



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LA PERSPECTIVA CONDUCTUAL EN EL CONSUMO DE
TABACO: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARYCARMEN SANGUINO GAMBOA

DIRECTORA DE LA TESINA:

LIC. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ



Ciudad Universitaria, D.F.

Septiembre, 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción	1
1. Tabaquismo	5
1.1. Antecedentes Teóricos	5
1.1.1. Definiciones	7
1.1.2. Componentes Químicos	8
1.1.3. Daños a la Salud	10
1.1.4. Epidemiología	11
1.2. Dependencia Física	12
1.3. Dependencia Psicológica	14
1.3.1. Enfoque Cognitivo	14
1.3.2. Enfoque Conductual	17
1.3.3. Enfoque Psicoanalítico	23
1.3.4. Enfoque Psiquiátrico	26
2. Tratamientos Contra el Tabaquismo	30
2.1. Antecedentes Históricos	30
2.2. Tratamiento Médico	32
2.2.1. Terapia de Sustitución de Nicotina (T. S. N.)	35
2.2.2. Administración de Bupropión Hidrocloruro o Antidepresivos	37
2.2.3. Administración de Vareniclina	38
2.3. Tratamientos Psicológicos	39
2.3.1. Terapia Cognitivo – Conductual	39
2.3.1.1. Terapia Racional – Emotiva	42
2.3.2. Terapia Conductual	44
2.3.2.1. Procedimientos Aversivos	44
2.3.2.2. Saciedad	45
2.3.2.3. Economía de Fichas	46

3. Tratamiento Contra el Tabaquismo en México	49
3.1. Antecedentes Históricos	49
3.2. Programa de Intervención del Hospital General de México	52
3.2.1. Entrenamiento en Inoculación Conductual	56
3.2.2. Autorregistro	56
3.2.3. Relajación	58
3.2.4. Visualización Dirigida	58
3.2.5. Técnica de Autodiálogos Eficaces	59
3.2.6. Técnica de Role-Playing	59
3.2.7. Entrenamiento en Solución de Problemas	60
3.2.8. Escritura Emocional Autorreflexiva y Cartas de Despedida	61
3.2.9. Técnica de Reducción Gradual de Ingestión de Nicotina y Alquitrán (R. G. I. N. A.)	62
3.3. Programa de Intervención de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (U. N. A. M.)	63
3.4. Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (U. N. A. M.)	69
4. Propuesta	73
4.1. Metodología General del Taller	74
4.2. Desarrollo de Actividades del Taller	76
4.3. Cartas Descriptivas del “Taller de Capacitación en Intervención Conductual como Herramienta en el Tratamiento del Tabaquismo”	84
Conclusiones	88
Referencias	92

Introducción

En la actualidad se considera, que el tabaco es una de las drogas sociales y legales más consumidas en el mundo entero, junto al alcohol. De hecho, hay datos que recogen que dentro del transcurso de este siglo, podrían llegar a morir alrededor de 1000 millones de personas, a causa de esta problemática, es tal así que se prevé que para el año 2025, habrá alrededor de 1.600 millones de fumadores en el mundo (www.tobaccoatlas.org).

En este sentido cabe destacar, que el problema del consumo de tabaco, tiene un grado de importancia real dentro de la sociedad actual. Estimaciones más concretas calculan que la edad promedio de inicio de consumo de tabaco se encuentra a partir de los 16 años de edad, quizá por la curiosidad o muchas veces por el ambiente en el cual se encuentra el adolescente, y por tanto pueden considerarse condicionantes para la aparición de este flagelo.

A pesar de los grandes esfuerzos que procuran las organizaciones internacionales para la prevención de esta problemática, México se encuentra entre las 20 poblaciones del mundo donde más se fuma, esto según el Atlas del Tabaco. Dichos datos fueron presentados en la 14ª Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud (2009), los cuales arrojaron que el 39% de los hombres y poco menos del 20% de las mujeres fuma.

Según este mismo informe, un fumador mexicano promedio consume cada año entre 500 y 1500 cigarros. Esto equivale a que los mexicanos gasten grandes cantidades de dinero en un producto que daña su salud y su seguridad financiera. Si se tomaran en cuenta los gastos que hacen para consumir el tabaco, implicaría poder utilizar esos mismos recursos para cubrir algunas necesidades básicas como la alimentación, el vestido, la salud o la educación.

Se desprende de lo descrito anteriormente la importancia que representa esta investigación, ya que se trata de una propuesta de intervención conductual dentro del programa habitual de cesación de tabaquismo en México. En este sentido, el presente estudio desglosa los antecedentes teóricos del tabaco, los cuales se

remontan a los orígenes en las tierras de la cultura maya, abarcando los estados de Chiapas, Campeche y Yucatán.

A partir del siglo XVII, luego de que el tabaco llegara a Europa, se fue difundiendo la costumbre de su consumo, y posteriormente se le atribuyó un valor terapéutico al mismo. Sin embargo, la visión lucrativa por parte de los gobiernos se expandió para aprovechar dicha producción que hasta la actualidad sigue constituyendo un negocio favorable en un gran número de países. De allí surgió la necesidad de legislar sobre la materia; en el Distrito Federal, para el año 2004 tuvo lugar la promulgación de la Ley de protección a la salud de los no fumadores.

Por ello, dentro del primer capítulo de la investigación, se mencionan algunas definiciones correspondientes a esta problemática, entre las que figura la de la Organización Mundial de la Salud (O. M. S., 2006), que define al tabaquismo como “una adicción caracterizada por la búsqueda o uso repetitivo o compulsivo de la sustancia adictiva, la nicotina, independientemente de sus consecuencias perjudiciales”.

También se hace mención de los diversos componentes químicos del cigarro y de los daños a la salud provocados por su consumo, como consecuencia de la exposición directa a las sustancias producidas durante la combustión e inhalación del humo.

En el presente trabajo se expone la dependencia física, considerada como la necesidad de mantener el nivel de nicotina en la sangre después de absorberla en múltiples ocasiones a través de los pulmones, la mucosa bucal y los plexos sublinguales (Shytle, Silver y Sanberg, 1996); y la dependencia psicológica, relacionada tanto a las sensaciones gustativas como al efecto apaciguador de la tensión y la ansiedad. Este tipo de dependencia se ha intentado explicar a través de diversas teorías como la cognitiva, conductual, psicoanalítica y psiquiátrica.

El segundo capítulo de la investigación se refiere al tratamiento contra el tabaquismo, iniciando con una somera referencia histórica a nivel mundial. Como se hace mención, dentro de los tratamientos más recientes se encuentran los manuales de autoayuda, algunas intervenciones clínicas mínimas e intensivas, de

las cuales destacan: el entrenamiento para la solución de problemas, técnicas aversivas, la reducción gradual de ingesta de nicotina, y el apoyo social al paciente (Ocampo, 2007).

Mientras se desarrollaban los tratamientos mencionados previamente, a la par empezaron a llevarse a cabo algunas intervenciones farmacológicas, tales como: sustitución de nicotina, bupropión, vareniclina, entre otras.

En este mismo capítulo se hace mención del tratamiento psicológico, en el que destacan las técnicas propias de la terapia cognitivo – conductual, la terapia racional – emotiva y la terapia conductual, aplicadas al proceso de cesación del tabaquismo.

El capítulo tres está dedicado al tratamiento contra el tabaquismo en México, debido a la cantidad significativa de fumadores que en la actualidad existen en el país. En este sentido, fue a partir de 1980 que se establecieron diversas propuestas de indagación sobre la problemática del consumo del tabaco, y de las implicaciones que ésta trae a la colectividad, de allí se derivó a una serie de programas de tratamiento contra el tabaquismo, que en la actualidad están definidos en función de las técnicas educativas y cognitivo-conductuales.

Dando énfasis en las técnicas que se mencionaron previamente, es importante resaltar que, a partir de la experiencia clínica de quien escribe, el programa de Intervención del Hospital General de México, incluye técnicas como el entrenamiento en inoculación conductual, relajación, técnica de autodiálogos eficaces, entre otras. No obstante, alusivo al tratamiento cognitivo-conductual, existen numerosas instituciones que lo emplean en la intervención antitabáquica, tal es el caso de la Clínica Contra el Tabaquismo de la Facultad de Medicina y los Centros de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, en ambos casos pertenecientes a la Universidad Nacional Autónoma de México.

Dada la necesidad de actualización en materia de técnicas de intervención, en el cuarto capítulo de la presente investigación, se hace una propuesta correctiva de acción en vista de que, de acuerdo con lo revisado, aparece la constante omisión de la perspectiva conductual en el marco del tratamiento del tabaquismo. Por ello,

es pertinente la incorporación de elementos aprovechables para la recuperación del paciente.

Este propósito se lograra mediante la impartición de un taller de capacitación dirigido a terapeutas que ya han ejecutado el programa típico de intervención de una clínica contra el tabaquismo. Esta propuesta tiene como objetivo general, adiestrar a los participantes en materia de operaciones de establecimiento, reforzadores complementarios y sustitutos, como herramientas para disminuir y suprimir el consumo de tabaco.

Capítulo 1. Tabaquismo

*“No basta decir solamente la verdad,
más conviene mostrar la causa de la falsedad”*

Aristóteles

1.1. Antecedentes Teóricos

El tabaco como planta tiene su origen en las tierras de la cultura maya, abarcando los estados de Chiapas, Campeche y Yucatán, y el inicio de su consumo data del año 2000 a. C. Al dedicarse al comercio marítimo, los mayas usaron el tabaco como moneda de pago, entre muchos otros productos, en transacciones con islas del Caribe como Cuba, República Dominicana y Jamaica.

Con la llegada de Colón a nuestro continente, no fue sólo el descubrimiento de nuevas tierras la noticia que llegó a Europa, también se hicieron del conocimiento público las grandes riquezas que poseían dichas tierras y las costumbres de sus pobladores. Tomando nota en sus diarios, Colón relató cómo los habitantes de Cuba y San Salvador inhalaban hojas secas en forma de rollo o quemadas en pipas, las cuales a su regreso serían presentadas en el viejo continente. El nuevo producto se difundió rápidamente por Europa y Rusia, y en el siglo XVII llegó a China, Japón y la costa occidental de África.

Durante el siglo XVI, fumar tabaco se convirtió en un hábito debido a que se le consideraba un producto placentero. Posteriormente se le atribuyó un valor terapéutico, surgiendo su función farmacológica a partir del uso sugerido por el embajador francés Jean Nicot para el alivio de jaquecas.

De manera gradual, la consecuente expansión del tabaco hizo que los gobiernos vieran la posibilidad de grandes beneficios. La fabricación se industrializó y fue creándose un comercio internacional que, aún hoy en día, sigue teniendo mucha importancia. Con la aparición del tabaco industrializado en forma de cigarro

principalmente, el consumo y la popularidad de éste dieron un salto significativo en todo el mundo.

De la mano con su propagación y los continuos hallazgos de los efectos negativos relacionados con el consumo de tabaco a nivel mundial, se empezaron a generar movimientos en pro de la prevención y disminución de su uso. En el año 2003 fue presentado por la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.), el Convenio Marco para el Control del Tabaco (C. M. C. T.), cuyo objetivo se resume en la búsqueda de la protección de generaciones presentes y futuras de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo del mismo, así como en la proporción de las medidas de control que habrán de aplicar los gobiernos internacionales, a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de éste (www.insp.mx/tabaco/informe/partelll.pdf).

A partir de su compromiso con el C. M. C. T., México dio inicio al fortalecimiento de su legislación para regularizar, la distribución y el consumo de tabaco, a través de la creación de elementos que exhortan al sector público y privado a desarrollar medidas que insten a la comunidad a tomar conciencia sobre el consumo.

En el año 2004 surgió la Ley de protección a la salud de los no fumadores, en el Distrito Federal, la cual tiene por objetivos:

- a) Proteger la salud de la población de los efectos nocivos por inhalar involuntariamente el humo de la combustión del tabaco, en lo sucesivo humo de tabaco.
- b) Establecer mecanismos, acciones y políticas públicas, tendientes a prevenir y disminuir las consecuencias derivadas del consumo de tabaco, y de la exposición al humo de la combustión en cualquiera de sus formas, y
- c) Definir y establecer las políticas y acciones necesarias para reducir el consumo de tabaco, y prevenir la exposición al humo, así como la morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaco (Ley de protección a la salud de los no fumadores en el D. F., 2004).

A partir de su promulgación, la Ley de protección a la salud de los no fumadores en el D. F. ha tenido algunas modificaciones:

- a) El 1º de noviembre de 2007 se permitió la separación de áreas para fumadores y no fumadores, complementada esta ley con las reformas del 11 de enero de 2008, de la Ley para el Funcionamiento de Establecimientos Mercantiles, que designa como máximo el 30% del espacio como área para fumadores.
- b) La Asamblea Legislativa del Distrito Federal reforma nuevamente la ley el 4 de marzo de 2008, que actualmente prohíbe fumar en espacios cerrados de acceso público, privado y social, para dar prioridad a la creación de espacios 100% libres del humo de tabaco.

1.1.1. Definiciones

A partir de los años 1950's se publicaron los primeros hallazgos significativos que indicaban los problemas generados por el consumo excesivo del tabaco, y es hasta 1984 cuando la O. M. S. define el tabaquismo como una forma de drogodependencia.

El consumo de tabaco es considerado una adicción caracterizada por la búsqueda o uso repetitivo o compulsivo de la sustancia adictiva, la nicotina, independientemente de sus consecuencias perjudiciales (Organización Mundial de la Salud., O. M. S., 2006). Pérez, Herrero, Clementec, y Escosa (2004) definieron el tabaquismo como una enfermedad contagiosa, adictiva, sistemática y crónica, secundaria al consumo de tabaco.

De lo anterior se puede extraer que el tabaquismo es la conducta repetitiva de fumar tabaco en forma de cigarro, la cual puede ser reforzada por diversos elementos dentro del contexto de cada persona y prevalecer como un hábito en la historia del sujeto.

1.1.2. Componentes Químicos

La planta del tabaco se caracteriza por ser la única de su especie en sintetizar y conservar el potente alcaloide que conocemos como nicotina en sus hojas secas.

La nicotina goza de más de 60 especies, pero las dos más importantes en cuanto a su consumo y carácter comercial son la *Nicotina Tabacum* de la cual se deriva el cigarro, y la *Nicotina Rustica*, que aún cuando es la más cultivada en territorio americano, no es usada por su desagradable sabor (Becoña, Palamares y García, 2000).

El tabaco puede producir daños a la salud en cuanto a su forma de administración. Cabe mencionar que la mayor parte de daños referidos al consumo del tabaco se atribuye a la versión fumada o cigarro, ya que en el humo que éste genera podemos encontrar más de 4.000 sustancias.

Los componentes del tabaco se pueden clasificar en dos tipos: los sólidos, que son los que conforman físicamente al cigarro; y los gaseosos, que son aquellos generados en la fase de combustión (Figura 1).

La temperatura de combustión del cigarro supera los 800 °C, lo que provoca que en el extremo incandescente se forme un pequeño horno donde, paulatinamente, se transforman sus componentes. La nicotina es el principal componente adictivo del tabaco, aunque también deben tenerse en consideración los otros alcaloides que lo conforman: la nornicotina, anabasina y miosmesina, que son parcialmente responsables de la adicción (Balfour y Fargeström, 1996).

El alquitrán, otro de los principales componentes sólidos del cigarro, se desprende de la combustión del papel y, en menor medida, del tabaco.



Figura 1. Componentes químicos del cigarrillo

El monóxido de carbono (CO) es el gas que se desprende de la combustión del tabaco. Como en todos los casos, en el consumo del tabaco, este gas posee también un alto nivel tóxico. En la sangre, el CO se combina con la hemoglobina y forma la carboxihemoglobina, sustancia que desplaza el oxígeno de los hematíes e impide su adecuado abastecimiento en los tejidos y órganos (Becoña et al., op. cit.).

Los irritantes presentes en el cigarrillo son un amplio grupo de sustancias capaces de alterar los mecanismos defensivos de la mucosa bronquial y de la pared alveolar. La mayoría de estos irritantes se encuentran en la fase gaseosa, y entre ellos encontramos: óxido nítrico, ácido cianhídrico, acroleínas, ácido fórmico, fenoles y aldehídos.

1.1.3. Daños a la Salud

Los efectos nocivos del tabaco se encuentran determinados por ciertas variables a las que se sujeta su consumo, variables tales como el número de cigarrillos fumados diariamente, el tipo de cigarrillo, el tiempo de consumo

y las patologías que se combinan con éste (e. g. hipertensión, obesidad, alcoholismo, uso de sustancias psicoactivas, etc.).

El cáncer es una de las enfermedades con mayor incidencia y de la cual se tiene mayor evidencia en cuanto a su relación con el consumo de tabaco. Por la exposición directa a carcinógenos a través de la inhalación de humo el tipo de cáncer más común es el de pulmón, aunque también se ha encontrado relación con el cáncer de laringe, esófago, vejiga, riñón, etc.

Respecto a las enfermedades respiratorias, comúnmente se asocian al consumo del tabaco padecimientos como: bronquitis, asma, enfisema y, en casos graves, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (E. P. O. C.). Estas enfermedades pueden llegar a sus peores consecuencias incluso en jóvenes consumidores de tabaco (Carrión y Hernández, 2001. Citado en Martín, Rodríguez, Rubio, Revert y Hardisson, 2004).

De acuerdo con Carrión y Hernández (op. cit.), inciden también las enfermedades cardiovasculares en pacientes con dependencia tabáquica, manifestando eventos cardiacos como infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, isquemia, entre otros.

Se han reportado efectos sobre el estado nutricional de los consumidores de tabaco que afectan directamente a los niveles vitamínicos (B, C, A, ácido fólico, zinc, hierro, etc.), además se han referido alteraciones sobre el sentido del gusto y del olfato, así como el deterioro del tejido oral, encías y alta incidencia en enfermedades periodontales (Pfeffer y Kaufer-Horwitz, 2001. Citado en: Martín et al., op. cit.).

Martín et al. (op. cit.) han descrito los efectos que el consumo de tabaco tiene sobre la salud reproductiva en mujeres, como el aumento del riesgo de infertilidad, retraso en la concepción, adelanto de la menopausia e incremento de la osteoporosis. En hombres, principalmente, reportan la disminución en la densidad y calidad total del semen.

En lo que compete a otros efectos del tabaquismo, no debe subestimarse su consumo durante el embarazo, debido a las repercusiones que tiene sobre el feto

y a las consecuencias que tendrá en el momento del parto, así como en la salud de la madre y del bebé.

1.1.4. Epidemiología

En la actualidad, el consumo de cigarro es considerado uno de los grandes problemas de salud pública dada su rápida expansión en cuanto a territorio, estrato social y edad de consumo.

El tabaquismo es la segunda causa de muerte a nivel mundial, y es importante mencionar que además de los efectos nocivos sobre la salud se trata de un fenómeno que repercute sobre la economía y la estructura social que rodea al consumidor, por lo que la premura de su tratamiento y prevención es un tema de salud pública.

A nivel mundial, cerca de 1300 millones de personas consumen tabaco, de los cuales 1000 millones son hombres y 300 millones son mujeres, aproximadamente (American Cancer Society Inc., World Health Organization, and the International Union Against Cancer. Citado en Kuri-Morales, González-Roldán, Hoy, Cortés-Ramírez, 2006).

La Encuesta Nacional de Adicciones (E. N. A., 2002) arroja que, en la población urbana de México, el 26.4% de los individuos de 12 a 65 años de edad son fumadores, lo que representa a casi 14 millones de individuos; mientras que 18.2% son exfumadores, y más de la mitad (55.4%) señaló nunca haber fumado. El tabaquismo entre la población rural es menos común; sólo 14.3% son fumadores, 15% exfumadores, y 70.7% no fuma, lo que representa aproximadamente a 11´ 934.070 individuos.

En el grupo de los exfumadores de la población urbana prevalecen los hombres con un 23%, lo que equivale a más de 5 millones de individuos, mientras que las mujeres exfumadoras alcanzan un 14.3%. En la población rural las diferencias de sexo en cuanto a exfumadores son aún más evidentes: un 24.8% corresponde a hombres y sólo 6.9% al total de mujeres. Sin embargo, datos más recientes expuestos en la 14ª Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud, llevada a cabo en marzo de 2009 en India, arrojaron que en la población mexicana el 39% de los

hombres y poco menos del 20% de las mujeres fuman (www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/noticia.asp?idNoticia=219).

De acuerdo con Kuri-Morales et al. (op. cit.), en México mueren 165 personas diariamente a causa de los efectos que tiene el consumo de tabaco en la salud, lo que indica que alrededor de 60 mil personas mueren al año. De esta población: a) cerca de 39% manifiesta enfermedades de las vías aéreas y pulmonares, siendo una de las más representativas el E. P. O. C.; b) 38% padece cardiopatías y; c) 23% presenta enfermedades cerebrovasculares.

1.2. Dependencia Física

La adicción física a cualquier droga se debe comprender a partir de la interacción que sus componentes neurobiológicos tienen sobre la función cerebral (Leshner, 2001).

La dependencia física al tabaco debe entenderse como la necesidad de mantener el nivel de nicotina en la sangre después de absorberlo en múltiples ocasiones a través de los pulmones, la mucosa bucal y los plexos sublinguales (Shytle, Silver y Sanberg, 1996).

Una vez dentro del organismo, la nicotina es transportada a través del torrente sanguíneo al cerebro, donde interactúa con los receptores colinérgico-nicotínicos que se encuentran originalmente en esta estructura, llevando a cabo su función sináptica habitual.

Desde la primera ocasión en que la nicotina actúa sobre estos receptores, activa un potencial sináptico generando una respuesta en las neuronas dopaminérgicas que se extienden a partir del mesencéfalo hasta el núcleo accumbens, también conocido como el centro de placer.

De acuerdo con Pidoplichko, DeBiasi, Williams y Dani (1994), esta activación dopaminérgica es lo que refuerza el comportamiento de fumar. A su vez,

comienza la desensibilización de receptores, lo que a la larga desencadenará el fenómeno de tolerancia a la sustancia (Citado en Treviño et al., 2004) (Figura 2).

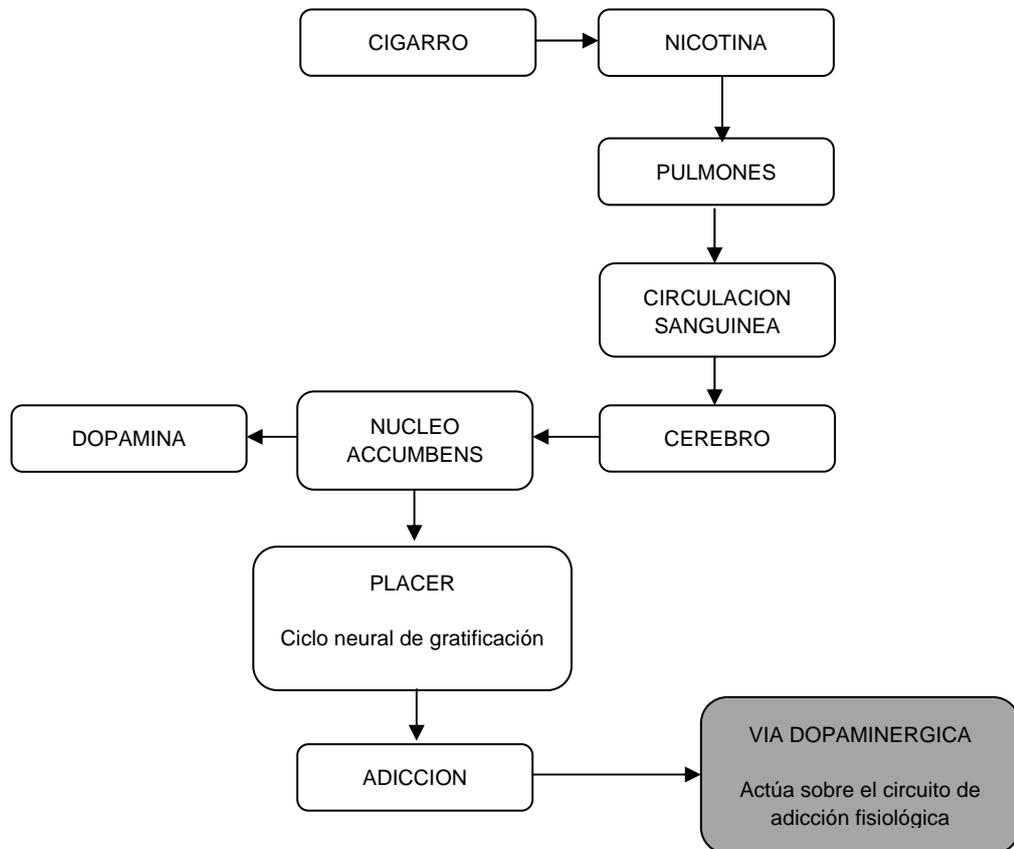


Figura 2. Proceso fisiológico de adicción al tabaco

1.3. Dependencia Psicológica

La dependencia psicológica a la nicotina se origina a partir de la conducta de fumar, y se encuentra relacionada tanto a las sensaciones gustativas como al efecto apaciguador de la tensión y la ansiedad (Jiménez et al., 2003).

