



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA  
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA**

**PROGRAMA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**Propuesta de Intervención en Grupo Cognitiva Conductual para  
Eliminar la Adicción a la Nicotina**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**Alicia Yolanda Manríquez Ortega**

**TUTOR ACADÉMICO**

**Lic. Omar Moreno Almazán.**

**Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México**

**Agosto 2012**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## INDICE

Agradecimientos .....	4
Sumario .....	5
Prólogo.....	6
<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN</b>	
1.1 Historia del tabaquismo en México.....	8
1.2 Historia del tabaquismo en el mundo.....	10
<b>CAPÍTULO 2: JUSTIFICACIÓN</b>	
2.1 El fenómeno en la actualidad.....	13
<b>CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO</b>	
3.1 Introducción al marco teórico.....	18
3.2 Etiología de la conductas adictivas.....	30
3.3 Criterios para la conducta adictiva del DSM-IV-R.....	32
3.4 Análisis de los fenómenos biológicos más usuales de las conductas adictivas.....	33
3.4.1 Tolerancia.....	33
3.4.2 Síndrome de abstinencia.....	35
3.4.3 Dependencia.....	37
3.4.4 Craving.....	38
3.4.5 Irritabilidad y ansiedad.....	39
3.4.6 Dificultades en la concentración.....	40
3.4.7 Estado de ánimo deprimido.....	40
3.4.8 Inquietud.....	41
3.4.9 Disminución de la frecuencia cardíaca.....	41
3.4.10 Incremento del apetito y aumento de peso.....	43
3.4.11 Insomnio.....	44
3.5 Técnicas de tratamiento psicológico para la adicción tabáquica.....	44
3.6 Programas multicomponentes o multimodales para el tratamiento de la adicción tabáquica.....	48
<b>CAPITULO 4: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
4.1 Objetivos de la investigación.....	53
4.2 Hipótesis.....	53
4.3 Variables.....	54
4.4 Definiciones conceptuales.....	54
<b>CAPITULO 5: METODOLOGÍA</b>	
5.1 Tipo de intervención.....	57
5.2 Sujetos.....	57

5.3 Criterios de inclusión.....	57
5.4 Criterios de exclusion .....	58
5.5 Materiales, instrumentos y escenario.....	58
5.6 Procedimiento para la selección de la muestra.....	59
5.7 Procedimiento de la entrevista.....	59
5.8 Tratamiento grupal de la adicción a la nicotina.....	60
5.9 Programa.....	60
5.9.1 Primera sesión: Creencias adictivas y relajación.....	60
5.9.2 Segunda sesión: conocimiento de los problemas vitales de la adicción y el abandono de la sustancia nicotina.....	62
5.9.2.1 Técnica de respiración diafragmática.....	64
5.9.3 Tercera sesión: Técnicas de Control y relajación.....	65
5.9.3.1 La técnica del modelado.....	65
5.9.3.2 La técnica de control de diálogo interno y autoinstrucciones.....	66
5.9.3.3 Técnicas de distracción.....	66
5.9.3.4 Técnica de tarjetas flash.....	67
5.9.3.5 Técnica de parada de pensamiento.....	67
5.9.3.6 Práctica de la técnica de respuesta de relajación y la técnica de respiración diafragmática.....	68
5.9.4 Cuarta sesión: Prevención de recaídas en la terapia cognitiva del abuso de sustancias.....	68
5.9.4.1 Identificación de los estímulos de alto riesgo.....	69
5.9.4.2 El ultimo cigarrillo.....	73
5.9.4.3 Práctica de la técnica de respuesta de relajación y la técnica de respiración diafragmática.....	73
5.9.5 Quinta sesión: Recogida de datos.....	73

## **CAPITULO 6: RESULTADOS**

6.1 Resultados.....	75
---------------------	----

## **CAPÍTULO 7: DISCUSIÓN**

7.1 Discusión.....	77
--------------------	----

## **CAPITULO 8: CONCLUSIONES**

8.1 Conclusiones.....	81
Bibliografía.....	84
Apéndices.....	

*“No son los golpes ni las caídas las que hacen fracasar al hombre;  
sino su falta de voluntad para salir adelante”*

*Anónimo*

*René, Alberto, Carlos y Agustín*

*Gracias*

*Ustedes son el propulsor de todas mis acciones.*

*Mamá, Magos, Martha y Susy*

*Gracias*

*Por acogerme y cuidarme buena parte de mi vida.*

*Guadalupe, Pilar, Estela,  
María del Pilar, Gaby y Sarkis*

*Gracias*

*Por acompañarme en alguna travesía de vida.*

*A mis compañeras de estudio*

*Gracias*

*Fue muy amable y grata la experiencia.*

*A mis tutores*

*Gracias*

*Por mostrarme el camino y hacerlo posible.*

*La Felicidad Llega a través de domar la mente, sin domar la  
mente no hay forma de ser feliz “.*

**S.S. XIV DALAI LAMA**

## SUMARIO

El presente trabajo consiste en exponer los resultados de un programa que sirvió para determinar la eficacia de una terapia breve de 5 sesiones de corte cognitivo conductual para el problema de la dependencia a la nicotina con sujetos mayores de 18 años, radicados en la ciudad de Pachuca, Hgo. **Materiales y Métodos:** Intervención preexperimental. Estudio transversal con preprueba y postprueba. Tipo de prueba no probalístico y con método de selección de la muestra intencional. Instrumento utilizado Test de Fagerström de dependencia a la nicotina y un autorreporte de 21 días. Participantes 17 mujeres y hombres con condición de fumadores diarios. **Resultados:** El valor de t de los reportes de la semana 1 y dos, fue de  $t 4.462 < .000$ ; la semana 2 y 3 fue de  $t 10.084 < .000$ ; El 76% de los participaron cesaron su conducta de fumar.

## SUMMARY

The present work consists of exposing the results of a program that served to determine the efficacy of brief counseling session's court of 5 cognitive behavioral the problem of nicotine dependence in subjects over 18 years, living in the city of Pachuca, Hidalgo. **Materials and Methods:** Research preexperimental. Cross-sectional study pretest and posttest. No test type and method probalístico sample selection intentional. Fagerström Test instrument used to nicotine dependence and self-report of 21 days. Participants 17 women and men with daily smoking status. **Results:** The value of the self-reports of week 1 and 2,  $t 4462 < .000$ ; the value of self-reports of week 2 and 3 is  $t 10,084 < .000$ , 76% of participants stopped their smoking behavior.

## PRÓLOGO

La historia del hombre ancestralmente va unida a la historia de las adicciones, beber pócimas o alcohol, fumar marihuana, o tabaco, mascar hojas de coca o utilizar el opio para disminuir el dolor, son ejemplos, de algunas de las conductas de consumo de sustancias que antaño el hombre ha utilizado. En la actualidad existen una gran diversidad de conductas adictivas, unas derivadas de sustancias industrializadas sintéticamente como el crack y la cocaína, otras derivadas de sustancias consideradas naturales o botánicas, como la cannabis sativa o la Nicotiana Tabacum y otras conductas adictivas denominadas comportamentales, sin sustancia, que resultan de nuestra sociedad tecnológica como la adicción a la internet, al sexo, al juego, etcétera (Oblitas, 2006).

Los trastornos por el abuso de drogas constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes, por lo que el desarrollo de programas de tratamiento eficaces, es un asunto de gran relevancia, una explicación biológica, cognitivo y conductual del fenómeno puede ayudar a la comprensión del problema y a la planificación de un tratamiento, es importante mencionar que a pesar de una relativa eficacia de los tratamientos, las tasas de recaída siguen siendo muy elevadas, en este sentido, esta investigación sugiere continuar con líneas de investigación futuras dirigidas a resolver el descenso de los resultados a largo plazo.

# **CAPÍTULO 1**



# 1. Introducción

## 1.1 Historia del tabaquismo en México.

El tabaco es originario de América y su aparición data desde hace 10,000 años. La mayor parte de las culturas mesoamericanas lo conocieron y lo utilizaron a manera de rituales (Kuhn, Swartzwelder y Wilson, 2011).

Los indígenas del Continente Americano y de las islas del Caribe, utilizaban el polvo del tabaco como una práctica común ritualista heredada por sus ancestros, posteriormente, en el México Precolombino, el consumo del tabaco empezó a diversificarse utilizándose no solo a manera de rituales, sino de forma recreativa empezando a utilizarse las pipas; En la época de la Colonia, en el año 1535, los Españoles empezaron a administrar el cultivo de tabaco en México, utilizando la mano de obra indígena para la siembra y la cosecha. En los albores del siglo XVII cuando las exportaciones de tabaco México-Europa se consolidan, se crea en Sevilla, la primera empresa manufacturera de tabaco. En el siglo XIX, después de la Independencia en México, se promulga la ley que designa a los estados de la federación como sustentantes directos de las rentas (impuestos) del tabaco en rama. En el Porfiriato el comercio del tabaco se ve menguado debido a problemas de capital y de transporte, la dificultad de distribuir el tabaco mexicano a Europa, merma significativamente su comercialización por lo que a principios del siglo XX, México, ofrece a los grandes consorcios internacionales una fuente de materia prima y un mercado potencial para consumo de productos tabacaleros; En 1923 la British American Tobacco establece diversas plantas en el país, en 1932 se crea la planta de cigarros El Águila y unos años después, en esas mismas instalaciones, se funda la tabacalera La Moderna, hoy propiedad de la British American Tobacco México dedicada, hoy exclusivamente, a fabricar cigarros de papel (British American Tobacco México [BATM], 2012).

El lema que actualmente ostenta la BATM (2012), es:

Las hojas de tabaco son la base de nuestro negocio, las cuales representan el sol, la energía y la confianza de nuestra gente, Nuestro nombre es el orgullo por una tradición de más de 65 años en el mercado...estos son los elementos que reflejan nuestros valores y una positiva visión del futuro (p.1).

En la actualidad México produce 43.7 billones de cigarros, la empresa Philip Morris México [PMM], bajo el control del Grupo Carso, posee la mayor marca de consumo internacional "Malboro". El ingreso neto declarado por la PMM sólo en Latinoamérica y Canadá fue en el año 2008 de 2 mil 874 millones de dólares (Ross, Waters Y Sáenz de Miera, 2010). En contraparte, un estudio del Instituto Nacional de Salud Pública en México [INSP], (2008), señala que el gasto que se realizó a nivel nacional para cubrir las enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco en el país ascendió a 5 mil 700 millones de dólares.

Con respecto a la producción de tabaco bruto, el Gobierno del Estado de Veracruz, (2009), informa, que México dista mucho de ser un comercializador importante, ya que el porcentaje de su producción mundial es del 0.03% , lo preocupante es que las relaciones comerciales de tabaco de nuestro país, se resumen, a que el valor de las importaciones ha sobrepasado las exportaciones resultando un saldo deficitario en la balanza comercial de este producto que no se ha podido revertir desde 1997 (Banxico, 2010). Este desbalance ocurre porque México ocupa el 15 lugar en venta de cajetillas de cigarros en el mundo y tercero en Latinoamérica (Cruz, 2007). Según la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos [GATS, *Global Adult tobacco Survey*], (2009), se informó, que en México hay 10.9 millones de fumadores, y que el 50% morirá a causa de enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco.

## 1.2 Historia del tabaquismo en el mundo

La nicotina, al igual que muchas drogas que se utilizan socialmente hoy en día, comenzó a utilizarse como medicina en el siglo XIV, en el siglo XIX químicos franceses aislaron el ingrediente activo del tabaco, “nicotina”. El tabaco continuaba recibiendo críticas favorables por las supuestas propiedades medicinales y, es posible, que de esa época provenga la acepción “nada que no cure un buen tabaco”, aun así, algunos sectores de la sociedad y de la farmacéutica, comenzaron a hacer pública la inquietud, de que el tabaco, pudiera ser nocivo para la salud. En 1890 en Estados Unidos, la nicotina, ya no era un compuesto que se recetara como medicina, su comercialización se había diversificado y ya no solo se incluía la presentación del tabaco para mascar, donde la nicotina se absorbía oralmente, sino también en forma de puro que ofrecía la posibilidad transitoria de masticarlo y al mismo tiempo fumarlo (Kuhn, Swartzwelder y Wilson, 2011).

El consumo de tabaco ha sido una constante entre varios pueblos y culturas. El consumo de los mayas se extiende aproximadamente desde el año 2000 a.C. hasta el año 987 d.C; siendo el precursor del uso del tabaco los fines ceremoniales y religiosos. También algunos Americanos lo emplearon con fines curativos, para expulsar los espíritus que ellos creían provocaban la enfermedad e incluso lo utilizaron por placer o sencillamente como estimulante en situaciones adversas (Pascual & Vicéns, 2004).

Durante el siglo XVI, el tabaco comenzó a considerarse como una “droga”, llegando incluso a proponerse ante la iglesia la excomuni3n de los fumadores. El Rey Jacobo I de Inglaterra, aparte de prohibirlo, escribi3 un tratado contra el tabaco, el “Misocapnos” (odio al humo), que en la actualidad es un instrumento reconocido por el Convenio Marco para el Control del Tabaco [CMCT] y la Organizaci3n Mundial de la Salud [OMS], (2011), y en el cual se revela que:

El fumar es una costumbre repugnante a la vista, dañosa al cerebro, peligrosa para los pulmones, y que con el apestoso humo que produce recuerda el horrible humo estigio del abismo sin fondo.... Porque siendo esa planta una yerba común, que, bajo diversos nombres, crece casi dondequiera, fue primeramente descubierta y utilizada por algunos bárbaros indios a guisa de preservativo o antídoto contra las bubas, asquerosa enfermedad a la que esos salvajes están, como todos sabemos, muy expuestos (“Campaña no,” 2007, 2).

Las consideraciones de Jacobo I, sobre los efectos del consumo de tabaco tienen hoy toda validez a la luz de las evidencias científicas y podemos darle el calificativo de “adelantado” y como tal podría integrar una de las primeras organizaciones antitabáquicas.

En el transcurso del año 1600 en China, el filósofo Fang declaró que fumar tabaco producía quemaduras en los pulmones, con esto llegó a prohibirse su uso en Japón, años más adelante, en el 1620, la distribución y el uso de tabaco en Japón eran castigados con la decapitación (Pascual & Vicéns, 2004).

En la actualidad la Organización para la Agricultura y la Alimentación [FAO, *Food and Agriculture Organization of the United Nations*], (2004), perteneciente a las Naciones Unidas provisiona, que debido a las políticas y campañas destinadas a combatir el tabaco y el hábito de fumar, el consumo por persona podría bajar incluso un 20 por ciento. Las proyecciones indican que los países desarrollados consumirán en torno a un 29 por ciento del consumo mundial de tabaco mientras que los países en desarrollo consumirán un 71 por ciento. Esto se explica porque en los países desarrollados la población está cada vez más concientizada de los efectos nocivos que fumar provoca en la salud, a lo que hay que añadir las medidas tomadas por los gobiernos, entre ellas la intensificación de las campañas anti-tabaco, la prohibición de la publicidad y el aumento del costo de los cigarrillos.

## **CAPÍTULO 2**

## 2. Justificación

### 2.1 El fenómeno en la actualidad

Mundialmente las adicciones constituyen un grave problema de salud pública, pero el tabaquismo ocupa el primer lugar de morbilidad evitable en el mundo y el cuarto lugar a nivel mundial como factor de riesgo (OMS, 2011).

En la actualidad debido al progreso de la ciencia es posible conocer los efectos negativos de la droga nicotina en la salud y en el comportamiento de los drogodependientes. Los científicos han estudiado que el uso y el abuso ponen en riesgo la salud y la calidad de vida de los individuos que la consumen (Kuhn, Swartzwelder, Wilson, 2011) y como menciona Oblitas, (2006), muchos fumadores morirán de cáncer de pulmón o enfermedades cardiovasculares, años después de fumar de manera ininterrumpida, además de los problemas familiares sociales y de salud pública que acarrearán su conducta adictiva.

La adicción tabáquica, es uno de los problemas más severos que nuestra especie enfrenta (Carlson, 1996). La OMS, (2011), menciona al respecto que las adicciones constituyen un grave problema de salud pública y resume que:

El consumo de tabaco es la causa principal de muerte evitable y se calcula que cada año mata a más de 5 millones de personas en el mundo. La mayor parte de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medianos (p.1).

En México, la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos [GATS, *Global Adult tobacco Survey*], (2009), reporta que el 15.9% de la población son fumadores activos y que en este 2011, México, ocupa el sexto lugar en el mundo en número

de fumadores y el segundo en número de fumadoras (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, [INEGI] 2011).

El Consejo Nacional de Adicciones [CONADIC], (2012), informa que en México se redujo la prevalencia de tabaquismo, en el total de la población, del 2002 al 2008 en 7.9%, pero se reporta el incremento en la prevalencia de tabaquismo en jóvenes entre 13 y 15 años de edad en un 5% del 2006 al 2008, en la actualidad mueren 60 mil personas por causas atribuibles al tabaco, lo que representa 165 muertes al día.

Notoriamente, la adicción al tabaquismo daña la salud física y disminuye la expectativa de vida, al respecto Bloomberg Philanthropies y Bill and Melinda Gates Foundation (2010), mencionan que casi la mitad de los fumadores muere debido a su adicción y aproximadamente la mitad de esas muertes ocurre durante la etapa económicamente productiva de la vida.

En relación con las enfermedades específicas relacionadas con el tabaquismo, en el 2008, las enfermedades isquémicas del corazón son la principal causa de muerte en México, tanto para hombres (50.8%) como para mujeres (47.8%); las enfermedades cerebrovasculares relacionadas con el hábito de fumar ocupan el segundo lugar en un 29.2% en mujeres y en un 21.7% en hombres, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias ocupan el tercer lugar, de enfermedad, relacionada con el hábito de fumar en un 18.7% para los hombres y en un 18.2% para las mujeres (INEGI, 2011).

La relación del tabaco y la salud ha sido ampliamente documentada en investigaciones científicas, Amigo, Erazo, Oyarzún, Bello y Perugia, (2006), demostraron en su investigación, que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], ha aumentado su prevalencia en un 163% en 30 años y que de todos los

factores de riesgo es el tabaquismo el mayor de los contaminantes, además se observó, que la prevalencia de la enfermedad está relacionada con la adicción y la edad de inicio del hábito.

Lamentablemente el daño a la salud que provoca el cigarro no se restringe a quien lo consume, los fumadores pasivos que están expuestos a humos dañinos, ven afectada su salud al incrementar hasta en un 30% el riesgo de padecer enfermedades del corazón o enfermedades pulmonares, además en el caso de los recién nacidos, se ha encontrado relación entre humo de tabaco y “muerte súbita”, amén de que se incrementan las afecciones respiratorias llegando inclusive a producir asma (INEGI, 2011).

En México, la mortalidad o la incapacidad prematura asociada a factores relacionados con el tabaquismo, causa en los hogares, una pérdida de ganancias, una disminución de ahorros y de inversión familiar, y es probable, que la muerte precoz de un miembro de la familia genere desajustes que afecten a corto y a largo plazo la educación y el nivel de vida de los hijos y de la familia (Bloomberg Philanthropies y Bill and Melinda Gates Foundation 2010).

Conjuntamente con los déficits a la salud, el problema del tabaquismo, tiene impactos económicos relevantes. La Organización Panamericana de Salud [OPS], (2011), informa que el consumo del tabaco cuesta a la economía mundial \$200 mil millones de dólares al año, en México, el costo anual se sitúa en más de 75 mil millones de pesos, este costo solo está relacionado con la atención de enfermedades relacionadas con la adicción al tabaco, por tanto, falta contabilizar las incapacidades laborales, las incapacidades permanentes y los accidentes como los incendios, en contraste, las empresas tabacaleras y los fumadores aportan apenas al fisco 25 mil millones de pesos anuales. Individualmente un fumador gasta en promedio \$456.80 pesos mensuales, lo que representa el 10% del ingreso promedio, de una persona empleada en México (INEGI, 2011).



En los sistemas de salud, la carga económica del tabaquismo es ineludible, Reynales, Juárez & Valdés, (2005), informan que el promedio anual de los costos en atención médica de primer y segundo nivel en enfermedades atribuibles al tabaco, asciende, al 7.3% del presupuesto global anual de una delegación estatal del Instituto Mexicano de Seguro Social [IMSS], mencionando “que estos resultados confirman el alto costo de la atención médica correspondiente a las enfermedades atribuibles al tabaco” (p.1).

El tabaquismo es una enfermedad considerada como de riesgo voluntario que causa graves daños a la salud integral de los consumidores. El tabaquismo es un factor de riesgo para todas las enfermedades crónicas, 3 millones de personas anualmente mueren por problemas asociados al cigarro, la adicción a la nicotina causa incapacidades, incendios, accidentes de tránsito, muerte prematura, disminución de la vida productiva y de la calidad de vida de las personas que las consumen (Bloomberg Philanthropies y Bill and Melinda Gates Foundation 2010).

