo de la sustancia, pese a la existencia de pruebas evidentes de sus consecuencias manifiestamente perjudiciales, como los daños hepáticos causados por el consumo excesivo de alcohol, los estados de ánimo depresivos consecutivos al gran consumo de una sustancia o el deterioro de la función cognitiva

relacionado con el consumo de una sustancia. Debe investigarse si el consumidor es o podría llegar a ser consciente de la naturaleza y gravedad de los perjuicios

Efectos de la nicotina:

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (“Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas,” 2004), estos son los efectos de la nicotina en el cuerpo humano:

Mecanismo de acción principal: Activa los receptores colinérgicos nicotínicos y aumenta la síntesis y liberación de dopamina

Tolerancia y síndrome de abstinencia: aparece tolerancia mediada por factores metabólicos y cambios de los receptores. El síndrome de abstinencia se caracteriza por irritabilidad, hostilidad, ansiedad, humor deprimido, disforia, disminución de la frecuencia cardíaca y aumento del apetito

Consumo prolongado: los efectos del consumo de tabaco sobre la salud están bien documentados; es difícil separar la nicotina de los otros componentes del tabaco. Algunos de dichos efectos son el cáncer de pulmones, de boca, enfermedades respiratorias y cardiovasculares

5.2 Proceso de abandono del tabaquismo

Según Soto Mas, F (2001), el proceso de abandono de tabaquismo es el siguiente:

Preconsideración: Alto grado de dependencia, consumo de más de 15 cigarrillos al día sin intentos recientes de abandono y sin intención de cambio en 6 meses

Consideración: Alto grado de dependencia y/o intento reciente de abandono o intención de cambio en 6 meses

Preparación (temprana): Alto grado de dependencia y pobre historia de abandono, pero con decidida intención de cambio en los próximos 6 meses

Preparación (intermedia): Bajo grado de adicción, menos de 15 cigarrillos al día, o una historia positiva de intentos de abandono

Preparación (avanzada): tanto un bajo grado de adicción, como una positiva historia de intentos de abandono

Acción: Ex fumador menos de tres meses

Mantenimiento: Ex fumador un año o mas

5.3 Métodos o intervenciones realizadas para dejar de fumar:

En los antecedentes encontrados sobre revisiones que recopilen intervenciones para dejar de fumar, se han expuesto numerosos tratamientos e intervenciones implementadas para

cumplir dicho cometido, al someterlos a evaluación, algunos dan cuenta de porcentajes de abstinencia, otros en cambio no lo hacen, pero realmente no se puede determinar si funcionan o no por la cantidad y calidad de los estudios. Algunos de estos tratamientos se definen a continuación:

Farmacoterapia:

- En algunos ensayos clínicos utilizan el Bupropión: es un antidepresivo atípico que posee acciones tanto dopaminérgicas como adrenérgicas y también parece ser un antagonista en el receptor acetilcolinérgico nicotínico. (Vázquez, 2005).
- Otro de los fármacos utilizados para dejar de fumar es la nortriptilina, (Vázquez, 2005) también es indicado en el tratamiento de la depresión mental: alivio de los síntomas de estados depresivos mayores; enfermedad bipolar de tipo depresivo; distimia y depresiones atípicas.
- Recientemente se ha comenzado a utilizar Vereniclina, es un fármaco que al igual que el Bupropión, requiere prescripción médica. Actúa como agonista parcial selectivo de los receptores nicotínicos de las neuronas del área tegmental ventral del mesencéfalo. Al cumplir esta función, es capaz de estimular el receptor nicotínico y por ello controlar el craving y el síndrome de abstinencia.(Diaz Maroto Muñoz & Jimenez Ruiz, 2008)
- Finalmente también se utilizan sustitutivos de la nicotina o TNS, que es la administración de nicotina por vía diferente a la del consumo de cigarrillo y en una cantidad suficiente para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia. La administración se hace por vía oral, si se trata de chicles de nicotina, inhalador bucal,

caramelos de nicotina, tabletas sublinguales; por vía transdérmica se utilizan los parches de nicotina, y por vía nasal se usa el spray nasal. (Díaz Maroto Muñoz & Jiménez Ruiz, 2008)

Tratamientos psicológicos:

- **Terapia conductual:** Es el intento de utilizar sistemáticamente el cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos que resultan de aplicar el método experimental en psicología y en disciplinas afines con el fin de explicar la génesis y el mantenimiento de conductas anormales.(Yates, 1970). Según Becoña (2007), el programa cognitivo conductual para la adicción al tabaco incluye las siguientes estrategias:
 - Información sobre el tabaco.
 - Autorregistro y representación gráfica del consumo.
 - Técnica de desvanecimiento: Reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán.
 - Técnica de control de estímulos.
 - Estrategias para controlar el síndrome de abstinencia de la nicotina.
 - Feedback fisiológico del consumo (monóxido de carbono en el aire espirado).
 - Estrategias de prevención de la recaída (entrenamiento en aserción, entrenamiento en solución de problemas, cambio de creencias erróneas, manejo de la ansiedad y de la ira, ejercicio físico, control del peso y autorreforzamiento)
- **Intervenciones de autoayuda:** Los grupos de autoayuda son pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos

grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse a superar una necesidad en común (López, n.d.)

Consejería:

La consejería es una herramienta aplicada a diversos aspectos de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, basada en la comunicación afectiva, busca mejorar la salud del paciente (Serralde, Patricia, Zárate, & Flores, 2009).

También se utilizan otros tipos de tratamientos como la medicina tradicional China (acupuntura) y la terapia motivacional y algunas estrategias como proyección de videos, entrega de folletos, seguimiento o apoyo telefónico, entrenamiento a familiares, contacto con otras personas que han abandonado el consumo de tabaco, etc.