Ocampo (2002) señala que el acto de fumar es, en sí mismo, una experiencia constitutiva de la personalidad del individuo, toda vez que las relaciones cotidianas asociadas al uso del tabaco le proporcionaron un entorno de aceptación donde pudo percibirse valorado y seguro de sus propias capacidades, fuera de amenazas potenciales de fracaso o de rechazo.

Desde la práctica clínica las adicciones han sido explicadas principalmente por dos vertientes, la psiquiatría, que diagnostica el uso y abuso de sustancias a partir del deterioro de la persona y su entorno por el consumo de la sustancia; y la

psicología, que acuña su explicación a través de diferentes corrientes que coinciden en que el hábito de fumar es una conducta de riesgo.

1.3.1. Enfoque Cognitivo

Una de las teorías trascendentales en esta corriente es la del aprendizaje social, de Albert Bandura. Mediante dicha teorización Bandura se opuso a las propuestas de las corrientes psicoanalítica y conductista que, respectivamente, consideran a la conducta humana bajo el control del inconsciente o de contingencias externas tales como los reforzadores.

Bandura (1977) señaló que el ser humano crea y administra sus propios reforzadores en términos de una interacción recíproca que involucra factores ambientales, conductuales y cognitivos, y junto a los límites de su propia autodirección el individuo es capaz de determinar e influenciar su propio destino. Cada uno de estos factores (ambientales, conductuales y cognitivos) es capaz de cambiar la naturaleza de la interacción en cualquier momento y en cualquier situación (Citado en Thombs, 1999).

De acuerdo con la teoría de Bandura, las consecuencias que suceden a las aplicaciones de reforzadores y castigos no afectan automáticamente a la conducta humana, ya que dichas contingencias sólo influyen la adquisición y regulación de ésta, y son mediadas por los procesos cognitivos internos. Resulta relevante mencionar que los procesos cognitivos son activos, pues se basan en experiencias previas para determinar (1) qué influencias ambientales debe advertir, (2) el modo en que las percibe, (3) si serán recordadas, y (4) cómo afectarán posibles conductas en el futuro (Bandura y Walters, 1978).

Un concepto importante para la teoría del aprendizaje social es la autorregulación, que es “la capacidad de un individuo de regular su propia conducta a través de estándares internos y autoevaluaciones” (Thombs, op. cit.). En el aprendizaje social una adicción no indica falta de autorregulación, más bien, se trata de una forma de autorregulación considerada problemática por la sociedad; en esta teoría, el estilo de vida del adicto es considerado una conducta

regulada en torno al consumo de drogas, con un propósito y dirigido a determinadas metas.

El modelamiento es igualmente un precepto elemental para el aprendizaje social. Wilson (1988) lo define como “el aprendizaje mediante el cual el individuo adquiere un nuevo conocimiento y conducta observando a otras personas y eventos, sin involucrarse directamente con la conducta o las consecuencias”. El aprendizaje vicario, como también se le conoce, puede ocurrir cuando el individuo observa lo que otros hacen, o bien, cuando presta atención al ambiente, a los eventos, o a símbolos (Citado en Thombs, op. cit.).

De acuerdo con Thombs (op. cit.), Bandura identificó tres tipos de efectos sobre la conducta, resultado de observar a un modelo:

- a) *Efectos de aprendizaje observacional*: Se refiere a las conductas adquiridas a través de la observación de un modelo, inexistentes anteriormente en el repertorio conductual del individuo.
- b) *Efectos inhibitorios-desinhibitorios*: Se refiere al incremento o decremento en la intensidad de una conducta previamente aprendida y se obtiene, generalmente, de la observación de la recompensa o castigo que obtiene el modelo en respuesta a una acción específica.
- c) *Efectos de la facilitación de respuesta*: Se refiere a la aparición de conductas anteriores al modelamiento que no fueron previamente inhibidas, e. g. aplaudir cuando otros lo hacen, ver hacia el cielo cuando otros lo hacen, etc.

La propuesta de Bandura ha sido la explicación que la teoría cognitiva ha empleado en el abordaje del consumo de sustancias. No obstante, se desarrollaron posteriores argumentos que aportaron nuevos supuestos. Por lo tanto, Marlatt (1985) describió cuatro procesos cognitivos relacionados con el abuso de sustancias (Citado en Beck; Wright; Newman y Liese, 1999):

- a) *Autoeficacia*: Juicio que cada individuo tiene para manejarse óptimamente en situaciones que implican algún riesgo.

- b) *Resultados esperados*: Son aquellas anticipaciones que hace el individuo acerca de los efectos de una sustancia.
- c) *Atribuciones de causalidad*: Creencias que un individuo tiene acerca de la influencia de factores internos o externos sobre el consumo de una sustancia.
- d) *Procesos de toma de decisiones*: Mediante el cual el individuo opta por el uso constante de drogas así como por la ocurrencia de recaídas.

En torno a estos procesos cognitivos o creencias, en el caso del abuso de sustancias, existen creencias que caracterizan a los individuos que ya han sido diagnosticados como adictos, conocidas como “creencias adictivas”. Dichas creencias, aunque propician el mantenimiento de la adicción, no deben ser consideradas como factores predisponentes al uso de sustancias (Beck et al., op. cit.).

Las creencias adictivas se consideran como un conjunto de ideas centradas en la búsqueda de placer, resolución de problemas y la búsqueda de alivio. Dentro de estas creencias o ideas disfuncionales se pueden distinguir:

- a) La creencia de que el individuo necesita la sustancia para mantener el equilibrio psicológico y emocional.
- b) La expectativa de que la sustancia mejorará el funcionamiento social e individual.
- c) La expectativa de encontrar placer y excitación al utilizar la droga.
- d) La creencia de que la droga energizará al individuo y le dará más fuerza y poder.
- e) La expectativa de que la droga calmará el dolor.
- f) El supuesto de que la droga aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la tensión, la depresión.

- g) La convicción de que a menos que se haga algo para satisfacer el deseo de consumo o para neutralizar la angustia, ésta continuará indefinidamente y seguramente empeorará.

Estas creencias adictivas varían de acuerdo con los efectos exclusivos de cada droga, aún cuando se superponen en la postura cognitiva del abuso de sustancias.

1.3.2. Enfoque Conductual

A partir de esta corriente se considera que el comportamiento humano es aprendido, incluyendo aquellas conductas desadaptativas tales como las adicciones, que se encuentran sujetas a los mismos principios de aprendizaje involucrados en cualquier otra conducta.

La conducta aprendida se clasifica en “condicionamiento respondiente”, también conocido como “condicionamiento pavloviano o clásico”, y “condicionamiento operante”. Estos tipos de condicionamiento no representan distintos tipos de aprendizaje sino de conducta (McKim, 1986. Citado en Thombs, op. cit.).

El condicionamiento respondiente se refiere a la conducta controlada por estímulos bien definidos, mientras que el condicionamiento operante hace referencia a la conducta voluntaria que, aunque no es directamente evocada por un estímulo en el ambiente, es causada por los estímulos reforzantes que suceden a la respuesta. Gran parte del repertorio conductual humano pertenece a esta categoría.

De acuerdo con la teoría del condicionamiento operante, un reforzador es cualquier evento que incrementa la probabilidad o índice de conducta, y puede ser cualquier situación u objeto tal como la comida, el sexo, el dinero, el reconocimiento público, el alcohol o las drogas. Es importante mencionar que cada individuo encuentra diferentes objetos o situaciones como posibles reforzadores, y su potencial está determinado por el estado de privación de la persona.

Una distinción dentro del condicionamiento operante surge en cuanto al tipo de reforzamiento, que puede ser positivo o negativo. En ambas situaciones el objetivo es incrementar la probabilidad o índice de la conducta, sin embargo, el reforzamiento negativo lo busca mediante la aplicación de un estímulo aversivo (e. g. en la conducta adictiva, el estímulo negativo sería el síndrome de abstinencia y la conducta que se busca reforzar es el alivio de ésta a través del consumo de alguna sustancia). Resulta necesario diferenciar entre reforzamiento negativo y castigo, pues como se ha descrito líneas arriba, el primero busca incrementar la probabilidad de presencia de una conducta, mientras que el segundo pretende aminorarla.

Un castigo puede ser representado por cualquier situación u objeto. Aplicado al caso del consumo de sustancias, el castigo puede tratarse de los efectos de cualquiera de ellas e incluso del síndrome de abstinencia que provocan en el organismo, llevando al individuo a suspender su administración.

Por otro lado, la extinción de la conducta es la ausencia o reubicación de un reforzador. En lo que respecta al abuso de sustancias, la abstinencia y el tratamiento representan procedimientos de extinción de la conducta, y las recaídas pueden considerarse evidencia de recuperación espontánea.

Desde la perspectiva conductual, la iniciación del uso de sustancias se relaciona con 3 factores: (1) disponibilidad, (2) falta de reforzamiento de conductas alternativas, y (3) falta de castigo por experimentar con alcohol u otras drogas. Las consecuencias negativas ligadas al uso de drogas por lo general se presentan a largo plazo, en ocasiones durante años o décadas (particularmente en las adicciones al alcohol y a la nicotina). Asimismo, la conducta del individuo es reforzada por la euforia experimentada y la aceptación de iguales.

McAuliffe y Gordon (1980) definen conductualmente “adicción” como una respuesta condicionada operacionalmente cuya tendencia se torna más fuerte en función de la calidad, número y tamaño de los reforzadores que siguen a cada ingestión de la droga. De acuerdo con los autores, existen 3 clases de reforzadores: (1) euforia, (2) variables sociales (e. g. aceptación por parte de otros adictos), y (3) eliminación del síndrome de abstinencia. La combinación de

estos efectos varía de acuerdo con el individuo y el tipo de droga que ingiera (Citado en Thombs, op. cit.).

Para los conductistas, la incapacidad de abstenerse a consumir una droga indica que se cuenta con una historia suficiente de reforzamiento para impulsar un alto índice de uso, y se plantea que no es a partir de un sólo evento que la persona se vuelve adicta súbitamente. La adicción del individuo se desarrolla de forma gradual y varía continuamente en respuesta a las contingencias relacionadas con la droga.

La dependencia física es, para el conductismo, una consecuencia más del consumo de la droga, ya que no es necesaria ni condición suficiente para desarrollar una adicción.

La teoría del aprendizaje brinda una explicación detallada del origen de la dependencia psicológica, tomando como punto de partida al paradigma del condicionamiento operante, que se basa en los estudios de Skinner y que refiere que toda conducta puede ser aprendida, modificada o eliminada en función de las consecuencias que le suceden.

Algunos de los primeros teóricos de la conducta plantearon que más allá de los reforzadores, lo que permite al individuo llevar a cabo determinada conducta es el impulso o la motivación. En su discusión del concepto de motivación, Keller y Schoenfeld (1950) lo definieron como una operación de establecimiento (e. g. la privación de comida) que tiene efectos sistemáticos sobre la conducta (e. g. la frecuencia de ocurrencia de la conducta de comer), diferentes de los criterios del condicionamiento y la extinción.

Michael (1982) retomó el término de operaciones de establecimiento definiéndolas como operaciones que modifican la efectividad de un estímulo como reforzador, y que resultan en aumento o disminución de la conducta relacionada con la obtención del reforzador.

La operación de establecimiento más común en los experimentos sobre análisis de la conducta es la privación de comida. En un experimento típico sobre condicionamiento operante, al privar de comida a las ratas se garantiza que la

comida adquirirá propiedades reforzantes. De este modo, la frecuencia de ocurrencia de las conductas emitidas para obtener la comida incrementará de forma relativa al nivel incondicionado (e. g. acercarse al área del comedero o llevarse la comida a la boca), (Cf. Bolles, 1961). Estas operaciones tienen la capacidad de incrementar o disminuir la potencialidad del reforzador, pues en la medida de que uno de ellos disminuya o aumente también lo hará el valor reforzante de un segundo estímulo.

Friman (2000) demostró que a pesar de que un niño se encontraba en una situación de reforzamiento social, éste no chupaba su pulgar a menos que se le diera una mantita, lo que sugiere que la presencia de la manta refuerza los estímulos asociados con chupar el pulgar (Cf. Iwata, Smith & Michael, 2000).

Existen casos en los que la presentación de un estímulo dota a otro de propiedades reforzantes. Específicamente, en estudios de aplicación de programas de reforzamiento se han hallado resultados que muestran que un estímulo adquiere o pierde la función de reforzador como un complemento de presentar o eliminar el reforzador original. Estos efectos fueron definidos como complementarios (Hursh, 1980).

En relación al uso de sustancias se han llevado a cabo diferentes estudios en los que se ha pretendido demostrar la relación que existe entre diversas sustancias dado su consumo conjunto. Por ejemplo, Degenhardt, Hall y Lynskey (2001) realizaron un estudio en el que indagaron acerca de la relación que existe entre el abuso y dependencia al cannabis y otras sustancias. Los participantes fueron tomados de un grupo de 10.641 adultos que cumplían con los criterios de diagnóstico de dependencia y abuso del DSM-IV, criterios evaluados a través de la Entrevista de Diagnóstico Internacional Compuesta (C. I. D. I., por sus siglas en inglés). Degenhardt et al., encontraron que durante los últimos 12 meses había una correlación estadística entre el uso del cannabis y el uso de otro tipo de sustancias como tabaco, alcohol, sedantes, estimulantes, opiáceos, entre otros.

Martínez-Ortega, Jurado, Martínez-González y Gurpegui (2006) trataron de demostrar cómo la dependencia a la nicotina se relaciona con la morbilidad psiquiátrica. Con una muestra de 290 adultos, en una institución de atención

primaria, investigaron la incidencia de los participantes en el consumo de tabaco, cafeína, alcohol y sustancias ilegales. Los hallazgos mostraron que la morbilidad psiquiátrica se relacionaba con el consumo de nicotina. Además, los altos consumos y dependencia a la nicotina correspondieron al uso de otras sustancias como cafeína, alcohol, cannabis y cocaína. Martínez-Ortega et al., concluyeron que el tabaco puede tener un papel central como facilitador en el uso de la cafeína, del alcohol y de drogas ilegales, como el cannabis y la cocaína.

Aunado a ello, Barrett, Tichauer, Leyton y Phil (2006) encontraron una relación entre el consumo conjunto de la nicotina y el alcohol. En su estudio escogieron al azar a 15 hombres fumadores, quienes en sesiones de 120 minutos fumaron 4 cigarros con nicotina y 4 cigarros sin nicotina en intervalos de 30 minutos. Durante las sesiones, los sujetos escogieron entre su bebida alcohólica favorita y vasos con agua. Encontraron que el consumo de nicotina incrementó la autoadministración de alcohol en gran proporción respecto a los participantes que bebieron agua. Es decir, el alcohol adquirió propiedades reforzantes durante el consumo de la nicotina.

Por otro lado, es posible dotar a un estímulo de propiedades reforzantes al privar a un organismo de un estímulo diferente. A este fenómeno se le conoce como sustitutabilidad de los reforzadores (Green y Rachlin, 1991). Extendiendo la lógica de la sustitutabilidad al consumo de tabaco, se ha demostrado que mientras ocurre el consumo de la nicotina las propiedades reforzantes de la comida disminuyen, y cuando el tabaco es suspendido, la comida adquiere propiedades reforzantes en el sujeto (Carroll, 1996). Esta situación se ha registrado no sólo en el consumo del tabaco sino en el del alcohol, cafeína y otro tipo de drogas.

Swanson, Lee, Hopp y Berk (1997) diseñaron un estudio en el que intentaron probar que el consumo de cafeína variaba durante el abandono del hábito de fumar, y determinar si la cesación de cafeína influencia los síntomas de abstinencia en el fumador. Para ello se reclutaron 162 fumadores inscritos en un programa para cesar el consumo del tabaco, los criterios de la inclusión eran el (a) uso de productos con cafeína en cualquiera de sus presentaciones (e. g. café regular, té, o bebidas suaves), y (b) que se encontraran en ese momento fumando cigarros con la intención de dejarlo.

Los participantes fueron asignados aleatoriamente a una de dos condiciones: la primera consistía en someterse al tratamiento estándar de la clínica para dejar de fumar; la segunda, que además tuviesen abstinencia de cafeína. Los consumos fueron medidos por 3 semanas, 6 meses y 1 año después de la cesación del tabaco. Los resultados arrojaron que, en el grupo que se sometió al tratamiento estándar para dejar de fumar, los niveles del consumo de cafeína aumentaron hasta el 203%, y los síntomas del síndrome de abstinencia ocurrieron hasta después del día 16 de la cesación. En el caso de los participantes que además de la cesación del tabaco se abstuvieron del consumo de cafeína, hubo un aumento significativo de la fatiga y reportaron los síntomas del síndrome de abstinencia a partir del tercer día de la cesación.

1.3.3. Enfoque Psicoanalítico

Desde el psicoanálisis, la conducta humana es el resultado de la interacción de tres estructuras que conforman la personalidad: Ello, yo y superyó. Cada una de estas estructuras posee funciones y principios únicos que se relacionan de tal manera que resulta imposible diferenciar y separar sus distintos efectos.

El ello se encuentra presente desde el nacimiento y es la fuerza básica de vida de la cual el yo y el superyó comienzan a diferenciarse a sí mismos. También les abastece a éstos de la energía psíquica, necesaria para su funcionamiento. El ello es la fuente original de la personalidad y se conforma plenamente de pulsiones.

Para los teóricos, el término pulsión es definido como “la representación psicológica innata de una fuente somática de excitación interna” (Hall y Lindzey, 1978. Citado en Thombs, 1999), y esta última es referida como “deseo” o “impulso interno”, mientras que las excitaciones del cuerpo que originan a los deseos o impulsos son llamadas “necesidades”.

El ello busca la gratificación inmediata mediante la descarga de la tensión sin considerar las demandas de la realidad, toda vez que opera mediante el principio de placer. De este modo, el ello evade el dolor e incrementa el placer haciendo

de la frustración y la privación fenómenos difíciles de tolerar, y que son comunes en la recuperación de adictos, tornándolos susceptibles a las recaídas.

El yo emerge del ello con la función de satisfacer las necesidades que requieren transacciones con el mundo exterior y permite al individuo distinguir entre las necesidades subjetivas de la mente y los recursos que ayudarán a cumplirlas, disponibles en la realidad. Así, el yo asegura la supervivencia y salud del individuo.

Para cumplir su objetivo, el yo hace uso de la razón, planea, posterga la gratificación inmediata, y emplea otros recursos racionales durante el trato con el mundo, rigiéndose por el principio de realidad. Es este principio el que le permite controlar los impulsos del ello suspendiendo temporalmente el principio de placer, hasta que se cuente con un lugar y objeto apropiados para descargar la tensión.

El superyó se origina en el aprendizaje de los valores morales de la sociedad y se desarrolla durante la infancia y la adolescencia como resultado de recompensas y castigos. Tiene tres funciones, (1) suprimir los impulsos del ello, particularmente los sexuales y agresivos; (2) presionar al yo a abandonar metas reales a cambio de las morales; (3) e impulsar al individuo a luchar por la perfección (Kriz, 2007).

Para la teoría psicoanalítica, la ansiedad desempeña un rol relevante, pues su propósito consiste en advertir al individuo de la presencia de un peligro o dolor inminente. También es concebida como una señal que conmina al yo a tomar medidas preventivas para reducir la amenaza.

Aún cuando la ansiedad es un elemento significativo para la teoría psicoanalítica, en algunas de sus escuelas no resulta importante al explicar el consumo de drogas. Las primeras formulaciones psicoanalíticas sugirieron que el consumo compulsivo de sustancias proviene de los deseos de muerte y las tendencias autodestructivas del ello. Los analistas veían el abuso de sustancias como un “suicidio lento” (Brickman, 1988). Esta escuela, conocida como de “reducción de impulsos”, sostiene que el abuso de sustancias es el síntoma manifiesto de una idea o recuerdo reprimido que se aproxima a la consciencia, pero que continúa

siendo desconocida para el individuo debido a que las defensas psicológicas la distorsionan (Leeds y Morgenstein, 1996. Citado en Thombs, op. cit.).

Por otro lado, la psicología del yo indica que la adicción de sustancias es el síntoma de un yo deficiente, incapaz de desarrollar y manifestar las capacidades requeridas para lidiar con las demandas del mundo exterior. Las personas adictas a una sustancia carecen de una adecuada capacidad de cuidarse a sí mismos y se exponen a riesgos innecesarios en cuanto a su salud, economía, situación legal, entre otros. Las consecuencias de estas conductas pueden ser ignoradas debido a la sensación de placer ocasionada por la intoxicación de la droga (Murphy y Khantzian, 1995. Citado en Thombs, 1999).

Aunque distorsionando la realidad en lugar de enfrentarse directamente a ella, los mecanismos de defensa, que son procesos irracionales de protección, ocasionan una discrepancia entre la realidad y la percepción que de ella tiene el individuo. Consecuentemente, la habilidad del yo de lidiar con las demandas de la realidad disminuye en forma gradual. Entre los mecanismos de defensa más comunes empleados por los individuos dependientes a una sustancia, se encuentran (Thombs, op. cit.):

- a) *Compensación*: Consiste en mejorar la privación del consumo excediéndose en alguna otra actividad que resulte placentera.
- b) *Negación*: Es la incapacidad de percibir una realidad inaceptable.
- c) *Desplazamiento*: Es la dirección de sentimientos hostiles hacia objetos menos peligrosos que aquellos que originaron inicialmente la ira.
- d) *Fantasía*: Se trata de la obtención de gratificación imaginando la euforia y diversión experimentadas durante el consumo en el pasado.
- e) *Aislamiento*: Consiste en retraerse hacia un estado pasivo para evadir un posible daño en el futuro.
- f) *Proyección*: Asumir que otros piensan mal sobre uno aún cuando nunca lo han comunicado de manera alguna.

- g) *Racionalización*: Es el intento de justificación de los errores o faltas propios presentando explicaciones y razones para tal conducta.
- h) *Regresión*: Volver a una etapa temprana de desarrollo que involucra menor madurez.
- i) *Reparación*: Subsanan o recompensan por un acto inaceptable.

1.3.4. Enfoque Psiquiátrico

Como se mencionaba previamente, la psiquiatría también ha aportado conocimientos al estudio de las adicciones. No obstante, al igual que en la psicología, diversas opiniones se han vertido respecto al establecimiento y funcionalidad de éstas.

En lo que respecta a su origen, Cox (1985) refirió que los estados afectivos negativos son consecuencia del uso prolongado de sustancias y no su precursor (Citado en Thombs, op. cit.). En contraste, Regier et al. (1990) han reportado que el abuso de sustancias ocurre en compañía de otros desórdenes psiquiátricos a niveles que exceden lo pronosticado. De 20 mil personas encuestadas, aproximadamente, 20% ha manifestado un desorden psiquiátrico. En aquellos con adicción al alcohol, el índice de desórdenes psiquiátricos incrementó al 37%; en el caso de individuos que abusan de otras sustancias la presencia de desórdenes psiquiátricos alcanza el 50%.

Leonard et al. (2001) indican que en E. E. U. U. el consumo de tabaco por personas que padecen algún trastorno mental es del 60%, lo que los llevó a concluir que los fumadores utilizan el tabaco como una forma de automedicación. A este tenor se ha encontrado una relación entre la ansiedad y el consumo de tabaco. Hughes, Hatsukami, Mitchell y Dahlgren (1986) mostraron que aquellas personas que padecen algún trastorno psiquiátrico fuman más en comparación con quienes no lo presentan, y establecieron los siguientes porcentajes del número de fumadores según cada trastorno (Citados en Becoña, 2003b):

- a) Esquizofrenía 88%
- b) Manía 70%

- c) Depresión mayor 49%
- d) Trastorno de ansiedad 47%
- e) Trastorno de personalidad 46%
- f) Trastornos de ajuste 45%

De hallazgos como estos se han generado los supuestos de que el uso de sustancias, en especial del tabaco, más que un precedente de ciertas patologías, apaciguan determinados padecimientos; básicamente se ha utilizado como una herramienta para disminuir la ansiedad. Cabe resaltar que al interior de instituciones psiquiátricas se ha sugerido el uso de cigarrillos como recompensa ante el buen comportamiento de pacientes, o bien como pago por el cumplimiento de sus labores, abalando estas compensaciones con el apócrifo de que el tabaquismo resulta ser un daño menor en comparación con los comportamientos perniciosos.