En la actualidad la adicción tabáquica se ha convertido en un grave trastorno de alta prevalencia en la población. La GATS, (2009), distribuida por la Secretaría de Salud Pública [SSA] a nivel nacional, reconoce que en México, existen 10.9 millones de fumadores, que el 99% fuman cigarros manufacturados y que el promedio de cigarros consumidos es de 8.4 diariamente.

## **CAPÍTULO 3**

### 3. Marco teórico

#### 3.1 Introducción al Marco Teórico

El concepto de tabaquismo ha evolucionado mucho en las últimas décadas en los años 60, el consumo era considerado un hábito, en los años 70, el consumo paso de ser un habito a ser considerado dependencia, a mediados de los 80, el tabaquismo fue enunciado una adicción y es en los 90, cuando se instaura la clínica del fumador (Teixeira, Andrés-Pueyo, Álvarez 2005).

En el ámbito sanitario drogadicción es un término técnico muy utilizado para definir las situaciones relacionadas con el consumo de sustancias que provocan conductas relacionadas con la dependencia.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-IV-TR], (2010), identifica 11 clases de drogas, donde se incluye la nicotina, la cual es una droga psicoactiva e ingrediente principal de los cigarrillos que proviene de la hoja del tabaco *Nicotiana Tabacum* de gran importancia comercial y médica debido a su uso generalizado y a los efectos dañinos a la salud (Viveros, 2009).

El término “droga” es un tanto complejo, Kramer y Cameron, (1975), en su “Manual sobre Dependencia de las Drogas”, proponen una definición de droga que se considera clásica y es usualmente utilizada y admitida, Kramer y Cameron, sintetizaron una serie de significados que constituyen una referencia para definir las sustancias que se consideran drogas, desde este punto de vista, se entiende droga como “Toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o varias funciones de éste”.

Esta definición incluye tanto medicamentos utilizados en el tratamiento de una enfermedad, como otras sustancias activas farmacológicamente hablando. Los autores dicen que se trata de un “concepto intencionadamente amplio” y lo delimitan con otros, como “farmacodependencia”, “droga causante de dependencia”, “tolerancia” y “síndrome de abstinencia”, los cuales definen el uso normal y patológico de la sustancia.

Las drogas se clasifican siguiendo diversos criterios, según su origen (naturales, sintéticas, semi-sintéticas), por criterios culturales y/o jurídicos (legales, no legales) y, para el tema que nos ocupa, por su efecto en el sistema nervioso central [SNC], en esta clasificación, la nicotina es una droga *estimulante* que incrementa temporalmente el estado de alerta mental y activa el arousal.

Por otra parte, Escámez y cols., (1990), clasifican el uso de sustancias en función de *la acción* de la sustancia sobre el sistema nervioso central para diferenciar la conducta patológica de la conducta normal, en este contexto, se hace necesario diferenciar tres posibles formas de relación del individuo con las sustancias susceptibles de llamarse droga: uso, abuso y dependencia.

Generalmente se define el uso y el abuso como un continuo, que va desde una primera ingesta, hasta el uso regular y excesivo. De este modo, el término *uso* hace referencia al hecho de que el consumo de una sustancia no acarrea consecuencias negativas en el individuo, ya que es esporádico y se emplea en dosis moderadas (Graña, 1994). El uso de una sustancia, en relación con la adicción, no tiene ninguna significación clínica o social, es decir, no provoca problemas ni tiene efectos médicos, sociales o familiares en general, por lo que no aparece recogido en los manuales diagnósticos internacionales DSM-IV-TR (APA, 2001) y CIE-10 (OMS, 1995).

El abuso se da cuando hay un uso continuado, a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea para el individuo. Esta forma de relación con la

sustancia sí implica una patología como se recoge en los sistemas de clasificación de enfermedades DSM-IV-TR (APA, 2001). Cuando el uso continúa en un abuso de sustancia legal o ilegal, indefectiblemente afectará negativamente diferentes aspectos de la vida de la persona y será un factor de riesgo importante que es probable que mine el bienestar físico, mental y social del individuo.

La dependencia a las sustancias se produce cuando se ha instaurado un uso abusivo de la sustancia y aparecen los efectos de tolerancia y abstinencia. El DSM-IV-TR, recoge un conjunto de criterios y síndromes, que no precisan aparecer simultáneamente ni con la misma intensidad, pero permiten al clínico juzgar si un caso determinado se ajusta a la definición. En líneas generales, el DSM-IV-TR describe la dependencia a sustancias como “un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia”. Al respecto debemos aclarar que en el uso específico de la nicotina, la relación abuso continuado – consecuencias negativas no implica una patología ya que el abuso no se observa en ausencia de dependencia DSM-IV-TR (APA, 2001).

Son dos los factores que continuamente están presentes en las personas que son drogodependientes a la nicotina: a) los factores biológicos, dependencia nicotínica física y b) los factores psicosociales, conductuales y emocionales, dependencia nicotínica psicológica (Teixeira, Andrés-Pueyo y Álvarez, 2005).

Los factores biológicos consecuentes del tabaquismo, son ocasionados por la sustancia nicotina, droga altamente adictiva que produce un estado de intoxicación crónica y que afecta a todos los órganos del cuerpo incluyendo el cerebro y que a su privación (cuando existe dependencia) produce *temporalmente* un síndrome de abstinencia donde se incluyen procesos ansiosos o depresivos que el fumador corrige con la condición de inocular por cualquier vía la sustancia nicotina para pretender llegar a un estado de normalidad. Algunos criterios

experimentales, al respecto de los factores biológicos, han demostrado que la administración de la sustancia de la nicotina estimula el SNC provocando tolerancia y dependencia ambos factores determinantes para un mayor consumo de tabaco. (Bianco, 2003).

La dependencia física a la nicotina, tiene un papel fundamental en el mantenimiento de la adicción a la nicotina. La dependencia es un proceso continuado que se ejemplifica de la siguiente manera: A la privación momentánea de la sustancia nicotina, se empiezan a manifestar algunos o todos los síntomas del síndrome de abstinencia, el sujeto se siente nervioso, inestable anímicamente, empieza a perder el control, no sabe que hacer con las manos y tiene la necesidad de fumarse un cigarro, el sujeto prende el cigarrillo y una vez inhalada la nicotina tarda aproximadamente siete segundos para atravesar la superficie alveolar de los pulmones, entrar en la corriente sanguínea y alcanzar el cerebro. Este es el tiempo necesario para que se manifiesten los efectos de la nicotina a nivel cerebral, entre ellos la supuesta estabilidad del estado de ánimo, la reducción de la ansiedad la sensación de control y el incremento de la concentración (Teixeira, Andrés-Pueyo y Álvarez, 2005).

El proceso de la dependencia propiamente dicho ocurre a través del contacto mantenido entre las neuronas y la nicotina. Desde el primer contacto la nicotina les proporciona a las neuronas un estado de excitación notable. Este estado será "memorizado" por las neuronas que adaptarán su respuesta a nuevas agresiones que puedan sufrir de la ingestión de otras dosis de nicotina. Esa adaptación, aunque que ligera, está comandada por la necesidad de volver a ser excitadas y a esta necesidad se le denomina dependencia (Teixeira, Andrés-Pueyo y Álvarez, 2005). Para Shuckit, (1991), la nicotina es la sustancia causante del proceso de dependencia física del tabaco, primero porque las personas que empiezan a utilizarla sienten que no pueden abandonarla en cualquier momento y segundo porque perciben que pueden controlar la dosis consumida negando los

problemas que esta sustancia les puede provocar aunque estos sean obvios. Su uso desmesurado, frente a los riesgos conocidos, el bajo coste de la nicotina para los que la consumen, la fácil aceptación social y sus efectos colaterales inmediatos y leves que no molestan son otros factores que deben ser considerados. Se estima que un 50% de los fumadores puedan ser clasificados como dependientes a la nicotina por presentar tres de las siguientes características evaluadas, considerándose los últimos 12 meses de consumo: (a) tolerancia; (b) síntomas de abstinencia; (c) deseo persistente de fumar; (d) un gasto de tiempo considerable consumiendo o obteniendo el tabaco y (e) seguir fumando a pesar de conocer los riesgos para la salud. La indicación primaria de la dependencia física, según Gilbert (1998), es la existencia del síndrome de abstinencia subsecuente a la administración de la droga relacionado a diversos estados conductuales, subjetivos y psicológicos que correlacionan con la cesación del uso crónico. Los síntomas de abstinencia tabáquica son muy similares en naturaleza e intensidad a la sintomatología de abstinencia de otras sustancias como la cafeína y el alcohol. Por eso, el concepto de dependencia física es muy importante en el estudio de la nicotina y los conocimientos sobre el mismo son imprescindibles para explicar muchas de las razones o motivos que llevan los fumadores a seguir en el hábito (Pomerleau, 1995).

Con relación a los factores psicosociales, conductuales y emocionales, estos, están latentes a lo largo de toda la vida de los dependientes a la nicotina, una vez instalado el hábito, el fumador comienza a asociar una serie de estímulos ambientales que pueden variar de acuerdo al medio y al contexto del fumador (Becoña, 1994).

Las circunstancias que provocan los estímulos más frecuentes suelen relacionarse con determinados lugares, por ejemplo, bares, salas de espera, restaurantes, tanatorios, dentro del coche conduciendo. Los factores emocionales que más inciden en la relación suelen ser el estrés, la soledad, el aburrimiento o los

eventos sociales como fiestas, reuniones de trabajo, cocteles y los encuentros con los amigos (Ayesta, 1999).

Según Ayesta (1999), el acto de fumar cigarrillos se convierte en un hábito asimilado por el fumador a medida que el mismo realiza varias conductas para conseguir la dosis diaria de nicotina. La propia conducta de fumar, el reforzamiento de la nicotina, los factores ambientes, el sabor y el olor del tabaco, y el manejo de un cigarrillo en la mano, cuando ocurren conjuntamente durante mucho tiempo, se convierten en elementos agradables y consecuentemente asociados por los fumadores al consumo de tabaco.

Un fumador que consume un paquete diario de tabaco al cabo de diez años habrá repetido el movimiento de extender el cigarrillo hacia la boca 73.000 veces. Ese movimiento repetitivo constituye verdaderas conductas que después de tantos años vividas inducen al fumador a actuar por automatismo. Esas acciones se transforman en verdaderos rituales diarios, como la costumbre de encender por la mañana el primer cigarrillo antes de desayunar, el lugar que debe ocupar el paquete del tabaco, las herramientas para encenderlo deben siempre estar al alcance de las manos y la recurrencia al local expendedor de cajetillas de cigarros, sin importar el clima o el horario definen seguramente un estado de dependencia psicológica a la droga (Ayesta, 1997).

Sin embargo, al igual que ocurre con otras drogas adictivas, la sintomatología varía de sujeto a sujeto, pero normalmente el primer síntoma es el físico. Refrenar o aprender a controlar el intenso deseo del tabaco o *craving* es la prueba máxima para el fumador que quiere dejar el hábito, pues su capacidad de control ha alcanzado los límites y está siendo puesta a prueba. Posiblemente este es un momento crucial que indicará si serán altas o no las probabilidades de abandono del hábito (Beck, Wright, Newman y Lisee, 2010).



Según Bianco, (2003), existen otros elementos deficitarios cognitivo-conductuales que presentan los individuos con dependencia a la sustancia de la nicotina como:

- a) La obsesión, todo gira en torno a la adicción, el estilo de vida se vuelve unimodal y el resto de personas, cosas, intereses y obligaciones pasan a un plano secundario;
- b) Las consecuencias negativas, cuando la adicción en vez de producir placer, alivio y serenidad, a largo plazo provoca dolor, desastre, desolación y multitud de problemas afectando diferentes aspectos de la vida de las personas adictas como sus relaciones interpersonales, su trabajo, la economía, la salud psíquica, la salud física y la conducta;
- c) La falta de control es un rasgo distintivo de la conducta adictiva, ya que al tratar de controlar la adicción y las acciones que conllevan a la misma (rituales) la voluntad por sí misma es para la mayoría de los adictos insuficiente y es los efectos de la sustancia y la actividad en cuestión quienes controlan a las personas. La falsa percepción de autocontrol es uno de los grandes paradigmas para entender las adicciones;
- d) La negación, se suscita cuando los adictos empiezan a acumular problemas en el trabajo, en la familia e inevitablemente empiezan a negar dos cosas: que la droga constituya un problema que no pueden controlar (lo hacen porque quieren) o que algunos efectos negativos en su vida estén relacionados con su adicción;
- e) La dependencia emocional es el vínculo hacia una sustancia con la cual el adicto logra, transitoriamente, la fantasía de controlar sus emociones, ganar confianza, controlar sus ciclos vitales y en ocasiones la convierte en su principal relación emocional, “mi mejor amigo” (Bianco, 2003).

Hoy en día un número considerable de científicos está de acuerdo en considerar

que la nicotina tiene un papel fundamental en la producción de dependencia, tolerancia y síntomas de abstinencia que acompañan el hábito de fumar (U.S.D.H.H.S, 1986).

Está comprobado fisiológicamente que la nicotina produce un efecto de tolerancia, es decir, después de varias horas de la administración de una gran cantidad de esta sustancia en el organismo ocurre un decremento de su efecto (Fig. 1), y en este caso la solución encontrada por el fumador es incrementar la dosis para volver a lograr una acumulación de nicotina en el cuerpo que le resulte satisfactoria (Beck, Wright, Newman y LÍese, 2010).

El U.S.D.H.H.S, (1986), describió en su informe el fenómeno de la tolerancia nicotínica como:

*Las consideraciones psicodinámicas pueden ayudar a explicar el patrón de fumar cigarrillos a lo largo del día. Los intervalos entre cigarrillos pueden ser determinados al menos en parte por el tiempo requerido para que la tolerancia desaparezca. Con el fumar regular hay una acumulación de nicotina en el cuerpo resultante en un mayor nivel de tolerancia (p.17).*

Cuando se reduce parcial o drásticamente la administración de la sustancia nicotina aparecen los síntomas de la privación como condicionante biológica, el *Síndrome de Abstinencia* [SA], es un proceso que consiste en que cuando una persona que ha consumido nicotina o cualquier otra droga con frecuencia y durante largo tiempo suprime su uso o reduce su ingesta, desarrolla una sintomatología que según Morrison, (2008), puede ser de leve a severa con algunas o todas de las siguientes características:

- 1- Alteración del estado de ánimo (ansiedad, irritabilidad y depresión)
- 2- Actividad motora anormal (inquietud, inmovilidad)

- 3- Trastornos del sueño (insomnio e hipersomnias) y otros problemas físicos, como fatiga, cambios en el apetito, etcétera

Relacionado con el SA, la Sociedad Española de Tabaquismo [SEDET], (2011), informa, que el SA puede o no presentarse, que tiene diferentes grados de intensidad y que siempre alcanza la máxima intensidad (meseta) dentro de las 24 – 48 horas del último consumo de nicotina, posteriormente, el grado de intensidad de los síntomas del síndrome, va decayendo paulatinamente, hasta que finaliza en un periodo máximo de una a dos semanas, además está demostrado que el síndrome de abstinencia se debe únicamente a la sustancia nicotina. Para el desarrollo de una intervención para la reducción o la eliminación de la adicción a la nicotina, lo anterior es sumamente alentador y revelador, porque se puede determinar entonces que el *craving* o “deseo irrefrenable de consumir”, que genera la abstinencia de la sustancia disminuye en gran medida a partir de las 48 horas siguientes al último consumo, lo que por ende significará un menor sufrimiento del sujeto que esta dispuesto a dejar de fumar.

A lo anteriormente mencionado, la deshabituación tabáquica tiene un periodo máximo de dos semanas en el factor biológico, pero, subyace la dependencia en los factores psicosociales, conductuales y emocionales por lo que para realizar un programa de cesación tabáquica se debe incluir como estrategia un reacondicionamiento por aprendizaje que permita, entre otras cosas, desarrollar la capacidad de control de los estímulos que desencadenan los condicionamientos automáticos que permiten la incubación de conductas y pensamientos dañinos para la salud (Stanton, Todd y Cols, 2006).

La mayoría de los tratamientos para el abuso de sustancias son eclécticos, tanto en la teoría como en la práctica, sin embargo, en la literatura científica Beck, Wright, Newman y Lise, (2010), opinan, que la terapia cognitiva, para resolver los problemas de las adicciones, puede ser y es compatible con cualquier abordaje

de atención al problema de la drogodependencia, ya que algunas de las principales ventajas que la terapia cognitiva añade a cualquier tratamiento son: que puede identificar y modificar las creencias que exacerban el *craving* o el deseo irrefrenable de consumir droga, la mejoría de los estados de afecto negativo como la ansiedad o la desesperanza que normalmente son disparadores para el consumo de la droga, el aprendizaje de los pacientes en técnicas de habilidades cognitivas y conductuales independientes a la fuerza voluntad, el adecuado manejo de las contingencias para poder estar libre de drogas y mantenerse sin consumirlas, además de coadyuvar con los pacientes a traspasar la abstinencia y realizar cambios positivos e importantes para conducirse en un nuevo estilo de vida.

Lo anteriormente mencionado se sustenta no solo en la literatura científica, la investigación también avala la eficacia de las terapias cognitivas-conductuales, *per se*, las intervenciones eclécticas y las multidisciplinarias, haciendo hincapié, que las terapias psicológicas son las que proveen la eficacia basal en los problemas de las drogodependencias; Conde, Ariosa, Tirador, Hilton y Del Castillo, (1997), realizaron una intervención donde se aplicaron tres técnicas separadas y conjuntas, las técnicas que utilizaron fueron: a) de información, b) de apoyo psicológico y c) de acupuntura, los resultados fueron los siguientes: la técnica informativa coadyuvó a la cesación tabáquica de un 28.7% de pacientes, la técnica de apoyo psicológico de 7 sesiones basada de técnicas cognitivo, afectivo y conductual, coadyuvó a la cesación tabáquica del 35.32% de los pacientes, y la técnica de acupuntura arrojó una cesación tabáquica del 32.8%. Lo anterior confiere la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales unidisciplinarias o multidisciplinarias. En cuanto a los factores predictores de éxito para la cesación tabáquica de una terapia multicomponente física, (ejercicio), farmacológica y cognitivo-conductual de 6 meses de duración Nerín, Novella, Crucelaeguí, Beamonte, SobradieI y Gargallo (2004), concluyeron que los individuos que cumplen bien el tratamiento y no fuman nada en las primeras semanas tienen más probabilidad de lograr el éxito con un tratamiento y que esta

información se debe transmitir a los pacientes con el objeto de consolidar la conducta a largo plazo.

Lo anterior nos permite dilucidar que cuando se termina el proceso de síndrome de abstinencia (factor biológico), inclusive a través de fármacos, la intervención cognitivo-conductual se potencia y es más eficaz. Otero, Cortijo y Ayesta (2003), determinaron que aunque el tratamiento del tabaquismo se base en ópticas reduccionistas donde para “vender”, suele decirse, que los tratamientos farmacológicos duplican la eficacia de las intervenciones psicológicas que se realizan, estas aseveraciones están distorsionando la verdad, porque efectivamente duplican la eficacia, pero no confieren la eficacia basal ya que son las intervenciones psicológicas en general y las cognitivo-conductuales en particular las que van directamente encaminadas a cambiar la conducta, y, por ello confieren la efectividad. Nerín, Crucelaeguí, Villalba, Guillen y Gracia (2005), realizaron un programa cognitivo conductual, en una empresa española de 1,600 trabajadores la oferta incluyó restricción para fumar con delimitación de espacios y oferta de deshabituación tabáquica, la prevalencia en la empresa de tabaquismo era de 34.8% y el 19.5% de los trabajadores solicitaron el programa de deshabituación cognitivo conductual, exclusivamente, el tratamiento CC fue un éxito ya que el índice de abstinencia a los 6 meses fue del 57.5% de los adscritos al programa de tratamiento. En otra investigación de García y Sanz, (2006), denominada, análisis de la situación de los tratamientos para dejar de fumar basados en terapia cognitivo conductual y en parches de nicotina, los resultados indican que en función de las tasas de abstinencia en el postratamiento a 6 y 12 meses, la terapia cognitivo conductual utilizada en solitario o en combinación con los parches de nicotina fue más eficaz que la administración aislada de los parches. Lira, González, Carrascosa, Ayala y Cruz, (2009) y Cid, Alda y Barriga (2010) coinciden en demostrar la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales donde se han manipulado algunas variables como la autoeficacia, el autocontrol, el estilo de vida y el afrontamiento.