5.4 Métodos utilizados para evaluar la conducta de fumar:

Existen muchos métodos para evaluar el consumo de cigarrillo en los fumadores y dichos métodos se pueden utilizar solos o en compañía de otros, entre los antecedentes revisados para la presente investigación, se encontraron principalmente:

- Entrevista: Entre las áreas más importantes para evaluar la conducta de fumar se incluyen las variables demográficas, variables relacionadas con el consumo, intento de abandono o reducción de cigarrillo previos, tiempo de abstinencia, razones para dejar de fumar en intentos previos, razones para dejar de fumar actualmente, etc (Beco & Sur, 2004). Hay varios tipos de entrevistas como la conductual y la motivacional.

Según Becoña (2010) la entrevista motivacional se define de la siguiente forma:

“Se centra en evitar la confrontación con el paciente, especialmente en aquellos casos en los que existe ambivalencia a la hora de plantearse el cambio de conducta (en el caso que nos ocupa que deje el consumo de drogas) y en facilitar que ponga de manifiesto los motivos de preocupación por su conducta”. Las intervenciones motivacionales están dirigidas a aumentar la motivación de producir cambios.

La entrevista Conductual hace parte de la evaluación conductual y del proceso terapéutico, según Morganstern K, P (1993), en la entrevista conductual no solo se establece la relación terapéutica, se toman las primeras decisiones clínicas importantes y se establecen los objetivos de la terapia, sino que también se identifica el problema, se trazan las metas de la evaluación y se tienen en cuenta las consideraciones éticas necesarias

- Autorregistros: la realización de autorregistros ayudará al fumador a tomar conciencia de su comportamiento mecánico, y además puede registrar y cuantificar objetivamente las variables que controlan su conducta (Beco & Sur, 2004)
- Medidas fisiológicas: Las medidas que más se utilizan son el monóxido de carbono en el aire expirado, el tiocianato y la cotinina en saliva u orina.(Beco & Sur, 2004)

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de investigación

La presente será una recopilación de fuentes documentales sobre las intervenciones para dejar de fumar investigadas en diferentes bases de datos (Ebsco, Science Direct, Dialnet y Pubmed). Según Leterier, Martínez y Rada (2005), hay tres tipos de investigación documental, el primero, retoma la producción documental sobre un tema particular en un periodo de tiempo pero no se detiene en el análisis de la metodología, el segundo, resume en un solo valor numérico toda la evidencia relacionada con un tema puntual y la tercera es un esfuerzo de análisis y síntesis sobre la validez de los constructos que se erigen como teorías de un tema.

6.2 Fuentes documentales

Las fuentes documentales seleccionadas para la presente investigación están disponibles en la Universidad de Antioquia (2015):

- DialNet: Es una hemeroteca virtual multidisciplinaria con material predominante en habla hispana y con acceso a cerca de 3,500 publicaciones electrónicas y 35,000 artículos en texto completo, es el resultado de un consorcio de varias universidades españolas que lidera la Universidad de la Rioja.
- Ebsco: Base de datos multidisciplinaria con acceso más de 12.000 títulos de revistas de editores de todo el mundo, los cuales están agrupados en 10 Bases de Datos

Bibliográficas principales, a saber: Fuente Académica, Master File Complete, Newspaper source, Academic Search Complete, Business Source Complete, Masterfile Complete, Newspaper Source, Psychology and Behavioral Sciences Collection y Regional Business News.

- Science Direct: Liderada por Elsevier Science, así como otros editores asociados, es una de las colecciones electrónicas más grandes del mundo en ciencia y tecnología, física, ingeniería, ciencias de la vida, ciencias sociales, ciencias humanas y medicina. Ofrece acceso al texto completo de 2323 títulos de revistas e información bibliográfica referencial de cerca otros 1039 títulos; de igual manera, ofrece el texto completo de 2001 libros en formato pdf y la información referencial de 4912 libros más. La información es de actualización diaria, su motor de búsqueda posee una de las estructuras mejor organizadas que permite realizar búsquedas de documentos por múltiples opciones

6.3 Criterios de inclusión:

- Publicaciones que utilicen intervenciones psicológicas solas o combinadas con otro tipo de tratamiento
- Publicaciones en revistas indexadas entre el año 1999 y 2014
- Intervenciones psicológicas para dejar de fumar como el tema principal
- Artículos publicados en dos idiomas: Español e Inglés

6.4 Criterios de exclusión:

- Publicaciones realizadas antes del año 1999
- Boletines, reseñas de libros, comentarios que no se deriven de investigaciones
- Publicaciones en otras bases de datos
- Artículos publicados en otros idiomas diferentes al Español o Inglés

6.5 Instrumentos:

Los artículos encontrados en la búsqueda para esta investigación fueron analizados en base a los lineamientos de clasificación del Scottish Intercollegiate Guidelines Network, ya que permite analizar el nivel de evidencia, los grados de recomendación, examinar los enfoques, diseños, muestreo e instrumentos de recolección de la información utilizados por cada autor, sus criterios de análisis de evidencia son los siguientes:

- Ia la evidencia científica procede de metanálisis de ensayos clínicos controlados y aleatorios, revisiones sistemáticas
- Ib la evidencia científica procede de, al menos un ensayo clínico controlado y aleatorio
- IIa la evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar
- IIb la evidencia científica procede de al menos un estudio cuasi experimental, bien diseñado
- III la evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados, como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles.