Desde la postura psiquiátrica la dependencia a sustancias se explica como un patrón desadaptativo de consumo de la nicotina que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo (DSM IV-TR, 2003). Esta definición se establece a partir del cumplimiento de 3 o más de los siguientes criterios en un periodo de 12 meses:

- a) Tolerancia, definida por (1) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de nicotina para conseguir la intoxicación o el efecto deseado o, (2) el efecto de las mismas cantidades de nicotina disminuye claramente con su consumo continuado.
- b) Abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes ítems: (1) el síndrome de abstinencia característico para la nicotina (Véase Tabla 1) o, (2) se toma la nicotina (o una sustancia muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- c) La nicotina se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.

- d) Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de nicotina.
- e) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de nicotina (e. g. desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (e. g. fumar un cigarro tras otro) o en la recuperación de sus efectos.
- f) Reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la nicotina.
- g) Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la nicotina (e. g. continuar fumando a pesar de saber que provoca E. P. O. C.).

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico del síndrome de abstinencia de nicotina

<u>Criterios para el diagnóstico de F17.3 Abstinencia de nicotina (292.0)</u>
A. Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.
B. Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos: <ul style="list-style-type: none"> 1. estado de ánimo disfórico o depresivo 2. insomnio 3. irritabilidad, frustración o ira 4. ansiedad 5. dificultades de concentración 6. inquietud 7. disminución de la frecuencia cardíaca 8. aumento del apetito o del peso
C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Fuente: DSM – IV – TR (2003).

Como se puede apreciar, los daños provocados por el consumo del tabaco son graves no sólo en cuanto a la salud del individuo, sino en lo que a salud pública se refiere. El tabaquismo es una adicción que afecta a todos los sectores de la población sin respetar sexo, edad, nivel socioeconómico o profesión, y repercute en la calidad de vida, aspectos sociales y económicos de quienes la manifiestan.

Por lo anterior, es importante que la población en general lleve a cabo medidas que prevengan y ayuden a disminuir el consumo de tabaco, especialmente en su presentación de cigarro. Para ello, desde la Psicología se ha intentado explicar el origen de esta conducta a través de diversas teorías y, actualmente, esta ciencia trabaja en conjunto con la Medicina para disminuir la dependencia a la nicotina a través de tratamientos que han sido renovados en el transcurso del tiempo.

Capítulo 2. Tratamientos Contra el Tabaquismo

*“Si alguien busca la salud, pregúntale si está dispuesto
a evitar en el futuro las causas de la enfermedad;
en caso contrario, abstente de ayudarlo”*

Sócrates

1.1. Antecedentes Históricos

Desde 1955 se establecieron las primeras clínicas públicas para la cesación del tabaquismo en Estocolmo. Con el devenir del tiempo, múltiples países se han unido en contra del consumo de tabaco con la intención de erradicar esta problemática de salud pública. Ocampo (2007) indica que, de acuerdo con Schwartz (1969, 1979, 1991), las intervenciones en búsqueda de la cesación de tabaquismo han evolucionado en 5 décadas:

- a) 1950' s
 - a. Métodos educativos
 - b. Métodos basados en medicamentos
 - i. Ansiolíticos
 - ii. Antidepresivos
 - iii. Estimulantes
- b) 1960`s – 1970's
 - a. Planes de cinco días
 - b. Discusiones de grupo

- c. Condicionamiento
 - d. Autoayuda de terapia de grupo
 - e. Hipnosis
- c) 1980's
- a. Acupuntura
 - b. Programas de autoayuda
 - c. Sustitutos de nicotina
 - d. Hipnosis
 - e. Masticación de chicles de nicotina
 - f. Capacitación y prevención de recaídas
 - g. Programas en medios masivos para la comunidad en general
- d) 1990's – 2000's
- a. Manuales de autoayuda
 - b. Intervenciones clínicas mínimas
 - c. Intervenciones clínicas intensivas
 - i. Entrenamiento en solución de problemas
 - ii. Fumar rápido y otras técnicas aversivas
 - iii. Desvanecimiento de nicotina (Reducción Gradual de Ingesta de Nicotina y Alquitrán, REGINA)
 - iv. Apoyo social
 - d. Intervenciones farmacológicas
 - i. Sustitutos de nicotina

- ii. Bupropión
 - iii. Nortriptilina
 - iv. Clonidina
 - v. Vareniclina
- e. Programas de salud pública a gran escala
- i. Programas en medios de difusión
 - ii. Programas en lugares de trabajo
 - iii. Programas sociales

1.2. Tratamiento Médico

Debido a que los primeros intentos de tratamiento para la cesación del consumo de tabaco se centraron en el alivio de los síntomas del síndrome de abstinencia, éste acto en sí mismo se ha considerado como el motivo por el cual el abandono del consumo se torna tan difícil.

Actualmente, el consejo médico es fundamental para el proceso de cesación en el tratamiento del paciente fumador así como para la mecánica de prevención del consumo. Para que su aplicación sea efectiva, el consejo médico deber ser serio, breve y personalizado, relacionando el consumo de tabaco tanto con la salud-enfermedad actuales, las consecuencias socioeconómicas, la afectación al entorno familiar, como con los motivos individuales para dejar de fumar.

Torrecilla, Plaza y Ruano (2003) señalan que las directrices clínicas prácticas para el tratamiento del consumo y la dependencia del tabaco que establece el Servicio de Salud Pública de E. E. U. U., el consejo médico debe impartirse según las siguientes etapas (Tabla 2):

Tabla 2. Estrategia de intervención mínima sistematizada.

Objetivo	Estrategia a realizar
Realizar un protocolo asistencial que permita su seguimiento posterior.	<p>Etapa 1: Averiguar</p> <p>Datos personales: Nombre, edad, número de teléfono y dirección.</p> <p>Antecedentes médicos de interés.</p> <p>Tratamiento médico que realice en la actualidad.</p> <p>Peso.</p> <p>Historia de fumador: cigarros/día, años fumador, grado de dependencia nicotínica, intentos previos y motivos de recaída.</p>
Ofrecer un consejo serio, firme, claro y personalizado orientado a que deje de fumar.	<p>Etapa 2: Aconsejar</p> <p>Mensajes breves pero claros que hagan ver los perjuicios del consumo de tabaco y las ventajas de su abandono.</p> <p>Mensajes convincentes y consecuentes con una actuación profesional y resolviendo las dudas que se planteen.</p> <p>Mensajes personalizados aprovechando el estado psicológico-emocional y de salud del individuo.</p>

Tabla 2. Continuación.

Objetivo	Estrategia a realizar
<p>Valorar la disponibilidad a abandonar el consumo de tabaco.</p>	<p>Etapa 3: Apreciar</p> <p>Ofrecer la intervención en función de la disposición a abandonar el tabaco:</p> <p>En fase de precontemplación: dar información y ofrecer ayuda.</p> <p>En fase de contemplación: dar información y ofrecer guías y consejos para dejar de fumar así como ofrecer ayuda y retomar la intervención en próximas visitas.</p> <p>En fase de preparación y acción: además de lo anterior realizar una oferta terapéutica y un seguimiento.</p> <p>En fase de mantenimiento: valorar el proceso de abandono e intensificar las estrategias para prevención de recaídas.</p>
<p>Ofrecer un plan concreto de ayuda.</p>	<p>Etapa 4: Ayudar</p> <p>Preparación del paciente: Fijar una fecha, estrategias previas al día elegido para dejar de fumar.</p> <p>Plan de actuación: consejos para dejar de fumar y mantener la abstinencia.</p> <p>Valorar la idoneidad de la intervención mínima o la necesidad de alguna ayuda farmacológica.</p>
<p>Programar un seguimiento.</p>	<p>Etapa 5: Acordar y programar</p> <p>Establecer visitas de seguimiento específicas del proceso de abandono del tabaco, independientemente de la realización de una valoración en cada consulta que el paciente realice por cualquier otro motivo.</p>

Fuente: Torrecilla et al. (2003)

El consejo médico, en ocasiones, es el precursor del abandono del tabaco. Sin embargo, puede complementarse mediante tratamientos enfocados a la reducción del síndrome de abstinencia que se aplican desde los años 1980' s, y que han registrado resultados exitosos en algunos casos de abuso de nicotina, ya sean sustitutos de nicotina o fármacos que reducen la ansiedad y niveles de estrés generados por la abstinencia.

2.2.1. Terapia de Sustitución de Nicotina

La terapia sustitutiva de nicotina (T. S. N.) es definida como “la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo de un cigarro y en una cantidad suficiente como para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente como para crear dependencia” (Jiménez, Ramos y Flores, 2003).

Existen productos en presentaciones comerciales que sustituyen la administración de nicotina a través de cigarro, tales como: chicles, parches transdérmicos, *spray* nasal, comprimidos sublinguales y comprimidos para chupar. La determinación del producto a ser utilizado depende de diversos factores puestos a consideración del terapeuta y del paciente por igual. Entre los productos encontramos:

- a) *Chicle de nicotina*: Está compuesto de 2 ó 4 mg de nicotina unida a una resina de intercambio iónico que permite que aquella sea liberada lentamente a medida que el chicle es masticado, de esta forma la absorción de la nicotina se da a nivel de la mucosa bucal y una vez absorbida pasa a la sangre, alcanzando el SNC y aliviando el síndrome de abstinencia (Jiménez et al., op. cit.).

De acuerdo con Nerín de la Puerta y Córdoba (2004), para el adecuado uso del chicle de nicotina es necesario instruir a los pacientes, asegurando una mayor eficacia en la terapia. Así, cuando el paciente sienta deseos de fumar, debe introducir el chicle en su boca y masticarlo lentamente hasta sentir un sabor amargo (que indica que la nicotina se está liberando); en ese momento detendrá la masticación. La pieza debe colocarla entre la mejilla y las encías y esperar a que el sabor desaparezca (señal de que la nicotina ya ha sido absorbida). Tan pronto el deseo de fumar vuelva a presentarse, se repetirá la operación. Con cada masticación se libera parte de la nicotina contenida en el chicle, y al detenerla la sustancia es absorbida por la mucosa orofaríngea, lo cual facilita su llegada al cerebro y, en consecuencia, su acción terapéutica.

La Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (S. E. D. E. T.) señala que la utilización de esta presentación de nicotina ha de ajustarse a una posología correcta. Se recomiendan chicles de 2 mg en fumadores con baja dependencia y de 4 mg cuando la dependencia es moderada o alta. El nivel de dependencia a la nicotina se establece a partir del cuestionario de Fagerström (Citado en Jiménez et al., op. cit.).

- b) *Parches de nicotina*: Se trata de un dispositivo de liberación transdérmica que descarga nicotina de forma lenta y continua, alcanzando niveles estables de nicotinemia en la sangre. El parche transdérmico se comercializa en dos presentaciones, las cuales se diferencian en la cantidad de nicotina que contienen y en el tiempo de aplicación de los mismos. Uno de ellos libera la nicotina durante 16 horas y consigue niveles máximos en sangre en las siguientes 5 y 10 horas. El otro la libera durante 24 horas, y también logra su concentración máxima entre las 5 y 10 horas subsecuentes (Palmer; Buckeley; Faulds; 1992. Citado en Jiménez et al., op. cit.).

El parche se aplica cada día sobre una zona de piel limpia, seca y sin vello (cara anterior del antebrazo, cadera o tronco). La nicotina se absorbe gradualmente durante 16 y 24 horas, en función del tipo de parche. Se recomienda cambiar diariamente la región donde se aplica el parche para evitar erosiones, prurito o eritema.

- c) *Spray nasal de nicotina*: Es un dispositivo que contiene nicotina disuelta en una solución salina isotónica a pH neutro y a concentración de 10 mg/ml, en un pequeño depósito unido a un sistema de instilación de gotas y que libera la nicotina en forma de suspensión para instilación nasal.

La nicotina liberada se deposita en la mucosa nasal, que está vascularizada y por lo que la absorción es más rápida, obteniéndose precozmente un pico de nicotina que imita al que se produce cuando se aspira un cigarro.

d) *Comprimidos de nicotina*: La nicotina se administra a través de pastillas que al ser chupadas la liberan progresivamente, y es absorbida mediante la mucosa orofaríngea. Cada comprimido tiene un total de 1 mg de nicotina, cantidad que es bioequivalente a 2 mg en chicle. Es importante su uso adecuado, ya que en ningún momento debe masticarse sino sólo disolverse a modo de caramelo. Su paso a vía digestiva origina metabolitos inactivos. Se recomienda administrar un comprimido de 1 mg cada hora y media o dos horas mientras que el sujeto está despierto, durante un periodo de 10 a 12 semanas, reduciendo gradualmente la dosis a partir de la sexta u octava semana.

2.2.2. Administración de Bupropión Hidrocloruro o Antidepresivos

El bupropión hidrocloruro (comercialmente conocido como Wellbutrin®) fue diseñado como un medicamento antidepresivo. No obstante, tras observar que los pacientes medicados con este fármaco disminuyeron el consumo de tabaco, se sugirió su administración a pacientes en tratamiento para la cesación del tabaquismo; consecuentemente se confirmó su eficacia como el primer tratamiento endógeno antibáquico.

A través de su acción en las vías noradrenérgica y dopaminérgica, el bupropión consigue reducir los síntomas del síndrome de abstinencia y frenar el deseo de fumar, debido a que preserva tanto sus propiedades antibáquicas como las antidepresivas. (Álvarez-Sala, Rodríguez, Calle, Nieto, 2003).

En concordancia con el Vademecum, el bupropión es un inhibidor selectivo de la recaptación neuronal de catecolaminas. Sus efectos sobre la neurotransmisión noradrenérgica influyen los síntomas de abstinencia, mientras que sus acciones dopaminérgicas actúan sobre la capacidad de reforzamiento y las propiedades adictivas de la nicotina (Sáiz et al., 2004).

El tratamiento de bupropión se inicia con 150 mg/día durante una semana, posteriormente se incrementa la dosis a 300 mg/día (en dos tomas separadas al menos 8 horas); durante la segunda semana se fija el día para dejar de fumar. La duración del tratamiento oscila entre 8 y 12 semanas, aunque la Administración

de Drogas y Alimentos de E. E. U. U. (F. D. A. por sus siglas en inglés) ha aprobado la extensión de su uso en procesos que ameriten prolongarse (Sociedad Española de Psiquiatría, 2003. Citado en Sáiz et al., op. cit.).

Además del bupropión, en el tratamiento no nicotínico de la cesación del tabaquismo, se conocen otros antidepresivos con efectos positivos en el proceso de deshabitación (Sáiz et al., op. cit.):

- a) *Antidepresivos tricíclicos*, que inhiben la recaptación de noradrenalina y serotonina, lo cual facilita el cese del hábito tabáquico en combinación con otras estrategias psicoterapéuticas.
- b) *Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa A*, como la moclobemida, han demostrado su eficacia en tratamientos antitabáquicos.

2.2.3. Administración de Vareniclina

La vareniclina es una droga diseñada especialmente para la cesación tabáquica a partir de un alcaloide natural que se encuentra en la planta *Cytisus Laburnum*, y presenta efectos agonistas y antagonistas parciales del receptor nicotínico. Este mecanismo no sólo disminuye la urgencia por fumar y los síntomas de abstinencia (en su función agonista), sino que debido a los efectos del bloqueo del receptor nicotínico disminuye los efectos de recompensa ante la administración de nicotina (como antagonista) (Zabert, 2006).

En su presentación comercial la vareniclina es conocida como Champix®, y se distribuye en dosis de 0,5 mg y de 1,0 mg. Su administración se limita a fumadores motivados a dejar de fumar que reciben asesoramiento y apoyo complementario. El tratamiento debe iniciarse entre 1 y 2 semanas antes de la fecha establecida para dejar de fumar, consumiendo un comprimido diario de 0,5 mg durante 3 días. Consecuentemente, el paciente debe ingerir un comprimido de 0,5 mg dos veces al día, durante 4 días. A partir de ese momento, el paciente debe consumir un comprimido de 1 mg dos veces al día hasta el final del tratamiento, el cual ha de llevarse a cabo durante 12 semanas (E. M. E. A., 2006).

2.3. Tratamientos Psicológicos

Entre los tratamientos eficaces que facilitan la cesación del tabaquismo encontramos el tratamiento psicológico, que surgió en los años 1960's junto con las técnicas de modificación conductual. De este modo, a partir de la década de los 1970's, el tratamiento psicológico logró sus niveles de desarrollo actuales empleando técnicas psicológicas conductuales, cognitivas y educativas.

La relevancia y eficacia, vigentes en las técnicas de intervención y tratamiento con los fumadores, conforman la base del mismo y de sus distintos tipos y formatos, ya que son un complemento imprescindible para que el procedimiento farmacológico funcione eficazmente.

El progreso logrado en esta área ha permitido disponer de diversos tratamientos psicológicos de elección que obtienen los mejores niveles de eficacia en lo que respecta a la cesación del tabaquismo (Becoña, 2004).

2.3.1. Terapia Cognitivo – Conductual

Las técnicas de la terapia cognitivo-conductual son un conjunto de procedimientos que se apegan a la noción general de que el cambio en el comportamiento puede lograrse alterando los procesos cognoscitivos, los cuales actúan como punto focal del tratamiento e incluyen percepciones, autoafirmaciones, atribuciones, expectativas, creencias e imágenes. Las hipótesis que subyacen a dichas técnicas proponen que los procesos cognoscitivos desadaptativos conducen a conductas desadaptativas, y que la modificación de éstos puede conducir al cambio conductual.

Dado que la conducta disfuncional, incluido el abuso de sustancias, está determinada por cogniciones erróneas, a la terapia le corresponde modificar los procesos de pensamientos negativos o autodenigratorios y las percepciones que parecen perpetuar los síntomas de los desórdenes emocionales. Por ello, al paciente se le enseña a identificar estos pensamientos y a cambiarlos, sustituyéndolos con ideas racionales y realistas para propiciar una vida más saludable y sin abuso de sustancias.

Dentro de las técnicas más usadas en la terapia cognitivo-conductual, podemos encontrar:

- a) *Aprendizaje de modelos*: Con esta técnica el aprendizaje se produce a través de la observación de determinadas reacciones emitidas por los modelos, sin que el paciente mismo tenga que ponerlas en práctica.
- b) *Entrenamiento en competencias sociales*: El comportamiento inapropiado de algunas personas puede deberse a la angustia por manifestar determinadas conductas. En tal caso hay que adiestrar al individuo con un procedimiento análogo a la desensibilización sistemática.
- c) *Solución de problemas*: Esta técnica no busca soluciones específicas para problemas particulares, más bien, persigue la adquisición de estrategias universales que mejoren el dominio de situaciones problemáticas. Este proceso se divide sistemáticamente en cinco fases (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999):
 - a. *Actitud general*: En esta fase se pretende apreciar la aparición de problemas como una situación “normal” y de desarrollar una percepción diferenciada de estas condiciones problemáticas, así como una actitud positiva hacia su superación.
 - b. *Definición y formulación del problema*: Los elementos particulares del problema son identificados y asimilados con la mayor claridad posible, siendo atraídos de un plano abstracto a uno concreto donde su reformulación verbal pueda llevarse a cabo.
 - c. *Descubrimiento de alternativas*: El terapeuta y el paciente ofrecen todas las soluciones al conflicto que se les ocurran, reuniendo el mayor número posible de éstas.
 - d. *Decisión*: Después de la tercera fase, todas las alternativas deben apreciarse a partir de sus costos, beneficios y probables consecuencias, para seleccionar una de ellas y aplicarla a la situación problemática.

- e. *Revisión*: Una vez consumada la decisión y llevada a cabo, es preciso reexaminar la solución de problemas.
- d) *Autoinstrucción*: Esta técnica parte del supuesto de que el actuar (incluida la planificación) y el vivenciar humanos están acompañados de un diálogo interior autorreflexivo que atribuye un valor a diversas circunstancias, ese valor permite a la persona determinar si se trata de un reforzador positivo o un castigo.

La terapia cognitivo-conductual para el abuso de sustancias, se estructura en tres pasos:

- a) *Análisis funcional*: El paciente y el terapeuta inician la terapia realizando un análisis acerca de los antecedentes y las consecuencias de la conducta de abuso de sustancias, los cuales sirven como disparadores y factores de mantenimiento. También se evalúan las características de los estados emocionales del paciente así como sus pensamientos asociados con el abuso de sustancias, facilitando la identificación de las situaciones de alto riesgo para el individuo. Además, es importante determinar lo que la persona piensa, siente, y ha hecho durante y después de las situaciones de riesgo. Este análisis detallado sirve para informar acerca del proceso de tratamiento, e individualizar las intervenciones específicas y el plan de tratamiento para el paciente.
- b) *Entrenamiento en habilidades de afrontamiento*: Las habilidades por enseñar son específicas para el abuso de sustancias (afrontar situaciones de riesgo o de ofrecimiento de la sustancia, fácil acceso, etc.), o para su aplicación en áreas interpersonales y emocionales (habilidades de comunicación, afrontar el síndrome de abstinencia, etc.).
- c) *Prevención de recaídas*: Las aproximaciones a la prevención de recaídas se fundamentan en el análisis funcional, la identificación de las situaciones de alto riesgo de recaída, y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

2.3.1.1. Terapia Racional – Emotiva

De la terapia cognitivo-conductual podemos desglosar una de sus más importantes acepciones, resumida por Ellis en su teoría del "ABC" (Figura 3), en donde "A" (por "activating event ") representa el acontecimiento activador, suceso o situación que puede ser externo o interno (e. g. pensamiento, imagen, fantasía, etc.); "B" (por "belief system") representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que aborda el contenido del sistema cognitivo en su totalidad (e. g. pensamientos, supuestos, inferencias, filosofía de vida, etc.); "C" (por "consequence") representa la consecuencia o reacción ante "A", y pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones) (Ellis y Greiger, 1981).

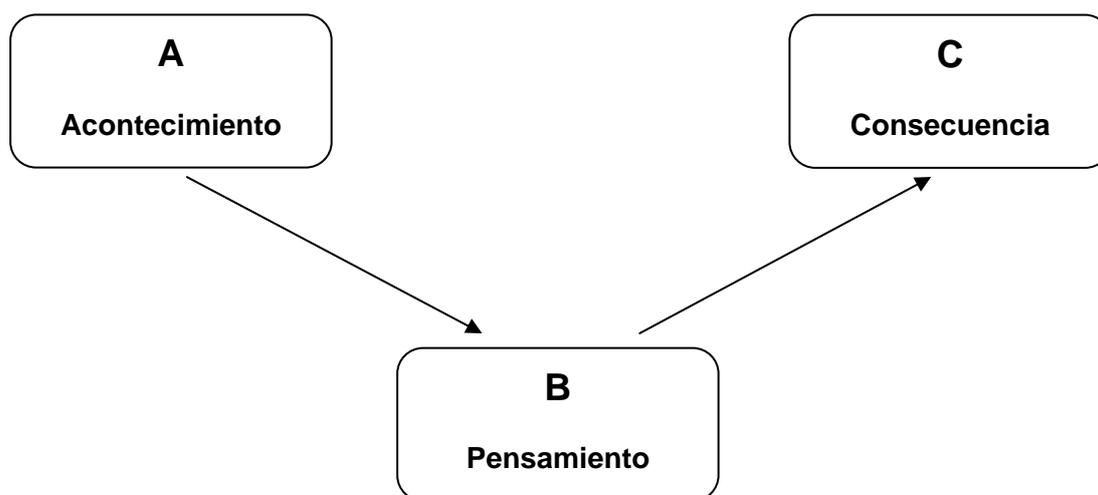


Figura 3. Esquema de la teoría ABC (Terapia Racional-Emotiva, A. Ellis)

Actualmente, en este modelo las relaciones se consideran más complejas que en el esquema original del ABC, estando todos los elementos relacionados e interactuando unos con otros. En un análisis más profundo se explica que las relaciones no son exclusivas, lineales, ni unidireccionales como en el esquema anterior.

El tratamiento racional-emotivo se lleva a cabo trabajando directamente sobre el cambio en los pensamientos (B), de este modo se podrá hacer una modificación a la consecuencia (C) que éste produce en el comportamiento o actuar del individuo, toda vez que el acontecimiento activador (A) difícilmente podrá ser modificado, ya que implicaría un cambio en el contexto o percepción del sujeto (Ellis y Dryden, 1989).