En la actualidad la psicología clínica y de la salud, cuenta con numerosos modelos teóricos explicativos para la intervención de pacientes drogodependientes. Los procedimientos de intervención cognitivo-conductuales para la drogodependencia a la nicotina, se caracterizan generalmente como intervenciones breves que centran su atención en los procesos cognoscitivos y emocionales vinculados con el consumo de una sustancia y en la ocurrencia del consumo como tal. Si bien, el objetivo consiste en disminuir o eliminar ese consumo, los medios por los que éste ocurre son de suma importancia. Beck, Wright, Newman y LÍese, (2010) mencionan la importancia de identificar los procesos cognitivos que subyacen y que son comunes a todas las adicciones para que el abordaje terapéutico cognitivo-conductual pueda ayudar a los sujetos a “luchar a brazo partido con los problemas que les producen angustia emocional... [Proporcionando], estrategias cognitivas específicas que les ayuden a aliviar sus impulsos y, al mismo tiempo, a establecer un sistema más fuerte de control interno”. (p. 52)

Dentro de la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la drogodependencia, las variables autoeficacia, autocontrol, estilo de vida saludable, afrontamiento y relajación tratarán de abatir el fenómeno de la adicción que se constituye por el craving, el impulso, el rol de creencias, el hábito de la droga, la falta de control y el síndrome de abstinencia (Beck, Wright, Newman & LÍese, 2010), además, de tomar en cuenta las situaciones de riesgo internas y externas ante las cuales es probable que una persona consuma, estas situaciones pueden ser internas, cognitivas y/o emocionales, ejemplo: las expectativas que tiene un sujeto con respecto a la aceptación social o las atribuciones o los estados anímicos como la depresión o la ansiedad; o las situaciones externas como los lugares de consumo, los amigos, las fiestas, etcétera. La identificación de las situaciones de riesgo facilitará el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, las cuales pueden ser también cognitivas y emocionales (disonancia cognoscitiva, reestructuración del pensamiento, relajación) y/o conductuales (evitación de la situación, habilidades sociales, etc.). Éstas últimas pueden emplearse sobre todo al inicio del tratamiento

cuando es especialmente importante controlar el consumo. A su vez, las cognitivas son particularmente útiles para establecer metas, cambiar la percepción de los costos y beneficios del consumo y no consumo o modificar el estilo de vida (Stanton, Todd y Cols, 2006).

El diagnóstico de la drogodependencia nicotínica, se centra principalmente, en la conducta adictiva y en las complicaciones derivadas del consumo y no directamente en las cantidades de sustancia utilizada, para el diagnóstico se utilizan los criterios de diversos instrumentos como el cuestionario para medir la dependencia a la nicotina el “*cuestionario de Fagerström*”, la escala de medición del craving “*Minnesota Smoking Withdrawal Scale*” (MNWS) y se complementan con las escalas que evalúan ansiedad como el “*IDARE*” o el inventario de depresión de “*Beck*”, los instrumentos para la medición de la dependencia a la nicotina o la medición del craving o síntoma de abstinencia son fiables y altamente discriminativas y se orienta o se adecúan al máximo posible a los criterios clínicos del DSM-IV-R y el CIE-10 (Becoña y Lorenzo, s/f).

### **3.2 Etiología de las conductas adictivas**

Existen diversos factores para el inicio de una conducta adictiva, mismos que también se sitúan, para la prevención de una conducta adictiva. Los factores más relevantes son los factores biológicos, familiares, de personalidad y socio-culturales.

En México, Raydel, Thrasher, Sánchez, Lazcano et al, (2006), realizaron una investigación, a gran escala, con la finalidad de conocer los factores de influencia para el inicio del consumo del tabaco en jóvenes de entre 12 y 17 años de edad, la muestra estuvo constituida con 42,024 estudiantes, de ambos sexos, del nivel medio educativo, en 492 escuelas de 10 estados de la República Mexicana. Los resultados arrojaron que un 19.87% de los adolescentes encuestados fuma, que

los adolescentes inician la conducta de fumar entre los 11 y los 12 años de edad, que la mayoría identifica el inicio de consumo, por la presión social, por el desafío a la autoridad, por la accesibilidad económica y por la promoción del cigarrillo como conducta aceptable, además, influye, la falsa percepción de “no ser vulnerables a los efectos nocivos del cigarrillo” y las falsas creencias de “soy capaz de controlar el consumo” o de poder “decidir o no continuar con la conducta problema”. Oblitas (2006), menciona que las conductas adictivas también se establecen por la fácil comercialización de las sustancias adictivas. Por la pérdida del sentido simbólico y del valor cultural que tenían en el pasado dichas sustancias, que permitían el consumo en contextos de manera controlada, bajo ciertas normas y como parte de un ritual; y, por el cambio social que estimula el individualismo, la búsqueda del placer inmediato y la satisfacción de todas las necesidades que el individuo piensa que le son imprescindibles y que lo hacen vulnerable a una adicción.

Indudablemente, el estilo de vida y el temperamento son condiciones que estarán siempre sujetas, a ser un factor protector o un factor de riesgo de los individuos para el consumo de sustancias Kuhn, Swartzwelder y Wilson, (2011).

A la conducta inadaptativa del consumo de sustancias se le denomina adicción; según Kuhn, Swartzwelder y Wilson, (2011), adicción es el uso repetitivo y compulsivo de la sustancia a pesar de las consecuencias negativas a la vida o a la salud del consumidor. Una definición específica y no tan generalizada, proviene de la OMS, (2011), la cual menciona, que adicción, es un estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética y caracterizada por una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio, una tendencia al aumento de la dosis, una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos de la droga y notables consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad. De lo anterior se sintetiza, que el abuso de sustancias, es una conducta que constituye un factor de



riesgo importante para la salud, porque afecta negativamente la eficacia funcional y metabólica de un organismo a nivel micro (celular) y macro (social) (OMS, 2011).

### **3.3 Criterios de para la conducta adictiva del DSM-IV-TR**

En la versión última del DSM-IV-TR, se incluyen dos tipos de diagnóstico Los trastornos relacionados con el patrón de consumo de las sustancias, dependencia y abuso y los que describen síndromes conductuales ocasionados por el efecto directo de la sustancia en el SNC, los principales intoxicación y abstinencia ambos diagnósticos se aplican a todas las sustancias que reconoce incluyendo la nicotina.

Son siete los criterios para la dependencia de sustancias (Tabla 1), mismos que están divididos en tres grupos: 1 y 2, criterios de dependencia física; 3, 4 y 7 criterios de consumo compulsivo; y criterios de efectos adversos de la sustancia el 5 y el 6.

Por su parte, el abuso se describe mediante cuatro ítems (tabla 1), de los cuales es necesario que esté presente uno para que se establezca el diagnóstico. El CIE-10, contiene los siete puntos del DSM-IV, en cinco criterios y añade un sexto que hace referencia al comportamiento del anhelo o deseo irrefrenable (*craving*), por la sustancia.

## **3.4 Análisis de los fenómenos biológicos más usuales de las conductas adictivas**

Para la evaluación, el diagnóstico y la implementación de un esquema terapéutico de las conductas adictivas, es importante la identificación de los siguientes fenómenos fundamentales:

### **3.4.1 Tolerancia**

La tolerancia se define en general, como una “necesidad de consumir cantidades mayores de sustancia para conseguir la intoxicación o el resultado deseado, en términos de conducta es la sensación de satisfacción que se produce en el cerebro una vez que este recibe la droga (nicotina). En la Neuropsicología, la tolerancia a la sustancia, se explica con la intervención del área tegmental ventral, las vías dopaminérgicas, la corteza prefrontal, las N. accumbens (estriado ventral), el pálido ventral y la amígdala y donde la sustancia dopamina tiene un rol importante en conductas adaptativas (refuerzo y motivación). Cuando se establece un abuso de drogas, aumenta la dopamina y se realiza una neuroadaptación no fisiológica de conductas maladaptativas (tabla 2), esto es el cerebro tiene varias formas de asegurar que el acto irracional de tomar drogas, que causa placer por estar involucrada la dopamina, vaya a ser reparado (Lips, 2008).

El desarrollo de tolerancia es un fenómeno relativamente precoz en el proceso adictivo, exponiendo a la persona a un aumento importante en el uso de la sustancia y a sus efectos tóxicos (Seguel, 1994).

Jarvik & Hatsukami, (1989); y (Becoña, 1994). Comprobaron que la nicotina produce el efecto de tolerancia después de varias horas de la administración de la sustancia, cuando ocurre un decremento de su efecto para la “gratificación”

dopaminica en el cerebro, como consecuencia, se recurre a incrementar la dosis para volver a lograr unos niveles de nicotina en el cuerpo que resulten satisfactorios. The Surgeon General's Report [U.S.D.H.H.S], (1986), describió en su informe el fenómeno de la tolerancia nicotínica como:

Las consideraciones psicodinámicas que pueden ayudar a explicar el patrón del consumo de cigarrillos a lo largo del día. Los intervalos entre cigarrillos pueden ser determinados, en parte, por el tiempo requerido para que la tolerancia desaparezca. Con el consumo regular de tabaco, se produce una acumulación de nicotina en el cuerpo, produciendo un mayor nivel de tolerancia. [Por tanto la necesidad de consumo aumenta].

La tolerancia así descrita es útil en el contexto clínico; sin embargo, se pueden diferenciar tres tipos de tolerancia: metabólica, psicológica y temporal (Jarvik & Hatsukami, 1989; Perkins, 2002). A su vez, la tolerancia metabólica tiene una vertiente la tolerancia farmacokinética (asociada a la cantidad de droga en el flujo sanguíneo) y la farmacocinética (asociada a la sensibilidad de los tejidos para metabolizar la droga a una determinada concentración sanguínea). Dentro de la tolerancia psicológica se distingue la condicionada (específica a la presencia de señales contextuales que acompaña el consumo) y la conductual (conducta que reduce el impacto de la dosis de una droga que afecta adversamente a la ejecución). Por último, la tolerancia temporal es la menos clara. Se puede diferenciar la tolerancia aguda y la tolerancia crónica. La primera hace referencia a un menor efecto de la sustancia como consecuencia de un consumo reciente, mientras que la segunda hace referencia a un efecto atenuado de la sustancia en un organismo habituado al consumo después de un periodo de tiempo de abstinencia largo (DiFranza & Wellman, 2005).

La tolerancia en el caso del tabaco, a diferencia de otras sustancias, presenta un curso temporal difícil de definir. Así, puede observarse un aumento de la tolerancia a lo largo del día, incrementándose el número de cigarrillos para percibir los

efectos de la sustancia, posteriormente se produce una abstinencia (forzada) nocturna que produce una resensibilización a los efectos de la nicotina, de modo que en las primeras horas de la mañana se observa una baja tolerancia (Becoña, 1994) y un menor consumo de cigarrillos. Los propios fumadores informan que los primeros cigarrillos del día son los mejores, lo que indica que el grado de tolerancia disminuye por la noche.

### **3.4.2 Síndrome de abstinencia**

El SA, hace referencia a un conjunto de manifestaciones físicas y psicológicas, de carácter transitorio, que aparecen al abandonar o disminuir el consumo de una sustancia y que se eliminan pasado un tiempo de no consumir la sustancia, en el caso de los cigarrillos según Becoña (1994), después de 2 semanas. Se reconoce como síndrome y para su diagnóstico es necesario que los síntomas se encuentran ligados, bien porque tienen una causa común o bien porque aparecen juntos en el tiempo (Ward, Swan, Jack, & Javitz, 1994).

La temporalidad de los síntomas se diferencia entre efectos transitorios y efectos compensatorios (Ward, Swan, Jack, & Javitz, 1994). Los efectos transitorios se caracterizan por ser bifásicos, limitados en el tiempo y producidos por la ruptura de la homeostasis del cuerpo como consecuencia del abandono del consumo (Hughes, Gust, Keenan, & Fenwick, 1990; Stoehr, 2006). Los efectos compensatorios son el producto de la tolerancia crónica, señalan la adaptación del organismo a las consecuencias de la sustancia y van en dirección opuesta a los efectos de la droga (Hughes, Gust, Keenan, & Fenwick, 1990), visto de esta forma, los síntomas del SA, serían desequilibrios homeostáticos, bifásicos y temporales (Ward, Swan, & Jack, 2001). Los efectos compensatorios tienen una duración mayor en el tiempo ya que están marcados por los efectos de la sustancia, de modo que cuando ésta deja de ser consumida el organismo vuelve a un estado pre-droga. Por ejemplo, el ritmo cardíaco desciende porque la nicotina provoca un aumento de la tasa cardíaca, de modo que cuando deja de ser consumida regresa

a niveles normales. Otro ejemplo tendría relación con los trastornos psiquiátricos subyacentes, que después de abandonar el consumo pueden aflorar como consecuencia de que la nicotina no está ya presente para controlar los síntomas (Hughes, Hatsukami, Mitchell, & Dahlgren, 1986; Hughes, Higgins, & Hatsukami, 1990).

La transitoriedad y la severidad de los síntomas del SA, es una idea que debe ser tomada con precaución ya que puede variar entre una u otra persona de manera diferente a lo largo del tiempo (Gilbert, Gilbert, & Schultz, 1998; Shiffman, West, & Gilbert, 2004); sin embargo cuando algunos de los síntomas se establecen por más tiempo, (más de 30 días), éstos deben ser tomados como síntomas aislados y no directamente relacionados con la abstinencia (Shiffman, West, & Gilbert, 2004).

Como vemos, algunos problemas presentes en el estudio del SA, es la desincronización temporal entre los diferentes síntomas, para Pomerleau *et al*, (2000a), la vida media de la nicotina en el organismo es de entre 2 y 4 horas y aparecen los primeros síntomas del SA entre las 6 y las 12 horas después del cese del consumo (Hughes, 1992); Entre el 70-85% de los fumadores abstinentes, reconocen el SA entre las 24 y 48 horas después del último cigarrillo (Gritz & Crane, 1991; Breslau, *et al*, 1992) y algunos de estos síntomas pueden durar entre 3 y 4 semanas (Hatsukami, Hughes, Pickens, & Svikis, 1984; Hughes, 1992). En un trabajo reciente realizado por Hendricks, Ditre, Drobos, & Brandon, (2006), se comprobó una fuerte desincronización entre las diferentes respuestas, en el estudio, se realizó un seguimiento de los primeros síntomas que se presentan en la abstinencia durante las primeras 4 horas en intervalos de 30 minutos; se registró la tasa cardiaca, la atención, autoinformes de craving, tristeza, sueño, concentración, ansiedad, apetito e ira; los resultados señalaron que a partir de los 60 minutos de abstinencia la tasa cardiaca era significativamente menor, comparada con el grupo no abstinente, así como la atención a los 30 minutos. Todas las medidas de autoinforme experimentaron un

aumento significativo en comparación con las evaluaciones del grupo control en un periodo de tiempo que oscilaba entre 30 minutos (para el craving) y 180 minutos (para la concentración). En general, no sólo es frecuente encontrar esta falta de correlación temporal entre los autoinformes, sino también entre autoinformes y medidas fisiológicas, tanto en estudios sobre los síntomas inmediatos (Hughes, Hatsukami, Pickens & Svikis, 1984; Breteler, Schotborg & Schippers, 1996; Al'Absi, Hatsukami & Davis, 2005) como a largo plazo (Pomerleau, Marks & Pomerleau, 2000b). Tal y como sucede en las investigaciones sobre la respuesta de miedo en humanos, es difícil encontrar una alta correlación entre los tres sistemas de respuesta: fisiológico, cognitivo-verbal y conductual (Lang, 1994).

Según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA 2001), el SA, puede incluir estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración, ira, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud, impaciencia, disminución de la frecuencia cardiaca, aumento del apetito y/o aumento de peso. Estos síntomas son debidos en gran parte a la privación de la sustancia nicotina y son más intensos entre las personas que fuman cigarrillos que entre las personas que consumen otros productos que contienen nicotina.

### **3.4.3 Dependencia**

La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo fuerte, y a veces insuperable, de ingerir la sustancia (craving), aun cuando haya sido prescrita por el médico (Wikler, 1984). Este síndrome no es absoluto, sino que tiene diferentes grados y su intensidad está calibrada por las conductas asociadas con el uso de la droga. En su forma extrema la drogodependencia está asociada a una conducta compulsiva a la utilización de drogas y muestra las características de un trastorno relativamente crónico. La dependencia de una sustancia no es cuantificable, no podemos hablar de intensa o moderada dependencia. La dependencia se instaura o no en un momento de la evolución del consumo siendo una etiqueta diagnóstica estática (Alessi, Bagder & Higgins, 2004).

En el caso de la nicotina, alguno de los criterios diagnósticos generales para la dependencia no se aplican. Así, por ejemplo, es raro que se invierta mucho tiempo en obtener la sustancia, puesto que se dispone de la nicotina con rapidez y facilidad al estar legalizada. Sin embargo, sí se interrumpen en ocasiones actividades para poder fumar. Por otro lado, a pesar de que el consumo de tabaco no supone un deterioro social, en algunos casos las personas fumadoras no pueden asistir a actividades o acudir a lugares donde está prohibido fumar.

### **3.4.4 Craving.**

A pesar de que el craving no está recogido entre los criterios diagnósticos que propone el DSM-IV-TR, para el SA por la nicotina, sí está justificada su inclusión por las numerosas investigaciones que relacionan el craving con la abstinencia como la de Willner, Hardman & Eaton, 1995; Burton & Tiffany, 1997; Tiffany, 2000; Conklin & Tiffany, 2002; Cepeda-Benito & Reig-Ferrer, 2004; Shiffman *et al*, 2004; Tiffany, 2006, aunado a esto, los autoinformes de craving han sido la medida más empleada para estudiar el SA (Hatsukami, Hughes, & Pickens, 1985; Tiffany, 1997).

La literatura científica establece una clara relación entre el SA y el aumento del craving, aunque esta relación no se da de manera inversa. Los consumidores de sustancias informan de sentimiento de craving o ansia varios meses después de iniciado el SA o a los pocos minutos del último cigarrillo, sin que se haya producido el SA, esto indica, que el craving, se puede activar por otros condicionantes y no sólo por la mera abstinencia; por ejemplo, en el caso del tabaco, los estados afectivos negativos y las señales ambientales asociadas al consumo pueden disparar el craving, incluso después de años de abstinencia (Drummond, Tiffany, Glautier, & Remington, 1995; Glautier & Tiffany, 1995; Conklin & Tiffany, 2002).

El craving aparece rápidamente en los fumadores, incluso a los pocos minutos de apagar el último cigarrillo (Tiffany & Drobes, 1991). El craving puede aumentar de intensidad después de 1 hora de la privación de tabaco, alcanzando niveles máximos entre las 6 y 24 horas de abstinencia (Hatsukami, *et al* 2007) aunque los fumadores abstinentes pueden continuar experimentando craving más de 6 meses después del último consumo (Hughes, 1992).

### **3.4.5 Irritabilidad y ansiedad.**

La relación entre SA e irritabilidad ha sido bien establecida por diferentes autores, la irritabilidad, suele aparecer en días próximos del consumo del último cigarrillo fumado y puede mantenerse hasta un mes después de haber dejado de fumar (Hughes & Hatsukami, 1986; Pomerleau *et al*, 2000b Gilbert *et al*, 1998; Shiffman *et al*, 2004).

A pesar de que el DSM-IV-TR incluye la ansiedad como criterio diagnóstico del SA y de que prácticamente todos los estudios establecen una relación positiva entre ansiedad y abstinencia, algunos autores no han encontrado evidencia clara del aumento de la ansiedad, según estos estudios, la ansiedad que aparece durante la abstinencia puede ser debida a otros factores, como la presión social o el compromiso personal del fumador por mantenerse abstinentes (Hughes *et al*, 1990; Jorenby, Hatsukami, Smith, & Fiore, 1996; West & Hajek, 1997).

Algunos estudios se han diseñado *ex profeso* para medir abstinencia – ansiedad, siendo los resultados negativos en el aumento de la ansiedad por craving o SA (Hughes *et al*; 1990).

En un estudio llevado a cabo por West y Hajek (1997), se encontró que el aumento de la ansiedad autoinformada era mayor justo antes de dejar de fumar que cuando los participantes permanecían abstinentes, sin embargo, Hendricks *et al.*, (2006) encontraron un “pico” en el autoinforme de ansiedad en la línea base,



seguido de una disminución en los autoinformes y un crecimiento progresivo durante las siguientes 4 horas, es probablemente que las diferencias entre los estudios puedan ser debidas a los diferentes instrumentos empleados para medir la ansiedad.

### **3.4.6 Dificultades en la concentración.**

Los problemas de concentración han sido bien documentados en el estudio del SA y suelen alcanzar su punto máximo en los tres días siguientes a la cesación del consumo de tabaco, regresando en un periodo de un mes a los mismos niveles informados por personas no fumadoras (Ward *et al.*, 2001). Sin embargo, aunque diferentes estudios señalan un descenso en los niveles de concentración medidos con pruebas objetivas, tales como, tareas de tiempo de reacción y la tarea de Stroop (Gross, Jarvik & Rosenblatt, 1993; Mosnik, 2001), los autoinformes realizados por los fumadores abstinentes no siempre correlacionan con los déficits encontrados (Shiffman *et al.*, 1995). Esta discrepancia entre las medidas de concentración objetiva y subjetiva puede reflejar, en parte, una falta de sensibilidad de algunas medidas objetivas para detectar cambios en la concentración cuando ésta no está totalmente deteriorada.