- IV la evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio

6.6 Grados de recomendación:

- A corresponde a los niveles de evidencia Ia y Ib. Existe una evidencia buena con base en la investigación para apoyar la recomendación
- B corresponde a los niveles de evidencia IIa, IIb y III. Existe una evidencia moderada con base en la investigación para apoyar la recomendación
- C corresponde al nivel de evidencia IV. La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso

Para realizar este proceso de clasificación se tomará la presente ficha creada por Villada, Johny (2011), ya que permite condensar la información de cada artículo (ver anexo 1):

- Fecha de recuperación del artículo
- Datos Bibliográficos del artículo: nombres y apellidos de los autores, nombre de la revista, año de publicación, título del artículo, páginas
- Base de datos consultada
- Clave de búsqueda
- Objetivo del estudio
- Tipo de estudio: revisión documental, metanálisis, estudio empírico- analítico o estudio cualitativo

- Nivel de investigación: exploratorio, descriptivo, descriptivo correlacional o explicativo.
- Diseño de investigación
- Muestra
- Instrumentos
- Procedimientos de análisis de la información
- Resultados
- Síntesis de la tendencia investigativa

6.7 Procedimiento y análisis de la información

Inicialmente se identificaron las bases de datos a consultar: Science Direct, Ebsco, Dialnet y Pubmed . La búsqueda se limitó a los años comprendidos entre 1999 y 2014 y se utilizaron las siguientes palabras claves en inglés: Smoking Cessation AND Behavioural Therapy; y en español Dejar de fumar, Tratamiento psicológico; se utilizaron palabras diferentes en inglés y español ya que la traducción de tratamiento psicológico en inglés genera muchos más resultados que dificultan la búsqueda adecuada de información. La fecha de búsqueda fue el día 8 de septiembre de 2014. Inicialmente se pretendía recopilar el mayor número de artículos publicados en español sobre las Intervenciones para dejar de fumar y se encontraron unos pocos con las palabras claves ya mencionadas, el intento con otro tipo de palabras claves no arrojó resultados. Por el contrario con las palabras utilizadas en inglés si se produjeron mayores resultado. Para el análisis de la evidencia de los artículos se utilizó la clasificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network que permitió identificar el

nivel de evidencia y los grados de recomendación y para el análisis bibliométrico y el procesamiento de los datos cuantitativos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 2.0

6.8 Consideraciones éticas:

La presente investigación tomará como consideración ética los siguientes artículos del Manual de Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia, publicado en el año 2009:

Artículo 50 del título VII, capítulo 7: Los profesionales de la psicología, al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes

Artículo 55 del título VII, capítulo 7: los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darle uso indebido a los hallazgos

Artículo 56 del título VII, capítulo 7: Todo profesional de psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados con la debida autorización de los autores.

7. RESULTADOS

A continuación se realiza una descripción bibliométrica de los principales aspectos de la presente investigación y el análisis de los mismos

7.1 Idioma de las publicaciones

Con respecto al idioma de las investigaciones, en esta tabla se observa que la mayoría de artículos consultados fueron escritos en inglés, por el contrario, solo 5 artículos fueron escritos en español. (Ver tabla 1)

TABLA1
Idioma de la publicación

IDIOMA DE PUBLICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Español	5	20
Inglés	20	80
Total	25	100

7.2 Bases de datos consultadas

Respecto a las bases de datos consultadas, en esta tabla se observa que Ebsco fue la que arrojó mayores artículos útiles para la presente investigación, por el contrario, la base de datos Science Direct solo arrojó como resultado 2 artículos útiles (Ver tabla 2).

TABLA 2
Bases de datos

BASES DE DATOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ebsco	16	64
Dialnet	3	12
Science Direct	2	8
PubMed	4	16
Total	25	100

7.3 Tipo de estudio de los artículos

Del tipo de estudio por artículo, la tabla 3 evidencia que la mayoría de los estudios son empírico analíticos ya que tienen una frecuencia de 20 artículos sobre 25 del total, por el contrario, las revisiones sistemáticas y los meta análisis tienen una frecuencia menor con 3 y 2 artículos respectivamente (Ver tabla 3).

TABLA 3
tipo de estudio

Tipo de estudio	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Empírico analítico	20	80
Revisión Sistemática	3	12
Meta Análisis	2	8
Total	25	100

7.4 Nivel de estudio de los artículos

Hablando del nivel de estudio, en esta tabla se observa que la mayoría de los artículos son de tipo ensayo controlado aleatorio y cuasi experimentales, también se evidencia baja frecuencia de estudios de tipo retrospectivo (1) y prospectivo (2).(Ver tabla 4)

TABLA 4
nivel de estudio

Tipo de estudio	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ensayo controlado aleatorio	8	32
Cuasi Experimental	4	16
Prospectivo	2	8
Retrospectivo	1	4
Piloto	3	12
Otros	2	8
Total	25	100

7.5 Muestra

Con respecto a la muestra, en la presente tabla se evidencia que la mayoría de los artículos tienen una muestra de 0 a 100 personas; solo se identificó 3 artículos con una muestra de más de 500 personas (Ver tabla 5)

TABLA 5
número de muestra

Muestra	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 0 a 100	6	24
De 101 a 300	5	20
De 301 a 500	5	20
Más de 500	3	12
Total	19	100

7.6 Nivel de evidencia

Respecto al nivel de evidencia, en la presente tabla se observa que la mayoría de los artículos tienen un nivel de evidencia Ib (10 artículos), por el contrario, no hay artículos con nivel de evidencia IV y hay pocos (2 artículos) con nivel de evidencia III (Ver tabla 6).

TABLA 6
Nivel de evidencia

NIVEL DE EVIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ia	5	20
Ib	10	40
IIa	3	12
IIb	5	20
III	2	8
IV	0	0
Total	25	100

7.7 Grado de recomendación

Con respecto al grado de recomendación, en esta tabla se observa que la mayoría de los artículos tienen una calificación de A (18 artículos), en comparación con los otros 7 artículos que tienen grado de recomendación B (Ver tabla 7)

TABLA 6
Grado de recomendación

GRADO DE RECOMENDACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A	18	72
B	7	28
Total	25	100

7.8 Forma de evaluación de la abstinencia

En esta tabla se observa que la mayoría de los artículos utilizaron evaluación bioquímica para investigar la abstinencia de los participantes, solo 2 artículos la evaluaron con autorreportes y 5 artículos utilizaron la combinación de ambas (Ver tabla 8)

TABLA 7

Forma de evaluar la abstinencia

FORMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Autorreporte	2	8
Bioquímica	11	44
Ambas	5	20
No reportan	7	28
Total	25	100