El modelo de intervención ABC en el abuso de sustancias ha sido interpretado por Ocampo de la siguiente forma (Figura 4):

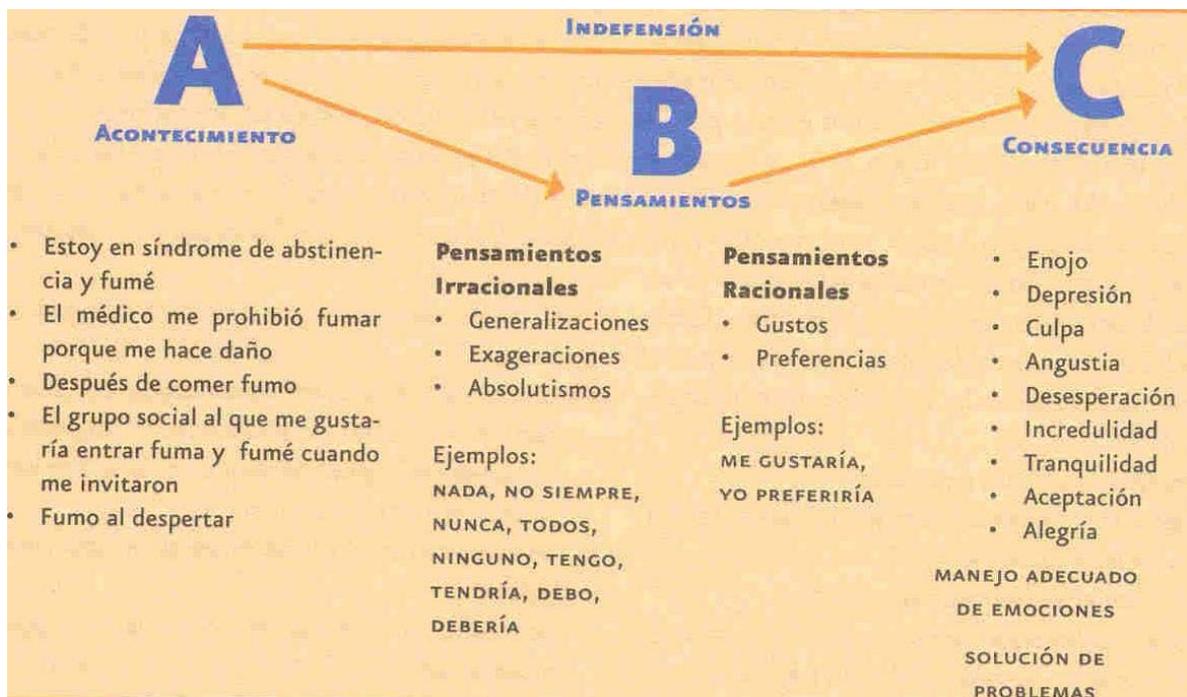


Figura 4. Interpretación del modelo ABC de la Clínica Contra el Tabaquismo, Hospital General de México.

Ocampo (2007), señala que los pensamientos son invisibles, pues la persona que fuma ya ha llevado a cabo un proceso de aprendizaje, pasando del acontecimiento a la consecuencia automáticamente. Es fundamental valorar esta circunstancia dentro de la terapéutica TREC, dado que el individuo por sí solo no logra observar estos pensamientos erróneos.

2.3.2. Terapia Conductual

Fuera del protocolo habitual de las intervenciones antitabaco, y ahondando en el terreno del análisis conductual, algunas de las técnicas usadas para la cesación del tabaco son:

2.3.2.1. Procedimientos Aversivos

Están dirigidos a la generación de una respuesta condicionada negativa, consiguiendo que los aspectos gratificantes del acto de fumar se conviertan en desagradables. Los procedimientos más populares que integran esta variedad, son:

- a) *Fumar dentro de un cuarto lleno de aire caliente*: Grimaldi y Lichtenstein (1969) realizaron un estudio en el que se encerró a fumadores en una habitación con suficiente dotación de cigarros, según el consumo que cada uno había referido. Posteriormente, cuando empezaban a fumar, los investigadores incrementaron la temperatura de la habitación, lo que conllevó a la reducción gradual en la frecuencia de fumar. No obstante, en la mayoría de los casos se presentó la recaída a los seis meses.
- b) *Fumar rápido*: En este procedimiento los propios cigarros son usados como agente aversivo. De acuerdo con Becoña (2004), en el procedimiento original (Lichtenstein, Harris, Birchler, Wahl y Schmachl, 1973), los fumadores inhalaban el humo de los cigarros de su marca preferida cada 6 segundos (se utilizó un metrónomo para determinar el tiempo transcurrido). En cada sesión se hicieron tres ensayos de 15 minutos cada uno, con una pausa de 5 minutos de descanso entre ellos.

En un estudio, Resnick (1968) expuso a los fumadores a una sesión de 20 horas fumando continuamente, y encontró un 60% de recaídas, donde los fumadores duplicaron o triplicaron la frecuencia de fumar cuatro meses después del tratamiento.

2.3.2.2. Saciedad

Con este procedimiento se persigue la pérdida del potencial reforzante del cigarro como reforzador positivo mediante su presentación excesiva (Resnick, 1968. Citado en Becoña, 2004).

Para conseguir que los aspectos positivos de fumar se hagan aversivos, se instruye al fumador para que incremente a niveles exagerados el consumo de cigarros. Idealmente el paciente debería duplicar, triplicar o cuadruplicar el consumo de cigarros durante un intervalo de tiempo determinado respecto al número que consumía al inicio del tratamiento, produciéndose en este caso malestar, dolores, vómito, etc.

Dericco, Brigham y Garlington (1977) emplearon la saciedad como uno de los procedimientos de su estudio, en el que a 24 sujetos se les introdujo en un cuarto lleno de anuncios antitabaco de la Sociedad Americana del Cáncer. Dentro de la habitación, a los sujetos se les informó que debían fumar la mayor cantidad de cigarros que les fuera posible, tan rápido como pudieran; por lo menos, tenían que fumar 1 cigarro cada 5 minutos. Al final del procedimiento, los sujetos reportaron la presencia frecuente de náuseas e incluso vómito.

En términos de resultados, Dericco, et al. (op. cit.) señalaron que los hallazgos de la saciedad son ambiguos, ya que el total de recaídas y la falta de estudios adecuados dificultaron determinar el grado de eficacia de la saciedad como procedimiento de cesación.

Además del incremento en la cantidad de cigarros, existe también la técnica de retener el humo, aplicada por primera vez por Tori (1978), en combinación con hipnosis y consejo de no fumar. En la técnica de retención del humo se utilizó el propio humo de los cigarros como estímulo aversivo. En el proceso, el fumador retenía el humo del cigarro en la boca y garganta durante 30 segundos y, al mismo tiempo, debía seguir respirando por la nariz. Los descansos entre las retenciones de humo eran también de 30 segundos, y entre los ensayos eran de 5 minutos. Además de acarrear efectos menos desagradables que la técnica de fumar rápido, su aplicación no conllevó riesgos colaterales (Becoña, 2004).

2.3.2.3. Economía de Fichas

La economía de fichas es un procedimiento mediante el cual el o los participantes obtienen fichas a cambio de la realización de una conducta deseable previamente determinada, y en el que al final éstas son canjeadas por aquello que constituya un reforzador positivo para el individuo (Martin y Pear, 2006).

Desde el análisis conductual aplicado, uno de los tratamientos para el consumo de sustancias más documentado es el de la economía de fichas. Para dar un ejemplo, cabe mencionar un estudio realizado por Roll (2005), donde se empleó una muestra de 22 estudiantes con una edad promedio de 16.5 años, y se aplicó una contingencia que respondía a los bajos niveles de monóxido de carbono (CO) en los participantes. El grupo fue dividido en dos partes, a una de ellas se les entregaron US\$5 por cada muestra de $CO \leq 6\text{ppm}$, esta cantidad de dinero fue aumentó un 100% cada semana. Al segundo grupo se le entregó el reforzamiento por cada muestra de CO obtenida independientemente del resultado de ésta. Los resultados arrojados por la investigación indicaron que ambos grupos lograron reducir el consumo de tabaco, no obstante, en el primero de ellos hubo un mayor nivel de eficacia de la abstinencia.

Anteriormente, Roll, Higgins y Badger (1996) probaron la eficacia de 3 programas de reforzamiento para la cesación del consumo de tabaco. Asignaron a 60 fumadores de cigarro a uno de los siguientes tres grupos: tasa fija de reforzamiento, tasa variable de reforzamiento y un grupo control. Pidieron a los participantes de los tres grupos abstenerse de fumar por una semana. Posteriormente, en cada sesión semanal, se estableció en el programa de tasa fija que cada que los participantes tuvieran una medición de $CO \leq 11\text{ppm}$, recibirían US\$9.80; en el caso del grupo de tasa variable se entregarían US\$3 por la primera medición de CO esperado y, adicionalmente, cada semana que se cumpliera con dicha medición se aumentarían US\$0.50; en caso de que fallara este equipo en una oportunidad, se regresaría al punto de partida (US\$3). Para el grupo control sólo se tomaron las mediciones de CO sin darles algo a cambio.

En este estudio se observó que tanto los participantes en el grupo de tasa fija así como los de la variable, obtuvieron mayores niveles de abstinencia que el grupo

control. Además, los participantes en el grupo de tasa variable mantuvieron por mayor tiempo la abstinencia, y tuvieron menor incidencia de recaídas respecto al grupo de tasa fija.

Dallery y Glenn (2005) intentaron probar la viabilidad de un método para obtener la evidencia objetiva de la abstinencia en los sujetos que fumaban cigarros, y así entregar las fichas de reforzamiento por dicha evidencia. Cuatro fumadores severos participaron en este estudio durante cuatro semanas. Dos veces al día, los participantes realizaron grabaciones de video de sí mismos al momento de tomar la muestra del CO con una cámara fotográfica para web; el video fue enviado electrónicamente a los investigadores. Los participantes podían ganar las fichas por las reducciones graduales en los niveles del CO y finalmente alcanzar la abstinencia (CO \leq 4 ppm). Estas fichas eran intercambiables por mercancía en Internet. Los hallazgos mostraron que, según los registros iniciales del CO, los participantes redujeron sustancialmente sus niveles.

Los tratamientos de cesación del tabaquismo han perfeccionado y ampliado el espectro de técnicas con las cuales fomentan la disminución y eliminación del consumo de tabaco. Su éxito se debe al involucramiento de la Medicina y la Psicología toda vez que ambas áreas proponen diversos criterios y elementos que en conjunto ofrecen una alternativa efectiva contra este padecimiento.

Como es de esperar, la diversidad de tratamientos se ve influenciada por las cambiantes necesidades que presentan los pacientes y la sociedad en la cual se desenvuelven. Por lo tanto, de los elementos que han aportado la Medicina y la Psicología, varios han sido aplicados en respuesta a ciertas particularidades, por lo que cabe detallar el trabajo desarrollado en México.

Capítulo 3. Tratamiento Contra el Tabaquismo en México

“... Lo importante es animar a nuestra gente

a considerar cada hábito y costumbre

como susceptible de mejora ...”

B. F. Skinner

1.1. Antecedentes Históricos

A partir de 1980, en México se establecieron diferentes propuestas de investigación sobre el consumo de tabaco y sus implicaciones sobre la salud, dando inicio a los programas de tratamiento contra el tabaquismo, los cuales en la actualidad están definidos en función de las técnicas educativas y cognitivo-conductuales.

De acuerdo con la reseña histórica que realiza Ocampo (2007), el trabajo de investigación sobre el tabaquismo como problemática de salud pública comenzó con un estudio asesorado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente, cuyo objetivo fue establecer los distintos perfiles de fumadores y llevar a cabo un comparativo de la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales y educativas, definidas estas últimas como “cualquier actividad de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para alcanzar la salud y busque ayuda cuando lo necesite” (Organización Mundial de la Salud, O. M. S. 1979).

Este programa de investigación tuvo tres escenarios, grupos poblacionales e intervenciones distintas:

- a) *Instituto Nacional de Perinatología*, donde se tomó como muestra a mujeres que se encontraban en estado de gestación y en situación de

riesgo, a quienes se les aplicaron técnicas conductuales y educación para la salud.

b) *Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (I. N. E. R.)*, donde se trabajó con una población fumadora abierta utilizando, además de las técnicas educativas y cognitivo-conductuales, sustitutos de nicotina.

c) *Hospital General de México (Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax)*, en donde participaron pacientes con padecimientos cardiorrespiratorios. Para este grupo se emplearon técnicas de educación para la salud, reestructuración cognitiva y sustitutos de nicotina.

En 1984, la Ley General de la Salud consideró a las adicciones y, por primera vez, al tabaquismo como un problema de salubridad general. Este esquema normativo dio lugar a la creación del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), en la Secretaría de Salud (SSA), el 8 de julio de 1986. Los objetivos de CONADIC son promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado, encaminadas en prevenir y combatir los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como proponer y evaluar los Programas Nacionales contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo y la Farmacodependencia (SSA/CONADIC, 2000. Citado en Moreno y Cantú, 2002).

El programa contra el tabaquismo de 1986, elaborado con el consenso de los representantes de los diversos sectores que conforman el Comité Técnico en la materia, se orientó al análisis de los aspectos de la salud, educación, investigación y legislación en este campo. Para 1992, avances en estas líneas de trabajo constituyeron el fundamento para que el programa contra el tabaquismo fuera actualizado. Sin embargo, no se contó con mecanismos específicos para llevar a cabo el seguimiento y evaluación de los compromisos establecidos por las instituciones participantes.

En 1997, la SSA, a través de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, instituyó el Programa para la Prevención y Control de Adicciones, a cargo del CONADIC, como uno de sus programas prioritarios, buscando fortalecer, ampliar y aumentar la cobertura y el impacto en el ámbito nacional.

En materia de adicción a la nicotina, estos programas son aplicados en Clínicas Contra el Tabaquismo, también conocidas como clínicas para dejar de fumar o clínicas estructuradas, que representan una de las modalidades más utilizadas mundialmente en materia de tratamientos

Caracterizadas por su flexibilidad, las Clínicas Contra el Tabaquismo se han adaptado en México a los recursos asignados por las instituciones que las amparan. No obstante, las clínicas deben estar conformadas, mínimo por un médico, un psicólogo, un coordinador y/o una trabajadora social. En estas clínicas se brinda servicio a la población que desea dejar de fumar, aunque cada una tiene sus propios criterios de inclusión. El tratamiento de los pacientes consiste, principalmente, en terapia cognitivo-conductual y, en caso de ser necesario, en el uso simultáneo de terapias farmacológicas: terapia de sustitución de nicotina (T. S. N.) y terapia con Bupropión (Valdés-Salgado, Lazcano-Ponce y Hernández, 2005).

De acuerdo con el Primer informe sobre el combate al tabaquismo en México (2005), la efectividad del tratamiento varía entre 43% y 90% en el momento de finalizarlo y entre 35 y 54.1% después de un año de haberlo concluido. Actualmente, México cuenta con más de 160 C. C. T., ubicadas en los tres niveles de atención médica, y distribuidas en todas las entidades federativas de la República Mexicana.

En cuanto al Distrito Federal, se pueden reconocer tres de las principales intervenciones antitabáquicas, expuestas a continuación:

1.2. Programa de Intervención del Hospital General de México

En cuanto a las instituciones públicas que han participado de manera activa en la lucha y prevención del tabaquismo cabe mencionar que el Hospital General de México, de la mano de un equipo especializado en la materia, creó en 1983 la Clínica Contra el Tabaquismo (C. C. T.), la cual desarrolló un programa de intervención para la cesación del consumo de tabaco, consiguiendo un porcentaje significativo de efectividad dentro de la población a quien está dirigido.

Los lineamientos terapéuticos que subyacen tras esta intervención son las técnicas cognitivo-conductuales, con las cuales se busca que el adicto a la nicotina abandone por completo el abuso de esta sustancia apoyándose en un programa médico-psicológico, que ofrece al paciente una atención integral. Su objetivo general es impulsar al paciente a que logre la abstinencia a través del aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento (Tabla 3) (Ocampo, 2007).

La evaluación médica tiene el objetivo de detectar oportunamente cualquier enfermedad relacionada con el tabaquismo. Una vez que los estudios de gabinete, antes mencionados, han sido realizados y el paciente obtiene los resultados, éste es revisado por un neumólogo, quien le ofrecerá el diagnóstico y tratamiento correspondientes.

La evaluación psicológica consta de una entrevista estructurada con la que se recopilan los datos generales del paciente y la información necesaria acerca de su consumo de tabaco. A través de la entrevista y de la aplicación de pruebas psicométricas se obtiene la información necesaria para canalizar al paciente a terapia grupal o individual.

Tabla 3. Modelo de tratamiento médico – psicológico de la Clínica Contra el Tabaquismo, Hospital General de México

MÉDICO	PSICOLÓGICO
<p>Detección temprana (Estudios de gabinete)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placa de Tórax: P. A. y lateral derecha • Electrocardiograma • Pruebas Funcionales Respiratorias • Carbowax (Papanicolao en garganta) • Biometría hemática 	<p>Abordaje terapéutico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista de primera vez • Aplicación de batería psicológica <ul style="list-style-type: none"> • Beck (Depresión) • Beck (Ansiedad) • Cuestionario de Motivos de Fumar de Russell • Cuestionario de Dependencia Física a la Nicotina de Fagerström • Intervención terapéutica Cognitivo-Conductual <ul style="list-style-type: none"> • Grupal • Individual

Fuente: Programa de cesación del tabaquismo en un hospital de tercer nivel (Ocampo, 2007).

La terapia cognitivo-conductual consta de 8 sesiones de tratamiento con una duración de 2 horas, 2 veces por semana, complementado con 2 sesiones de seguimiento, una a la semana y la siguiente a los 15 días de haber concluido el tratamiento; posteriormente, se realizan seguimientos trimestrales. La terapia individual se lleva a cabo una vez por semana con una duración de 45 minutos, y en ésta se aplica el mismo tipo de tratamiento que en la terapia grupal (Tabla 4).

Tabla 4. Carta descriptiva del tratamiento psicológico breve para la cesación del tabaquismo de la Clínica Contra el Tabaquismo, Hospital General de México.

Sesión	Duración	Temas	Objetivos	Actividades
Primera	2 horas	Encuadre grupal. Presentación del grupo. Modificación de conducta. Historia de fumador.	Entablar una relación cálida y de confianza. Modificar hábitos asociados con la adicción al tabaco.	Técnicas de motivación al cambio. Indicaciones terapéuticas. Explicación del autorregistro inicial. Respiraciones profundas.
Segunda	2 horas	Dependencia psicológica. Dependencia social. Teoría del reforzamiento. Teoría del aprendizaje social.	Conocer los mecanismos de dependencia psicológica y social. Generar estrategias de afrontamiento a la presión social.	Lectura de historia de fumador. Revisión de autorregistros. Técnica de relajación respiración profunda.
Tercera	2 horas	Adicción física a la nicotina. Daños a la salud. Terapia de reemplazo. Suspensión abrupta. Autorregistro de monitoreo.	Que el paciente logre identificar al tabaquismo como una adicción y conozca los mecanismos de dependencia psicológica y social, de igual modo que el asistente al grupo sea capaz de generar estrategias de afrontamiento a la presión social. Motivar al paciente hacia su toma de decisión.	Exposición. Juego de roles. Carta de despedida. Visualización del éxito.

Tabla 4. Continuación.

Sesión	Duración	Temas	Objetivos	Actividades
Cuarta	2 horas	Síndrome de abstinencia. Terapia racional-emotiva. Mecanismos de evitación. Manejo de emociones.	Generar estrategias que reduzcan los síntomas del síndrome de abstinencia, la desintoxicación y el duelo en los pacientes, para lograr el mantenimiento de la abstinencia.	Revisión de autorregistros. Lectura de cartas de despedida. Relajación de despedida al tabaco.
Quinta	2 horas	Beneficios de dejar de fumar. Repaso teorías del aprendizaje. Manejo de emociones.	Desarrollar habilidades que le faciliten a los asistentes a grupo el afrontamiento de situaciones estresantes.	Exposición. Juego de roles. Visualización dirigida.
Sexta	2 horas	Habilidades sociales: - Comunicación efectiva. - Manejo del conflicto. - Asertividad.	Desarrollar en el paciente habilidades sociales y de solución de conflictos que lo mantengan en abstinencia.	Exposición. Juego de roles. Visualización dirigida.
Séptima	2 horas	Manejo de emociones. Estilo de vida saludable.	Que el paciente conozca los factores que predisponen la recaída en su medio natural y elabore estrategias de afrontamiento a los mismos.	Exposición. Juego de roles. Visualización dirigida.
Octava	2 horas	Manejo y prevención de las recaídas. Despedida.	Que los asistentes a grupo se mantengan en abstinencia.	Exposición. Visualización dirigida. Cierre grupal.

Fuente: Programa de cesación del tabaquismo en un hospital de tercer nivel (Ocampo, 2007)

Las técnicas usadas en el protocolo habitual de la C. C. T., son:

1.2.1. Entrenamiento en Inoculación Conductual

En el caso del tabaquismo, el fumador usa el cigarro como herramienta para afrontar situaciones en su medio y poder reaccionar frente a ellas. Desde su origen, dicha relación errónea da referencia de la falta de autoeficacia en el paciente. El entrenamiento en inoculación conductual, propuesto por Meichenbaum (1977), es eficaz para tratar con los sentimientos de ira expresados y reprimidos, utilizando el entrenamiento en autoinstrucciones (Caballo, 2002). A través de los años, el protocolo de este entrenamiento ha sido modificado y se ha extendido a otras alteraciones emocionales, las cuales incidirán en lo cognitivo y conductual. El procedimiento consta de tres componentes: preparación cognitiva, adquisición de habilidades y aplicación en vivo.

Lo más importante en este procedimiento es enseñar al paciente a no personalizar los eventos, tomándolos como ofensas o frustraciones deliberadas. Lo que procura esta técnica es analizar los antecedentes que generan la activación de los sentimientos que llevan a conductas disfuncionales, entrenar al paciente en la identificación de los estímulos desencadenantes a nivel personal y social, y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento para controlarlos. La adquisición de las habilidades de afrontamiento inicia con imaginería y gradualmente se llega a la situación real.

1.2.2. Autorregistro

Ocampo (op. cit.) señala que el autorregistro es una herramienta básica para cambiar o manejar adecuadamente una conducta, debido a que el usuario toma conciencia de lo que está sucediendo in vivo con su conducta de fumar (emoción-situación) en el momento de la autoobservación.

El procedimiento de autorregistro no constituye una gran inversión de tiempo y energía por parte del paciente. En el tratamiento de la C. C. T., a los pacientes se les proporciona una hoja de autorregistro (Figura 5), donde deben indicar cada ocasión en la que fuman un cigarro, lo que en la práctica implica la misma inversión que sacar un cigarro de la caja y encenderlo, por ende esta actividad

debe hacerse entre sesiones. Inicialmente, se evalúa la situación que rodea el acto de fumar (cantidad de cigarros/frecuencia, hora de consumo, lugar, estado de ánimo e intensidad de la inhalación/golpe). Además de funcionar como un automonitoreo del consumo, el autorregistro da pauta para la identificación de situaciones de riesgo una vez que el paciente se encuentra en etapa de abstinencia.




AUTOREGISTRO DE LINEA BASE

Nombre: _____ Fecha: _____

No.	Lugar	En compañía	Edo. de Animo	Golpe	No.	Lugar	En compañía	Edo. de Animo	Golpe
11					16				
12					17				
13					18				
14					19				
15					20				

Figura 5. Formato de hoja de autorregistro de la Clínica Contra el Tabaquismo, Hospital General de México

El autorregistro permite que tanto el paciente como el terapeuta descubran elementos que puedan modular la variabilidad y la gravedad del consumo (e. g. fluctuaciones asociadas a cambios en el estado de ánimo, problemas familiares, problemas económicos) y, en último término, ayuda en la prevención de recaídas (Caballo, op. cit.).

1.2.3. Relajación

Beck, Wright, Newman y Liese (1999) indicaron la existencia de un componente de ansiedad asociado al consumo de sustancias (e. g. fumadores atribuyen el acto de fumar a la necesidad de relajarse) que sugiere el abuso de sustancias. En el caso de la nicotina, su consumo puede explicarse como la “automedicación” de aquellas personas con dificultades para relajarse a sí mismas.