### **3.4.7 Estado de ánimo deprimido.**

El estado de ánimo deprimido es un síntoma bien establecido como consecuencia de la retirada del consumo de cigarrillos (Niaura *et al.*, 1999; Pomerleau *et al.*, 2005; Leftwich, 2006). A pesar de que los estudios señalan sentimientos de tristeza en fumadores abstinentes a partir de las 3 horas de abstinencia, éstos no alcanzan niveles significativos hasta pasados los 3 días (Ward *et al.*, 2001). Algunos estudios señalan que este síntoma puede durar más de un mes, hasta volver a niveles normales, medidos anteriormente con los participantes (Shiffman *et al.*, 2004).

Gran parte de la investigación sobre la cesación tabáquica se ha centrado en la relación entre síntomas depresivos y recaída, algunos de estos estudios han encontrado que los fumadores con una historia de depresión o aquellos que experimentan síntomas depresivos durante la abstinencia tienen más probabilidades de recaer (Covey, Glassman, & Stetner, 1997; Rohde, Kahler, Lewinsohn, & Brown, 2004); sin embargo, no parece existir una relación directa entre ambas variables, Shiffman y Waters (2004), propusieron que hay que diferenciar entre un estado de ánimo depresivo como factor fundamental (de fondo) y un estado de ánimo depresivo como factor precipitante; factores fundamentales son aquellos que pueden afectar a la recaída, pero que con el paso del tiempo sus efectos desaparecen (como es el caso del estado de ánimo deprimido producido por la abstinencia), los factores precipitantes son inmediatos y tienen una relación directa con la recaída, como un estado emocional negativo producido a consecuencia de un acontecimiento desagradable, Shiffman y Waters, (2004), demostraron que el afecto negativo no era un factor fundamental, sino un factor precipitante, ya que los acontecimientos que causaban un fuerte estado negativo predecían con exactitud la recaída.

### **3.4.8 Inquietud**

Los estudios señalan, que algunos fumadores informan de sensación de inquietud pasadas 2 horas del consumo del último cigarrillo (Shiffman et al., 2004), este estado se mantiene en aumento hasta aproximadamente el tercer día, disminuyendo hasta el nivel de línea de base aproximadamente al mes del último cigarrillo.

### **3.4.9 Disminución de la frecuencia cardiaca**

Entre los cambios fisiológicos asociados a la abstinencia está el descenso de la tasa cardiaca. Algunas investigaciones señalan un descenso del ritmo cardíaco a

las 24 horas, de entre 10 y 15 pulsaciones, con relación al periodo previo a la abstinencia (West & Russell, 1987; Ward, Garvey, & Bliss, 1992; Ward *et al.*, 2001). A pesar de ser considerado un síntoma del S.A., no está clara su relevancia como medida de la intensidad del síndrome (Shiffman *et al.*, 2004).

Para algunos autores, esta disminución de la frecuencia cardiaca indicaría la acción de un mecanismo compensatorio, es decir, una serie de cambios en dirección opuesta a la sustancia consumida que indican una vuelta al nivel tónico previo al consumo (Hughes *et al.*, 1990). En un estudio realizado por Persico (1992) se llevó a cabo un seguimiento a un grupo de 11 fumadores en su primer año de abstinencia. Se registró la tasa cardiaca un día antes del abandono del consumo de tabaco, una vez a la semana durante el primer mes y luego una vez en el mes tercero, sexto y décimo segundo. Los resultados señalaron que no existían diferencias significativas en la tasa cardiaca entre el primer día de abstinencia y las medidas tomadas a lo largo del año. Esto indicaría que la reducción en la tasa cardiaca es un efecto compensatorio más que transitorio. Sin embargo, en 3 participantes sí se observó una vuelta a la línea base inicial (pre-abstinencia) a lo largo del año. Es posible que las deficiencias en el control de la abstinencia por parte de los participantes hayan enmascarado los resultados de este estudio.

Para otros autores Ward *et al.*, (1994), la disminución de la frecuencia cardiaca reflejaría la acción de un proceso transitorio, de recuperación lenta, consecuencia del abandono de la nicotina. Así, Ward *et al.*, (2001), informan que en una muestra de 12 fumadores abstinentes con características similares a la muestra empleada por Persico (1992), se observó un reducción en la tasa cardiaca a las 24 horas, pero ésta aumentó progresivamente hasta el nivel pre-abstinencia a lo largo de 60 días. Estos autores concluyen que la reducción en la tasa cardiaca podría ser debida simplemente al S.A. como consecuencia de la acción estimulante de la nicotina. Por tanto, se debería a un efecto transitorio de recuperación lenta.

Diferentes estudios sugieren que la nicotina tiene como primer efecto una activación del sistema simpático. Los efectos agudos del consumo del tabaco se caracterizarían por un aumento de la tasa cardiaca, de la presión y del gasto cardíaco y a la liberación de neurotransmisores implicados en la respuesta cardiaca. En un estudio realizado por Berlín y colaboradores, (1990), se registró la tasa cardiaca, la presión arterial y el flujo sanguíneo en un grupo de fumadores mientras permanecían en reposo y tras un breve periodo de abstinencia (60 min). El registro se realizó cada 15 minutos, durante los 75 minutos posteriores a fumar dos cigarrillos. Los resultados del estudio mostraron un incremento de la tasa cardiaca en un 20% de los participantes que llegaba a su límite después de 10 minutos. Así mismo, la presión sanguínea aumentó en un 17%, mientras que el flujo sanguíneo disminuyó en un 24% a lo largo del experimento.

### **3.4.10 Incremento en el apetito y ganancia de peso.**

El incremento del apetito es un síntoma bien conocido del S.A., que puede llegar a durar hasta 10 semanas (Shiffman et al., 2004). Las explicaciones que generalmente se han dado a este fenómeno señalan que el aumento del apetito se debe a un efecto del aburrimiento y de la ansiedad que llevarían a un incremento en el consumo calórico (Hughes *et al.*, 1984; Kos, Hasenfratz, & Battig, 1997). Sin embargo, se ha encontrado que la abstinencia se relaciona con un mayor consumo de alimentos dulces (Grunberg, Popp, & Winders, 1988; McRobbie & Hajek, 2004), hipotetizándose, que los azúcares, pueden reducir rápidamente el malestar producido por la abstinencia (Harakas & Foulds, 2002). De hecho, se ha demostrado que la glucosa puede aliviar el deseo de fumar entre consumidores habituales, reduciendo la tasa de recaídas durante el primer mes de abandono del consumo (McRobbie & Hajek, 2004).

Además del incremento del consumo de alimentos dulces, se ha encontrado una relación inversa entre nicotina y peso. El peso entre los fumadores es más bajo que entre los no fumadores (Gritz, Klesges, & Meyers, 1989). Así mismo, dejar de

fumar produce un incremento del peso, sobre todo en las mujeres (Shiffman & Jarvik, 1976; Jarvik et al., 1998; Pomerleau et al., 2000b). La actuación de la hormona leptina podría estar contribuyendo a esta relación inversa entre nicotina y peso (Perkins & Fonte, 2002; Klein, Corwin, & Ceballos, 2004). La leptina actúa sobre el hipotálamo señalando el nivel adiposo del cuerpo y regulando a nivel central la actividad metabólica (Klein et al., 2004). La exposición a la nicotina produce una menor liberación de leptina, lo cual es interpretado por el organismo como señal de una mayor necesidad de energía aumentando la actividad metabólica. El efecto contrario se produciría por la ausencia de nicotina.

### **3.4.11 Insomnio**

Las investigaciones señalan que otro trastorno asociado al S.A. es el insomnio (Jorenby et al., 1996; Colrain, Trinder, & Swan, 2004). El insomnio suele aparecer antes de los tres días después de haber dejado de consumir y puede durar hasta un mes. Cummings, Giovino, Jaen, y Emrich, (1985), realizaron un seguimiento durante 21 días a 33 fumadores abstinentes. La mayoría de los problemas aparecieron a los 3 días de abstinencia, siendo más graves entre los fumadores severos que entre los fumadores moderados. Otros autores señalan que los fumadores informan de una peor calidad en el sueño y de despertarse más veces a lo largo de la noche, incluso relacionan la calidad en el sueño durante el primer mes con la recaída (Hatsukami, Dahlgren, Zimmerman, & Hughes, 1988).

## **3.5 Tratamientos psicológicos para la adicción tabáquica**

El consumo de cigarrillos es la primera causa de morbi-mortalidad de las sociedades desarrolladas, para reducirla y para ayudar a fumadores a dejar de fumar, se han desarrollado distintos tratamientos.

El tratamiento psicológico ha sido el primer tratamiento efectivo disponible para tratar a los fumadores. Surge en los años 60, de la mano de las técnicas de modificación de conducta, su desarrollo y expansión actual contempla técnicas conocidas y utilizadas como técnicas psicológicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de la recaída (Becoña, 2008). La eficacia de las técnicas psicológicas, para la intervención y el tratamiento con los fumadores y el hábito de fumar, son indiscutibles y constituyen la base de cualquier tratamiento, incluyendo los farmacológicos, para que funcionen eficazmente.

En la actualidad se pueden elegir diferentes tratamientos psicológicos para el abandono de los cigarrillos y para mantenerse abstinentes a corto, mediano y largo plazo. El modelo que subyace al tratamiento psicológico es que fumar es una conducta que se explica fundamentalmente por tres factores que hemos observado a lo largo de este trabajo, en primer lugar los factores sociales de disponibilidad, accesibilidad y publicidad; en segundo lugar, por factores psicológicos de reforzamiento y procesos cognitivos y en tercer y último lugar, pero no menos importante, por la dependencia fisiológica (Pomerleau y Pomerleau, 1984). A nivel práctico son varios los abordajes para dejar de fumar el cuál Becoña (2008), los resume en los siguientes 6 tipos:

1. Convencer a los fumadores para que dejen de fumar por sí mismos (a través de mensajes en los medios de comunicación, campañas públicas informativas, restricción del consumo, incremento de precios, etc.).
2. Convencer a los fumadores para que dejen de fumar con consejo mínimo (médico, psicológico, farmacéutico, de enfermería, etc.).
3. Proporcionarle procedimientos de autoayuda de tipo psicológico (manuales, folletos, teléfono, etc.).
4. Sugerirle su médico (de atención primaria o atención especializada) que deje de fumar con ayuda farmacológica.
5. Acudir a un tratamiento especializado, especialmente los fumadores más dependientes, donde la elección será un tratamiento

psicológico exclusivamente, o una combinación de un tratamiento psicológico y otro farmacológico. 6. Acudir a un tratamiento especializado (p.239).

Según Becoña, (2008), el psicólogo clínico es el profesional capacitado para el abordaje de 5 de las 6 estrategias anteriores porque tiene los conocimientos técnicos especializados para llevar a cabo ese tipo específico de intervención o tratamiento (Tabla 3). Sin embargo, en los últimos años y con mucha frecuencia, se aprecia la utilización descontextualizada, de pseudo estrategias psicológicas, descafeinadas, asociadas a la dependencia de la nicotina e intervenciones sesgadas y mal utilizadas por el desconocimiento de profesionales, no psicólogos, que utilizan denominaciones que son inadmisibles desde la esfera psicológica. Un ejemplo claro lo encontramos con suma facilidad “cuando en el campo médico se habla de “apoyo psicológico”. El apoyo psicológico como técnica especializada solo podría llevarse a cabo por un psicólogo. En el mismo sentido, el apoyo médico sólo puede llevarse a cabo por el médico” (Becoña, 2008, p.240).

Son muchas y muy variadas las técnicas psicológicas para dejar de fumar, algunos tratamientos no actúan sobre los procesos bioquímicos implicados en la adicción al tabaco sino en sus aspectos conductuales y asumen que la eliminación duradera del hábito de fumar, va más allá de la superación del síndrome de abstinencia, por ejemplo, las técnicas aversivas, como el fumar rápido, la técnica de implosión, la saciación, la retención de humo, sin embargo la eficacia de estas técnicas es muy relativa, ya que inicialmente se tienen unos resultados excelentes que a largo plazo tienden a descender (Becoña, 2008). Estas técnicas suponen costos extras a los participantes de un programa ya que deben ser estrechamente supervisadas por médicos porque como lo menciona Horan, *et al* (1977), cuando se utiliza la técnica de fumar rápido (de implosión) se produce un incremento en la tasa cardiaca, presión sanguínea y carboxihemoglobina, lo que puede ocasionar problemas cardiorrespiratorios e incluso la muerte súbita..

Las técnicas de hipnosis de 5 fases, donde se entiende por hipnosis un proceso de atención elevada y focalizada, tiene la ventaja intrínseca del método *per se*, la fuerte y clara implicación personal del fumador a diferencia de los métodos de parches o técnicas aversivas (Moreno y Herrero, 2003).

Las técnicas de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (RGINA) muestran una buena eficacia, sin embargo en ocasiones los fumadores compensaran la reducción de la nicotina (componente biológico) cambiando la forma de inhalar o aumentando el consumo, el programa RGINA se considera como elemento importante en los programas multicomponente, con esta técnica el problema que enfrenta el terapeuta es que las marcas de tabaco han estandarizado el contenido de nicotina (Becoña, 2008).

En la técnica exposición a indicios, extinción y control de estímulos, los fumadores se han expuesto a multitud de estímulos o señales ambientales que el sujeto asocia con la conducta de fumar, la presencia de estos estímulos son los que desencadenan la conducta desadaptativa. Las técnicas de control de estímulos si se utilizan aisladamente obtienen resultados modestos, sin embargo utilizadas en un programa multicomponente o ecléctico bien evaluado, es una estrategia sumamente útil (Becoña, 2008).

Estrategias de afrontamiento: Entrenamiento en solución de problemas. En investigaciones de Shiffman, (1982), se señala que los individuos que afrontan activamente las tentaciones de fumar tienen más éxito en resistir a las caídas y que una combinación de respuestas de afrontamiento conductuales y cognitivas proporcionan una mayor protección para no volver a fumar. Dentro de las distintas estrategias de afrontamiento conductual se proponen la actividad física la relajación, el abandono de las situaciones de riesgo y de tipo cognitivo la revisión mental de los beneficios de dejar de fumar y las consecuencias negativas de seguir fumando, además, del ensayo mental de estrategias de afrontamiento para



las situaciones de alto riesgo (Becoña, 2008). Sin embargo, una estrategia fundamental que constituye un tratamiento eficaz para ayudar a las personas a dejar de fumar y a mantener la abstinencia es el entrenamiento en solución de problemas, como aparece en las guías (USDHH, 2000).

No obstante, los tratamientos psicológicos raramente se aplican de modo aislado, estos se integran en diferentes estrategias para tratamientos psicológicos más amplios, según Becoña (2003),

Toda la información científica disponible en revisiones, meta análisis, y guías clínicas permiten concluir que hay tratamientos psicológicos eficaces, siendo la [mejor,] elección la terapia conductual multicomponente. No hay evidencia de que la eficacia del tratamiento psicológico se incremente añadiendo terapia farmacológica y aunque existen tratamientos farmacológicos eficaces éstos solo son eficaces añadiéndole consejo conductual (1).

### **3.6 Los programas multicomponentes o multimodales para el tratamiento de la adicción tabáquica**

Estos programas se llaman multicomponentes o multimodales porque incluyen varias técnicas o componentes de intervención, datan de principio de los años 80 y actualmente son los más utilizados en el tratamiento de los fumadores (Tabla 4). De los programas de tratamiento multicomponentes suele pensarse que por las “múltiples estrategias” y “flexibilidad” sería lo más adecuado para abordar la complejidad de la conducta de fumar, sin embargo, no es lo definitorio e incluso puede influir negativamente en la eficacia (Liechtenstein y Glasgow, 1992).

Generalmente Los programas psicológicos multicomponentes tienen tres fases: a) la preparación para dejar de fumar, b) el abandono de los cigarrillos c) el

mantenimiento de la abstinencia (ver Tabla 2), (USDHHS, 1991), (Becoña, 2008), (SSA, 2002); Empero Beck, Wright, *et al*, (2010), hacen hincapié en el manejo de *los craving* como uno de los factores más importantes de abandono terapéutico y de provocar recaídas aún con largos periodos de abstinencia, por tanto debemos considerar entre la fase a y b el entrenamiento para la respuesta a los síntomas de abstinencia.

Dejar de fumar implica involucrar al paciente en una constante toma de decisiones para el abandono de la conducta problema, dejar de fumar implica por tanto una tarea de aprendizaje, para habituarse sin fumar, a las numerosas situaciones asociadas al tabaco (Beck, Wright, *et al* 2010).

El proceso de aprendizaje debe contener el entrenamiento y la práctica en el modo de actuar de los disparadores, en la identificación y el manejo del craving, en controlar la atención y apartarla del deseo de fumar, en la manera de controlar la tensión del cuerpo, en la utilización del lenguaje como apoyo para evitar el deseo de fumar, en fomentar nuevos hábitos que suplan la conducta problema, en fomentar expectativas de autoeficacia y de autocontrol, amén de dirimir las cogniciones erróneas con respecto al tabaco y a la conducta de fumar y facilitar y compartir nueva información científica que coadyuve en beneficio de solucionar el problema del fumador. (Bianco 2008), (Beck, Wright, *et al*, 2010), (Kuhn, Swartzwelder, *et al*, 2011).

## **CAPÍTULO 4**

## 4. Planteamiento del problema

Un gran número de personas en México están afectadas por el abuso de la nicotina. En la Encuesta Global de Tabaquismo 2009, realizada por el Consejo Nacional de Adicciones de la Secretaría de Salud en México [CONADIC] (2009), se reporta que son 10.9 millones de Mexicanos los fumadores actuales y de estos el 48% son fumadores diarios.

La Organización Mundial de la Salud [OMS], (2011), menciona que muchos consumidores de tabaco están deseosos de abandonar la adicción para salvar la propia vida y para proteger la salud de sus familiares pero que no consiguen hacerlo debido a la escases de programas de asistencia ya que la gran mayoría de los países no tienen la capacidad de ofrecer ayuda a los consumidores de tabaco solo nueve de los 173 Estados Miembros ofrecen un nivel de apoyo adecuado con una abanico completo de modalidades de tratamiento, entre ellas, el apoyo psicológico para combatir la adicción, ante tal problemática, la OMS se ha pronunciado con el siguiente pedimento: “hacer retroceder esta epidemia totalmente prevenible debe ser hoy una prioridad máxima para la salud pública y los dirigentes políticos de todos los países del mundo”. (p.6)

Una adicción, en la gran mayoría de sujetos, comienza con la expectativa de conseguir placer, experimentar euforia, compartir la excitación y por tratar de compaginar en un grupo de individuos que también están utilizando la droga, con el paso del tiempo van incluyéndose factores adicionales biológicos y psicosociales que influyen a que la persona llegue a ser dependiente de la sustancia adictiva, el control de la persona, sus objetivos, sus valores y sus lazos de unión pasan a estar subordinados a la utilización de la droga y se sujetan a un círculo vicioso de *craving* o deseos irrefrenables por consumir, cambios precipitados del estado de ánimo y mayor angustia son aliviados inmediatamente con la utilización de nuevo de las drogas, posteriormente la red de problemas internos y externos aumenta, no siendo posible manejar su vida con eficacia,

afectando la economía, las redes sociales, la salud, la autoestima, etcétera, al final si se continúa con la adicción se ocasionan graves déficits en la calidad de vida de las personas en todos los ámbitos e incluso la muerte (Beck, Wright, Newman y Liese, 2010).

En la Encuesta Global de Tabaquismo en México [GATS], (2009), por sus siglas en inglés (*Global Adult tobacco Survey*) se reveló que el 32% de los fumadores diarios dejaron de fumar y que el 72.1% de los fumadores actuales están interesados en dejar de fumar, estos resultados son sumamente alentadores y vistos desde el ángulo de la psicología, estos resultados, pueden interpretarse como que existen 7.7 millones de adictos a la nicotina, que en una escala motivacional, es probable que se encuentren en etapa de contemplación o de preparación, 7,7 millones de Mexicanos adictos a la nicotina capaces de recurrir a un método para dejar de fumar.

En la actualidad, los programas de tratamiento para el abuso y dependencia de sustancias son en una gran mayoría eclécticos, (teoría y práctica) sin embargo la literatura científica coincide en que la terapia cognitiva confiere la eficacia basal en los problemas de adicción, además de ser compatible con cualquier abordaje de tratamiento (Maisto, Connors, Dearing, 2007), (Vázquez, 2008), (Beck, Wright, Newman & Liese, 2010).