7.9 Tipo de tratamiento utilizado por artículo

En la tabla 9 se observa que la mayoría de los artículos revisados (6), corresponden a investigaciones en las que se mira la eficacia de los tratamientos psicológicos para dejar de fumar. También hay 5 artículos que realizan comparaciones entre grupos con tratamientos combinados, por ejemplo grupos donde se combina el tratamiento farmacológico, reemplazo nicotínico y psicológico vs tratamiento psicológico y farmacológico (Ver tabla 9)

TABLA 8

Tipo de tratamiento por cada artículo

Tratamiento	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Psicológico	6	32
Psicológico y grupo control	2	10.5
Combinado TP y RN	2	10.5
TP, RN, Ej	2	10.5
TP y RN vs RN	2	10.5
Combinación de diversas condiciones	5	26
Total	19	100

*TP: Terapia Psicológica, RN: Reemplazo nicotínico, Ej: Ejercicio F: Tratamiento Farmacológico

7.10 Tipo de tratamiento en cada grupo de intervención

De los tratamientos psicológicos para disminuir el consumo de cigarrillo, 10 utilizan tratamiento psicológico combinado con reemplazo nicotínico y en contraste solo 2 artículos realizan su investigación en grupos que utilizan terapias combinadas con ejercicio. (Ver tabla 10)

TABLA 9

Tipo de Tratamiento en cada grupo

Tratamiento	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Psicológico	16	41
Farmacológico	1	2.5
Reemplazo nicotínico	3	7.7
Combinado TPy F	3	7.7
Combinado TP y RN	10	26
Combinado TP, F, RN	1	2.5
Combinado TP, RN, Ej	2	5
Grupo Placebo o control	3	7.7
Total	39	100

*TP: Terapia Psicológica, RN: Reemplazo nicotínico, Ej: Ejercicio F: Tratamiento Farmacológico

7.11 Diferencia significativa entre grupos de intervención

Según la presente tabla, solo 5 de los artículos presentan diferencias significativas en los grupos de intervención, por el contrario, la mayoría de estos (11 artículos) no presentan diferencias significativas, sin embargo, mencionan que se presenta mayor abstinencia en los grupos de intervención, cabe anotar que un gran número de artículos (8) no especifica si hay diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de tratamiento (Ver tabla 11).

TABLA 10
Diferencia significativa

Diferencia significativa	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	5	20
No	11	44
No específica	8	32
No aplica	1	4
Total	25	100

7.12 Seguimiento al finalizar el tratamiento

En la presente tabla puede observarse que la mayoría de los artículos no realizan seguimiento después de haber finalizado el tratamiento, 7 de las investigaciones realizan seguimiento a los 6 meses, y solo 2 investigaciones realizan seguimiento luego de los 12 meses. Cabe aclarar que en esta tabla se especifica el seguimiento para cada artículo, por consiguiente se reportan varios seguimientos por artículo (ver tabla 12).

TABLA 12
seguimiento al finalizar el tratamiento en meses

Meses	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 3 meses	3	7.9
3 meses	5	13.1
6 meses	7	18.4
12 meses	5	13.1
Mas de 12 meses	2	5.2
No especifica	1	2.6
No tiene seguimiento	9	23.7
No aplica	6	15.7
Total	38	100

7.13 Nivel de evidencia por cada tratamiento

Respecto al nivel de evidencia por cada tratamiento, observamos que el tratamiento psicológico solo tiene 4 artículos ubicados en nivel de evidencia Ib y 2 artículos ubicados en el IIb, además el tratamiento psicológico combinado con grupo control tiene 2 artículos ubicados en nivel de evidencia Ib (Ver tabla 13)

TABLA 13
Tratamiento por artículo en relación al nivel de evidencia

Tipo de tratamiento por cada artículo

Tratamiento	Nivel de evidencia					
	Ia	Ib	IIa	IIb	IIc	IV
Psicológico	-	4	-	2	-	-
Psicológico y grupo control	-	2	-	-	-	-
Combinado TPy RN	-	2	-	-	-	-
TP, RN, Ej		1	1	-	-	-
TP y RN vs RN	-	2	-	-	-	-
Combinación de diversas condiciones	-	1	2	1	1	-
No aplica	6					
Total	6	12	3	3	1	0

7.14 Grado de recomendación

Respecto al grado de recomendación por cada tratamiento, la siguiente tabla evidencia que 4 artículos con grado de recomendación A utilizan tratamiento psicológico en su investigación, otros 2 artículos que también tienen grado de recomendación A, utilizan tratamiento psicológico combinado con grupo control en su investigación. (Ver tabla 14)

TABLA 14

Tratamiento por artículo en relación al grado de recomendación

Tipo de tratamiento por cada artículo	Grado de recomendación	
	A	B
Psicológico	4	2
Psicológico y Grupo control	2	
Combinado TP y RN	2	
TP, RN y Ej	1	1
TP, RN vs RN	2	
Combinación de diversas condiciones	1	4
No aplica	6	
Total	18	7

7.15 Tasa de abstinencia según el tratamiento

Respecto a la tasa de abstinencia comprobada en cada estudio, 13 de los artículos que reportan una abstinencia entre 0 y 25% utilizaron tratamiento psicológico, 4 artículos que reportan abstinencia entre 26% y 50% también utilizan tratamiento psicológico; solo 1 artículo reporta en sus tratamientos una abstinencia entre 76% y 100% utiliza tratamiento psicológico, los tratamientos como el farmacológico y el remplazo nicotínico solo tienen de

a un artículo por rango de abstinencia (0-25% y 26% - 50%), en los rango de 51%-75% y 76%-100% no reportan ningún artículo. (Ver tabla 15)

TABLA 15
tasa de abstinencia según tipo de tratamiento

Tipo de intervención	Tasa de abstinencia %			
	0-25	26-50	51-75	76-100
Psicológico	13	4	5	1
Farmacológico	1	1		
Reemplazo nicotínico	1	1		
Combinado TP y F	1			1
Combinado TP y RN	2		1	2
Combinado TP, F, RN		1		1
Combinado TP, RN, Ej		2		
Grupo Placebo o control	2		1	
Total	20	9	7	5

8. DISCUSIÓN

Según los resultados anteriormente presentados de una forma principalmente cuantitativa se deben resaltar los siguientes aspectos:

Respecto al idioma de los artículos, que la mayoría de estos estuvieran escritos en inglés (ver tabla 1) generó ciertas dificultades principalmente al momento de realizar una traducción e interpretación acertada y completa al idioma español; con respecto a esto puede concluirse que existen pocas investigaciones realizadas en Latinoamérica o no se realiza la publicación de las mismas.