Allí radica la importancia del entrenamiento en relajación como técnica en el programa de la C. C. T., ya que da al paciente la oportunidad de establecer la creencia de que cuenta con las habilidades necesarias para afrontar su estado de tensión. Ya sea desde el entrenamiento de un adecuado método de respiración, hasta el protocolo de relajación progresiva de Jacobson, esta técnica ha demostrado ser muy eficaz en el desarrollo de la capacidad de afrontamiento de los pacientes.

1.2.4. Visualización Dirigida

Norris y Porter (1991) definen la visualización dirigida como un proceso de pensamiento que invoca el uso de los sentidos. Si bien el término español “visualización” parece referirse sólo a lo visual, el vocablo inglés “imagery”, menos restrictivo, está más cerca de lo que realmente es el proceso, ya que implica el uso de la imagen mental que abarca todos los sentidos: visión, audición, olfato, gusto, y sensaciones kinestésicas de movimiento, posición y tacto (Ocampo, op. cit.).

La visualización dirigida, o técnicas de imaginación, posee gran utilidad en el tratamiento de abuso de sustancias en cuanto a que se induce a los fumadores para que visualicen el autocontrol; es decir, procuran la moderación personal disminuyendo aquellos comportamientos excesivos que son inmediatamente gratificantes (Martín y Pear, 2006). Aunado a su eficacia sobre el autocontrol, la visualización dirigida puede ser de utilidad para que el paciente imagine y aprehenda las creencias de un estilo de vida más saludable y productivo como resultado de no fumar.

1.2.5. Técnica de Autodiálogos Eficaces

Desde el enfoque cognitivo-conductual, la mayoría de las conductas disfuncionales subyacen en un dialogo interior que se expresa en las frases “debo” o “tengo que”. Tales pensamientos gobiernan el funcionamiento de las personas, generando en ellas altos niveles de tensión y autoexigencia, y determinan su repertorio conductual.

Toda vez que dichas cogniciones erróneas son las causantes de las disonancias cognitivas en el fumador, Caballo (op. cit.) sugiere que en cuanto el paciente haya logrado identificar los patrones de pensamiento irracionales, erróneos o desadaptativos, se le debe instruir para que logre sustituir los pensamientos disfuncionales con cogniciones positivas y adaptativas a través del dialogo consigo mismo.

En la C. C. T. del Hospital General de México, los autodiálogos eficaces se aplican mediante el cómo y para qué del dialogo interno, y se le explica al paciente que es una de las principales herramientas para mantenerse en abstinencia. Algunos de los pensamientos fomentados en el programa de la C. C. T, son: “Soy una persona de éxito, pues estoy sin fumar”, “quiero dejar de fumar y lo estoy logrando”, entre otros (Ocampo, op. cit., p. 35).

1.2.6. Técnica de Role-Playing

Además de las cogniciones erróneas, el abuso del cigarro puede encontrarse subyugado a una falta de habilidad para el establecimiento de relaciones interpersonales, motivo por el cual muchos pacientes se encuentran vulnerables al uso de sustancias (Beck et al., op. cit.).

El role-playing es la técnica idónea para introducir al paciente en el entrenamiento de habilidades para relacionarse, toda vez que el proceso de aprendizaje comprende un entrenamiento didáctico. En el caso de la comunicación interpersonal, el role-playing favorece la adquisición y el entrenamiento de habilidades para relacionarse, y de este modo aprender y practicar conductas interpersonales efectivas.

Esta técnica, originaria del enfoque psicoeducativo, fue diseñada para analizar y comprender situaciones que el paciente no logra resolver, y de esta forma darle una solución efectiva in vivo a través de una dramatización, donde cada integrante del grupo terapéutico asume un rol clave en la situación problemática, ya sea que el paciente adopte su propio personaje o que alguien más del grupo lo haga para que el paciente logre observar la situación de forma despersonalizada.

1.2.7. Entrenamiento en Solución de Problemas

Los fumadores suelen demostrar no sólo la falta de eficacia frente a situaciones que generan tensión, sino también la incapacidad de resolver sus problemas (reales o imaginarios), ya sea por la impulsividad que les es característica o bien por las cogniciones erróneas que les han guiado a la búsqueda de soluciones inadaptadas. En efecto, Beck et al. (op. cit.) refirieron que los consumidores de sustancias con largo historial de abuso ignoran sus problemas, negándolos o evitándolos, o bien responden a ellos “anestesiándolos” con las drogas.

El entrenamiento en solución de problemas consiste en preparar a los pacientes a definir sus problemas, a que propongan el mayor número de soluciones apropiadas para la situación, a evaluar la viabilidad de cada solución, a escoger la mejor solución en términos hipotéticos, a implementar dicha solución y, finalmente, a evaluar los resultados de la misma (Beck et al., op. cit.).

1.2.8. Escritura Emocional Autorreflexiva y Cartas de Despedida

Si bien en México los esfuerzos por prevenir y combatir el tabaquismo han promovido el uso de diversas propuestas terapéuticas, una de las más innovadoras en la materia de las adicciones es la narrativa, que parte del principio de que al escribir el sujeto se conecta con un Yo profundo, convirtiéndose en un sincero ejercicio de autocrecimiento y transformación (Ponciano-Rodríguez y Morales-Ruiz, 2007a).

White (1995) refiere que la escritura emocional es la vía mediante la cual el paciente puede demostrarse a sí mismo, mediante palabras, la forma en que percibe al mundo, interpreta sus propias experiencias, y da orden a los eventos que acontecen en éste. Al narrar va construyendo un significado con el que las

experiencias personales adquieren sentido. (Citado en Ponciano-Rodriguez y Morales-Ruiz, op. cit.).

En ocasiones, el dejar de fumar puede constituir un evento frustrante para un paciente, y en dicho caso la escritura emocional puede facilitar el proceso de asimilación e integración a su historia de vida. Por ello, en la C. C. T. del Hospital General de México se ha adoptado la escritura en la terapéutica de adicción al tabaco, específicamente mediante las cartas de despedida, como un medio de revelación emocional y de compromiso a largo plazo. De acuerdo con Ocampo (op. cit.), a través de las cartas de despedida se pretende que el fumador se haga consciente de sus emociones y características desplazadas al cigarro, así como hacer patente su decisión de abandonar el tabaco mediante un compromiso a largo plazo.

Ponciano-Rodriguez y Morales-Ruiz (op. cit.), sugieren que la narración brinda a las personas un sentido de continuidad y significado a sus vidas, que les permite usarlas como apoyo para ordenar la cotidianidad e interpretar las experiencias posteriores. Éste representa uno de los propósitos de las cartas de despedida al cigarro.

1.2.9. Técnica de Reducción Gradual de Ingestión de Nicotina y Alquitrán (R. G. I. N. A.)

En virtud de que los tratamientos antitabaco han incorporado técnicas eficaces en cuanto al abuso de sustancias, la técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (R. G. I. N. A.) no podía ser la excepción. De acuerdo con Foxx y Brown (1979), la dependencia del fumador está vinculada directamente a la nicotina, no obstante aceptan que la conducta está vinculada tanto a factores fisiológicos como psicológicos (Becoña, 2004).

Toda vez que en la mayoría de los casos se ha registrado un abandono del tratamiento por la dificultad que amerita el hecho de dejar el cigarro de forma drástica, Fox y Brown desarrollaron una técnica con la que el consumo de nicotina en forma de cigarro disminuye gradualmente sin causar reticencia en el fumador.

En la primera parte del protocolo se busca que el fumador disminuya el consumo a través de la reducción de nicotina y alquitrán. Lo anterior se logra cambiando semanalmente la marca de los cigarros por aquellas que ofrezcan una menor cantidad de nicotina y alquitrán que la registrada en la línea base. La reducción semanal respecto a la línea base es del 30%, 60% y 90%. Si el fumador no consigue disminuir su consumo pasará a la siguiente etapa, en la que se procede a la reducción gradual del número de cigarros (Foxy y Axelroth, 1983. Citado en Becoña, op. cit.).

En la C. C. T. esta técnica ha demostrado su eficacia en virtud de la disminución considerable de la tasa de abandono del tratamiento, además de que ésta no les resulta abrupta a los pacientes.

1.3. Programa de Intervención de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México (U. N. A. M.)

En pro de la elaboración de una intervención integral que abarcara un amplio espectro de elementos ineludibles dentro del consumo de tabaco, el 31 de mayo de 2001 se inauguró la Clínica Contra el Tabaquismo de la Facultad de Medicina de la U. N. A. M., bajo la tutela de expertos en la materia (médicos, psiquiatras, psicólogos, biólogos y comunicólogos), teniendo como objetivo general “brindar al fumador las mejores opciones de tratamiento que le permitan liberarse de la adicción a la nicotina y consecuentemente mejorar su salud y calidad de vida” (www.facmed.unam.mx/deptos/farmacologia/cct/index.htm).

Al igual que la C. C. T. del Hospital General de México, la participación de la Facultad de Medicina en la problemática que representa el consumo de tabaco ha sido concebida como una intervención dirigida a la población en general, sumándose así al esfuerzo del sector salud en la búsqueda de la disminución y abolición del consumo de tabaco y los daños colaterales que a éste se subyugan.

En consonancia con el trabajo elaborado en el Hospital General de México, la Facultad de Medicina de la U. N. A. M. define su programa de intervención como

un Tratamiento Multicomponente del Tabaquismo (T. M. T.), toda vez que está compuesto por diversos elementos, dentro de los que se encuentran:

- a) *Factores socioeconómicos*: Abordados a través de la entrevista inicial, en la que se recogen los datos personales del paciente y su historia clínica. De este modo se pueda contar con la información necesaria en caso de requerir otra intervención o diagnóstico.
- b) *Factores psicológicos – comportamentales*: En cuanto al manejo psicológico del programa, éste se adecúa al modelo cognitivo – conductual.
- c) *Factores farmacológicos*: Considerados como aquellos elementos que intervienen en la dependencia física al tabaco, es decir, la dependencia a la nicotina. En virtud de lo anterior, el programa de la Facultad de Medicina usa como recurso principal la terapia farmacológica en el tratamiento de cesación del tabaquismo.

El programa de intervención de la C. C. T. de la Facultad de Medicina de la U. N. A. M. está conformado por tres etapas (Ponciano-Rodriguez y Morales-Ruiz, 2007b):

- a) *Etapa 1 o de pretratamiento*: El inicio del procedimiento se concentra en la evaluación psicológica de los pacientes a través de una entrevista que abarca aspectos tanto de salud física y mental como del inicio y mantenimiento del tabaquismo.
- b) *Etapa 2 o de tratamiento*: En esta fase se contemplan dos recursos: el farmacológico y el psicológico. El segundo puede brindarse en modalidad grupal o individual, y en ambos casos el tratamiento consta de 10 sesiones semanales, que tienen como objetivo sensibilizar y concientizar a los pacientes de los daños físicos que el tabaquismo ocasiona en su organismo, mediante la información y el conocimiento de dicha adicción (Tabla 5).

En lo que al tratamiento farmacológico se refiere, éste se prescribe de manera paralela al tratamiento psicológico. A los pacientes que consumen

menos de 15 cigarros por día se les asigna Terapia Sustitutiva de Nicotina (T. S. N.), y en aquellos casos cuyo consumo sobrepasa este número, se indica la administración de Bupropión. En ambos casos la prescripción tiene una duración máxima de 8 semanas.

- c) *Etapa 3 o de seguimiento:* En esta fase se realizan reuniones mensualmente con la finalidad de evaluar el mantenimiento de la abstinencia de los ya ex fumadores.

Tabla 5. Carta descriptiva del tratamiento para la cesación del tabaquismo de la Clínica Contra el Tabaquismo de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México, U. N. A. M.

Sesión	Temas	Actividades
Primera	Presentación. Generalidades.	En esta sesión el paciente conoce de manera general el contenido del programa del Centro y se integra a la dinámica grupal mediante la expresión de sus expectativas sobre el tratamiento. Se compromete a realizar su mejor esfuerzo para alcanzar la primera meta que es dejar de fumar y posteriormente permanecer en abstinencia. Asimismo llenará su primera herramienta de tipo conductual: el "autoregistro diario de cigarrillos", el cual le permitirá ir conociendo mejor las características de su adicción y prepararse para dejar de fumar.
Segunda	Análisis de autorregistros. Indicaciones sobre la terapia farmacológica.	Diseñada para analizar junto con el paciente el llenado del autorregistro diario de cigarrillos, se examina el número de cigarros, la frecuencia de consumo, motivos, actividades y sentimientos que pueden estar relacionados con su adicción. Por otra parte, el paciente recibe información sobre el proceso de la adicción así como de la terapia farmacológica asignada que le ayudará a manejar su síndrome de abstinencia. Se asigna al paciente su fecha para dejar de fumar y se le invita a realizar una "carta de despedida al cigarro".

Tabla 5. Continuación.

Sesión	Temas	Actividades
Tercera	Síndrome de abstinencia.	Por medio de una sencilla práctica, el paciente aprende a utilizar de manera correcta el medicamento que deberá comprar y utilizar en las siguientes semanas del tratamiento, y es informado acerca de los efectos adversos que se pueden presentar durante su uso. Se orienta al paciente sobre el proceso de desintoxicación que se presenta al dejar de fumar, así como de los signos y síntomas del síndrome de abstinencia que pueden aparecer al suspender súbitamente el consumo de tabaco.
Cuarta	Manejo de estrés.	Para manejar los síntomas del síndrome de abstinencia, se practica junto con el paciente una serie de ejercicios de relajación que le ayudan a controlar sus niveles de ansiedad, además en esta sesión vivenciará la técnica de relajación progresiva, herramienta recomendada para el manejo del estrés.
Quinta	Nutrición y tabaquismo.	Temas concernientes a las deficiencias nutricionales son revisados en esta sesión, y al mismo tiempo se evalúa el Índice de Masa Corporal y el porcentaje de grasa en el cuerpo, lo que permite orientar a cada paciente sobre las características de una buena dieta y fomentar en ellos el uso del "Plato del Bien Comer".

Tabla 5. Continuación.

Sesión	Temas	Actividades
Sexta	Efectos del tabaco en el aparato respiratorio.	<p>Para esta sesión el paciente estará cumpliendo sus primeros quince días de abstinencia, ha recibido información sobre las características de su adicción y se han trabajado los consejos y herramientas que le pueden ayudar a reforzar su abstinencia.</p> <p>Por lo anterior, esta sesión esta diseñada para comenzar a informar a los asistentes de los daños que el tabaquismo ocasiona en el organismo, en especial dichos efectos en Aparato Respiratorio, estos se manejan por niveles empezando por los que son reversibles, para terminar con los que no lo son como el caso de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), donde el padecimiento una vez que se detecta no desaparece pero se puede controlar su avance.</p> <p>Asimismo, se empieza a programar la realización del primer estudio clínico: la Espirometría, el cual le permite al paciente conocer la funcionalidad de su aparato respiratorio.</p>
Séptima	Efectos del tabaco en el aparato cardiovascular.	<p>En esta sesión se informa a los pacientes sobre los efectos agudos y crónicos que ocasiona el tabaquismo en el Aparato Cardiovascular, como uno de los factores de mortalidad más importantes en nuestro país.</p> <p>Se trabaja además, con los logros que el paciente ha ganado en su primer mes de abstinencia, evaluándolos tanto a nivel físico, de reconocimiento y realización personal como también económicos.</p>

Tabla 5. Continuación.

Sesión	Temas	Actividades
Octava	Fumadores pasivos.	Esta sesión es la única donde el paciente tiene la oportunidad de invitar a un amigo, familiar y/o conocido que se expone de manera involuntaria al humo de tabaco, ya que esta sesión esta diseñada para hablar sobre los efectos que ocasiona el tabaquismo pasivo. Se mencionan los diferentes grupos de población que están en riesgo, resaltando el daño en mujeres embarazadas, niños y en aquellas personas que tienen alguna enfermedad.
Novena	Prevención de recaídas.	Esta sesión tiene como objetivo trabajar junto con el paciente el Plan de Emergencia de una Recaída, enseñándole a identificar las señales personales de alarma que existen en la fase del proceso de una recaída. Se analizan los pensamientos y conductas disfuncionales que pueden llevarlo a volver a fumar, así como los sentimientos que pueden estar relacionados en una situación de riesgo. Además se reflexiona sobre la "fantasía de control" que presentan muchos adictos y el impacto que una recaída podría tener en el paciente.
Décima	Cierre del programa.	En esta sesión se enfatiza la importancia que tiene el mantenimiento de la abstinencia como la segunda meta del tratamiento y se motiva al paciente a comprometerse a asistir a las reuniones de seguimiento mensuales durante un año. Se evalúa si las expectativas que cada paciente manifestó en la primera sesión del tratamiento se cumplieron, así como el servicio que el Centro le brindó y se entregan las constancias de participación.

Fuente: Primer informe sobre el combate al tabaquismo, (Valdés-Salgado et al., 2005).

Es importante resaltar que en la C. C. T. de la Facultad de Medicina de la U. N. A. M. resulta indispensable una evaluación clínica de los pacientes, la cual se establece a partir de estudios de laboratorio y gabinete, lo que permite elaborar un diagnóstico temprano de los padecimientos asociados al tabaquismo.

3.4. Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (U. N. A. M.)

H. Quiroga (comunicación personal, Agosto 7, 2009) indica que antes de que se crearan las C. C. T. dentro de la Red Hospitalaria, el Programa de Conductas Adictivas participó en diversos talleres conjuntamente con dependencias de la Secretaría de Salud.

Desde inicios del año 1990, el Programa de Conductas Adictivas ha venido atendiendo a estudiantes y público en general con respecto al problema de la conducta de fumar y al tabaquismo, empleando técnicas cognitivo-conductuales de autocontrol y R. G. I. N. A. No obstante, no implica como tal una intervención clínica en materia de adicción a la nicotina.

En virtud de esto se puede reconocer como labor terapéutica de la Facultad de Psicología, la supervisión de Centros de Servicios Psicológicos en su división de adicciones. Tal es el caso del Centro de Adicciones Acasulco, coordinado por la Lic. Leticia Echeverría, el cual se concentra en el tratamiento de dependencia a sustancias, incluyendo la nicotina (E. Cuevas, comunicación personal, Agosto 10, 2009).

En materia de tabaquismo, el Centro Acasulco lleva a cabo el Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores, desarrollado por la Universidad Nacional Autónoma de México, U. N. A. M., el cual, de acuerdo con Carrascoza (2007b), se enfoca tanto a la investigación como al tratamiento de dicho problema. Esta intervención de corte cognitivo-conductual, usa como estrategia principal la entrevista motivacional definida como “un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente para provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a los clinetes {sic} a explorar y resolver ambivalencias” (Rollnick y Miller, 1996).

Además de la entrevista motivacional, la Intervención Breve Motivacional debe su efectividad a la prevención de recaídas, que se basa en optimizar la percepción de autoeficacia frente a situaciones demandantes (Marlatt y Gordon, 1985. Citado en Lina-Mandujano, González-Betanzos, Carrascoza, Ayala y Cruz-Morales, 2009) y a las técnicas de autocontrol que incluyen el autorregistro, establecimiento de metas, y análisis funcional de las situaciones que detonan la conducta de fumar.

El programa está compuesto por 6 sesiones de tratamiento, las cuales pueden ser empleadas en modalidad grupal o individual. Su objetivo general es “ayudar al usuario a analizar su propio consumo y a desarrollar e instrumentar sus propios planes para modificarlo” (Carrascoza, 2007b).

De acuerdo con Lina-Mandujano et al. (2009), el Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores es más efectivo que las intervenciones de corte intensivo. En el estudio piloto del programa, realizado en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la U. N. A. M., se expuso el protocolo de intervención de dicho procedimiento, el cual se conforma por una sesión de admisión, una de evaluación y cuatro sesiones de tratamiento (Carrascoza, 2007b; Lina-Mandujano et al., 2009).

La estructura y las técnicas que se incluyen a lo largo de las sesiones se adaptan en tres fases: evaluación (dos sesiones), tratamiento (cuatro sesiones) y seguimiento (a los seis meses de concluir) (Tabla 6).

Sesión	Objetivo	Descripción de la aplicación de las técnicas	Instrumentos y materiales
Admisión	Evaluar los criterios de inclusión. Explicar las características de la intervención breve.	Estrategias de la entrevista motivacional.	Ficha de admisión, cuestionario de preselección, consentimiento informado y cuestionario de Fagerström de dependencia a la nicotina.
Evaluación	Evaluar patrón de consumo y autoeficacia. Conocer historia de consumo de drogas. Datos sociodemográficos.	Estrategias de la entrevista motivacional.	Entrevista inicial, línea base retrospectivo y cuestionario breve de confianza situacional.
Sesión 1	Entregar resultados balance decisional.	Entrenamiento en técnicas de autocontrol y de la entrevista motivacional.	Formato de balance decisional, formato de reporte de resultados, folleto 1 “tomar la decisión de dejar de fumar” y hoja de registro de consumo.
Sesión 2	Identificación precipitadores y consecuencias de las principales situaciones de consumo.	Análisis funcional de la conducta.	Hoja de registro del consumo, folleto 2 “Identificación mis situaciones relacionadas con fumar”.
Sesión 3	Realizar un plan de acción para las principales situaciones de consumo.	Modelo de prevención de recaídas, y ensayos conductuales.	Hoja de registro del consumo, folleto 3 “Mi plan de acción para dejar de fumar”.
Sesión 4	Revisión de la efectividad de los planes de acción y cambios en el patrón de consumo.	Retroalimentación, ensayos conductuales e instrucción verbal.	Hoja de registro del consumo, formato de revisión de la intervención y cuestionario breve de confianza situacional.
Seguimiento 6 meses	Conocer el patrón de consumo después de seis meses de que se aplicó la intervención.	Entrevista.	Entrevista de seguimiento y hoja de registro del consumo.

Como se puede constatar, el tratamiento habitual del tabaquismo que se ejerce en la ciudad de México se encuentra conformado por una serie de técnicas que combinan parámetros de acción de diversas posturas psicológicas, y es practicado en diversas instituciones de acuerdo con sus propias metodologías. Sin embargo, el fin común de tales instituciones y sus programas es lograr un mayor porcentaje de eficacia en la atención de pacientes interesados en renunciar al consumo de tabaco.

A este tenor se sugiere la incorporación de técnicas novedosas al tratamiento del tabaquismo, lo que implica la preparación y actualización del personal profesional a cargo del proceso terapéutico, con el propósito de extender el índice de éxito de la cesación o disminución del consumo de tabaco de los pacientes. A partir de dicho objetivo se propone la impartición de un taller, desarrollado en el siguiente capítulo, que cubra las necesidades actuales de la intervención antitabáquica.

Capítulo 4. Propuesta Correctiva de Acción

*“Son vanas y están plagadas de errores las ciencias
que no han nacido del experimento,
madre de toda certidumbre”*

Leonardo Da Vinci

Entre las intervenciones para la cesación del tabaquismo más usadas a nivel del sistema de salud pública en México, se encuentra el programa cognitivo-conductual, que ha sido empleado por diversas instituciones, dentro de las cuales figura la C. C. T. del Hospital General de México. No obstante, tras una exhaustiva revisión de la literatura que hace referencia al problema del tabaquismo, me parece justo resaltar la omisión de la perspectiva conductual en el marco de este tema. Quizá por irrespeto o ignorancia de lo que realmente significa la terapia conductual en torno a su vago procedimiento de estímulo - respuesta, se han dejado de enfatizar los elementos clave para la extinción de algunas conductas.

A partir de los casos registrados de tabaquismo y de recaídas en México, considero pertinente la incorporación al programa habitual de cesación un elemento clave para aquellos casos que, aún con el conocimiento de los daños a la salud, de los pensamientos irracionales y de las asociaciones que se le han adjudicado al cigarro, siguen siendo consumidores. El reconocimiento de las operaciones de establecimiento, de los reforzadores complementarios y sustitos, es el elemento fundamental que permitiría lograr el éxito en el tratamiento del tabaquismo.

Por lo anterior, se propone llevar a cabo un taller para capacitar a los terapeutas que desarrollan el programa típico de intervención de las C. C. T., en el reconocimiento, dentro de los autorregistros facilitados a los pacientes, de los estímulos que dotan de propiedades reforzantes al cigarro y aquellos que pueden ser complementados o sustituidos por éste. De esta manera, el terapeuta contará con la capacidad de aplicar esta herramienta en los casos necesarios y entrenará a los pacientes en la evitación de aquellas actividades que refuerzan el consumo de cigarro.

a) Objetivo General

Adiestrar a los participantes en el reconocimiento de las operaciones de establecimiento como herramienta para disminuir y suprimir el consumo de tabaco.

b) Objetivos Específicos

- a. Que los participantes reconozcan los diversos usos de la terapia conductual dentro del tratamiento contra el tabaquismo.
- b. Que los participantes identifiquen bajo la perspectiva conductual aquellas situaciones que subyacen al tabaquismo.
- c. Que los participantes reconstruyan el protocolo habitual de intervención, incorporando dentro de éste el uso de las operaciones de establecimiento.