Según Sánchez y Gradiolí, (2002), la evolución constante a la que está sometida la sociedad no es ajena al ámbito de las drogodependencias, el perfil de los pacientes ha cambiado y en muchas ocasiones precisan de una atención rápida y eficaz, por tanto, esta evolución ha supuesto un cambio en la forma en que han venido abordándose los problemas que devienen del abuso de sustancias, en cualquier caso habrá un grupo de pacientes, en los que una intervención breve pueda ser adecuada, siendo obligación de los terapeutas ofertarla.

Existen innumerables ventajas en una intervención breve de orientación cognitivo conductual dada su estructura y su flexibilidad permite atender a un mayor número de pacientes; su costo es reducido; Se adaptan fácilmente a las necesidades del paciente y si no confieren la efectividad en determinado paciente, siempre, se puede reconvenir de un cambio en la intervención (Sánchez, 2002).

A lo anterior, deben sumarse, las principales ventajas que la terapia cognitiva añade a cualquier modalidad de abordaje terapéutico porque: identifica y modifica las *creencias* que exacerbaban el *craving* o deseo irrefrenable por consumir; mejora los estados de afecto negativo (ira, ansiedad o desesperanza) que normalmente disparan el consumo de la droga; proporciona a los pacientes métodos diversos para aplicar habilidades y técnicas cognitivas y conductuales para mantenerse libre de drogas y por último ayuda a los pacientes más allá de la abstinencia conduciéndolos a un nuevo *estilo de vida* (Beck, Wright, Newman y Liese, 2010).

## **4.1 Objetivos de la investigación**

El objetivo de esta investigación es determinar la efectividad que tiene una intervención cognitivo-conductual de 5 sesiones con un total de 10 horas en sujetos adictos a la nicotina.

## **4.2 Hipótesis**

Siendo la hipótesis “Una intervención breve cognitivo conductual es eficaz para eliminar la conducta de fumar en adictos a la nicotina”.

### 4.3 Variables

Variables dependientes son: tasa de la frecuencia del consumo de fumar y dependencia de sustancias.

Variables independientes son: autoeficacia, motivación, Estilo de afrontamiento.

Variables sociodemográficas: Género, edo. Civil, último grado de estudios cursado, edad.

### 4.4 Definiciones conceptuales

CONCEPTO	DEFINICIÓN
<u>Abuso de sustancias:</u>	Patrón de consumo compulsivo de sustancias (nicotina) que se manifiesta en recurrencia de consecuencias adversas relacionadas con la ingestión repetida de la sustancia (APA, 2010).
<u>Nicotina:</u>	Alcaloide liquido, oleaginoso, incoloro y tóxico, contenido en el tabaco. (Diccionario de la Real academia Española 2010).
<u>Conducta:</u>	“Comportamiento de un individuo, sea de manera general o en una ocasión específica, por lo regular como se conforma o transgrede las normas sociales” (APA, 2010).
<u>Modificación de conducta:</u>	“El uso del condicionamiento operante, la bioretroalimentación, el moldeamiento, el acondicionamiento aversivo, la inhibición

recíproca u otras técnicas de aprendizaje como medio para cambiar la conducta humana...El término se utiliza a menudo como sinónimo de Terapia Conductual” (APA, 2010).

Autoeficacia:

“Capacidad de un individuo para actuar en forma eficaz en la consecución de los resultados deseados sobre todo como los percibe el individuo” (APA, 2010).

Estilo de vida:

“La forma típica de vida o manera de vivir que s característica de un individuo o grupo, según se expresa en conductas, actitudes, intereses u otros factores” (APA, 2010).

Estilo de afrontamiento:

“La forma característica en que un individuo confronta el estrés, las situaciones que provocan ansiedad o las emergencias” (APA, 2010).

Deshabitación:

“Desacostumbrar, perder o hacer perder un hábito o una costumbre muy arraigados” (diccionario electrónico el mundo.es, 2011).

Tasa de frecuencia de la conducta:

“El número de veces que se hace una conducta en relación a la magnitud de tiempo (diccionario electrónico el mundo.es, 2011).  
Fumar: Aspirar y despedir el humo del tabaco” (diccionario electrónico el mundo.es, 2011).



## **CAPÍTULO 5**

## **5. Metodología**

### **5.1 Tipo de intervención**

Intervención de tipo ABA con dos condiciones de observación tipo Pre y Post Tets; Tipo de muestra no probalístico. Método de selección de la muestra intencional.

### **5.2 Sujetos**

La muestra estuvo constituida por 17 participantes hombres y mujeres mayores de 18 años que radican en la ciudad de Pachuca, Hgo. Las variables sociodemográficas de los participantes fueron 11 participantes hombres con situación civil de 3 solteros, 2 divorciados, 6 casados; El último nivel de estudios de los participantes es de 2 secundaria, 3 preparatoria y 6 universitario. Rango de edad: entre 20 y 59 años de edad. 6 participantes mujeres, mayores de 18 años con situación civil de 3 solteras, 1 divorciada, 3 casadas; El último nivel de estudios de las participantes es de 3 preparatoria y 3 nivel universitario. Rango de edades de entre 20 y 70 años de edad.

### **5.3 Criterios de Inclusión**

Mujeres y hombres, mayores de 18 años de edad, que radiquen en la ciudad de Pachuca, Hgo; y que cumplan la condición de fumadores de acuerdo al cuestionario Fagerström Test For Nicotine Dependence (FTND) (1991). Que estén interesados y puedan comprometerse a participar en un programa de intervención grupal de hasta 5 personas, con un total de 5 sesiones de intervención, de 2 horas, con horario matutino o vespertino dos días a la semana, por tres semanas en un horario predeterminado, que esta intervención tendrá la finalidad de disminuir o eliminar el consumo de tabaco, que accedan a llevar un registro diario de consumo o no consumo de cigarros (unidades) 21 días,

que acepten participar en una sesión de evaluación individual de hasta 60 minutos para la realización del test de Fagerström y solicitar y anotar las variables sociodemográficas, que acepten participar en una sesión posterior individual de hasta 60 minutos para la entrega del autorregistro.

## **5.4 Criterios de Exclusión**

Criterios de exclusión: mujeres y hombres que no sean mayores de edad, que no radiquen en la ciudad de Pachuca, Hgo; y que no cumplan la condición de fumadores de acuerdo al test de Fagerström, que no estén interesados o que no puedan comprometerse a participar en un programa de intervención de 5 sesiones de dos horas en tres semanas en un horario predeterminado con la finalidad de disminuir o eliminar el consumo de tabaco y que no accedan a llevar un registro diario de consumo o no consumo de cigarros (unidades) 21 días, esto es, hasta 5 días posteriores a la intervención, además se excluyen aquellos sujetos que presenten trastornos psiquiátricos o afectivos evidentes que sugieran la necesidad de tratamiento individualizado.

## **5.5 Materiales, instrumentos y escenario**

La intervención se realizó en instalaciones que contiene un área habilitada con 5 sillones individuales del tipo reposet, un área adaptada con mesa y sillas, y un área individual con escritorio y una silla, todos los escenarios están iluminados suficientemente y equipados con pantalla, computadora y pizarrón. Para el análisis de los datos estadísticos, se utilizó el paquete IBM SPSS ESTADISTICS V. 19. El instrumento utilizado fue el Test de Fagerström, (Anexo I), autor Heatherton, T., A. Koslowski, L., Frecker R., et al. (1991) evalúa la dependencia a la nicotina, validado en México por E. Becoña y F.L. Vázquez (1998) y Villareal González (2009), con un índice de confiabilidad de 0.64 en Alpha de Conbrach, con 4 preguntas con contestación dicotómica y 2 preguntas estilo Lickert con 3 opciones de respuesta. Autoreporte para 21 días, (Anexo II), de frecuencia de conducta de

fumar, además de materiales impresos de información, que fueron distribuidos a lo largo de las sesiones, (Anexos 1, 2, 3 y 4).

## **5.6 Procedimiento para la selección de la muestra**

Se realizó una invitación verbal a aproximadamente 40 personas conocidas que fumaran o que tuvieran nexos con personas fumadoras, para que participaran en un proyecto de investigación que consistiría en una intervención psicológica con la finalidad de que los sujetos con el hábito de fumar abandonaran la conducta desadaptativa. Se otorgó un teléfono para conocer detalles de horarios, fechas y responder a algún cuestionamiento que surgiera de la invitación. Llamaron 22 personas a las cuales se les dio los datos correspondientes concretizando con 20 personas de las cuales asistieron 17 personas que se integraron en tres grupos dos grupos vespertinos de 8 y 5 personas, la diferencia entre grupos fue el día de la semana de sesión y un grupo de 4 personas con horario matutino. Los usuarios escogieron sus horarios y días de asistencia entre las tres disponibles.

## **5.7 Procedimiento de la entrevista**

Para la entrevista se les solicitó escoger fecha y hora en el transcurso de 5 días y 8 horas hábiles. Se registraron y solicitaron los datos sociodemográficos, se instruyó y aplicó el test de Fagerström, se instruyó en el autorreporte, se les distribuyó para lectura y firma el consentimiento informado, asegurando la confidencialidad de los datos, se explicó detalladamente el propósito del taller y su calendarización. Además se realizó una breve entrevista donde se obtuvo información sobre aspectos de consumo, apoyo social, grado de motivación, tratando de establecer confianza y empatía.

## **5.8 Tratamiento grupal de la adicción a la nicotina**

Para el tratamiento psicológico de las personas dependientes de la nicotina se realizó un programa multicomponente que contempla las tres fases que propone la USDHHS, para un tratamiento eficaz, 1) preparación para dejar de fumar, 2) abandono de los cigarrillos y mantenimiento y 3) mantenimiento de la abstinencia (USDHHS1991).

Las técnicas del programa multicomponente se basan en el modelo cognitivo de Beck, Wright, Newman y Liese de 1999 (Beck, Wright, *et al* 2010) y de las técnicas cognitivo-conductuales con las cuáles ha experimentado Becoña desde el año de 1994, (Becoña, 2004), mencionando que han demostrado eficacia para el control del problema de la adicción tabáquica.

## **5.9 Programa**

### **5.9.1 Primera sesión: Creencias adictivas y relajación.**

Muchas personas adictas tienen una visión externa de su adicción creyendo lo siguiente. “No tengo, control, en absoluto” “Lo único que necesito es ponerme en manos de un doctor... pueda que esta vez mejore” “este tratamiento quizá no funciona, ya que no me hacen nada” por tanto es necesario orientar a los pacientes a hacía el modelo de terapia cognitiva en los primeros estadios de la terapia.

Orientar a los pacientes implica modificar sus creencias acerca de sus adicciones, trasladándolos desde una orientación externa, (p.ej., “El control está fuera de mi”) hacia una orientación interna (p.ej. “Soy responsable de mi consumo y mi recuperación”). Al mismo tiempo en esta etapa, cabe definir términos que incluyen “creencias adictivas”, “creencias de control”, “pensamientos automáticos”,

“situaciones estímulos” “*craving*” “desliz” y “recaída”, explicando las interrelaciones entre estos fenómenos y poniendo especial énfasis en el papel que interpretan las creencias en el proceso adictivo (Beck, Wright, Newman y Liese, 2010) .

En esta sesión, se examinarán y probarán las creencias adictivas que los pacientes desarrollan a lo largo del tiempo y que dan como resultado que la persona se vuelva extremadamente resistente al cambio, algunas de las creencias erróneas que las personas adictas a la nicotina enraízan y que son proceso del auto-aprendizaje fisiológico-cognitivo producto de la adicción y que originan el “*craving*” son “el cigarro me relaja”, “sin cigarro me deprimó”, “el cigarro controla mi ansiedad”. Algunas creencias erróneas se enraízan a través de percepciones erróneas cómo “fumar hace ver a las personas interesantes y bonitas, como a Marilyn Monroe”, “alguna vez hay que fumar, todas las personas adultas han fumado” “es cool, fumar” y también existen algunas creencias enraizadas que funcionan como justificantes a su propia adicción a la nicotina para no abandonarla “no lo he abandonado (el tabaco) porque a mí me gusta su sabor”, “es mi mejor amigo, no puedo vivir sin él”, “conocí a una persona que lo abandonó, y no sabes, ya tiene 7 años y sigue sufriendo tanto”. “mi tío “Pepe” tiene 90 años y sigue fumando y no tiene cáncer” (Carr, 2010). En esta sesión el terapeuta funge como moderador, utilizando el “método socrático” o “descubrimiento guiado” y examinando con detalle la emanación de los pensamientos de los sujetos del grupo, reafirmando las correctas, refutando las creencias incorrectas y probando la veracidad de cada una de las creencias. El tipo de preguntas sugerido para el terapeuta son: ¿qué evidencia tienes de esta creencia?, ¿cómo sabes que esta creencia es verdad?, ¿Dónde está eso escrito?, ¿dónde has aprendido eso?, ¿tienes mucha confianza en dicha creencia? (Beck, *et al*, 2010). El objetivo primordial es que el paciente considere y se convenza de que algunas creencias que consideraba sobre la adicción no son necesariamente verdaderas, sembrar la inquietud de la investigación y por último sugerir la práctica de búsqueda de información integrando a su repertorio las interrogantes ¿qué evidencia tienes de

esta creencia?, ¿cómo sabes que esta creencia es verdad?, ¿Dónde está eso escrito?, ¿dónde has aprendido eso?, al diario de la vida común.

La implementación de la técnica de respuesta de relajación, para el tratamiento de las adicciones, es un factor importante que permitirá dotar a los pacientes de las habilidades necesarias para afrontar adecuadamente las situaciones cotidianas y/o específicas que le producen ansiedad o estrés en la resolución del problema. La técnica de respuesta de relajación es un procedimiento adaptado de las técnicas de meditación y consiste en fomentar la respiración activa, concentrándose en una palabra “mantra” que ayude a respirar más lenta y pausadamente, asociando el estado de relajación con la palabra “mantra” elegida (Vera y Vila, 1998). Es esencial informar a los pacientes de la conveniencia de repetir los ejercicios en la mayor medida posible, ya que la repetición facilitará el dominio de la técnica y la posibilidad de relajación.

### **5.9.2 Segunda sesión: conocimiento de los problemas vitales de la adicción y el abandono de la sustancia nicotina**

En el caso de la nicotina, los drogodependientes gradualmente tienen mayor actividad en el proceso de buscar, conseguir y repetir la conducta de fumar y en este proceso empiezan a surgir una serie de problemas, que los afectan, pero que no los limitan a continuar con su consumo a pesar de que: a) se den cuenta que el consumo de nicotina no les ayuda resolver los problemas cotidianos, sino al contrario los exacerba. Por ej. “Evitan los lugares donde no se puede fumar y socializan menos”. b) desarrollan tolerancia fisiológica y por tanto pasan más tiempo en la actividad. P.ej. “empezaron fumando un cigarrillo a la semana y actualmente 10 diarios” c) su mala conducta empieza a tener consecuencias en la salud, en la economía y en su contexto social. Por ej. “falta al trabajo debido a consecuencias de gastritis o problemas respiratorios” (Beck, *Et al*, 2010). A lo

anterior, esta sesión está encaminada a determinar los motivos individuales para querer dejar de fumar y convertirlos en objetivos y metas, enfatizando las ganancias que se obtendrían al eliminar la conducta adictiva. Una vez identificadas las ganancias, se delimitará ampliamente a los pacientes, la realidad del problema de adicción a la nicotina, dándole una justa dimensión y explicándoles que la conducta de fumar, amén de ser un mal hábito, es una adicción que *per se* conlleva procesos biológicos que desarrollan algunos síntomas indeseables que contempla el concepto síndrome de abstinencia, sin embargo debe quedar claro a los participantes que a la retirada de la sustancia nicotina el “síntoma mayor” o que se considera más difícil de tolerar el *craving* o ansiedad irrefrenable, en el caso de la nicotina, según Horvarth (1988), el “arousal físico” y el “arousal emocional” necesidad-deseo, la necesidad de consumir la sustancia y el deseo de conseguir el estado de placer, momentáneo inducido por la droga nicotina, tiene una meseta máxima en su cúspide de 48 horas y una máxima duración de hasta de dos meses, sin embargo, no es de alarmarse, el grado de intensidad disminuye en las primeras 48 horas más del 80% y el 20% restante paulatinamente con el tiempo, por tanto, es necesario el aprendizaje de técnicas de autocontrol para controlar, minimizar, superar el abandono de la sustancia nicotina, para lograr el objetivo de eliminar la conducta problema (Bianco, 2003).

Es importante para esta sesión destinar para la comprensión del tema, recursos audiovisuales como videos que ejemplifiquen la instauración de una adicción en sus componentes fisiológicos y conductuales, videos que ejemplifiquen el síndrome de abstinencia y destinar tiempo a sesión de preguntas y respuestas interactivamente y con respecto al tema del síndrome de abstinencia, una forma típica de introducir una experiencia de forma de craving es preguntar ¿Alguien ha intentado dejar de fumar anteriormente y que fue lo que paso? Además es muy útil referirse a la “estancia hospitalaria” esto es, hacer remembranza o aprovechar la experiencia de que algún participante, que por cualquier razón, haya permanecido como paciente más de tres días en un hospital en proceso de



recuperación y dar a conocer que fue lo que le sucedió y lo que sintió por no tener acceso a fumar, ¿tuvo un irrefrenable deseo de fumar?, ¿lo pudo controlar?, según Carr, (2010) es una prueba irrefutable de que el “tan mencionado” *craving* es fácil de controlar. Otra experiencia que es útil para reflexionar sobre el *craving* son las experiencias de viajes largos, donde hasta puede haber la broma de comentar, “que hasta ahora no sabemos de alguien suicidándose por no fumar en un viaje de China a México de 36 horas con estancias obligadas”. Para concretizar, el psicoterapeuta guiará a través de las experiencias reales de los pacientes, a la comprensión de *craving*, otorgándole su justa medida y enfatizando en que es posible dominarlo. El conocimiento amplio de los procesos del síndrome de abstinencia, generará la confianza en “sí mismos” de los pacientes y disminuirá en cualquier medida el proceso ansioso. La clave es que los pacientes conozcan ¿Qué realmente pasa cuando se retira la sustancia nicotina? ¿Cuánto tiempo dura, el síndrome de abstinencia y en qué intensidad? Y ¿Qué puedo hacer para manejarlo?

Una vez clarificando los siguientes conceptos, se realizará el compromiso individualizado de llegar a la meta y abandonar el cigarrillo, si lo desea el paciente, “dejar de fumar” al finalizar la cuarta sesión, esta meta quedará plasmada en un pizarrón con la firma de cada participante. Es útil sembrar la inquietud de que las técnicas que aprenderán y practicarán, les facilitará en gran medida el proceso.

### **5.9.2.1 Técnica de respiración diafragmática**

Para el control de uno de los síntomas del síndrome de abstinencia, la ansiedad, se utilizará la enseñanza y práctica de un método de relajación, sugiriendo inclusive la asistencia a espacios profesionales dedicados a los métodos de relajación física y mental.

Desde tiempos inmemoriales, se utiliza la respiración diafragmática como técnica para controlar la ansiedad, se deben mostrar los cuatro ejercicios de la técnica y practicarlos en el consultorio, además de otorgar información escrita y una guía de los pasos a seguir para aprender la técnica. Se debe puntualizar que para que esta técnica tenga efectos sobre la ansiedad, se deberá practicar al menos dos veces al día durante 10 minutos. Si bien, debe aclararse que la reducción visible de la ansiedad comenzará a notarse una vez que se llegue a cierto nivel de automatización de la respiración, ya que es la única forma para relajarnos mentalmente. Se informará a demás que una vez que se ha practicado suficientemente, se podrá realizar también de pie o incluso caminando. Lo cual amplía las posibilidades terapéuticas de la técnica, siendo muy útil para controlar la ansiedad por el síndrome de abstinencia (Walker, 2002).

### **5.9.3 Tercera sesión: Técnicas de control y relajación.**

#### **5.9.3.1 La técnica del modelado**

La técnica del modelado permitirá a los pacientes a contemplar nuevas conductas en su repertorio (p.ej. cuando alguien les acerque un cigarrillo, se negara a aceptarlo, pues ya no fuma), imaginarán la situación y mencionarán cuales van a ser sus estrategias diseñadas para evitar fumar y con los compañeros del grupo las practicarán a lo largo de todas las sesiones, enfrentaremos a los pacientes de manera aleatoria a utilizar su estrategia decir “no” cuando les presentemos una cajetilla para invitarles un cigarrillo, se utilizarán videos de personas que fuman y que están acompañadas de las personas que no fuman con el fin de analizar las reacciones de los modelos y les signifique aprendizaje (Kazdin, 2000), por ejemplo, en un spa se encuentran dos personas una fuma y la otra no, la que fuma tendrá ansiedad por salir y fumarse un cigarrillo, por lo que es evidente que no disfruta su sesión, muy por el contrario, la persona que no fuma tranquilamente esperará el tiempo necesario para disfrutar su masaje... se tendrá especial

cuidado en fomentar la autoobservación, ya que mostraremos como algunas conductas se realizan en automático. Se mostrarán también videos de personas comunes y del dominio público que han logrado dejar de fumar, (Anthony Hopkins, Alberto Vázquez, Julio Alemán) para reforzar que la elección de dejar de fumar es posible y de esa manera obtener confianza en “*sí mismos*” y motivación.