En relación al nivel de estudio, se observa la preferencia por la realización de tipo empírico analíticos, principalmente ensayos controlados aleatorios, y la poca realización de revisiones sistemáticas, metaanálisis y de estudios de tipo retrospectivo. Con esto se puede concluir que el objetivo principal de la mayoría de investigaciones consultadas sobre tratamientos para disminuir el consumo de cigarrillo es comprobar qué tan efectivo es el tratamiento, pudiendo al mismo tiempo comparar cómo funciona la aplicación del mismo en unas personas y la no aplicación en el grupo control. También se puede concluir con respecto a la realización de revisiones sistemáticas y metaanálisis que pocos investigadores se han preocupado por condensar la información ya obtenida y de investigaciones anteriores o que por otras razones, no menos importantes, este tipo de estudios son difíciles de realizar. Se denota igualmente la ausencia de investigaciones explicativas, los artículos presentan en sus resultados solo descripciones de cómo realizan cada investigación pero poco profundizan en explicaciones de cómo funcionan los procedimientos aplicados y los resultados de estos.

Se observa también la ausencia de investigaciones longitudinales que evalúen las consecuencias de los tratamientos a largo plazo, si bien muchas de las investigaciones realizan controles posteriores a la aplicación del tratamiento, los realizan a corto plazo (ver tabla 12) dejando a la imaginación el comportamiento del tratamiento y las posteriores repercusiones positivas o negativas en la salud de las personas, no solo de los tratamientos psicológicos, sino también de los farmacológicos, del remplazo nicotínico y los otros ya nombrados como el ejercicio o el remplazo nicotínico.

En relación a los diseños de investigación utilizados, la mayoría son ensayos controlados aleatorios y por ende tienen un nivel de evidencia Ia y Ib y un grado de recomendación A, por tal motivo se puede concluir que los datos que se han obtenido son confiables, lo que permite pensar en una información acertada sobre los tratamientos para dejar de consumir cigarrillo y la obtención de resultados con menos sesgos. Cabe anotar que dentro de todos los diseños de investigación se aplican diferentes técnicas farmacológicas y psicológicas y pocos describen cómo los realizan, lo que hace imposible unificar la descripción del tratamiento. A continuación se numeran las técnicas psicológicas empleadas en las investigaciones de las publicaciones consultadas:

TABLA 16 Técnicas utilizadas en el tratamiento psicológico

Técnicas utilizadas en el tratamiento psicológico
Apoyo motivacional
Asesoría Grupal
Asesoría Individual
Asesoría telefónica individual
Asesoramiento conductual breve
Asesoramiento conductual intensivo
Terapia cognitivo-conductual frecuente
Terapia cognitiva-conductual breve
Terapia cognitiva-conductual multicomponente
Intervención conductual breve
Terapia de comportamiento grupal
Entrevista motivacional
Terapia de exposición
Terapia de exposición
Terapia cognitivo-conductual multicomponente
Entrevista motivacional
Consejos

Otra de las dificultades principales es poder distinguir de forma metodológica la diferencia entre las técnicas utilizadas en las investigaciones consultadas; es importante para analizar a profundidad los resultados, que los autores de las investigaciones hagan una descripción detallada de los métodos empleados ya que existen tantas técnicas como paradigmas respecto a este tema de las intervenciones psicológicas; los artículos investigados aportan la misma conclusión, autores como Mrozowicz-gaudyn, D., Sanz, M. M., & Carballo, J. L. (2013) por ejemplo, lo nombran de la siguiente forma:

“En cualquier caso, futuros estudios experimentales deberían continuar aportando evidencia sobre la eficacia del tratamiento conductual, por ejemplo, utilizando varios grupos control y experimentales donde se descomponga el programa en sus distintas técnicas (como por ejemplo la reducción gradual, los autorregistros, el control de estímulos, etc.) con el fin de analizar cuáles tienen más peso sobre la recuperación, mejorando incluso la eficiencia del mismo.” (p.80)

Esta cita también nos habla de las dificultades que genera el no poseer grupo control para una posible comparación de eficacia entre tratamientos. Es importante nombrar en esta idea que otra de las principales dificultades metodológicas de los estudios consultados, es la falta de evaluación y control de los resultados a medio y a largo plazo, principalmente porque no hay una perspectiva sobre el comportamiento del tratamiento en los pacientes tiempo transcurrido luego de finalizar el tratamiento.

En relación a la muestra de los estudios, la principal dificultad es la poca adherencia al tratamiento y si bien al finalizar cada estudio, presentan el resultado de la abstinencia en porcentajes, este lo basan en la cifra de participantes final y no inicial y como la mayoría de

los artículos no especifica las cifras finales de cuantos pacientes completan el tratamiento, es difícil presentar conclusiones al respecto. Sería recomendable que todas las investigaciones presentaran de una forma más detallada dichas cifras

Si bien algunos de los estudios, nombran la importancia del tratamiento psicológico en la obtención de resultados medidos por porcentaje de abstinencia, y arrojan conclusiones positivas respecto a la implementación del mismo como lo hace Cabras, V. P. (2014) en su artículo “Cuanta más psicología, mejor: eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual intensiva y de los parches de nicotina combinados con terapia cognitiva conductual intensiva y menos intensiva”:

“los resultados del presente estudio indican que no parece que esté justificado el ostracismo y la marginación que los abordajes psicológicos están sufriendo en las principales guías clínicas para dejar de fumar, especialmente si éstos son aplicados con la intensidad adecuada y por profesionales competentes.” (p.7)

Cabe anotar que ningún artículo consultado aclara o concluye cuál es la intensidad adecuada de la que habla el presente autor.