1.1. Metodología General del Taller

a) Población

El curso está dirigido a terapeutas “especializados” en el tratamiento de cesación del tabaquismo (psicólogos especialistas, prestadores de servicio social, pasantes, etc.), pertenecientes al grupo de trabajo de instituciones hospitalarias del tercer nivel, o bien, en las que se lleve a cabo el protocolo habitual cognitivo – conductual como intervención antitabáquica.

b) Número de Participantes

El grupo del taller estará integrado por no más de 12 asistentes, a fin de facilitar la integración y participación de los asistentes.

c) Materiales

- a. Aula amplia, ventilada y sillas movibles.
- b. Proyector de diapositivas y acetatos.
- c. Computadora portátil.
- d. Pizarrón y plumones.
- e. Hojas blancas y lápices.

d) Instrumentos

Dentro de las actividades del curso, se evaluará la habilidad de los participantes para identificar las operaciones de establecimiento, antes y después de la capacitación en el tema, lo que se puede definir como una evaluación pretest – posttest. El material requerido para ambas valoraciones son hojas de autorregistros llenadas previamente por pacientes que ya se han encontrado en tratamiento.

e) Escenario

Aula habilitada por la coordinación de la Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México, ubicado en la calle de Dr. Balmis S/N, Colonia Roma, México, D.F., teléfono: 2789 2000.

f) Duración

El curso se impartirá en 10 sesiones, de 2 horas de duración cada una, dos veces por semana, en horario de 14 a 16 hrs.

g) Instructor

Se sugiere que el instructor sea un especialista en el área, que conozca el programa de cesación de tabaquismo cognitivo – conductual y que posea amplios conocimientos en materia de análisis conductual aplicado, en especial del concepto de operaciones de establecimiento.

4.2. Desarrollo de las Actividades del Taller

a) Primera Sesión

- a. *Objetivo:* Dar a conocer el contenido general del taller, los objetivos generales y específicos del mismo y de cada sesión que lo conforma. Establecer los parámetros de acción dentro del taller, así como la dinámica del mismo, además de llevar a cabo la integración de los participantes.
- b. *Actividad:* Presentación de diapositivas con el contenido general del taller. Dinámica de grupo para la iniciación del mismo.
- c. *Desarrollo:* Se presentará al instructor debidamente, mencionando su labor dentro del área. Se harán del conocimiento de los asistentes los objetivos del taller y el contenido general de éste. Al finalizar la exposición del taller, se llevará a cabo la presentación de cada uno de los asistentes, mencionando igualmente su trabajo en el medio y los resultados que éste ha arrojado.

Una vez que los participantes se conozcan y hayan intercambiado opiniones respecto a los resultados de sus intervenciones, se hará una dinámica de iniciación en la que se expresen “cara a cara” los sentimientos o impresiones que el otro les provoque, y así promover la identificación, la interacción y el mutuo conocimiento de los participantes, lo que por añadidura puede generar corrientes de simpatía.

Al cierre e inicio de ésta y cada sesión se efectuará una ronda de preguntas y respuestas para la aclaración de cualquier duda que haya arrojado el trabajado desarrollado durante la sesión.

b) Segunda Sesión

- a. *Objetivo:* Revisar el protocolo de intervención cognitivo – conductual habitual en el tratamiento contra el tabaquismo, valorando la postura teórica y la carta descriptiva.
- b. *Actividad:* Exposición con acetatos. Exposición de experiencias laborales por parte de los participantes en cuanto a improvisaciones dentro del protocolo.
- c. *Desarrollo:* Después de aclarar dudas en cuanto a lo visto en la sesión anterior, el instructor llevará a cabo una revisión de lo que actualmente se maneja en el protocolo contra el tabaquismo en hospitales de tercer nivel, caso particular el del Hospital General de México, partiendo básicamente de la postura teórica que se ha adoptado y dando una presentación de la carta descriptiva del programa.

Posteriormente, en conjunto, instructor y participantes, examinarán las diferentes variaciones que a título personal han dado al protocolo, mencionando improvisaciones con su respectiva justificación y comentando los resultados. Para poder realizar de forma eficaz esta tarea se ejecutará una dinámica grupal que genere la productividad en los participantes, llamada “Philips 66”, la cual permite descomponer al grupo en grupos más pequeños, por lo que se espera se den condiciones óptimas para que la participación sea mayor y así ampliar la base de comunicación y de participación al interior del taller.

c) Tercera Sesión

- a. *Objetivo:* Analizar las cartas descriptivas de los programas que coinciden en cuanto al protocolo habitual (Clínica Contra el Tabaquismo de la Unidad de Cirugía y Tórax del Hospital General de México), así como justificar cada una de las técnicas empleadas durante el procedimiento habitual.
- b. *Actividad:* Presentación de diapositivas. A través de lluvia de ideas se reconocerá la utilidad de cada técnica en trabajo de campo.
- c. *Desarrollo:* Después de aclarar dudas en cuanto a lo visto en la sesión anterior, el instructor expondrá la carta descriptiva del tratamiento psicológico breve para la cesación del tabaquismo del Hospital General de México. Seguido de esto, se presentará en diapositivas cada una de las técnicas, su correcta aplicación y la justificación que le subyace.

Posteriormente, en una sesión de lluvia de ideas los participantes harán del conocimiento del grupo su opinión acerca de la eficacia real de cada una de las técnicas usadas en el área laboral, considerando los verdaderos resultados que cada uno ha obtenido en sus pacientes.

d) Cuarta Sesión

- a. *Objetivo:* Revisar los fundamentos teóricos del enfoque conductual, así como evaluar las aportaciones recientes del análisis conductual aplicado (A. C. A.), en cuanto al tema de adicciones se refiere.
- b. *Actividad:* Presentación de diapositivas. Se llevará a cabo un debate para valorar la aplicación de las técnicas conductuales en el contexto en el que se desarrollan los procedimientos habituales.
- c. *Desarrollo:* Después de aclarar dudas en cuanto a lo visto en la sesión anterior, el instructor hará una presentación de los fundamentos teóricos de la corriente conductual, señalando las aportaciones más significativas, específicamente aquellas que han tenido influencia directa sobre la práctica actual. Además, se expondrá la reciente aplicación del enfoque conductual en lo que se denomina A. C. A., dando a conocer a los participantes su eficacia en diversas áreas de acción psicológica, así como su postura frente al tema de las adicciones.

Durante el debate se discutirá junto a los participantes el campo de acción real que puedan tener las técnicas del A. C. A., tomando en consideración la población, nivel socioeconómico y otros factores de los cuales depende la intervención.

e) Quinta Sesión

- a. *Objetivo:* Evaluar la capacidad de discernimiento de los participantes en cuanto al reconocimiento de eventos que propicien la conducta de fumar en términos conductuales, dentro de los autorregistros.
- b. *Actividad:* Cada participante analizará algunos autorregistros llenados previamente por pacientes en tratamiento. Los participantes expondrán los hallazgos de sus análisis. Por medio de una confrontación se harán conclusiones de los resultados de la evaluación.
- c. *Desarrollo:* Después de aclarar dudas en cuanto a lo visto en la sesión anterior, se entregarán a cada uno de los participantes 4 autorregistros llenados previamente por pacientes que se han sometido al tratamiento habitual, la instrucción que se les dará a los participantes es, que tras un análisis exhaustivo del contenido de los autorregistros, extraigan los elementos que puedan llevar a los consumidores de tabaco a fumar, esto visto desde una perspectiva conductual. Inmediatamente cada participante expondrá las deducciones que resultaron de su análisis, las cuales serán registradas por el instructor para cotejarse con los resultados del postest.

Posteriormente, en la confrontación, los participantes tendrán la oportunidad de comentar su opinión acerca de los resultados de sus análisis, de manera que logren evaluar su propio conocimiento en el área.

f) Sexta Sesión

- a. *Objetivo:* Describir la definición de operaciones de establecimiento y de los conceptos de complementariedad y sustitutabilidad. Ilustrar su utilidad en la práctica clínica.
- b. *Actividad:* Presentación de diapositivas. Exposición de metodologías usadas en diversos estudios que han ofrecido una explicación de las operaciones de establecimiento, y aquellas que han incluido los conceptos de reforzadores complementarios y sustitutos como una elucidación a las conductas adictivas. Se conformará una mesa redonda para que se discutan los términos que se han definido.
- c. *Desarrollo:* Después de aclarar dudas en cuanto a lo visto en la sesión anterior, el instructor presentará a través de diapositivas la definición de las operaciones de establecimiento y su diferencia con otros conceptos básicos de la teoría conductual.

Además, se expondrán las metodologías de los estudios que han requerido el uso de este concepto como fundamento teórico para explicar sus hipótesis, partiendo desde los estudios que originaron dicha definición hasta los más recientes. Por otro lado, se referirán aquellos estudios en los que se han manejado los conceptos de reforzadores complementarios y sustitutos como elementos subyacentes a las conductas adictivas.

Finalmente, se llevará a cabo una mesa redonda con los participantes para interpretar las definiciones expuestas, así como ilustrar los usos prácticos que se le pueden dar en la terapéutica habitual del protocolo antitabáquico.

g) Séptima Sesión

- a. *Objetivo:* Distinguir las diferencias entre el concepto de operaciones de establecimiento y aquellos que son considerados como evocadores de la conducta.
- b. *Actividad:* Presentación de diapositivas. Se promoverá una “lluvia de ideas” para concretar las diferencias entre estos conceptos.
- c. *Desarrollo:* Después de aclarar dudas en cuanto a lo visto en la sesión anterior, el instructor expondrá las divergencias que existen entre la definición de operaciones de establecimiento y conceptos básicos de la teoría conductual, como es el caso de los estímulos incondicionados pertenecientes a la propuesta del Condicionamiento Clásico, y los estímulos discriminativos que forman parte del repertorio teórico del Condicionamiento Operante.

Seguido de esto, se propondrá a los participantes desarrollar una “lluvia de ideas” en conjunto con el instructor para esclarecer las diferencias entre los conceptos a partir de ejemplificaciones prácticas, y concretarán lo pertinente a los conceptos discutidos en ésta y la anterior sesión.

h) Octava Sesión

- a. *Objetivo:* Evaluar los conocimientos adquiridos en las últimas dos sesiones.
- b. *Actividad:* Los participantes analizarán nuevamente los autorregistros revisados en la quinta sesión. De igual forma expondrán los hallazgos de sus análisis y se confrontarán con los resultados de la sesión de pretest. Se expondrán las conclusiones de las comparaciones de ambas evaluaciones.
- c. *Desarrollo:* Después de aclarar dudas en cuanto a lo visto en la sesión anterior, se hará entrega a los participantes de los 4 autorregistros anteriormente analizados en la quinta sesión. Tras la inspección, cada participante hará mención de los nuevos hallazgos. Inmediatamente el instructor hará una comparación entre los resultados de la evaluación anterior y esta, lo cual de manera idónea arrojará diferencias significativas en cuanto a la discriminación de operaciones de establecimiento y reforzadores complementarios y sustitutos.

Posteriormente, se reunirá al grupo para llevar a cabo una dinámica de medición y evaluación grupal, la cual servirá al grupo para que visualicen de una forma crítica el proceso grupal desarrollado. La técnica de “Te acuerdas cuando” consiste en dibujar colectivamente, en una pizarra, una línea de tiempo donde se marquen las diferentes fases o períodos que ha vivido el grupo.

Finalmente, se hará una sesión de discusión para corroborar lo aprendido y reafirmar lo que no se haya afianzado en los participantes del taller.

i) Novena Sesión

- a. *Objetivo:* Incorporar propositivamente los usos adecuados de las operaciones de establecimiento, reforzadores complementarios y reforzadores sustitutos, dentro de la intervención habitual contra el tabaquismo.
- b. *Actividad:* Los participantes elaborarán propuestas de acción contra el tabaquismo que den una mejora al procedimiento habitual, integrando los conceptos aprendidos en el taller. Por medio de una mesa redonda se realizará un diseño propositivo y se dará una justificación.
- c. *Desarrollo:* Después de aclarar dudas en cuanto a lo visto en la sesión anterior, se exhortará a los participantes a que, tomando como referencia la mejora del protocolo cognitivo-conductual usado en la Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México, hagan una propuesta para incorporar en éstos los conceptos revisados durante el taller, para que el campo de acción y eficacia del tratamiento se extienda a aquellos pacientes que no han conseguido el éxito con el protocolo habitual.

Por último, se formará una mesa redonda para que los participantes logren unificar sus propuestas, y discutan la viabilidad de éstas en sus respectivos ámbitos de trabajo y el contexto terapéutico que cada uno emplee.

j) Décima Sesión

- a. *Objetivo:* Revisión de la propuesta de mejoramiento del programa de cesación del tabaquismo cognitivo – conductual. Cierre y evaluación del taller.
- b. *Actividad:* El instructor y los participantes harán una revisión de la propuesta definitiva que realizaron en la sesión anterior. Se hará un recuento de los objetivos del taller y se discutirá su cumplimiento, así como el cierre del taller y la despedida.
- c. *Desarrollo:* Después de aclarar dudas en cuanto a lo visto en la sesión anterior, se realizará una última revisión a la propuesta hecha por los participantes para mejorar la eficacia del tratamiento cognitivo – conductual para la cesación del tabaquismo, a su vez se promoverá el uso de dicha propuesta en el trabajo terapéutico de los participantes, esperando que en un futuro se pueda hacer una evaluación de los resultados de dicha propuesta.

Se hará una evaluación del éxito que tuvo el taller respecto a la cobertura de sus objetivos generales y específicos, así como los de cada sesión. Además, se hará una retroalimentación sobre la actividad del instructor y lo aprendido por los participantes.

Como último se llevará a cabo el cierre del taller, agradeciendo a los participantes por su compromiso y empeño para con el mismo; para concretar el cierre del taller, se exhortará a los participantes a crear un directorio con el cual puedan mantenerse en contacto y enriquecer las aportaciones que de este taller se hayan derivado.

4.3. Carta Descriptiva del Taller de Capacitación en Intervención Conductual como Herramienta en el Tratamiento del Tabaquismo.

Sesión	Duración	Objetivos	Actividades	Material	Desarrollo
Primera Sesión. a) Presentación del taller. b) Dinámica de iniciación.	120 min.	a) Que los asistentes conozcan: b) Contenido general del taller. c) Objetivos de cada sesión.	a) Bienvenida. b) Presentación de los participantes. c) Dinámica de iniciación. d) Presentación de diapositivas.	a) Gafetes. a) Lap top. b) Proyector de diapositivas. c) Hojas blancas y lápices.	El instructor dará la bienvenida a los asistentes y les entregará un gafete de identificación. Además, se presentará incluyendo datos curriculares. Posteriormente realizará una presentación con el contenido general y específico del taller. Se realizará una técnica de iniciación grupal “cara a cara”. Se abrirá una ronda de preguntas y respuestas para aclarar dudas originadas durante la sesión.
Segunda Sesión. Intervención cognitivo–conductual en el tratamiento contra el tabaquismo.	120 min.	a) Revisar el protocolo habitual de intervención contra el tabaquismo. b) Valorar la postura teórica y práctica del tratamiento.	a) Exposición audiovisual. b) Recuento de la experiencia de los asistentes con el protocolo. c) Comentarios sobre las improvisaciones que han hecho sobre el mismo. d) Dinámica grupal “Philips 66”.	a) Proyector de acetatos. b) Láminas para exposición.	Aclarar dudas en cuanto a lo visto en la sesión anterior. El instructor expondrá el actual protocolo contra el tabaquismo en hospitales de tercer nivel, caso particular el del Hospital General de México. Seguido de esto, hará un resumen de la postura teórica que se ha adoptado y dando una presentación de la carta descriptiva del programa. Con “Philips 66” se examinarán las diferentes variaciones que a título personal han dado al protocolo, mencionando improvisaciones con su respectiva justificación y comentando los resultados.

Tercera Sesión. Cartas descriptivas de programas apegados a la intervención cognitivo-conductual.	120 min.	a) Analizar las cartas descriptivas del Hospital General de México. b) Justificar técnicas de intervención.	a) Presentación de diapositivas. b) Dinámica "lluvia de ideas".	a) Lap top. b) Proyector de diapositivas.	El instructor expondrá la carta descriptiva del tratamiento psicológico breve para la cesación del tabaquismo del Hospital General de México, justificando la aplicación de cada una de sus técnicas. Posteriormente, en una sesión de lluvia de ideas los participantes harán del conocimiento del grupo su opinión acerca de la eficacia real de cada una de las técnicas.
--	----------	--	--	--	---

Sesión	Duración	Objetivos	Actividades	Material	Desarrollo
Cuarta Sesión. Teoría conductual y Análisis Conductual Aplicado.	120 min.	a) Revisar los fundamentos teóricos de la teoría conductual. b) Evaluar recientes hallazgos del Análisis Conductual Aplicado.	a) Presentación de diapositivas. b) Debate para evaluar la viabilidad de las técnicas conductuales.	a) Lap top. b) Proyector de diapositivas.	El instructor hará una presentación de los fundamentos teóricos de la corriente conductual, específicamente aquellos que han tenido influencia directa sobre la práctica actual. Además, se expondrán las aplicaciones recientes del Análisis Conductual Aplicado. Posteriormente se organizará un debate que tendrá como tema central el campo de acción que puedan tener las técnicas del A. C. A.
Quinta Sesión. Pretest: Evaluación del discernimiento en reconocimiento de elementos propiciadores de la conducta.	120 min.	a) Evaluar a los participantes su práctica en el reconocimiento de propiciadores del consumo de tabaco.	a) Los asistentes harán el análisis de autorregistros. b) Exposición de hallazgos.	a) Hojas blancas y lápices. b) Pizarrón y plumones..	Se entregarán a cada participante 4 autorregistros con la instrucción de hacer un análisis exhaustivo del contenido de los mismos, y así extraer los elementos que puedan llevar a los consumidores de tabaco a fumar, esto visto desde una perspectiva conductual. Inmediatamente los participantes expondrán sus hallazgos, los cuales serán registrados para cotejarse en un posttest.

Sexta Sesión. Operaciones de establecimiento, estímulos complementarios y sustitutos.	120 min.	a) Describir definiciones de los conceptos claves en la sesión. b) Ilustrar su utilidad en la práctica clínica.	a) Presentación de diapositivas. b) Exposición de metodologías usadas en la explicación de los conceptos. c) Mesa redonda.	a) Lap top. b) Proyector de diapositivas. c) Pizarrón y plumones.	El instructor presentará a través de diapositivas la definición de los estímulos complementarios y sustitutos, las operaciones de establecimiento y su diferencia con otros conceptos básicos de la teoría conductual. Además, se expondrán las metodologías de los estudios que han requerido el uso de dichos conceptos como fundamento teórico para explicar sus hipótesis. Finalmente, se llevará a cabo una mesa redonda con los participantes para interpretar las definiciones expuestas, así como ilustrar los usos prácticos que se le pueden dar en la terapéutica habitual del protocolo antibiótico.
--	----------	--	--	---	--

Sesión	Duración	Objetivos	Actividades	Material	Desarrollo
Séptima Sesión. Diferencia entre el concepto de operaciones de establecimiento y otras definiciones conductuales.	120 min.	a) Reconocer las diferencias entre el concepto de operaciones de establecimiento y aquellos que son considerados como evocadores de la conducta.	a) Presentación de diapositivas. b) Dinámica "lluvia de ideas".	a) Lap top. b) Proyector de diapositivas.	El instructor expondrá las divergencias que existen entre la definición de operaciones de establecimiento y conceptos básicos de la teoría conductual. Posteriormente se propondrá a los participantes desarrollar una "lluvia de ideas" en conjunto con el instructor para esclarecer las diferencias entre los conceptos a partir de ejemplificaciones prácticas, y concretar lo pertinente a los conceptos discutidos en ésta y la anterior sesión.
Octava Sesión. Postest: Evaluación del	120 min.	a) Evaluar los conocimientos adquiridos en las	a) Los asistentes harán el análisis de autorregistros.	a) Hojas blancas y lápices.	Se hará entrega a los participantes de los 4 autorregistros anteriormente analizados en la quinta sesión. Tras la inspección, cada participante hará mención de los nuevos

discernimiento en reconocimiento de elementos propiciadores de la conducta.		últimas dos sesiones.	<ul style="list-style-type: none"> b) Exposición de hallazgos. c) Dinámica de evaluación "Te acuerdas cuando". 	<ul style="list-style-type: none"> d) Pizarrón y plumones. 	<p>hallazgos. Inmediatamente el instructor hará una comparación entre los resultados de la evaluación anterior y esta.</p> <p>Posteriormente, se reunirá al grupo para llevar a cabo una dinámica de medición y evaluación grupal, llamada "Te acuerdas cuando" que servirá visualizar de una forma crítica el proceso grupal desarrollado.</p> <p>Finalmente, se hará una sesión de discusión para corroborar lo aprendido y reafirmar lo que no se haya afianzado en los participantes del taller.</p>
Novena Sesión. Propuesta de corrección del programa cognitivo-conductual contra el tabaquismo.	120 min.	a) Incorporar propositivamente lo aprendido dentro del protocolo habitual.	<ul style="list-style-type: none"> a) Elaboración de propuestas. b) Mesa redonda. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Hojas blancas y lápices. b) Pizarrón y plumones. 	<p>Los participantes desarrollarán una propuesta para incorporar lo revisado durante el taller en del programa de intervención actual, tomando como referencia la mejora del protocolo cognitivo-conductual.</p> <p>Por último, se formará una mesa redonda para que los participantes logren unificar sus propuestas.</p>

Sesión	Duración	Objetivos	Actividades	Material	Desarrollo
<p>Décima Sesión.</p> <p>a) Revisión de la propuesta.</p> <p>b) Cierre.</p> <p>c) Evaluación del taller.</p>	120 min.	<p>a) Revisar la propuesta de mejoramiento del programa de cesación del tabaquismo actual.</p> <p>b) Evaluar los logros del taller.</p> <p>c) Dar por terminado el taller.</p>	<p>a) Revisión de la propuesta definitiva realizada en la sesión anterior.</p> <p>b) Recuento de los objetivos del taller y su alcance.</p> <p>c) Cierre y despedida.</p>	<p>a) Hojas blancas y lápices.</p> <p>e) Pizarrón y plumones.</p>	<p>Se realizará una última revisión a la propuesta hecha por los participantes para mejorar la eficacia del tratamiento cognitivo – conductual para la cesación del tabaquismo, a su vez se promoverá el uso de dicha propuesta en el trabajo terapéutico de los participantes, esperando que en un futuro se pueda hacer una evaluación de los resultados de dicha propuesta.</p> <p>Se hará una retroalimentación sobre la actividad del instructor y lo aprendido por los participantes.</p> <p>Finalmente se hará el cierre del taller, para concretar el cierre del taller, se exhortará a los participantes a crear un directorio con el cual puedan mantenerse en contacto y enriquecer las aportaciones que de este taller se hayan derivado.</p>

Conclusiones

El consumo de tabaco constituye actualmente la primera causa evitable de morbi-mortalidad de los países desarrollados (Becoña, 2004). El tabaco se viene consumiendo desde hace muchos años, pero en las últimas décadas, aún y cuando el tabaquismo ha representado un problema de salud pública e inclusive un agravante de la situación social en el mundo, su participación dentro de las economías en desarrollo ha sido la pieza fundamental para que éste haya pasado a constituir prácticamente una “pandemia”. Toda vez que desde el origen de su expansión, el tabaco ha disparado los recursos financieros de prácticamente todos los países donde es producido, su prevención y tratamiento han tenido que abordarse desde la legislación, ya que considerar su prohibición sería catastrófico para el sector industrial.

En México, al igual que en el resto de países involucrados en el Convenio Marco Contra el Tabaco, las medidas que se han tomado se apegan a la búsqueda de la sensibilización de la sociedad, consumidora o no, en aras de concientizar a los usuarios en cuanto a los daños colaterales que conlleva el consumo de nicotina desde una visión holística, y tal como señala el primer informe sobre el combate al tabaquismo (2005), “revertir la tolerancia social generalizada”.