### **5.9.3.2. La técnica de control de diálogo interno y autoinstrucciones.**

La técnica de control de diálogo interno y autoinstrucciones supone instaurar verbalizaciones internas adecuadas que permiten la realización o el afrontamiento de una determinada tarea, por ejemplo, cuando se presenta el deseo irrefrenable de fumar a consecuencias del craving se verbalizará internamente “sé que esto pasaría, sé que es pasajero.... inclusive en menos de un minuto descenderá la ansiedad, la ansiedad es producto del *craving*, yo puedo más que la adicción, yo puedo, yo puedo” cada participante, realizará uno o varias verbalizaciones que se aprenderán y utilizarán convenientemente conjuntamente aplicando cualquiera de las técnicas de relajación (Vázquez, 2008).

### **5.9.3.3 Técnicas de distracción**

La técnica de distracción se mostrará para suplantar cualquier pensamiento que produzca incomodidad, por ejemplo, cuando involuntariamente o voluntariamente piensen en los cigarrillos, entonces sutilmente se distraerán y pensarán en otra cosa, en alguna persona, en algún lugar y así evitar, suplantando un pensamiento, el sentimiento negativo que produce el pensamiento incomodo (Beck, *et al* 2010).

En esta sesión se practicará la suplantación de pensamientos y se ejemplificará cuando es que automáticamente utilizamos esta técnica. Por ej. Una persona irremediamente por circunstancias de salud, tiene que operarse en un mes, es inevitable que de vez en cuando tenga pensamientos al respecto que influirán en su estado de ánimo, estos pensamientos no son necesarios porque no solucionan el problema, entonces habrá que suplantarlos por pensamientos más amables que se traduzcan en protectores de estrés (Beck, *Et al* 2010).

#### **5.9.3.4 Técnica de tarjetas flash**

La técnica de tarjetas flash Según Beck, *et al*, (2010), son de utilidad para los primeros días de craving, cuando parece ser que los pacientes pierden habilidad para razonar objetivamente, se solicita a los pacientes que escriban frases de afrontamiento en cartulinas de 6X12. Una tarjeta flash debe incluir la lista de ventajas de no consumir nicotina como: la lista de cosas que puede comprar con el dinero destinado a la adicción o el recordatorio de “Me siento más sano cuando no consumo cigarrillos” “Las cosas me van mejor con mi esposo y mis hijos, sigue así” o “Vete de aquí, malvado monstruo asqueroso, ¡ahora!, maldito” (Beck, *et al* 2010).

#### **5.9.3.5 Técnica de parada de pensamiento**

Se solicita a los pacientes imaginar a su *craving* internamente como un monstruo e inclusive darle un nombre, quizás hasta odiado por alguna razón, y cuando tengan ese deseo de consumir negativo se dice “alto (nombre del “monstruo”) se respira profundamente y se utiliza inmediatamente después la técnica de distracción (Beck, *et al* 2010).

### **5.9.3.6 Practica de la técnica de respuesta de relajación y la técnica de respiración diafragmática.**

Se sugiere que un voluntario participe para guiar, con su instructivo, la práctica de las técnicas de relajación mostradas, esto servirá para detectar posibles errores en la práctica de la misma.

### **5.9.4 Cuarta sesión: Prevención de recaídas en la terapia cognitiva del abuso de sustancias.**

Cuando el paciente finalmente está preparado para abandonar las drogas e inclusive las ha dejado, aparece un reto aún más formidable, porque según menciona Beck, *et al* (2010),

“Es relativamente sencillo, para muchas personas cambiar las conductas indeseables por algún tiempo; sin embargo mantener los cambios conductuales es mucho más difícil...Mark Twain dijo “dejar de fumar es lo más fácil que he hecho. Lo sé muy bien, porque lo he hecho miles de veces” (p.385)

Los pacientes deben conocer y/o reconocer, que los deslices y las recaídas forman parte del proceso de la deshabitación tabáquica y no que deben producir malestar o estrés porque, finalmente, no impiden llegar al éxito sólo son obstáculos en el camino a la libertad. Beck, *et al*, (2010), menciona que una gran mayoría de pacientes de deshabitación de drogas, ha tenido un desliz o a recaído y esto es más probable que ocurra a partir de los 90 días. La definición de desliz o resbalón es el uso ocasional de la sustancia, después de que una persona haya decidido dejarla y que permite rectificar en el instante, una recaída es por el contrario, volver de nuevo completamente a la conducta desadaptativa. En la terapia cognitiva del abuso de sustancias, un objetivo importante es hacer

que los pacientes aprendan de aquellos obstáculos en los que se han encontrado y se espera que les sean útiles para mejorar las habilidades necesarias y adquieran autoconfianza.

Independientemente de utilizar las técnicas que se aprendieron para dejar de utilizar drogas, el aprendizaje de otras técnicas diseñadas para tal efecto, puede coadyuvar en el proceso de prevención de recaída.

#### **5.4.9.1 Identificación de los estímulos de alto riesgo.**

Es importante que los pacientes reflexionen sobre los momentos donde se les hace imprescindible un cigarro y que están asociados a estímulos evocadores de satisfacción y relajación, por ejemplo “me gusta fumar con un café después de la comida”, “después de un taco, un gran tabaco” esta percepción se explica porque el sujeto está relajado al terminar sus actividades, están satisfechas sus necesidades biológicas, hambre y sed, este momento debería ser de relajación con o sin tabaco, sin embargo, el cerebro empieza a reclamar su dosis de droga (nicotina) y empieza “un ligero proceso ansioso que se siente como mariposas en el estómago” “*craving*”, la persona, hasta puede ritualizar el momento de fumar, prende el cigarrillo, llega en segundos la saciación de nicotina al cerebro y el sujeto asocia y determina que “el cigarrillo, me relaja”, siendo que es lo opuesto, y que el pensamiento correcto sería “caramba...la falta de nicotina me originó un de los síntomas del síndrome de abstinencia, que me provocó desear irremediablemente un cigarrillo.... Caramba mi adicción la adicción es la culpable de ese ligero proceso ansioso”. Otro ejemplo “mi cigarrillo preferido es cuando despierto, el primero de la mañana” la explicación a que la mayoría de las personas mencionen que es su cigarro preferido es el matutino, se explica, porque cuando los individuos despiertan después de pasar algunas horas durmiendo, su nivel de tolerancia es bajo y se presenta el SA y/o “*craving*”, por la retirada de la nicotina, por tanto cuando satisfacen su arousal-físico y su arousal

emocional, satisfacen su necesidad-deseo, que son los alicientes que impiden que la persona abandone el hábito. En esta sesión se identificarán todas aquellas situaciones que se consideran factores de riesgo y que se convierten en factores de riesgo por el significado personal que ha asimilado y le atribuye el paciente y que pueden sabotear tan anhelada meta (Carr, 2010).

Se trabajará identificando y desmitificando las situaciones de riesgo y se realizará una “*activación vital de conciencia escrita*” que será una tarjeta informativa que nos recuerde que:

“He decidido dejar de fumar por salud, quiero tener calidad de vida”

“No quiero seguir ansioso por fumar, el resto de mi vida”

“No quiero oler mal, nunca más”

“Quiero divertirme sin procesos ansiosos desgastantes”

“Ese dinero que gasto me será de utilidad”

“ya no quiero pagar por enfermedades asociadas a mi adicción”

**QUIERO SER LIBRE, COMO ANTES DE TENER ESTA ADICCIÓN**

**QUIERO REGRESAR A SER “ COMO ERA ANTES”.....**

Para las personas adictas, los estímulos de alto riesgo [EAR], se pueden activar por medio de las creencias básicas asociadas a las drogas (Beck, *et al* 2010), estos pensamientos que asimilan los pacientes se suelen traducir en un erróneo sentimiento de “exceso de confianza”. Por ejemplo, un joven de 18 años conduce su automóvil por carretera a 179 km; el riesgo de que tenga un accidente fatal es muy alto, si sucediese un percance el moriría y su familia lamentaría mucho su partida” ¿qué pensamientos tenía en mente para realizar tal odisea?, quizá pensó....”La velocidad puede ser un problema para muchas personas, pero, no para mí” “La velocidad enriquece mi vida haciéndola más divertida” imaginemos que el joven tuvo un accidente y quedó parálítico, el joven sufrió, sufrió su familia y la vida siguió con otras expectativas de vida. Pues bien este ejemplo es aleccionador, porque lo mismo sucede con las EAR de las adicciones, por

ejemplo, supongamos que una persona ya abandonó su conducta desadaptativa, dejó de fumar, y relaja su autoobservación y su conciencia y decide fumarse un nuevo “primer” cigarrillo, quizá su pensamiento fue “Un cigarrillo puede ser un problema para muchas personas, pero, no para mí” “Un cigarrillo enriquece mi vida haciéndola más divertida” “las personas que están en contra de fumar, realmente no me comprenden” “En la medida que sea cuidadoso ya no seré adicto” (Beck, *et al 2010*), ¿y que pudo haber sucedido?, que la persona se hizo adicta, y también sufrió la persona y sufrió su familia, pues bien, debemos tener sumo cuidado porque a partir de estas creencias básicas, *se facilitan y continúan las creencia facilitadoras* del orden de:

*Puedo hacerlo sólo una vez más  
Nadie lo descubrirá  
No pasa nada, lo tendré controlado*

Los dos ejemplos son diferentes y al mismo tiempo parecidos, lo que los relaciona son las creencias que facilitan conductas desadaptativas. Los ejemplos anteriores nos permitieron dilucidar que debemos aprender a no solapar los pensamientos que eliciten conductas que pueden coartar la libertad, como las conductas adictivas. Y más aún, debemos identificar a las personas que pueden ser nuestras redes de apoyo, incluyendo a su terapeuta, dejar de fumar es fácil si sabes cómo, es cierto, ya lo mencionó Allen Carr, pero recordemos que Mark Twain también mencionó es fácil dejarlo, lo difícil es continuar sin fumar.

La actividad en esta fase de la sesión es que los pacientes identifiquen dentro de sus redes sociales quienes servirán de apoyo cuando sientan flaquear su decisión, lo anotarán y tendrán la responsabilidad de comentar su decisión y solicitar claramente cómo pueden ayudarles en caso de necesitarlo, por ejemplo

-Juana, te llamo para decirte que he decidido dejar de fumar

-Qué bueno te felicito mucho



-¿Si necesitase apoyo, me ayudarías?

- Sí, como no, amiga ya sabes

-Bien, mira cuando tenga necesidad de distráeme pudieras acompañarme al cine o platicar conmigo en el restaurante, ¡donde no se fuma!

-Sí, amiga mía, por supuesto

-Bien, tendré algunas personas de apoyo, como tú, ah! y además no va a ser toda la vida dame....algunos días.

-Amiga el tiempo que quieras, adiós y felicidades!!!!!!

Regularmente todas las personas en su entorno estarán de su lado en la decisión de dejar de fumar pero, tendrán a su vez que tener cuidado de aquellas personas que desean que usted siga fumando porque son su par igual en la conducta de fumar y por ejemplo les dirán:

-¿quieres un cigarrillo?

-No, gracias, ya no fumo

-Si lo deseas préstame un cigarrillo, por el antojo.....Tú sabes....

-No, gracias, ya no fumo

-Dale una caladita....

-No gracias.....

(Lo mejor en estos casos es huir)

Como información adicional es conveniente dar a conocer que cuando una persona deja de fumar su cuerpo empiezan a tener una inmediata mejoría, el dolor de espalda, la tos y el jadeo desaparecen a la semana, el sentido del gusto y el olfato se recupera en 30 días y en 10 años de abstinencia nicotínica, tiene las mismas probabilidades de sufrir de cáncer de pulmón que un no fumador, sin embargo lo más valioso es que puede llegar a vivir muchos años, con mejor calidad de vida (Carr, 2010).

### **5.9.4.2 El último cigarrillo**

Una vez que se han mostrado las técnicas, practicado con las mismas, se procede a que los pacientes (si lo desean) se fumen su último cigarrillo, se les recomienda que no tengan cigarrillos en ningún lugar de su acceso, que no vuelvan a comprar cigarrillos y/o cajetillas y que si los tuvieran, en el cajón, escondidos en el refrigerador, se deshagan de ellos tirándolos por el desagüe.

Salir de la terapia como no fumadores los hará sentir muy orgullosos por haber tomado una decisión vital ***la decisión de dejar de fumar.***

### **5.9.4.3 Práctica de la técnica de respuesta de relajación y la técnica de respiración diafragmática**

Se procederá a la práctica siendo la guía la psicoterapeuta. Se recomendará realizar prácticas de relajación con más asiduidad.

### **5.9.5 Quinta sesión: Recogida de datos**

Sesiones individualizadas que duraron aproximadamente 40 minutos con cada paciente, recogida de autoinformes, preguntas y respuestas, comprobar los resultados y dar información de diferentes tratamientos de adicciones, disponiéndome a sus órdenes, para que en el caso de un desliz o una recaída, se implemente una terapia individualizada. Se realizó una práctica de relajación individualmente con todos los pacientes.

## **CAPÍTULO 6**

## 6. Resultados

La muestra la constituyeron 17 participantes (Figura dos) mayores de 18 años de edad, con condición de fumadores diarios, de los cuales 11 participantes fueron del sexo masculino con un rango de entre 23 y 59 años de edad. El primer autorreporte corresponde al promedio de cigarrillos diarios, tasada la frecuencia individual de un lapso de 7 días y con dos sesiones de intervención, con la que se determinó la línea base, arrojando una media individual de consumo de entre 8 y hasta 20 cigarrillos diarios. El segundo autorreporte reporta un descenso en el consumo individual que va desde un 4.55% como mínimo de disminución y hasta un 61.20% de máximo de disminución. El tercer autorreporte se contabiliza del primero al quinto día después de haber terminado con la intervención grupal encontrando un cese de la conducta de fumar en el 76% de los participantes (figura tres). Los autorreportes de la primera y segunda semana el valor fue  $t = 4.462 < .000$ ; Los autorreportes de la segunda semana y la tercera semana el valor fue  $t = 10.084 < .000$ . Los resultados del inventario de Fagerström (Figura cuatro) nos sugieren que el 35 % de los participantes presentó una dependencia muy alta a la nicotina, el 17% una dependencia alta a la nicotina, otro 17% una dependencia moderada a la nicotina y dependencia baja y muy baja en el 24% restante. Dos cuestionarios fueron nulificados por duplicidad de respuestas o falta de datos. Los participantes que conservaron la conducta de fumar presentaron en el test de Fagerström una muy alta dependencia a la nicotina. Los anteriores resultados confirman que una intervención breve cognitivo-conductual es eficaz para el tratamiento del problema de la dependencia de la sustancia nicotina (figura cinco).

## **CAPITULO 7**

## 7. Discusión

En la aplicación del programa de intervención breve, se realizó un acuerdo verbal con los participantes que consistía en no abandonar el consumo de tabaco hasta la cuarta sesión, este acuerdo se explica, porque se necesita que la intervención “haga su efecto”, valga la redundancia, esto es, que los pacientes tengan elementos formales de conocimiento y conozcan y practiquen técnicas que incidan a favor de la decisión de abandonar la conducta desadaptativa.

Para el diseño del programa y que los pacientes conocieran la etiología de la conducta desadaptativa y las técnicas cognitivo-conductuales, se utilizó un lenguaje común y sencillo, con suficientes ejemplos en los cuales, los pacientes pudieran identificarse. Se utilizó con éxito, la técnica de modelado en video, para aquellos conceptos difíciles de conceptualizar cómo la ansiedad, la concentración, el craving y como se establece una adicción. Los videos utilizados pertenecen al programa para dejar de fumar de Allen Carr, mismos que fueron doblados nuevamente al español, ya que existen muchos términos que no suelen ser utilizados en México, como “mono” refiriéndose a la abstinencia “pitillo” refiriéndose al cigarrillo, además de que la cadencia del lenguaje y su rapidez impedían su completa comprensión. Una vez editados y comprensibles permitieron que surgiera una excelente comunicación a partir de los mismos.

La decisión de que el abandono de la nicotina sea gradual o brusco, esto es, fijar un día para dejar de consumir por cualquier vía la sustancia adictiva, debe depender del diseño de tratamiento que haya elegido el psicoterapeuta, basándose en una evaluación individual, que identifique las variables predictoras que determinan la eficacia o el fracaso terapéutico del sujeto evaluado (Becoña y Miguez, 2008). Las variables predictoras son la alta motivación, la preparación al cambio, una autoeficacia moderada o alta y disponer de una buena red de apoyo social; por el contrario variables predictoras negativas son tener una alta dependencia a la nicotina, haber tenido síndrome de abstinencia en el pasado y

fumar el primer cigarrillo al despertar, como podemos observar, esas variables son las condiciones de un fumador con alta dependencia a la nicotina (Becoña, 2008).

Sin embargo en una intervención grupal, o tratamiento de grupo, resulta costoso implementar una investigación formal individualizada, por lo que generalmente se realiza una entrevista semiestructurada, donde el terapeuta investigará el mayor número de datos de las personas que conforman el grupo de manera individual, canalizando a una instancia pertinente a aquellos sujetos que coincidan tener un alto nivel de estrés, o que coincida el periodo de abandono con acontecimientos vitales estresantes, y/o tener una historia de comorbilidad psiquiátrica o presentarla en el momento en que se plantea dejar de fumar (Bianco, 2003).

Continuando con la explicación de que por lo general el abandono del cigarro de manera brusca es más efectivo después de una intervención grupal se explica porque según Nerín, Novella, Crucelaeguí, Beamonte, Sobradriel y Gargallo, (2004) cuando se termina de golpe con la adicción, se rompe más fácilmente el círculo de la dependencia-consumo-abstinencia-craving-dependencia-consumo, debido a que el componente biológico y su temible síndrome de abstinencia, empieza a descender de su meseta máxima, como lo habíamos mencionado a partir de las 48 horas, consideramos que cuando el descenso de la conducta de fumar es paulatino, es mayor el sufrimiento del paciente y menor la posibilidad de éxito.

La evaluación entonces de continuidad posterior o post evaluación para saber si está funcionando el programa diseñado, dependerá de si los pacientes abandonan o no el hábito de fumar, de cualquier forma, en el diseño del tratamiento psicológico para la intervención en grupo se contempla la prevención de recaídas, además, se tendrá cuidado de invitar al reincidente a continuar con su propósito de abandonar su adicción, buscando apoyo psicológico individualizado, conformándose en un nuevo grupo, recibiendo consejo psicológico, etcétera.

La importancia del tratamiento psicológico en grupo es su gran efectividad, desafortunadamente, muchas publicaciones siguen confundiendo la terapia de grupo *con la terapia en grupo* o la *intervención de un grupo*, la terapia de grupo con o sin moderador, es totalmente ineficaz para tratar a los fumadores, y al respecto Becoña y Miguez, (2008), mencionan en cambio que:

El tratamiento en grupo [o la intervención en grupo], con técnicas cognitivas conductuales, aparece en las guías de Fiore et al. (1996, 2000, 2008) como uno de los tratamientos *más eficaces para el tratamiento del tabaquismo*. Así, en la primera guía de 1996 (Fiore et al., 1996), la eficacia del tratamiento grupal en los fumadores tenía una OR = 2.2. En la guía del 2000 (Fiore et al., 2000) una OR = 1.3. Y, en la última guía, la de 2008 (Fiore et al., 2008), aparece la misma OR anterior (p.62)

En cuanto al diseño de esta intervención se efectuó siguiendo las recomendaciones, que al respecto, realizan Becoña y Miguez, en las que sugieren que para el tratamiento de fumadores en grupo es ideal su conformación de participantes de entre 6 y hasta 12, porque permite ser llevado por un solo terapeuta y que el número de sesiones oscile entre 4 sesiones como mínimo y 7 sesiones como máximo (Becoña y Miguez, 2008). El diseño debe contener estrategias para mantener la abstinencia, tales como sesiones de asistencia o mantenimiento a lo largo del tiempo, entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones, habilidades de resistencia a la tentación, entrenamiento en solución de problemas, estrategias cognitivas, autoinstrucciones, y apoyo social. Esta fase sería propiamente la de prevención de la recaída, fase importante para mantener las ganancias del tratamiento a largo plazo (Becoña, 2004).