Los artículos que en su investigación compararon el tratamiento psicológico con otro tipo de tratamientos como el farmacológico en su mayoría, también arrojan resultados positivos hacia el implemento de terapias psicológicas para dejar de fumar, Wittchen, H. Hoch, E. Klotsche, J. y otros (2011) en su artículo “Smoking cessation in primary care – a randomized controlled trial of bupropione, nicotine replacements, CBT and a minimal intervention”: lo nombra así: “En contraste con los grupos de medicamentos, la terapia conductual revela un aumento más modesto en la abstinencia” (p.36), si bien esta cita nos habla del tratamiento farmacológico por encima del psicológico respecto a la abstinencia,

también nos confirma que este último sí genera resultados positivos y que es entonces importante la implementación del mismo.

En referencia a los resultados obtenidos en el presente estudio sobre la abstinencia por cada tipo de tratamiento (ver tabla 15), se obtienen las siguientes conclusiones: la primera y más importante es que la mayoría de los artículos consultados (20 en total) reportan un porcentaje de abstinencia muy bajo, ubicado entre el 0 y el 25% y de estos 20 artículos, 13 utilizan tratamiento psicológico en sus estudios, se puede confirmar entonces la eficacia de la utilización de las técnicas psicológicas en los tratamientos para dejar de fumar y resaltar la importancia de las mismas bien sea que se implementen solas o acompañadas de tratamiento farmacológico u otro tipo de tratamiento, y que si bien se demuestra la efectividad de las mismas en pacientes fumadores, es un porcentaje muy bajo que puede dar cuenta al mismo tiempo y aunque suene discrepante, de la poca efectividad de los mismos, es importante entonces la realización de más investigaciones con rigurosidad metodológica, longitudinales y experimentales que puedan controlar más variables y que permitan llegar a mejores y más acertadas conclusiones.

Es de anotar que aunque las investigaciones apoyen en sus conclusiones el uso de tratamiento psicológico para aumentar la abstinencia en las terapias para dejar de fumar, si nos dirigimos a los datos obtenidos con respecto a la abstinencia, podemos decir que es baja en la mayoría de tratamientos ya que se ubican en porcentajes de 0 a 25%, lo mismo sucede con las intervenciones farmacológicas, en su mayoría, el porcentaje de abstinencia se ubica en este mismo rango.

Si bien los resultados obtenidos en la presente investigación confirman el funcionamiento (aunque bajo) de los tratamientos ya nombrados, los estudios en cuya

intervención para dejar de fumar comparan la implementación de dos tratamientos psicológicos con técnicas diferentes, no hayan diferencias significativas en los resultados de la abstinencia, como lo nombran Cavallo, D. A., Cooney, J. L., Duhig, A. M. y otros (2007). en su artículo “Combining Cognitive Behavioral Therapy with Contingency Management for Smoking Cessation in Adolescent Smokers: A Preliminary Comparison of Two Different CBT Formats”: “No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las dos intervenciones en el final del tratamiento o seguimiento de las tasas de abstinencia o porcentaje de días de abstinencia durante el tratamiento” (p472); lo que puede dar a entender que aun no se tiene claro que técnica psicológica funciona mejor en lo que tiene que ver con esta problemática, o aspectos accesorios como la intensidad en la que debe aplicarse la misma para obtener mejores resultados; otros autores por ejemplo, destacan la importancia del tratamiento grupal por encima del individual: “los programas de apoyo grupal para dejar de fumar, tienen generalmente altos índices de efectividad en comparación con otras formas menos intensivas de apoyo, parece razonable seguir ofreciendo grupos cuando sea factible”(p.572) Paul, C. L., McLennan, J., Baxendale, A. (2013), es importante entonces realizar más investigaciones sobre las diferentes terapias y técnicas psicológicas que permitan arrojar más conclusiones sobre esto.

Profundizando un poco más sobre la implementación de las técnicas, aunque no reporten significación estadística entre varios tratamientos psicológicos, la implementación de una técnica sobre otra o la intensidad de aplicación del tratamiento si genera ciertas diferencias aunque sean mínimas entre los mismos, ejemplo de ello es el artículo de Paz, M., & Vera, G. (2006) “¿Qué aportan las técnicas de exposición a la efectividad de la terapia

cognitivo-conductual con parches de nicotina para dejar de fumar?” en el que lo nombran de la siguiente forma:

“Efectivamente, aunque el programa combinado de terapia cognitivo-conductual con parches de nicotina que incluía terapia de exposición, mostró tasas de abstinencia en el postratamiento y en los seguimientos al mes, a los seis meses y al año superiores al programa combinado de terapia cognitivo-conductual con parches de nicotina que no incluía exposición” (p. 314)

Sin embargo, con este aporte se crea discrepancia entre las conclusiones de varios artículos difíciles de resolver.

El análisis de los datos estuvo limitado no solo porque la mayoría de los artículos consultados no diferencian ni describen los tratamientos psicológicos utilizados en su investigación, no detallan técnicas y se limitan a nombrarlas y que por cuenta de ello los resultados obtenidos provenientes de dichas técnicas se generalizan como “tratamiento psicológico”, (al inicio de la presente investigación se intentó discriminar por técnicas utilizadas en los tratamientos psicológicos pero la realización de este cometido se hizo imposible por la cantidad de técnicas implementadas), sino también porque el personal que realiza los tratamientos en cada investigación son diferentes profesionales, médicos, enfermeras o consejeros, no precisamente psicólogos, por tal motivo es difícil tener certeza de que los tratamientos nombrados en cada artículo realmente sean tratamientos psicológicos.