A pesar de que los tratamientos combinados médico-psicológicos son el enfoque de elección en las intervenciones intensivas para dejar de fumar, tanto por su eficacia como por la consideración de distintas variables que condicionan la conducta de consumo de tabaco (Herrero y Moreno, 2004), dentro del sistema de salud mexicano, en materia de tratamientos contra el tabaquismo, se han generado nuevas aplicaciones funcionales en otros contextos. Por lo tanto, resulta una tarea difícil la puntualización de la eficacia de alguno de ellos en particular, toda vez que los resultados varían de acuerdo con la población y los recursos implementados para su administración.

En México se han intentado incluir al programa nacional de salud servicios para tratar la dependencia a la nicotina y lograr el abandono del tabaco. A raíz de esto, el compromiso social se ha extendido no sólo a la red de instituciones de salud sino también a instituciones docentes, lugares de trabajo y entornos deportivos (Valdés-Salgado, Lazcano-Ponce y Hernández-Avila, 2005).

En torno a la creación de estos programas se puede dar cuenta de que actualidad, en territorio mexicano, existen aproximadamente 160 Clínicas Contra el Tabaquismo (C. C. T.), además de un gran número de tratamientos y técnicas para la cesación del mismo. Así, se puede extender un reconocimiento a la labor de las instituciones que, o bien se han apegado a la normatividad de las C. C. T. en cuanto a su flexibilidad y materia de acción, o a aquellos terapeutas que se han abocado a la tarea de implementar técnicas de intervención eficaces para un número significativo de personas que, por voluntad propia, han decidido abandonar el hábito de fumar.

El consejo médico, las técnicas de educación e información, la técnica del aquí y ahora, la hipnosis ericksoniana y la terapia de sustitución de nicotina (T. S. N.), son sólo algunas de las intervenciones que se han adecuado a este problema de salud actual, y que han conseguido el éxito en sus aplicaciones en la población mexicana.

La terapia cognitivo-conductual (T. C. C.) en el ámbito de las adicciones, ha resultado una de las intervenciones más populares en cuanto a tabaco se refiere, y es que dado a su incorporación ecléctica de técnicas comportamentales, ha conseguido abordar diversidad de casos, consiguiendo que diferentes perfiles de pacientes puedan lograr su meta “dejar de fumar”. No obstante, cabe mencionar, que en cuanto a su dimensión conductual, la T. C. C. se apega sólo a determinadas técnicas usadas en esta postura, más que a sus fundamentos teóricos.

Es por ello que el objetivo general de este trabajo se enfocó en la indagación de la perspectiva conductual respecto al consumo de tabaco. Desde la perspectiva del Análisis Conductual Aplicado (A. C. A.), se dieron explicaciones que fueron más allá del clásico estímulo-respuesta, al que algunos profesionales hacen

referencia cuando se habla de conductismo sin conocer aún la viabilidad actual de sus técnicas en la terapéutica aplicada. Incluso cuando se pudieron considerar otras posturas teóricas además de la cognitivo-conductual, el espectro de acción de este trabajo se vio limitado con el afán de no desbordar los parámetros planteados en el objetivo inicial.

Es relevante mencionar que en cuanto a la dimensión conductual del tratamiento de las adicciones, en las últimas décadas se han hecho trabajos novedosos que incluyen deducciones tales como las operaciones de establecimiento, las cuales modifican la efectividad de un estímulo como reforzador, y que resultan en aumento o disminución de la conducta relacionada con la obtención del reforzador (Michael, 1982). Además, a lo largo de la revisión bibliográfica, se denotaron conceptos claves en el consumo de tabaco, tales como estímulos complementarios y sustitutos, que pueden dar una explicación tangible en materia de adicciones.

Respecto a los tratamientos que subyacen en la teoría de la conducta, se pudo marcar un énfasis en aquellos que son viables en materia de aplicación. No obstante, no se resaltó su uso dentro de la terapéutica mexicana actual toda vez que abandonaba los límites del objetivo general.

Por lo anterior se propone una acción correctiva centrada en la mejora de la técnica cognitivo-conductual, empleada dentro de las instituciones consideradas en los tratamientos contra el tabaquismo en México. Dicha mejora se conseguirá a través de la implementación de un taller, cuya finalidad es capacitar a los terapeutas involucrados en la intervención cognitivo-conductual antitabáquica, en materia de A. C. A., con el propósito de que sean considerados los conceptos conductuales en la búsqueda del control de consumo de tabaco.

Es pertinente señalar que intentar una mejora en una técnica tan cotizada debido a su espectro de acción a través de un taller tiene bastas limitaciones. No obstante, lo que se persigue es aportar una iniciativa en cuanto a medidas novedosas, que permita al personal a cargo de estos tratamientos reconocer y ayudar a sus pacientes a distinguir las circunstancias o los detonantes de la conducta de fumar.

Debe reconocerse que la labor es ardua, ya que además de tratar de intervenir en un tema que desde hace unos años está en boga y del cual se han hecho aportaciones valiosas a nivel nacional e internacional, el daño colectivo e individual que acarrea el consumo de tabaco es inmejorable. Sin embargo, lo que se espera es hacer una contribución para la cimentación de una nueva era en cuanto a tratamiento y prevención del tabaquismo.

Referencias

- Álvarez-Sala, J.; Rodríguez, J.; Calle, M.; Nieto, M. (2003). Bupropión. En Barrueco, M.; Hernández, M.; Torrecilla, M. (Eds.) **Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo**. 191-210. (2ª. Ed.). Madrid: Ergon.
- American Psychiatric Association (2003). **DSM – IV – TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Barcelona: Masson.
- Balfour, D.; Fagerström, K. (1996). Pharmacology of nicotine and its therapeutic use in smoking cessation and neurodegenerative disorders. **Pharmacol Ther.** **72**, 51-81.
- Bandura, A., Walters, R. (1978). **Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad**. Madrid: Alianza editorial.
- Barrett, S.; Tichauer, M.; Leyton, M.; Phil, R. (2006). Nicotine increases alcohol self-administration in non-dependent male smokers. **Drug and Alcohol Dependence**, **81**, 197-204.
- Beck, A.; Wright, F.; Newman, C.; Liese, B. (1999). **Terapia Cognitiva de las Drogodependencias**. (3ª. Ed.). España: Paidós Iberica.
- Becoña, E. (2003a). Eficacia del tratamiento psicológico en el tabaquismo. **Revista Thomson Psicología**. **1**, 19 – 34. (Vol. 1).
- Becoña, E. (2003b). Tabaco y salud mental. **Revista Thomson Psicología**. **2**, 119-137. (Vol. 1).
- Becoña, E. (2004). Tratamiento psicológico del tabaquismo. En Becoña, E. (Ed.). **Adicciones**. **2**, 237-264. (Vol. 16).
- Becoña, E.; Palamares, A.; García, M. (2000). **Tabaco y Salud: Guía de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo**. Madrid: Ed. Pirámide.

- Bolles, R. (1974). **Teoría de la Motivación**. México: Trillas.
- Bou, R. (2000). **Epidemiología del Tabaquismo. Efectividad a Largo Plazo de un Programa de Deshabituación y Estudio de los Factores Asociados a la Recaída**. Tesis doctoral inédita. Universidad de Barcelona, España. Disponible en: <http://www.tesisenxarxa.net/TDX-1219101-115137/>
- Brickman, B. (1988). Psychoanalysis and substance abuse: Toward a more effective approach. **Journal of the American Academy of Psychoanalysis**. **16**, 359-379.
- Carroll, M. (1996). Reducing drug abuse by enriching the environment with alternative nondrug reinforcers. En L.Green and J.H. Kagel (Eds) **Advances in Behavioral Economics** (pp.37-68), Norwood, N.J.: ABLEX.
- Caballo, V. (2002). **Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos**. (2ª Ed.). (Vol. 2). México: Siglo XXI.
- Carrascoza, V. (2007a). **Prevención y Tratamiento de las Adicciones en México: Una propuesta terapéutica**. México: Documento Inédito, UNAM.
- Carrascoza, V. (2007b). **Terapia Cognitivo Conductual para el Tratamiento de las Adicciones: Fundamentos Conceptuales y Procedimientos Clínicos**. Proyecto CONACYT C36266-H, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Dallery, J.; Glenn, I. (2005). Effects of an internet-based voucher reinforcement program for smoking abstinence: A feasibility study. **Journal of Applied Behavior Analysis**. **38**, 349-357.
- Dallery, J.; Glenn, I. (2007). Effects of an internet-based voucher reinforcement and a transdermal nicotine patch on cigarette smoking. **Journal of Applied Behavior Analysis**. **40**, 1-13.

- De la Garza, R.; Bergman, J.; Hartel, C. (1981). Food deprivation and cocaine self-administration. **Pharmacology Biochemistry & Behavior**. **15**, 141-144.
- Degenhardt, L.; Hall, W.; Lynskey, M. (2001). The relationship between cannabis use and other substance use in the general population. **Drug and Alcohol Dependence**. **64**, 319-327.
- Dericco, D.; Brigham, T.; Garlington, W. (1977). Development and evaluation of treatment of smoking for the suppression of smoking behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**. **10**, 173-181.
- Dowd, E.T. (1997). La evolución de las psicoterapias cognitivas. En Caro, G. I. comps. **Manual de Psicoterapias Cognitivas: Estado de la Cuestión y Procesos Terapéuticos**. (pp. 25-36). Barcelona: Paidós.
- Ellis, E.; Dryden, W. (1989). **Práctica de la Terapia Racional Emotiva**. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A.; Greiger, R. (1981). **Manual de Terapia Racional Emotiva**. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Friman, P. (2000). "Transitional objects" as establishing operations for thumb sucking: a case study. **Journal of Applied Behavior Analysis**. **33**, 507-509.
- Galimberti, U. (2002). **Diccionario de Psicología**. México: Siglo XXI.
- Granda, J. (2000). **Tipos de Dependencia y Síndrome de Abstinencia**. Madrid: Servicio de neumología del Hospital Militar Universitario "Gómez Ulla",
- Green, L.; Rachlin, H. (1991). Economic substitutability of electrical brain stimulation, food, and water. **Journal of the Experimental Analysis of Behavior**. **55**, 133-143.

- Grimaldi, K.; Lichtenstein, E. (1969). Hot, smoky air as an aversive stimulus in the treatment of smoking. **Behaviour Research and Therapy**. **7**, 275- 282.
- Herrero, F.; Moreno, J. (2004). Tratamientos combinados del tabaquismo: psicológicos y farmacológicos. En Becoña, E. (Ed.). **Adicciones**. **2**, 287-320. (Vol. 16).
- Hursh, S. (1980). Economic concepts for the analysis of behavior. **Journal of Applied Behavior Analysis**. **34**, 219-238.
- Iwata, B.; Smith, R.; Michael, J. (2000). Current research on the influence of establishing operations on behavior in applied settings. **Journal of Applied Behavior Analysis**. **33**, 4, 411-418.
- Jiménez, C.; Ramos, A.; Flores, S. (2003). Terapia sustitutiva con nicotina (T. S. N.). En Barrueco, M.; Hernández, M.; Torrecilla, M. (Eds.) **Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo**. (2ª. Ed.). (pp. 165 - 190). Madrid: Ergon.
- Jiménez, F.; Gotor, M.; Mateos, A.; Almar, E.; Jiménez, M. (2001). Tratamiento multicomponente del tabaquismo en pacientes con potencial ejemplarizante por su profesión. **Prevención del Tabaquismo**. **3**, Septiembre. (Vol. 3). Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd37/pt33p132.pdf>.
- Jiménez-Ruiz, C.; Granda, J.; Solano, S.; Carrión, F.; Romero, P.; Barrueco, M. (2003). Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. **Arch Bronconeumol**. **39**, 514-23. Disponible en www.archbronconeumol.org.
- Kazdin A. (2000). **Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas**. México: Manual Moderno.
- Keller, F.; Schoenfeld, W. (1950). **Principles of Psychology**. Barcelona: Fontannella.

- Kriz, J. (2007). **Corrientes Fundamentales en Psicoterapia**. Buenos Aires: Amarrortu.
- Krotoschiner, E. (2009). **El Uso de la Hipnoterapia en el Trabajo con el Tabaquismo**. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Autónoma de México, México.
- Kuri-Morales P.; González-Roldán J.; Hoy MJ, Cortés-Ramírez M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. **Salud Pública**. **48**, 91-98.
- Lavedán, A. (1796). **Tratado de los Usos, Abusos, Propiedades y Virtudes del Tabaco, Café, Té y Chocolate**. Madrid: Imprenta Real.
- Leshner A. (2001). Understanding and treating drug abuse and addiction. **Bus Health**. **19**, 23-30.
- Leyva, J. (1993). **Revisión del Autocontrol en el Hábito de Fumar Tabaco en Forma de Cigarros**. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Autónoma de México, México.
- Lina-Mandujano, J.; González-Betanzos, F.; Carrascoza, C.; Ayala, H.; Cruz-Morales, S. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. **Salud Mental**. **1**, 35-41. (Vol. 32).
- López-Moreno, J.; Trigo-Díaz, J.; Rodríguez, F.; González, G.; Gómez, R.; Crespo, I.; Navarro, M. (2004). Nicotine in alcohol deprivation increases alcohol operant self-administration during reinstatement. **Neuropharmacology**. **47**, 1036-1044.
- Lorenzo, P. (1998). Dependencia Tabáquica. En Lorenzo, P.; Ladero, J.; Leza, J.; Lizasoain, I. **Drogodependencias**. Madrid: Medica Panamericana.

- Martin, G.; Pear, J. (2006). **Modificación de Conducta: Qué es y Cómo Aplicarla.** (5ta. Ed.). Madrid: Pearson.
- Martín, A.; Rodríguez, I.; Rubio, C.; Revert, C.; Hardisson, A. (2004). Efectos Tóxicos del tabaco. **Rev. Toxicol.** **21**, 64-71.
- Martínez-Ortega, J.; Jurado, D.; Martínez-González, M.; Gurpegui, M. (2006). Nicotine dependence, use of illegal drugs and psychiatric morbidity. **Addictive Behaviors.** **33**, 1722-1729.
- Martorell, J.L. (1996). **Psicoterapias: Escuelas y Conceptos Básicos.** Madrid: Ediciones Pirámide.
- Michael, J. (1982). Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimuli. **Journal of the Experimental Analysis of Behavior.** **37**, 149-155.
- Moreno, D.; Cantú, P. (2002). Perspectiva sobre el tabaquismo en México. **Revista de Salud Pública y Nutrición (RESPYN).** **2**, (Vol. 3). Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/tabaquismo.html>.
- Nerín de la Puerta, N.; Córdoba, R. (2004). Tratamiento farmacológico. Terapia sustitutiva con nicotina. En Becoña, E. (Ed.). **Adicciones.** **2**, 265-274. (Vol. 16).
- Ocampo, M. (2002). El fumador, un enfoque conductual. **Revista Conadic Informa.** Noviembre, 23-24.
- Ocampo, M. (2007). **Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel: Terapia Breve Cognitivo-Conductual.** México: Consejo Nacional contra las Adicciones C. O. N. A. D. I. C. (Disponible en Clínica Contra el Tabaquismo, Consulta Externa de Neumología y Cirugía de Tórax, Hospital General de México).

OMS (2006). **Tabaco: Mortífero en Todas sus Formas.** (Reporte del 31 de Mayo, Día mundial sin fumar).

Pajaro, D. (2006). **Correlacion entre Cesacion del Consumo de Tabaco y Estados de Depresión en Personas con Tratamiento para Dejar de Fumar.** Tesis de licenciatura inédita. Universidad Autónoma de México, México.

Pascual, F.; Vicéns, S. (2004). Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco. En Becoña, E. (Ed.). **Adicciones. 2**, 13-24. (Vol. 16).

Perea Q. R. (2004). **Educación para la Salud: Reto de nuestro tiempo.** Madrid: Díaz de Santos.

Pérez, T.; Herrero, I.; Clementec, M.; Escosa, L. (2004). Abordaje de la prevención y el tratamiento del tabaquismo: ¿A quién, cuándo y cómo realizar la deshabitación tabáquica?. **Arch. Bronconeumol. 40**. Disponible en www.archbronconeumol.org.

Phares, Jerry (1999). **Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica.** (2ª. Ed.) México: Manual Moderno.

Ponciano-Rodríguez, G.; Morales-Ruiz, A. (2007a). La escritura emocional como una herramienta para el tratamiento psicológico del tabaquismo. **Salud Pública de México. 2**, 280–289. (Vol. 49). Disponible en: http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2007/supl%202/16-escritura.pdf.

Ponciano-Rodríguez, G.; Morales-Ruiz, A. (2007b). Evaluación del programa de tratamiento para la cesación del tabaquismo en la clínica de la facultad de medicina de la U. N. A. M. **Salud Pública. 2**, 247-265. (Vol. 49). Disponible en: <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002000>.

Regier, D.; Farmer, M.; Rae, D.; Locke, B.; Keith, S.; Judd, L.; Goodwin, F. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug use. Results

from the epidemiologic catchment area (E. C. A.) Study. **Journal of the American Medical Association.** **264**, 2511–2518. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2232018>.

Resnick, J. (1968). Effects of stimulus satiation on overlearned maladaptive responses of cigarette smoking. **Journal of Consulting and Clinical Psychology.** **32**, 501-505.

Roll, J. (2005). Assessing the feasibility of using contingency management to modify cigarette smoking by adolescents. **Journal of Applied Behavior Analysis.** **38**, 463-467.

Roll, J. M.; Higgins, S. T.; Badger, G. (1996). An experimental comparison of three different schedules of reinforcement of drug abstinence using cigarette smoking as an exemplar. **Journal of Applied Behavior Analysis.** **29**, 495–505.

Rollnick, S.; Miller, W. (1996). ¿Qué es la entrevista motivacional?. **Revista de Toxicomanías.** **6**, 3-7. Disponible en:
<http://www.cat-barcelona.com/pdfret/RET06-1.pdf>

Sáiz, P.; García-Portilla, M.; Martínez, S.; Bascarán, M.; Paredes, B.; Bobes, J. (2004). Tratamiento farmacológico. Psicofármacos. En Becoña, E. (Ed.). **Adicciones.** **2**, 275-286. (Vol. 16).

Schwartz, J. (1991). Methods for smoking cessation. **Clinics in Chest Medicine.** **12**, 737-753.

Shytle R.; Silver, A.; Sanberg, P. (1996). Nicotine, tobacco and addiction. **Nature.** **384**, 18-19. Disponible en:
http://www.biomedexperts.com/Abstract.bme/8900264/Nicotine_tobacco_and_addiction.

- Stitzer, M.; Bigelow, G. (1982). Contingent reinforcement for reduced carbon monoxide levels in cigarette smokers. **Addict Behavior. 7**, 403-412.
- Swanson, J.; Lee, J.; Hopp, J.; Berk, L. (1997). The impact of caffeine use on tobacco cessation and withdrawal. **Addictive Behaviors. 22**, 55-68.
- Thombs, D. (1999). **Introduction to Addictive Behaviors.** (2ª. Ed.). New York: The Guilford Press.
- Tidey, J.; O'Neill, S.; Higgins, S. (2002). Contingent monetary reinforcement of smoking reductions, with and without transdermal nicotine, in outpatients with schizophrenia. **Experimental and Clinical Psychopharmacology. 10**, 241-247.
- Torrecilla, M.; Plaza, M.; Ruano, R. (2003). Consejo médico e intervención mínima sistematizada. En Barrueco, M.; Hernández, M.; Torrecilla, M. (Eds.) **Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo.** 141-164. (2ª. Ed.). Madrid : Ergon.
- Treviño, L.; Bascarán, M.; García-Portilla, M.; Sáiz, P.; Bousoño, M.; Bobes, J. (2004). La nicotina como droga. **Adicciones. 2**, 143-153. (Vol. 16).
- Trull, T.; Phares, E. (2003). **Psicología Clínica: Concepto, Métodos y Aspectos Prácticos de la Profesión.** México: Thomson.
- Zabert G. (2006). Vareniclina: un nuevo agonista parcial del receptor nicotínico. **Revista Argentina de Medicina. 3**. Disponible en:
http://www.ramr.org.ar/archivos/numero/ano_6_3_dic_2006/mere3_12.pdf.

Referencias Electrónicas

Cigarette Consumption. Tomado del Atlas del Tabaco:

<http://www.tobaccoatlas.org./consumption.html?iss=07&country=0>,

consultada el 24/Julio/2009.

Convenio Marco para el Control de Tabaco. Tomado del Instituto Nacional de

Salud Pública: <http://www.insp.mx/tabaco/informe/partelll.pdf>, consultada el

24/Junio/2009.

E. M. E. A. (2006). Informe Público Europeo De Evaluación (Epar) Champix.

Tomado del Resumen del Epar para el público en general:

<http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/champix/H-699->

[es1.pdf](http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/champix/H-699-es1.pdf), consultada el 06/Julio/2009.

Encuesta Nacional de Adicciones. Tomado de Instituto Nacional de Estadística

y Geografía:

http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/co

[ntinuas/sociales/salud/2004/Ena02.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/Ena02.pdf), consultada el 12/Junio/2009.

Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal.

Tomado del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal:

<http://www.tsjdf.gob.mx/Leynofumadores.pdf>, consultada el 24/Junio/2009.

Primer informe sobre el combate al tabaquismo. Tomado de Valdés-Salgado

R.; Lazcano-Ponce, E.; Hernández-Avila, M. (Eds.) México ante el Convenio

Marco para el Control del Tabaco, México. Cuernavaca: Instituto Nacional

de Salud Pública, 2005:

http://www.insp.mx/publicaciones/detalles.php?publicacion_id=6, consultada

el 05/Julio/2009.

Vademecum. Tomado de Vademecum:

http://www.vademecum.es/principios_activos/ficha/N06AX12/BUPROPI%D3

[N/?action=open](http://www.vademecum.es/principios_activos/ficha/N06AX12/BUPROPI%D3N/?action=open), consultada el 06/Julio/2009.

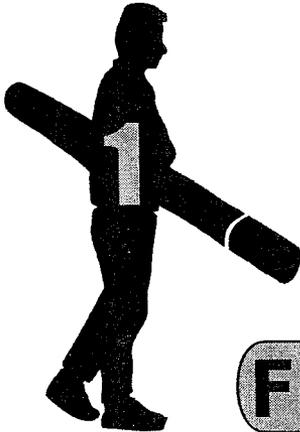
14ª Conferencia Mundial: Tabaco o Salud. Tomada de Ministerio de Salud de la Nación, Argentina:

[http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/noticia.asp?idNoticia=219,](http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/noticia.asp?idNoticia=219)
consultada el 30/Julio/2009.

Anexos

PRIMER PASO

TOMAR LA DECISIÓN DE DEJAR DE FUMAR



**PROGRAMA
DE INTERVENCIÓN
BREVE
MOTIVACIONAL
PARA**

FUMADORES



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología
FES Iztacala**

***Jennifer Lira Mandujano.
Héctor E. Ayala Velázquez.***

Este programa está constituido por seis sesiones de tratamiento en las que a partir de una evaluación inicial vas a establecer tus propias metas de tratamiento y después con el apoyo de tu terapeuta analizarás tu consumo para desarrollar las acciones que te lleven a lograr dejar de fumar. Ahora que estás listo para dejar de fumar, nosotros te apoyaremos en esta importante decisión. El primer paso es conocer porque fumas, cuáles son los costos y las razones por las cuales quieres dejar de fumar, además de contar con información que fortalecerá tú decisión de dejar de fumar.



¿SABÍAS QUE.....?

- La nicotina es la sustancia química presente en todos los cigarros y es altamente adictiva.
- Cada cigarro quita cerca de 10 minutos de tu vida y puedes perder 14 años de vida.
- Cerca de 60 de las 4000 sustancias químicas que contiene el cigarro causan cáncer.
- Fumar puede afectar el crecimiento de los niños y al feto durante el embarazo.
- El 45% de todos los fumadores mueren por alguna enfermedad relacionada con el consumo de tabaco.
- Fumar afecta a tus amigos, familia y la salud de los niños; ellos pueden tener problemas respiratorios frecuentes y un mayor riesgo de padecer enfermedades como cáncer, asma, bronquitis e hipertensión.
- Consumir alcohol incrementa la probabilidad de consumir en exceso tabaco.
- Los fumadores tienen 7 veces más probabilidad de tener artritis, cáncer de boca y garganta que los no fumadores.
- Fumar y tomar píldoras anticonceptivas aumenta el riesgo de trombosis.
- Fumar puede ser la causa de trastornos sexuales como: impotencia (hombres), produce menopausia prematura, aumenta los trastornos menstruales y frigidez (mujeres), además ocasiona esterilidad a largo plazo.
- Muchos fumadores dejan de fumar por sí mismos, pero los materiales que proporcionan asesoramiento e información pueden ayudarlos y aumentar el la probabilidad de dejar de fumar.