## **CAPÍTULO 8**

*“No se conoce ninguna medida aislada que pueda tener tan grande impacto sobre el número de muertes atribuibles al cáncer, como la reducción del consumo de tabaco, o un cambio a un uso menos peligroso. El principal impacto se registraría sobre la incidencia de cáncer de pulmón, que hacia los 40-50 años de edad es más de cien veces superior entre fumadores habituales de cigarrillos que en los que nunca han fumado. Pero también se podría lograr un efecto visible sobre la incidencia de cánceres de boca, faringe, laringe, esófago, vejiga urinaria, probablemente páncreas y quizás el riñón”.*

*Sir Richard Doll (1912-2005) & Sir Richard Peto (1943- ).*

## **8. Conclusiones**

A pesar de que actualmente la sociedad En México, está más informada de los efectos nocivos del tabaco, según la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública (2010), responsables de realizar La Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos [GATS] reporta que en el 2010, en México, existían 10.9 millones de fumadores, recientemente el Instituto Nacional de Salud Pública y el programa contra adicciones 2011-2012 realizado por el CONADIC mencionan, que en el año 2012 “existen 14 millones de fumadores en México... (Y que) si el país no logra revertir esta tendencia, la mitad de ellos morirá por causas relacionadas con el tabaquismo” p.12. Además se informa, que México, ocupa el segundo lugar internacional en la adicción tabáquica femenina, y que la edad de inicio de fumar es a los 12 años de edad, siendo el 41.6% el total de fumadores menores de edad.

El tabaquismo como lo habíamos mencionado anteriormente es un grave problema de salud pública e individualmente es considerado una enfermedad crónica y mortal, por eso, es importante ponderar el seguimiento de los 14 millones de personas que son fumadores y que es deseable se mantengan en la abstinencia.

En México, casi no existen obstáculos para el consumo de tabaco, la mayoría de las disposiciones legales no se cumplen, las medidas preventivas de la adicción se han visto frenadas por la baja percepción del riesgo que se apoya en la distancia entre el inicio de la adicción y las consecuencias deficitarias a la salud, la baja percepción del riesgo también es influida por las falsas creencias, la cultura y las tradiciones que apoyan el consumo.

La gran tragedia que implican las adicciones es que es posible convertirse en drogadicto y que esa terrible posibilidad está presente en cualquier persona con independencia de su edad, sexo, estado civil, color de la piel, grado escolar, desarrollo intelectual, nivel socioeconómico e ideología, esto puede suceder, siempre que por alguna razón, el individuo se ponga en contacto con las drogas, porque es así como las drogodependencias surgen y se multiplican en condiciones de anomía social. (González, 2008)

Conocer el comportamiento de los adictos y de las adicciones es el primer paso para plantear acciones tendientes a rehabilitarlos, ante un problema de tal magnitud, la terapia en grupo cognitiva-conductual de las drogodependencias, es un método plausible que responde a la necesidad de formular y experimentar tratamientos rentables y beneficiosos para los trastornos por abuso de sustancias, surge como una de las mejores alternativas de atención terciaria en la promoción de la salud.

La mayor ventaja de la terapia en grupo para la adicción tabáquica es llegar a un mayor número de personas con una gran efectividad y aun menor coste. El modelo cognitivo conductual permite que el grupo en sí sea un instrumento terapéutico, un agente de cambio que acelera el proceso terapéutico mediante la identificación mutua, la aceptación, la presión positiva de sus miembros y el apoyo social. Además, se da una mayor posibilidad de generalización de lo aprendido y una mayor adherencia (Becoña, 2004, 2006).

Uno de los avances más importantes que se han producido en el campo de la psicología clínica en los últimos años ha sido la protocolización de los tratamientos psicológicos para los distintos trastornos clínicos. Las ventajas de tener protocolos de tratamiento son claras, una de ellas es que con dichos protocolos podemos replicar fácilmente los tratamientos, otra es que con ellos los clínicos pueden conocer de modo preciso la técnica que pueden aplicar tal como la han desarrollado otros clínicos y cómo aplicarla y una adicional es que con la disponibilidad de los protocolos se pueden adaptar los mismos a todo tipo de pacientes y poder mejorarlos en función de la práctica clínica (Becoña, 2004).

Las principales causas de muerte en el mundo contemporáneo son las enfermedades crónicas como la diabetes, los cánceres, las enfermedades pulmonares, la hipertensión, la obesidad, los problemas alimenticios, las adicciones y no es curioso que todas estas enfermedades estén relacionadas con la conducta.

La ciencia de la psicología promueve constantemente la investigación para brindar a la sociedad de herramientas que sirvan para mejorar la calidad de vida de las personas en cualquier circunstancia de salud, de enfermedad, de paz o de violencia.

El bienestar y la prevención son parte de nuestro sistema de valores es por ello que invitamos continuamente a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud.

Los pensamientos, los sentimientos y la conducta abocados a factores protectores son requisitos para lograr y mantener la salud física en lo que podríamos denominar la integración mente y cuerpo.

## BIBLIOGRAFÍA

Al'Absi, M. Hatsukami, D., & Davis, G. L. (2005). Attenuated adrenocorticotrophic responses to psychological stress are associated with early smoking relapse. [Versión Electrónica] *Psychopharmacology*, 181(1), 107-117.

Alessi, S. M., Badger, G. J., & Higgins, S. T. (2004). An Experimental Examination of the Initial Weeks of Abstinence in Cigarette Smokers. [Versión Electrónica] *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 12(4), 276-287.

Amigo, H; Erazo, B.M; Oyarzún, G; Bello, S; Perugia, U.A. (2006). Tabaquismo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica: determinación de factores atribuibles. [Versión Electrónica] *Revista Médica de Chile*, 134 (1), 271.

Becoña, E. (1994). *Teorías y modelos explicativos de la conducta de fumar*. J. L. Graña (Compilador), Conductas Adictivas. Madrid: Debate

Becoña, I.E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. [Revista Electrónica]. *Revista Papeles del Psicólogo*. 85,1.

Becoña, I.E., Lorenzo, P.M.C. (2004) Evaluación de la conducta de fumar. [Revista Electrónica]. *Psicología conductual*. 5, 345-364.

Becoña, I.E., Miguez, A.E, (2008) *Dependencia del tabaco*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., Liese, B.S. (2010). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*, 4ta. Ed. Madrid: Espasa Libros, S.L.U.

Berlin, A. Cournot, P. Renout, J. Duchier & M. Safar (1990), Peripheral hemodynamic effects of smoking in habitual smokers. A methodological study. [Versión Electrónica] *Eur J Clin Pharmacol* 38, pp. 57–60.

Bianco, E. (2003). La adicción al consumo del tabaco. Framework Convention Alliance-FCA. Recuperado el día 3 de septiembre del 2011 de <http://www.fac.org.ar/fic/simp03/lave/c03/bianco.htm>

Bianco, E. (2003). La adicción al consumo del tabaco. Framework Convention Alliance-FCA. Recuperado el día 11 de agosto del 2011 de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/bianco.pdf>

British American Tobacco México, (2012). Historia, creencias y valores. Recuperado el día 10 de agosto del 2012 de [http://www.batmexico.com.mx/group/sites/BAT\\_87AJXN.nsf/vwPagesWebLive/DO887E74?opendocument&SKN=1](http://www.batmexico.com.mx/group/sites/BAT_87AJXN.nsf/vwPagesWebLive/DO887E74?opendocument&SKN=1)

Breteler, M. H. M., Schotborg, E. J., & Schippers, G. M. (1996). The effectiveness of smoking cessation programs: Determinants and outcomes. [Versión Electrónica] *Psychology and Health*, 11(1), 133-153.

Bloomberg Philanthropies y Bill and Melinda Gates Foundation. (2010). La economía del Tabaco y los impuestos al tabaco en México. Recuperado el día 18 de agosto del 2011 de <http://www.insp.mx/tabaco/Economia.pdf>

Burton, S. M., & Tiffany, S. T. (1997). The effect of alcohol consumption on craving to smoke. [Versión Electrónica] *Addiction*, 92(1), 15-26.

Campaña No Tabaco (2007). Odio al Humo. Misocapnos. Recuperado el día 1 de marzo del 2012 de [http://notabaco.blogspot.mx/2007\\_09\\_19\\_archive.html](http://notabaco.blogspot.mx/2007_09_19_archive.html)

Carr, A. (2010). *Es Fácil Dejar de Fumar, Si Sabes Cómo*. México: Edamsa impresiones S.A. de C.V.

Carlson, N.R. (1996). *Fundamentos de Psicología Fisiológica*. 3. ed. México: Pearson Prentice Hall.

Colrain, I. M., Trinder, J., & Swan, G. E. (2004). The impact of smoking cessation on objective and subjective markers of sleep: Review, synthesis, and recommendations. [Versión Electrónica] *Nicotine and Tobacco Research*, 6(6), 913-925.

Conde, R.C; Ariosa, L.M.T; Tirador, L.M; Hilton, R.M; Del Castillo, B.R. (1997). Intervención Sobre Tabaquismo en Atención Primaria de Salud. [Versión Electrónica]. *Revista Cubana de Oncología*, 13 (2), 111.

Consejo Nacional de Adicciones. (2011). Encuesta global de Tabaquismo 2009. Recuperado el día 12 de octubre del 2011 de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pie/GATS\\_2009.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pie/GATS_2009.pdf)

Consejo Nacional de Adicciones. (2011). Programa de Tabaquismo Actualizado 2011-2012. Recuperado el día 12 de agosto del 2012 de <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/tabaquismo.pdf>

Conklin, C. A., & Tiffany, S. T. (2002). Cue-exposure treatment: Time for change. [Versión Electrónica] *Addiction*, 97(9), 1219-1221.

Covey, L. S., Glassman, A. H., & Stetner, F. (1997). Major depression following smoking cessation. [Versión Electrónica] *American Journal of Psychiatry*, 154(2), 263-265.

Cruz, M. A; (2007. 17 de octubre). México ocupa el lugar 15 en el mundo en la venta de cigarros, y tercero en AL. La jornadas, s/p

Cummings, K. M., Giovino, G., Jaen, C. R., & Emrich, L. J. (1985). Reports of smoking withdrawal symptoms over a 21 day period of abstinence. [Versión Electrónica] *Addict Behaviour*, 10(4), 373-381

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2004) "Monografía del tabaco" Recuperado el día 12 de abril del 2012 de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/tabaco.pdf>

DiFranza, J. R., & Wellman, R. J. (2005). A sensitization-homeostasis model of nicotine craving, withdrawal, and tolerance: integrating the clinical and basic science literature. [Versión Electrónica] *Nicotine Tob Res*, 7(1), 9-26.

Drummond, D. C., Tiffany, S. T., Glautier, S., & Remington, B. (1995). *Addictive behavior: Cue exposure theory and practice*. UK: Wiley & Sons.

Gilbert, D. G., Gilbert, B. O., & Schultz, V. L. (1998). Withdrawal symptoms: Individual differences and similarities across addictive behaviors. [Versión Electrónica] *Personality and Individual Differences*, 24(3), 351-356.

Escámez, J. y Cols. (1990). *Drogas y Escuela*. Madrid: Dickinson.

Walker, C.E. (2002). *Aprenda a Relajarse. Las Técnicas y Ejercicios más Eficaces para la Relajación, Física y Mental*. España: Amat Editorial.

Fernández, R.L; Gómez, F.J.A. (2008). *La psicología preventiva en la intervención social*. México: Editorial Síntesis. P.20

García, V.M.P; S.J. (2006). Análisis de la Situación de los Tratamientos para Dejar de Fumar Basados en Terapia Cognitivo Conductual y en Parches de Nicotina. [Versión Electrónica]. *Revista de Psicología*. 3 (2-3), 269.

Glautier, S. y Tiffany, S.T. (1995). Methodological Issues In Cue Reactivity Research. En Drummond, D. C., Tiffany, S. T., Glautier, S. P. and Remington, B. (Eds).

González, V.T.M. (2008). Comportamiento del consumo de drogas legales entre los profesionales de la salud. Recuperado el día 15 de marzo del 2012 de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1116/1/Comportamiento-del-Consumo-de-Drogas-Legales-entre-los-Profesionales-de-la-Salud.html>

Grandes, G; Sánchez, A; Cortada, JM; Calderón, C; Balague, L; Millán, E; Arrazola, A; Benavides, A; Goiria, B; Mujika, C; Torcal, K; Vergara, M. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº Osteba D-08-07. Recuperado el día 2 de abril del 2012 de

[http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d\\_08\\_07\\_estilos\\_vida.pdf](http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_08_07_estilos_vida.pdf)

Graña, J. L. (1994). *Conductas Adictivas*. Madrid: Debate.

Gritz, E. R., & Crane, L. A. (1991). Use of diet pills and amphetamines to lose weight among smoking and nonsmoking high school seniors. [Versión Electrónica] *Health Psychology, 10*(5), 330-335.

Gritz, E. R., Klesges, R. C., & Meyers, A. W. (1989). The smoking and body weight relationship: Implications for intervention and postcessation weight control. [Versión Electrónica] *Annals of Behavioral Medicine, 11*(4), 144-153.

Gross, T. M., Jarvik, M. E., & Rosenblatt, M. R. (1993). Nicotine abstinence produces content-specific Stroop interference. [Versión Electrónica] *Psychopharmacology, 110*(3), 333-336.

Grunberg, N. E., Popp, K. A., & Winders, S. E. (1988). Effects of nicotine on body weight of rats with access to 'junk' foods. [Versión Electrónica] *Psychopharmacology, 94*, 536-539.

Harakas, P., & Foulds, J. (2002). Acute effects of glucose tablets on craving, withdrawal symptoms, and sustained attention in 12-h abstinent tobacco smokers. [Versión Electrónica] *Psychopharmacology 161*(3), 271-277.

Hatsukami, D. K., Hughes, J. R., Pickens, R. W., & Svikis, D. S. (1984). Tobacco withdrawal symptoms: An experimental analysis. [Versión Electrónica] *Psychopharmacology, 84*(2), 231-236.

Hatsukami, D., Hughes, J. R., & Pickens, R. (1985). Characterization of tobacco withdrawal: physiological and subjective effects. NIDA Research Monograph, 56-67. Recuperado del sitio el día 1 de febrero del sitio web; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8956374>

Hendricks, P. S., Ditre, J. W., Drobles, D. J., & Brandon, T. H. (2006). The early time course of smoking withdrawal effects. [Versión Electrónica] *Psychopharmacology, 187*(3), 385-396.

Horvath, A.T. (1988). Cognitive therapy and the addictions, *International Cognitive therapy Newsletter, 4*, 6-7

Hughes, J. R. (1992). Tobacco withdrawal in self-quitters. [Versión Electrónica] *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(5), 689-697.

Hughes, J. R., Gust, S. W., Keenan, R. M., & Fenwick, J. W. (1990). Effect of dose on nicotine's reinforcing, withdrawal-suppression and self-reported effects. [Versión Electrónica] *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, 252*(3), 1175-1183.



Hughes, J. R., Higgins, S. T., & Hatsukami, D. (1990). Effects of abstinence from tobacco: A critical review. *Research advances in alcohol & drug problems, [Versión Electrónica]* 10, 317-398.

Hughes, J. R., Hatsukami, D. K., Mitchell, J. E., & Dahlgren, L. A. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *[Versión Electrónica]* American Journal of Psychiatry, 143(8), 993-997.

Ibáñez, B.B. (2007). *Manual para la Elaboración de Tesis, Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología*. México: Editorial Trillas.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). "Estadísticas a propósito del día mundial sin tabaco" datos nacionales. Recuperado el día 15 de agosto del 2011 de [www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../2011/tabaco0.doc](http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../2011/tabaco0.doc)

Instituto Nacional de Salud Pública. (2011). 75 mil millones de pesos Gasta México por Tabaquismo. Recuperado el día 18 de agosto del 2011 de <http://www.insp.mx/noticias/salud-poblacional/1345-75-mil-millones-de-pesos-al-ano-gasta-mexico-por-tabaquismo.html>

Jarvik, M. E., & Hatsukami, D. K. (1989). *Tobacco Dependence*. In Ney, T., Gale, A. Smoking and human behavior (pp. 57-67). Londres: John Wiley & Sons.

Jorenby, D. E., Hatsukami, D. K., Smith, S. S., & Fiore, M. C. (1996). Characterization of tobacco withdrawal symptoms: Transdermal nicotine reduces hunger and weight gain. *[Versión Electrónica]* *Psychopharmacology*, 128(2), 130-138.

Kazdin, A.E. (2000). *Modificación de la Conducta y sus Aplicaciones Prácticas*. España: Manual Moderno.

Klein, L. C., Corwin, E. J., & Ceballos, R. M. (2004). Leptin, hunger, and body weight: Influence of gender, tobacco smoking, and smoking abstinence. *[Versión Electrónica]* *Addictive Behaviors*, 29, 921-927.

Kos, J., Hasenfratz, M., & Battig, K. (1997). Effects of a 2-day abstinence from smoking on dietary, cognitive, subjective, and physiologic parameters among younger and older female smokers. *[Versión Electrónica]* *Physiology and Behavior*, 61(5), 671-678.

Kramer, J.F., Cameron, D.C. (1975). *Manual sobre Dependencias de las Drogas*. World Health Organization. Ediciones de la OMS.

Kuhn, C; Swartzwelder, S; Wilson, W. (2011). *Drogas*. México: Random House Mondadori. P. 19-25

Lang, P. J. (1994). The varieties of emotional experience: A meditation on James-Lange theory. [Versión Electrónica] *Psychological Review*, 101(2), 211-221.

Leftwich, M. J. T. (2006). Depressive mood changes during nicotine withdrawal: Their effects on leisure activities from a behavioral economics perspective. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 66(10-B).

Lichtenstein, E. y Glasgow, R.E. (1977). Rapid smoking. Side effects and safeguards. [Versión Electrónica] *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 815-821.

Lira, M.J., González, B.F., Carrascosa, V.C.A., Ayala, O.H.E., Cruz, M.S.E. (2009). Evaluación de un Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores: Resultados de un Estudio Piloto. [Revista Electrónica]. *Revista Salud Mental*. 32, 1.

Lips, C.W. (2008). Abuso y dependencia de sustancias. Slideshare. Recuperado el día 12 de marzo del 2012 de <http://www.slideshare.net/guest3702ec/abuso-y-dependencia-de-sustancias-um-presentation-673359>

Maisto, S.A; Connors, G.J; Dearing, R.L. (2008), *Trastornos por Consumos de Alcohol*. México: Manual Moderno.

McRobbie, H., & Hajek, P. (2004). Effect of glucose on tobacco withdrawal symptoms in recent quitters using bupropion or nicotine replacement. *Human Psychopharmacology*: [Versión Electrónica] *Clinical and Experimental*, 19(1), 57-61.

Moreno, J-J., Herrero, F.J. (2003) *Tabaquismo, Programa Para Dejar de Fumar*. 2da Ed. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.

Morrison, J. (2008) *DSM-IV, Guía para el Diagnóstico Clínico*. México: Manual Moderno.

Nerín, I., Novella, P; Crucelaeguí, A; Beamonte; Más, A; Guillén, D; Gracia, A. (2005). Resultados de un Programa Integral de Prevención y tratamiento del Tabaquismo en el Entorno Laboral. [Versión Electrónica]. *Revista Arch Bronconeumol*. 41,197.

Oblitas, L.A. (2006). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*, segunda edición. México: Thompson. P. 149-150

Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008. Recuperado el día 10 de octubre del 2011 de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596280\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596280_spa.pdf)

Organización Mundial de la salud. (2011). Tabaco. Recuperado el 11 de agosto del 2011 de <http://www.who.int/mediacentre/news/factsheets/fs339/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2011. Advertencia sobre los peligros del tabaco. Recuperado el día 16 de agosto del 2011 de <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/es/index.html>

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. (2004). El consumo de tabaco seguirá aumentando pero con una tasa de crecimiento más lenta. Recuperado el día 8 de agosto del 2012 de <http://www.fao.org/spanish/newsroom/news/2003/26919-es.html>

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Por una juventud sin tabaco. Recuperado el día 18 de marzo del 2012 de [http://www.paho.org/spanish/dbi/PC579/PC579\\_prelim.pdf](http://www.paho.org/spanish/dbi/PC579/PC579_prelim.pdf)

Orellana, A., Barriga, O., Cid, P. (2010) Validación de la Escala Autoeficacia General en Chile. [Revista Electrónica]. *Med Chile*. 38, 551.

Otero, M; Cortijo, C; Ayesta, F.J. (2003). El Tabaquismo como Adicción. [Versión Electrónica]. *Revista Cardiovascular Risk Factors*, 7, 222-233.

Pascual, F; Vicéns, S. (2004). *Aspectos sociales y económicos del tabaco*.