9. CONCLUSIONES

Según las preguntas de investigación planteadas, la presente investigación llega a algunas conclusiones basándose no solo en la lectura de los 25 artículos consultados para realizar la misma sino en el análisis de sus datos y la comparación de los mismos entre artículos, a continuación se nombran las principales:

Respecto a la pregunta de investigación inicial ¿cuál es el nivel de evidencia sobre las intervenciones psicológicas para dejar de fumar, en comparación con otros tratamientos? se evidencia que si bien la mayoría de los artículos tienen tratamientos ubicados en un nivel de evidencia Ib, (ver tabla 13), el mayor número de éstos son tratamientos psicológicos, por ende se puede afirmar que los artículos en cuya investigación utilizaron algún tipo de tratamiento psicológico, dichos tratamientos tienen un nivel de evidencia más alto sobre los tratamientos no psicológicos como el farmacológico, el reemplazo nicotínico o el ejercicio físico.

La segunda pregunta de investigación planteada fue ¿Cuáles son y en qué consisten las intervenciones psicológicas para dejar de fumar?, si bien en el marco teórico se explicaron los tipos de tratamiento para dejar de fumar, se esperaba que en todos los artículos investigados aclararan qué tipo de tratamientos psicológicos, técnicas e intensidad de los mismos se aplicó en cada investigación, pero como ya se aclaró en la discusión, algunos de los artículos solo se limitan a nombrar por cuánto tiempo se realizó el tratamiento y qué tipo de profesional lo realizó, de los pocos artículos que si explicaron qué tipo de intervención realizaron, se pueden nombrar los siguientes tratamientos: terapia motivacional, terapia conductual, terapia cognitiva-conductual multicomponente, terapia conductual breve,

consejería, terapia comportamental grupal y entrevista motivacional como sus tratamientos principales, por los limitantes ya nombrados es difícil explicar cómo aplicaron los mismos, y unificar el tiempo transcurrido en los mismos, ya que algunos tienen control al finalizar el tratamiento, otros seguimientos al tiempo transcurrido, y varía de meses a años, algunos por ejemplo tienen más de 3 controles, como es el caso del artículo “Does physical exercise in addition to a multicomponent smoking cessation program increase abstinence rate and suppress weight gain? An intervention study” que tiene seguimiento a las 3 y 6 semanas, 3 y 6 meses y 12 meses, también resulta complicada la descripción del tratamiento porque algunos de los artículos que comparan dos grupos de intervención entre sí, lo que realizan es disminuir la intensidad del tratamiento en el grupo control.

La última pregunta de investigación expuesta y la más importante de todas es ¿Las intervenciones psicológicas son efectivas al momento de dejar de fumar?, como ya se planteó en la discusión, los resultados de esta investigación sugieren que si bien es importante la implementación de terapias psicológicas en las intervenciones para dejar de fumar, porque se comprueba su efectividad por encima de los demás tratamientos, el mayor porcentaje obtenido en cuanto a la abstinencia es muy bajo ya que se ubica en el rango de 0 a 25%; y que no solo es primordial la realización de más investigaciones, hace falta más rigurosidad metodológica en las ya existentes y más investigaciones que no solo se dediquen a la aplicación y descripción de los tratamientos utilizados sino a su explicación y el seguimiento de los mismos.

REFERENCIAS

- Afek, S. (n.d.). Role of intensive counseling in smoking cessation. A multicausal prospective study in the primary care setting, 21–30.
- Akkaya, A., Öztürk, Ö., Lu, H. C. G., Bircan, H. A., Ek, S. S. I. M. S., Diseases, P., & Faculty, M. (2006). Evaluation of patients followed up in a cigarette cessation clinic, 311–316.
- Banham, L., & Gilbody, S. (2010). Smoking cessation in severe mental illness : what work
- Barth, J., Critchley, J., & Bengel, J. (2006). Efficacy of psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 32(1), 10–20. doi:10.1207/s15324796abm3201_2
- Beco, E., & Sur, C. (2004). Evaluación de la conducta de fumar, (1), 201–226.
- Becoña, E (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Socialdrogalcohol.
- Bryant, J., Bonevski, B., Paul, C., McElduff, P., & Attia, J. (2011). A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups. *Addiction (Abingdon, England)*, 106(9), 1568–85. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03467.x

- Cabras, V. P. (2014). Cuanta más psicología mejor eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual intensiva y de los parches de nicotina combinados con terapia cognitiva conductual intensiva y menos intensiva, 25(1), 1–10.
- Cavallo, D. A., Cooney, J. L., Duhig, A. M., Smith, A. E., Liss, T. B., McFetridge, A. K., Rounsaville, B. J. (2007). Combining Cognitive Behavioral Therapy with Contingency Management for Smoking Cessation in Adolescent Smokers: A Preliminary Comparison of Two Different CBT Formats, 468–474. doi:10.1080/10550490701641173
- Chatkin, J. M., Abreu, C. M. De, Haggström, F. M., Wagner, M. B., & Fritscher, C. C. (2004). Abstinence rates and predictors of outcome for smoking cessation: do Brazilian smokers need special strategies?, 778–784. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00755.x
- Communication, S. (2007). Five-year outcomes for a smoking cessation clinic, (June 2005), 911–915. doi:10.1111/j.1440-1843.2007.01127.x
- D.F. Marks; C.M Sykes. (2002). Randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy for smokers living in a deprived area of London: outcome at one-year follow-up. doi:10.1080/13548500120101513
- Diaz Maroto Muñoz, J. L., & Jimenez Ruiz, C. A. (2008). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Inf Ter Sist Nac Salud*, 32(3), 71–82. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25245343>