LOS COSTOS POR FUMAR SON MUCHOS:

El consumo de tabaco está asociado con 25 enfermedades mortales y discapacitantes. A continuación se muestran las principales enfermedades relacionadas al tabaquismo y el costo que genera.	Costo total de un paciente enfermo.	Gasto hecho por el paciente / familia. (40%)
Infarto Agudo al Miocardio.	71,825	28,730
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.	73,303	29,321
Cáncer de Pulmón.	80,996	

¿SABES CUANTO VAS A GASTAR EN CIGARROS SI CONTINUAS FUMANDO?

Resta tu edad a 80 (que es el promedio de vida).		
Multiplica por 365 (días del año).		
Multiplica por el número de cajetillas que fumas al día.		
Muúltícalo por el precio de su cajetilla.		
¡Esto es lo que gastarías en cigarros para el resto de su vida, si continúas fumando como hasta ahora!		
Sume los totales de los rectángulos sombreados para obtener su "costo total de por vida como fumador"		

¡Ahora piensa en las cosas que podrías comprar con ese dinero, en lugar de fumarlo!

En la siguiente tabla se muestra el dinero que gasta en promedio un fumador en comprar cigarros de acuerdo a la cantidad que consume:

Paquetes por día	Costo por día	1mes	1año	5años	10años	20años
½	\$10	\$300	\$3 600	\$18 000	\$36 000	\$72 000
1	\$20	\$600	\$7 200	\$36 000	\$72 000	\$144 000
1 ½	\$30	\$900	\$10 800	\$54 000	\$108 000	\$216 000
2	\$40	\$1 200	\$14 400	\$72 000	\$144 000	\$288 000
3	\$60	\$1 800	\$21 600	\$108 000	\$216 000	\$432 000
4	\$80	\$2 400	\$28 800	\$144 000	\$288 000	\$576 000

Escribe el número de cajas de cigarros que fumas al día y en la tabla identifica cuanto dinero ahorrarías si dejas de fumar y escribe lo que comprarías con ese dinero.

Ejemplo:

③ Cajas por día en un mes = Reloj de pulso.

Cajas por día en un mes = _____
(escribe lo que podrías comprarte con ese dinero)

Cajas por día en un mes = _____
(escribe lo que podrías comprarte con ese dinero)

EL TABACO ESTA COMPUESTO, ENTRE OTRAS, POR LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS...

Nicotina- droga adictiva responsable de los cambios en el funcionamiento del cerebro.

Alquitrán- compuesto químico que daña las células convirtiéndolas en cancerígenas.

Cianuro (Ácido cianhídrico), Arsénico y Amoníaco son compuestos químicos nocivos para la salud.

Monóxido de carbono- Gas que se forma cuando se quema un tabaco, igual que el que emite un carro, responsable de problemas circulatorios y respiratorios.

Oxido nitroso- gas tóxico, utilizado como sedante.

¿QUE REPRESENTA UN CIGARRO?

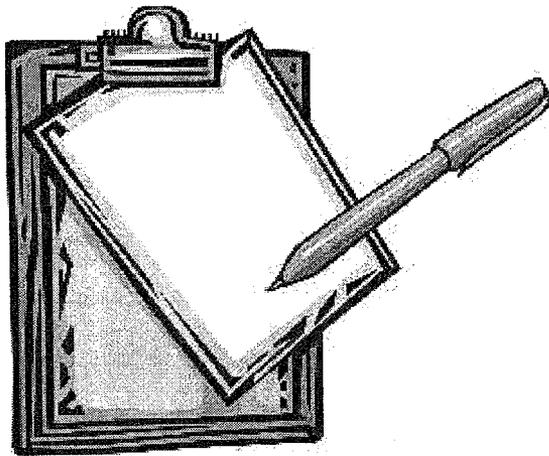
- Resfriados, tos y garganta irritada frecuentemente y durante largo tiempo.
- Ropa y cabello con olor a cigarro.
- Falta de sensibilidad al sabor y olores.
- Dedos y dientes manchados de amarillo.
- Aumento de caries y mal aliento.
- Menos dinero para gastar en otras cosas.
- Posibilidad de una muerte prematura.
- Incremento en el riesgo de diferentes tipos de cáncer.
- Riesgo de padecer enfermedad cardiovascular.
- Mayor probabilidad de padecer Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).
- Incrementa el riesgo de problemas médicos, en las mujeres embarazadas: aumenta el riesgo de parto prematuro y bajo peso en el recién nacido.



AHORA, CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿QUÉ ES UN CIGARRO PARA MI?

¿Cuales son los problemas (sociales, de salud, económicos, familiares) que he presentado en los últimos tres meses por fumar?



PREGUNTAS Y RESPUESTAS

¿Por qué es legal el tabaco?

El tabaco es un gran negocio. La industria del tabaco provee grandes fuentes de trabajo y gran cantidad de impuestos para los gobiernos.

¿FUMAR tiene efectos relajantes?

Falso. La nicotina que contiene el tabaco es un estimulante que aumenta la tensión y la ansiedad. La "relajación" que sienten los fumadores al fumar no es por el cigarrillo, sino por las circunstancias que se asocian al acto de fumar. Pregúntale a un ex fumador y te dirá que se siente más relajado, menos tenso y que duerme mucho mejor.

¿Cuando dejas de fumar, engordas?

Falso. Los estudios realizados indican que cuando las personas dejan de fumar, aumentan de peso, otras bajan de peso y otras más se mantienen en su peso. En algunas personas la falta de nicotina produce cambios metabólicos pero estos efectos son de corta duración. Cuando un ex fumador engorda es porque generalmente ha sustituido la conducta de fumar por la de comer en exceso.

¿Los cigarros light hacen menos daño?

Falso. Aunque los cigarros light sean bajos en nicotina y alquitrán, provocan los mismos daños a quienes fuman.

¿Las pipas y los puros son más seguros que los cigarros porque no inhalas?

¡NO! Las pipas y los puros también producen el mismo daño que los cigarros.

"Fumar 5 cigarrillos al día no es fumar".

¡Falso! Los efectos de la nicotina y las demás sustancias contenidas en el cigarro son acumulativos. Fumar poco, pero de forma continuada es tan perjudicial como los excesos esporádicos. Y desde luego, no fumar es no fumar **NUNCA**.

"Hay gente a la que el cigarro no le hace daño"

¡Falso! El cigarro perjudica la salud de todos los que lo consumen y de quienes están alrededor. Lo que sucede es que el grado de daño y el tiempo en que éste se manifiesta varían con cada persona.

¿Es más fácil dejar el alcohol que el tabaco?

Depende de ti, algunas personas primero dejan de fumar, algunas cambian primero la bebida, otros dejan ambas sustancias al mismo tiempo.

¿Cuándo hay fumadores en mi casa, puede afectar en mi decisión de dejar de fumar?

¡NO! La decisión de dejar de fumar es solamente tuya y el que otra persona en casa fume no es necesariamente un factor para que cambies de decisión.

¿Cuál es el mejor método para dejar de fumar?

Depende totalmente de ti. Algunas personas dejan de fumar sin algún método, otros usan un sustituto de la nicotina como son los chicles o parches y otros acuden con un terapeuta, pero todos funcionan si estas realmente interesado.

¿Qué debo saber sobre dejar de fumar?

Hay dos cosas básicas que debes saber si quieres dejar de fumar.

1) Contar con apoyo de amigos y familiares es de gran ayuda.

2) ¡Los síntomas de abstinencia son normales! Estos síntomas pueden incluir nerviosismo, irritabilidad, enojo, dificultad para dormir, falta de concentración o dolor de cabeza. Estos síntomas físicos, en la mitad de los casos, es igual que una gripe y usualmente se presenta escasas horas después de haber dejado el tabaco, aunque alcanzan su punto máximo durante los dos primeros días y desaparecen hasta aproximadamente pasado un mes.

¿Porqué ocurren los síntomas de abstinencia?

Después de fumar durante largos periodos o durante años, tu cuerpo empieza a depender de la nicotina para funcionar. Una vez que dejas de fumar, el nivel de nicotina baja hasta desintoxicar totalmente tu cuerpo, lo cual ocasiona la aparición de los síntomas de abstinencia.

RESPONDE LO SIGUIENTE:

¿PORQUE NECESITO DEJAR DE FUMAR?

Sentirme saludable.

Saborear mejor la comida.

Ser un mejor ejemplo para los niños.

Para que mi ropa y mi cabello no huelan mal.

Para no tener molestias frecuentes en la garganta.

Sentirme físicamente más saludable.

Disminuir el riesgo de un ataque al corazón y regresar a la normalidad en un año.

Poder vivir más.

Evitar problemas en mi embarazo.

Ya no quiero tener los dedos amarillos.

No quiero tener los dientes manchados.

Necesito dormir bien.



Escribe en las siguientes líneas si tienes ALGUNA OTRA RAZON:

BENEFICIOS QUE TRAE A LA SALUD DEJAR DE FUMAR ¡NUNCA ES TARDE!

- En 24 horas sin fumar, la presión sanguínea y la tasa del pulso se normalizan y el nivel de monóxido de carbono en tu sangre disminuye.
- Después de un mes sin fumar, se tienen pocos síntomas respiratorios.
- Después de un año sin fumar, el riesgo por alguna enfermedad del corazón (por fumar) se reduce a la mitad.
- Después de 10 años sin fumar, el riesgo de padecer cáncer pulmonar disminuye a la mitad con respecto a las personas que siguen fumando.
- Después de 5 a 10 años sin fumar, el riesgo de un paro cardiaco en los ex fumadores es igual que para los no fumadores.
- Se deja de estar sometido a una adicción.
- Mejora su economía.
- Mejorará su aspecto físico.

RESPONDE LO SIGUIENTE:

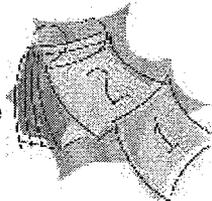
¿CUALES SON LAS 2 O 3 BARRERAS O DIFICULTADES MÁS SERIAS QUE ANTICIPAS AL DEJAR DE FUMAR?

¿CUÁLES SON LAS 2 O 3 FACTORES MÁS IMPORTANTES DE APOYO PARA DEJAR DE FUMAR EN ESTE MOMENTO?

¿Quienes Fuman de las personas con las que convives?		
	SI	NO
Amigos.		
Familiares.		
Novio (a).		
Esposa (o).		
Otro.		

1ER. PASO PARA DEJAR DE FUMAR

Ahora que estas por empezar, es muy probable que te sientas más confiado y comprometido para dejar de fumar. El siguiente paso es comprometerte contigo mismo y escoger un día para iniciar con las estrategias para dejar de fumar:



DIA	
------------	--

IDENTIFICACIÓN DE MIS SITUACIONES RELACIONADAS CON FUMAR



**PROGRAMA
DE INTERVENCIÓN
BREVE
MOTIVACIONAL
PARA**

FUMADORES



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología
FES - Iztacala**

***Jennifer Lira Mandujano.
Héctor E. Ayala Velázquez.***

IDENTIFICANDO SU PROBLEMA

El segundo paso tiene como propósito que identifiques y aprendas de tu conducta de fumar, aquí se presenta información para poder identificar las situaciones en las que consumes con frecuencia o en forma excesiva cigarrillos. Así como los antecedentes que propician el consumo de cigarrillos y las consecuencias que esto conlleva.

PREPARANDOME PARA DEJAR DE FUMAR



Prepara tu casa u oficina: SEÑALA qué puedes hacer:

- Cambiar mi rutina.
- Deshacerme de todos los ceniceros, encendedores, cajetillas de cigarrillos.
- Tomar descansos en la escuela o en el trabajo con personas que no fumen.
- En el restaurante en la sección de no fumar.
- Tomar mucha agua.
- Cambiar mi estilo de vida, practicar algún deporte, caminar en el parque, etc.

¿QUE OTRA COSA PUEDES HACER?

¡PREPÁRATE PARA LOS PRIMEROS DÍAS!

Planea tu día:

	Evita las áreas de fumar.
	Realiza una caminata diaria de 15 minutos.
	Toma por lo menos 2 litros de agua.
	Consume vitamina C y alimentos que contengan fibra.
	Busca actividades que no se relacionen con el fumar (yoga, pilates, meditación, tai chi, etc.).

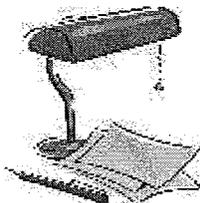
	Realiza limpieza general de los lugares donde fumabas.
	Permanece más tiempo con personas que no fuman.
	Compra una alcancía y guarda el dinero que normalmente gastarías en cajetillas de cigarros.
	Asúmeme como un exfumador, recuerda lo importante que es para ti lograr esta meta.
	Recuerda que puedes manejar las situaciones que precipitan un deseo por fumar.
	Habla con tus amigos y familiares explicándoles que has dejado de fumar, pidiéndoles su apoyo.

PARA DEJAR DE FUMAR ES IMPORTANTE IDENTIFICAR:

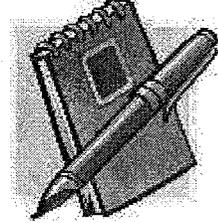
- 1) Las situaciones de alto riesgo de consumo excesivo de tabaco (factores precipitadores) y,
- 2) Los beneficios y malestares que esperamos obtener con el uso del tabaco a corto y largo plazo, es decir las consecuencias.

Factores precipitadores: Son las situaciones internas (emociones, pensamientos, etc.) y externas (reuniones, familiares, trabajo, etc.) que "provocan" tu deseo de fumar. Por ejemplo: situaciones inesperadas, problemas personales, sentir emociones placenteras o desagradables, o simplemente situaciones en las que te encuentras (reuniones, fiestas).

Consecuencias: Generalmente las personas fuman cuando están buscando consecuencias positivas e inmediatas. Estas consecuencias inmediatas pueden ser desde un deseo de cambio en tu estado de ánimo (de tenso a relajado), hasta sentirte a gusto con las personas a tu alrededor, ó simplemente pasar un buen rato. Desafortunadamente, algunas veces obtenemos consecuencias que no buscamos y que son por lo general negativas y perjudiciales pero nosotros las minimizamos porque se presentan a mediano y a largo plazo. Por la tanto las consecuencias pueden ser positivas y negativas (resultados inmediatos o a largo plazo).



- o Cuando quiero disfrutar el cigarro.
- o Cuando extraño tener alguna cosa en las manos/ tener las manos ocupadas.
- o Bebiendo alcohol.
- o Relajado(a) en casa.
- o Cuando terminé de comer.
- o Cuando estoy feliz o estoy celebrando.
- o Después de despertarme.
- o Cuando estoy en el descanso en el trabajo/ oficina/ escuela.
- o Cuando veo a otros fumar.
- o Cuando tomo café o té.
- o Cuando estoy fastidiado (a) o aburrido (a).
- o Cuando estoy triste o deprimido (a).
- o Cuando tengo mucho trabajo, estoy presionado o estoy estresado (frustrado, irritado).
- o Cuando tengo síntomas de abstinencia por haber dejado de fumar.
- o Cuando tengo deseos de fumar un cigarro.



CUANDO CONSUMIR TABACO HA SIDO UN PROBLEMA:

Los precipitadores y las consecuencias van de la mano. Por ejemplo algunas personas fuman:

- ◆ Cuando están en una fiesta (precipitador) y buscan sentirse bien (consecuencia).
- ◆ Cuando están platicando con otro fumador (precipitador) y buscan sentirse a gusto (consecuencias).
- ◆ Cuando están nerviosos (precipitador) y buscan tranquilizarse (consecuencia).
- ◆ Cuando están enojados (precipitador) y buscan cambiar su estado de ánimo (consecuencia).
- ◆ Cuando están estresados (precipitador) y buscan relajarse (consecuencia).
- ◆ Cuando están tomando café (precipitador) y quieren disfrutar su café (consecuencia).

Este tipo de hábito puede producir algún malestar, remordimientos o enfermedad (consecuencias a largo plazo).

IDENTIFICANDO CONSECUENCIAS Y FACTORES PRECIPITANTES

Ahora debes estar listo para identificar los principales factores precipitadores y las consecuencias de consumo de tabaco.

A continuación describe tres de las situaciones donde con mayor frecuencia fumas,, para ello es necesario que pienses en experiencias reales. No olvides escribir los tipos de precipitadores y el tipo de consecuencias (positivas y negativas) usualmente asociadas con cada situación.

Situación 1:

Precipitadores:

Consecuencias Positivas:

Consecuencias Negativas:

Situación 2:

Precipitadores:

Consecuencias Positivas:

Consecuencias Negativas:

Situación 3:

Precipitadores:

Consecuencias Positivas:

Consecuencias Negativas:

Ejercicio: Pregunta a 2 o 3 ex fumadores porqué dejaron de fumar y cómo fue que lo lograron.

Ex fumador # 1

Nombre:
¿Por qué dejó de fumar?
¿Número de años sin fumar?
¿Cómo lo logró?

Ex fumador # 2

Nombre:
¿Por qué dejó de fumar?
¿Número de años sin fumar?
¿Cómo lo logró?

Ex fumador # 3

Nombre:
¿Por qué dejó de fumar?
¿Número de años sin fumar?
¿Cómo lo logró?

RECUERDA UNA VEZ AL DÍA

Montaña de la recuperación.

RUTA "A"

Cuando la gente elige esta ruta pasará por algunos puntos críticos. Bajar es muy fácil pero si se tiene un tropiezo será más difícil escalar a la cima.

RUTA "B"

Algunas personas son capaces de alcanzar la cima de la montaña de la recuperación tomando el camino corto, sin tropiezos. A pesar de que esta es la ruta preferida es frecuentemente difícil para la gente

PROBLEMAS POR EL CONSUMO DE TABACO

PELIGRO

RECUERDA SIEMPRE

La **MONTAÑA DE LA RECUPERACIÓN** es una representación del camino que decides:

ADOPTA

Una meta realista a largo plazo para cambiar. Para mucha gente es un proceso lento.

RECONOCE

Que si tienes una recaída o un tropiezo no quiere decir que hayas fallado. Utiliza estas experiencias como experiencias de aprendizaje.

RECUERDA

Que a algunas personas les toma de 5 a 7 intentos para lograr dejar de fumar totalmente.

Mi meta de consumo para la siguiente semana es:



MI PLAN DE ACCIÓN PARA DEJAR DE FUMAR



**PROGRAMA
DE INTERVENCIÓN
BREVE
MOTIVACIONAL
PARA**

FUMADORES



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología
FES - Iztacala**

***Jennifer Lira Mandujano.
Héctor E. Ayala Velázquez.***

El tercer paso consiste en generar planes de acción para mantenerse sin fumar, así como generar nuevas estrategias para enfrentar las tentaciones de fumar.

AHORA QUE QUIERES DEJAR DE FUMAR.

Es importante que intentes:

- Cambiar tus rutinas.
- Evitar situaciones de riesgo o precipitadores.
- Verte como una persona que no fuma.
- Tener presente los beneficios que tiene no fumar.
- Pensar en las razones que tuviste para decidir dejar de fumar.
- Pensar en las consecuencias negativas que tiene el volver a fumar.
- No ponerte a prueba, estás rompiendo viejos hábitos y desarrollando nuevos hábitos.
- Tomarlo con calma.
- La abstinencia es esencial, no te pongas a prueba con solo un cigarro.
- Bebe agua o jugos.
- Práctica algún deporte.



SI LAS SIGUIENTES SITUACIONES SON PRECIPITADORES PARA TU CONSUMO, TE OFRECEMOS ALGUNAS ALTERNATIVAS:

PRECIPITADORES	ALTERNATIVAS
ESTAR CON OTROS FUMADORES:	Primero, tratar de evitar estar con ellos, salir de la situación. Hablar con ellos de tu intento por dejar de fumar. Pensar en tus razones para dejar de fumar.
HABLAR POR TELEFONO:	Rompe tu rutina al hablar por teléfono, párate/siéntate/camina/cambia de cuarto. Toma una pluma en la mano.
TOMAR DESCANSOS EN EL TRABAJO:	Ir donde no están los fumadores. Ir a caminar, leer un libro, tomar agua, contestar un crucigrama.
SENTIRSE MAL O DEPRIMIDO:	Planear nuevas actividades leer un libro, practicar algún deporte, hablara con amigos, etc.
CONSUMIR ALCOHOL DESPUES DE LA COMIDA:	Cambiar bebidas o no beber bebidas alcohólicas. Levantarse después de la comida; cambiar de rutina, hacer gárgaras o lavarse los dientes, tomar agua, comer una fruta.
MANEJAR:	Cambiar de rutina; quitar las cajetillas del carro, limpiar los ceniceros.
TOMAR CAFÉ O TÉ:	Cambiar de bebida por una que no contenga cafeína, por ejemplo café descafeinado o refrescos sin cafeína.

¿QUÉ PUEDO HACER PARA ENFRENTAR EL DESEO DE FUMAR?

Cuando tengas muchas ganas de fumar (las cuales generalmente duran segundos) puedes hacer lo siguiente:

- Respirar suavemente y profundo.
- Masticar un chicle sin azúcar.
- Caminar por 5 minutos.
- Comer alguna fruta o verdura (por ejemplo: pepinos, jícamas, manzanas, etc.)
- Tomar agua.
- Imagínate como una persona que se ha liberado de fumar.



DEJAR DE FUMAR.

Si fumas en los primeros 60 minutos después de despertarte por la mañana, ¡preparate!, este tiempo es de gran riesgo. **Planea un día antes:** ¿Qué harás para estar sin fumar? POREJEMPLO:

Lo que hacía cuando fumaba era:

Usualmente yo me despertaba y

Me levantaba y _____

Antes de desayunar yo _____

Después Manejaba/iba al trabajo/escuela y yo _____

A la hora de la comida yo _____

AHORA QUE VOY A DEJAR DE FUMAR, LO QUE VOY A HACER ES:

Me despertaré y _____

Me levantaré y _____

Antes de desayunar yo _____

Después Manejaré/iré al trabajo/escuela y yo _____

A la hora de la comida yo voy a _____

TAMBIÉN PUEDES:

- ◆ Hablar con otros de cómo te sientes (Si piensas que ellos te pueden ayudar).
- ◆ Practicar diciendo: "No, gracias. Estoy dejando de fumar"
- ◆ Limpiar y guardar los ceniceros, así como deshacerse de todos los cigarrillos.

Revisa tus intentos pasados por dejar de fumar:

¿Qué fue lo que te ayudó?

¿Qué te llevó a una recaída?



* COMPLETA TU HOJA DE REGISTRO.

Colócalo en un lugar visible, por ejemplo en tu recámara, en el espejo, en tu agenda, en el refrigerador o en tu escritorio.

PLAN DE ACCIÓN

Dejar de fumar, igual que muchas otras cosas, es fácil con un plan.

Un plan de acción para ti:

- o Fortalece tu decisión de dejar de fumar.
- o Aprende a manejar tus deseos y síntomas de abstinencia.
- o Prepárate para manejar situaciones que precipitan el deseo por fumar.
- o Evita comprar cajetillas.
- o Evita frecuentar lugares donde puedes fumar.
- o Evita pedir cigarrillos y en caso de que lo hagas espera 5 minutos para fumarlo o fuma sólo la mitad de cada cigarrillo.
- o Reducir el número de cigarrillos cada día.

Para desarrollar un **PLAN DE ACCIÓN** es importante que **primero** pienses en alternativas para una situación específica.

En el siguiente ejercicio, escribe 3 alternativas para cada una de las situaciones en las que con frecuencia fumas e identificaste y anotaste en el Folleto 2.

PARA DECIDIR CUALES SON TUS MEJORES ALTERNATIVAS PIENSA: ¿Qué tan efectivas a largo plazo pueden ser estas alternativas? ¿Qué tengo que hacer para poder aplicarlas? ¡AHORA, ESTAS LISTO!

Situación 1.
Alternativa 1:
Alternativa 2:
Alternativa 3:
Mejor alternativa para la situación 1:

Situación 2.
Alternativa 1:
Alternativa 2:
Alternativa 3:
Mejor alternativa para la situación 2:

Situación 3.
Alternativa 1:
Alternativa 2:
Alternativa 3:
Mejor alternativa para la situación 3:

A continuación desarrolla un plan de acción para cada una de las situaciones de consumo de cigarros a partir de la mejor alternativa para ti:

Situación 1.
Alternativa No.:
Mi plan de acción para esta situación de consumo de cigarros es:

Situación 2.
Alternativa No.:
Mi plan de acción para esta situación de consumo de cigarros es:

Situación 3.
Alternativa No.:
Mi plan de acción para esta situación de consumo de cigarros es:

Mi meta para la siguiente semana es:

<input checked="" type="checkbox"/>