- González Correa, A., Ramírez Hernandez, M., & Mejía Ocampo, J. (2013). II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria , Comunidad Andina de Naciones (CAN).
- Dupuis, E. A., Kinnunen, T., & Ph, D. (2011). Smoking Cessation Program with Exercise Improves Cardiovascular Disease Biomarkers in Sedentary Women, 20(7). doi:10.1089/jwh.2010.2075
- El-khorazaty, A. A. E. E. M. N., Kiely, M., & Gantz, M. G. (2011). Smoking Cessation and Relapse Among Pregnant African-American Smokers in Washington , DC. doi:10.1007/s10995-011-0825-6
- Kim, S. S., Chen, W., Kolodziej, M., Wang, X., Wang, V. J., & Ziedonis, D. (2012). A systematic review of smoking cessation intervention studies in China. *Nicotine & Tobacco Research : Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 14(8), 891–9. doi:10.1093/ntr/ntr289
- Leterier, M. Martínez, J. Rada, G. (2005). Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia?. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 246-249
- López, Y. D. (n.d.). los grupos de autoayuda como estrategia de intervención de poyo social.
- Martínez, J., et al. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas en Adolescentes, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. *Rev. salud pública*. 9 (2):215-229, 2007

Míguez, M. C. (2013). INTERVENCIONES PARA DEJAR DE FUMAR CON PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR : UNA REVISIÓN SMOKING CESSATION INTERVENTIONS WITH INPATIENTS FOR A CARDIOVASCULAR DISEASE : A LITERATURE REVIEW. *Health and Addictions*, 13(2), 123–134.

Mph, M. J. E., Ba, L. M. B., Fillion, K. B., Frcpc, S. R., Mph, L. P., Paradis, G., ... Loughlin, J. O. (2010). The efficacy of smoking cessation therapies in cardiac patients : A meta-analysis of randomized controlled trials, 26(2), 73–79.

Morganstern, K.P. (1993) Entrevista conductual. En A.S. Bellak y M. Hersen. Manual Práctico de Evaluación de Conducta. Descleé de Brower: Bilbao.

Mrozowicz-gaudyn, D., Sanz, M. M., & Carballo, J. L. (2013). Efectividad de un Tratamiento Conductual de Deshabitación Tabáquica Effectiveness of a Behavioral Treatment for Smoking Cessation, 1, 65–83.

Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. (2004).

Paul, C. L., McLennan, J., Baxendale, a, Schnelle, B., Rawson, J., Turon, H. E., & Tzelepis, F. (2013). Implementation of a personalized workplace smoking cessation programme. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 63(8), 568–74. doi:10.1093/occmed/kqt121

Paz, M., & Vera, G. (2006). ¿ QUÉ APORTAN LAS TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN A LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL CON PARCHES DE NICOTINA PARA DEJAR DE FUMAR ?, 3, 305–318.

Rn, D. J., & Jonsdottir, H. (2001). Does physical exercise in addition to a multicomponent smoking cessation program increase abstinence rate and suppress weight gain ? An intervention study, (2).

Rodríguez Rivera, D. (2011). Nuevas medidas para el control del consumo de tabaco en Colombia. *Ministerio de La Protección Social Instituto Nacione*.

Sansores, R. H., Pérez-bautista, O., Neumól, M. C., & Ramírez-venegas, A. (2010). Guías de atención médica para dejar de fumar . Una propuesta para Latinoamérica, 52(1), 355–365.

Schnoll, R. A., Ph, D., Rothman, R. L., Wielt, D. B., Lerman, C., Pedri, H., ... Med, A. B. (2005). A Randomized Pilot Study of Cognitive-Behavioral Therapy Versus Basic Health Education for Smoking Cessation Among Cancer Patients.

Serralde, E. C., Patricia, M., Zárate, P., & Flores, L. S. (2009). en el Hospital General de México, 72(4), 228–230.

Sun S. Kim., et al (2012). A systematic Review of smoking cessation Intervention Studies in China. *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 14, Number 8 (August 2012) 891–899

Vázquez, F. L. (2005). Intervenciones psicológicas y farmacológicas para dejar de fumar en fumadores con un trastorno depresivo. *Clinica Y Salud*, 16, 269–289.

Villada, Johny. (2011). Revisión sistemática sobre la conciencia, el lenguaje y sus relaciones. Universidad de Antioquia, Medellín

Yates, A. J. (1970). La Definición de Terapia Conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2(2), 113–121.

Zuleta N., Orrego O., et al. (2013). Caracterización del consumo de tabaco en la facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Trabajo de grado Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Referencia electrónica tomada de la página oficial de la OMS. Tabaco- datos y cifras. Recuperado el 29 de Septiembre de 2014 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>

Referencia electrónica tomada de la página oficial de la OMS. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Recuperado el 10 de Enero de 2014 de http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf

Referencia electrónica tomada de la página oficial de la OMS. Datos y estadísticas sobre el tabaco. Recuperado el 10 de Enero de 2014 de <http://www.who.int/gho/tobacco/en/index.html>

Referencia electrónica tomada de la página oficial de la OMS. Tabaco: Mortífero en todas sus formas. Recuperado el 15 de febrero de 2016 de: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/folleto2006.pdf>

ANEXO 1. Ficha de ingreso de información

Ficha de ingreso de información			
Fecha de recuperación del artículo:			
Datos bibliográficos del artículo:			
Año de publicación:			
Título del artículo:			
Nombre de la revista:			
volumen	número	Página	
Base de datos donde se encontró el artículo:			
Clave de búsqueda:			
Objetivos de la investigación:			
Tipo de estudio:			
Diseño de investigación:			
Tamaño muestral	N=	n=	Fórmula de extracción de la muestra
Características de la muestra:			
Tipo de instrumentos utilizados:			
Nombre del instrumento 1 y descripción	Nombre del instrumento 2 y descripción	Nombre del instrumento 3 y descripción	
Alpha 1	Alpha 2	Alpha 3	

Procedimiento de análisis de la información:
Resultados
Síntesis de la tendencia investigativa