Persico, A. M. (1992). Persistent decrease in heart rate after smoking cessation: a 1-year follow-up study. [Versión Electrónica] *Psychopharmacology*, 106(3), 397-400.

Perkins, K. A. (2002). Chronic tolerance to nicotine in humans and its relationship to tobacco dependence. [Versión Electrónica] *Nicotine and Tobacco Research*, 4(4), 405-422

Pomerleau, C. S., Marks, J. L., & Pomerleau, O. F. (2000a). Who gets what symptom? Effects of psychiatric cofactors and nicotine dependence on patterns of smoking withdrawal symptomatology. [Versión Electrónica] *Nicotine and Tobacco Research*, 2(3), 275-280.

Pomerleau, O. F., Marks, J. L., & Pomerleau, C. S. (2000b). Abstinence effects and reactivity to nicotine during 11 days of smoking deprivation. [Versión Electrónica] *Nicotine & Tobacco Research*, V2 (2), 149-157.

Pomerleau, O.F. (1995), Individual Differences in sensitivity to nicotine: Implications for genetic research on nicotine dependence. . [Versión Electrónica] *Behav Genet*, 25:77-171

Raydel V.S., Thrasher, J., Sánchez, L.M.Z., Lazcano, P. E., Reynales, S. L.M. Meneses, G.F. H., Hernandez, A.S. (2006). Los Retos del Convenio Marco para el Control del Tabaco en México: Un Diagnóstico a Partir de la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes. [Versión Electrónica]. *salud pública de México*, 48 (1). 15.

Reynales, S.L.M., Juárez, M.S.A., Valdés, S.R. (2005). Costos de Atención Médica Atribuibles al Tabaquismo en el IMSS, Morelos. *Revista de Salud Pública de México*, 47, 1.

Rohde, P., Kahler, C. W., Lewinsohn, P. M., & Brown, R. A. (2004). Psychiatric disorders, familial factors, and cigarette smoking: III. Associations with cessation by young adulthood among daily smokers. [Versión Electrónica] *Nicotine and Tobacco Research*, 6(3), 509-522.

Sánchez, H.E; Gradiolí V.T. (2002). Terapia breve en la adicción a las drogas. [Revista Electrónica]. *Revista Papeles del Psicólogo*. 83, 49.

Sánchez, M.B. (2000). Modulación emocional de los reflejos de sobresalto y defensa. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Granada.

Secretaria de Salud. (2001). Programa de acción: Adicciones, Tabaquismo. Recuperado el día 16 de agosto del 2011 de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/taquismo.pdf>

Secretaria de Salud. (2009). Encuesta global de tabaquismo en adulto. Recuperado el día 15 de abril del 2012, de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pie/GATS\\_2009.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pie/GATS_2009.pdf)

Seguel, L.M. (1994). Abuso y Dependencia de Sustancias Psicoactivas. [Versión Electrónica]. *Boletín Esc. De Medicina, P. Universidad Católica de Chile*. 23, 113-118

Shiffman, S., & Waters, A. J. (2004). Negative Affect and Smoking Lapses: A Prospective Analysis. [Versión Electrónica] *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 192-201.

Shiffman, S., West, R. J., & Gilbert, D. G. (2004). Recommendation for the assessment of tobacco craving and withdrawal in smoking cessation trials. [Versión Electrónica] *Nicotine and Tobacco Research*, 6(4), 599-614.

Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo. (2011). Tabaco e investigación. Recuperado el día 3 de septiembre del 2011 de <http://www.sedet.es/webcms/index.php>

Stanton, M.D; Todd, T; y Cols. (2006). *Terapia Familiar del Abuso y la Adicción a las Drogas*. Madrid: Editorial Gedisa.

Stoehr, J. D. (2006). *The neurobiology of Addiction*. Philadelphia: Chelsea House.

Stritzke, W.G., Breiner, M.J., Curtin, J.J, Lang, A.R.(2004). Assessment of Substance Cue Reactivity: Advances in Reliability, Specificity, and Validity. [Versión Electrónica] *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (2), 148-159.

Teneggi, V., Tiffany, S. T., Squassante, L., Milleri, S., Ziviani, L., & Bye, A. (2002). Smokers deprived of cigarettes for 72 h: Effect of nicotine patches on craving and withdrawal. [Versión Electrónica] *Psychopharmacology*, 164(2), 177-187.

Teixeira, D.C; Andrés-Pueyo, A; Álvarez, L.E. (2005). La evolución del concepto del tabaquismo. [Versión Electronica] *Revisão review* ,21 (4). 999-1005.

Tiffany, S. T. (2000). Evaluating relationships between craving and drug use. [Versión Electrónica] *Addiction*, 95(7), 1106-1107.

Tiffany, S. T. (1997). New perspectives on the measurement, manipulation and meaning of drug craving. [Versión Electrónica] *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 12 (Suppl 2).

Tiffany, S. T; & Drobos, D. J. (1991). The development and initial validation of a questionnaire on smoking urges. [Versión Electrónica] *British Journal of Addiction*, 86(11), 1467-1476.

U.S.D.H.H.S. (1986). *The health consequences of involuntary smoking: a report of the Surgeon General*. Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.

Vázquez, C. (2008) *Técnicas Cognitivas de Intervención Clínica*. Madrid: Editorial Síntesis.

Vera, M.N; Vila, J. (1998). Técnicas de relajación. En: Caballo, V. (Comp.) *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. España: Siglo XXI. Cap.9

Viveros, F.S. (ED.). (2010). *APA. Diccionario Conciso de Psicología*. México: Manual Moderno.

Ward, K. D., Garvey, A. J., & Bliss, R. E. (1992). Evidence of transient heart rate change after smoking cessation. [Versión Electrónica] *Psychopharmacology*, 106(3), 337-40.

Ward, M. M., Swan, G. E., Jack, L. M., & Javitz, H. S. (1994). Effect of smoking cessation and relapse on cardiovascular levels and reactivity. [Versión Electrónica] *Psychopharmacology*, 114(1), 147-154.

Ward, M. M., Swan, G. E., & Jack, L. M. (2001). Self-reported abstinence effects in the first month after smoking cessation. [Versión Electrónica] *Addictive Behaviors*, 26(3), 311-327.

West, R., & Hajek, P. (1997). What happens to anxiety levels on giving up smoking? [Versión Electrónica] *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1589-1592.

West, R. J., & Russell, M. A. (1987). Cardiovascular and subjective effects of smoking before and after 24 h of abstinence from cigarettes. [Versión Electrónica] *Psychopharmacology*, 92(1), 118-121.

Wikler A. (1984). Recent progress in research on the herophysiological basics of morphine addiction. [Versión Electrónica] *American Journal Psychiatry*, 105, 329-338.

Willner P, Hardman S, & Eaton G. (1995). Subjective and behavioral evaluation of cigarette cravings. [Versión Electrónica] *Psychopharmacology*. 118(2).171-177.

## **INDICE DE TABLAS**

1	Criterios para la dependencia y abuso de sustancias del DSM-IV....	II
2	Refuerzos positivos y negativos de la nicotina y su relación con los neurotransmisores.....	III
3	Intervenciones eficaces para el manejo de la adicción a la nicotina del Informe del Surgeon General (2000).....	III
4	Fases de un programa multicomponente.....	IV

Tabla 1

## Criterios para la dependencia y abuso de sustancias del DSM-IV

**Criterios para la dependencia de sustancias**

Un patrón desadaptativo para el consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos expresado por tres (o más) de los ítems en algún momento continuado de 12 meses

- (1) Tolerancia definida por cualquiera de los siguientes ítems
  - (a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - (b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- (2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - (a) Síndrome de abstinencia característico para las sustancias.
  - (b) Consumo de la misma sustancia (o de una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- (3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante periodo más largo que lo que inicialmente se pretendía.
- (4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- (5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia. (p.ej. visitar a diversos médicos o desplazarse grandes distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., Fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos.
- (6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- (7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de ser conscientes de la existencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el uso de ésta (p.ej., consumo de cocaína a pesar de la depresión inducida o el alcohol pese al empeoramiento de una úlcera).

**Criterios para el abuso de sustancias**

- A Existencia de un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos expresado por uno (o más) de los ítems siguientes, en cualquier momento de un periodo de 12 meses.
- (1) Consumo recurrente de sustancias que da lugar a incumplimiento de obligaciones laborales, escolares o domésticas (p.ej., ausencias repetidas o un mal rendimiento laboral, ausencia o expulsiones de la escuela, descuido de las tareas domésticas o de los hijos).
  - (2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones que conlleven un riesgo físico (p.ej., conducir un automóvil o manejar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
  - (3) Problemas legales recurrentes relacionados con la sustancia (p.ej., detenciones por comportamiento escandaloso)
  - (4) Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p.ej., discusiones conyugales, peleas).
- B Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para el diagnóstico de dependencia de sustancias, para esta sustancia específica.



Tabla 2

Refuerzos positivos y negativos de la nicotina y su relación con los neurotransmisores			
Refuerzos positivos	Neurotransmisores	Refuerzos positivos	Neurotransmisores
Incremento del placer	Dopamina Norepinefrina B-endorfina	Alivio de los síntomas del síndrome de abstinencia	Acetilcolina Cortisol
facilita la ejecución de tareas	Acetilcolina Norapinefrina	Reducción de la ansiedad, tensión y dolor	Acetilcolina B-endorfina
Aumento de la capacidad de memoria	Acetilcolina Norapinefrina	Reducción de la ira	Dopamina serotonina Norapinefrina

Fuente: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil. 2005

Tabla 3

Intervenciones eficaces para el manejo de la adicción a la nicotina del Informe del Surgeon General (2000)	
Tipo de intervención	La intervención es
1. Manuales de autoayuda	Eficaz
2. Intervenciones clínicas mínimas	Eficaz
3. Intervenciones clínicas intensivas	
□ Entrenamiento en solución de problemas	Eficaz
□ Fumar rápido	Eficaz
□ Otras técnicas aversivas	Eficaz
□ Desvanecimiento de nicotina (reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán)	Eficaz
□ Apoyo social	Eficaz
4. Intervenciones farmacológicas	
□ Chicle de nicotina	Eficaz
□ Parche de nicotina	Eficaz
□ Inhalador de nicotina	Eficaz
□ Spray nasal de nicotina	Eficaz
□ Bupropión	Eficaz
□ Nortriptilina	Eficaz
□ Clonidina	Eficaz
5. Programas de salud pública a gran escala	
□ Programas basados en los medios de comunicación	Difícil de evaluar su eficacia en los programas de salud pública
□ Programas en el lugar de trabajo	
□ Programas comunitarios	
□ Programas a nivel de todo un estado (en EEUU)	

Fuente: USDHHS (2000).

Tabla 4

<b>Fases de un programa multicomponente</b>	
<b>Fase</b>	<b>Elementos</b>
Preparación	<p>Movilizar la motivación y el compromiso del cliente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Depósitos monetarios contingentes a la asistencia a las sesiones de tratamiento</li> <li>▪ Revisar las razones para dejar de fumar y los beneficios de abandonar los cigarrillos</li> </ul> <p>Auto observación: aumento de la concienciación y del conocimiento de la propia conducta</p> <p>Establecer el día en que va a dejar de fumar (de 1 a 3 semanas)</p> <p>Entrenarlo en técnicas de automanejo y autocontrol</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utilización de auto registros para identificar los estímulos que eliciten la conducta de fumar</li> <li>▪ Identificar posibles conductas alternativas a la conducta de fumar</li> <li>▪ Entrenamiento en manejo de estrés: relajación o ejercicio</li> </ul>
Abandono	<p>Estrategias aversivas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fumar rápido</li> <li>▪ Retener el humo</li> <li>▪ Saciación</li> <li>▪ Sensibilización encubierta</li> </ul> <p>Estrategias no aversivas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán</li> <li>▪ Contratos en los que conste el día de la fecha de abandono</li> </ul> <p>Estrategias farmacológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Terapia sustitutiva de la nicotina (chicles y parches de nicotina)</li> </ul>
Mantenimiento	<p>Sesiones de seguimiento o llamadas telefónicas</p> <p>Entrenamiento en estrategias de afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estrategias de automanejo para evitar los estímulos elicitadores de la conducta de fumar y en conductas alternativas (ej. Tomar agua, hacer inspiraciones profundas)</li> <li>▪ Estrategia de afrontamiento cognitivo-conductual (anticipar situaciones de alto riesgo; planificar habilidades de afrontamiento)</li> <li>▪ Estrategias para evitar el síndrome de abstinencia: entrenar al sujeto en habilidades conductuales o seguir administrando terapia sustitutiva de la nicotina (chicles o parches)</li> <li>▪ Estrategias para manejar las caídas (ej. Aprender de la caída)</li> </ul> <p>Apoyo social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uso de ayuda mutua (entre los participantes del grupo de tratamiento)</li> <li>▪ Buscar el apoyo e implicación de personas próximas al fumador (esposa, amigos)</li> </ul>
Adaptado de USDHHS (1991)	

## ÍNDICE DE FIGURAS

1	Ciclo y nivel de nicotina en la sangre de los fumadores en un periodo de 24 horas.....	VI
2	Participantes por género.....	VI
3	Porcentaje de consumo de cigarrillos mujeres.....	VII
4	Porcentaje de consumo de cigarrillos hombres.....	VIII
5	Resultados del test de Fagerström.....	VIII
6	Resultado de abstencionismo por género .....	IX

Figura 1

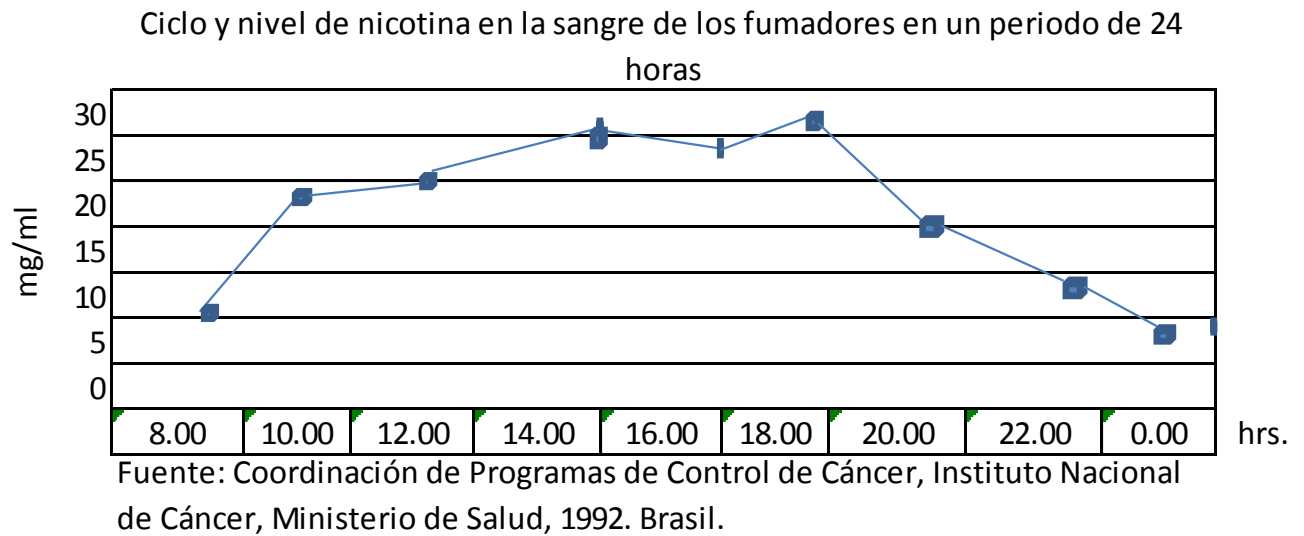


Figura No. 2 Participantes por género

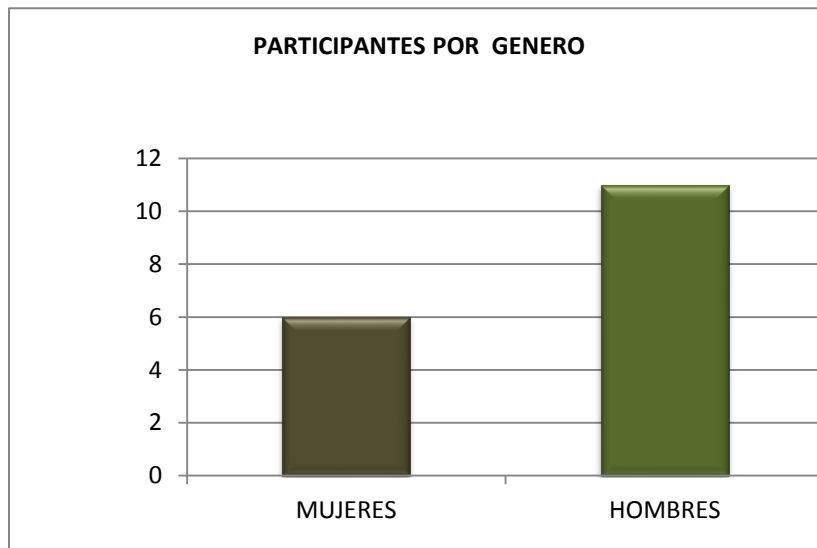


Figura No. 3 Porcentaje de consumo de cigarrillos

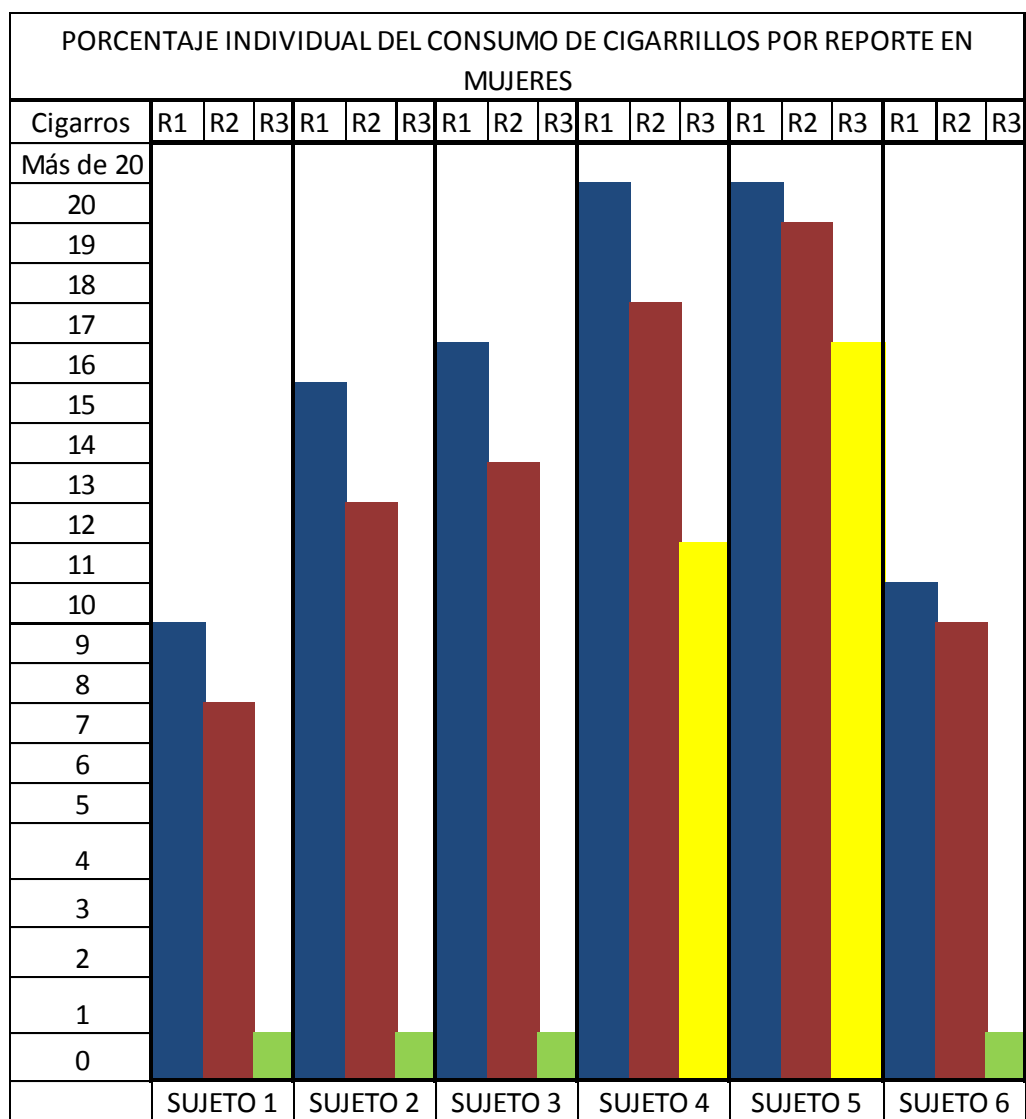


Figura No. 4 Porcentaje de consumo de cigarrillos

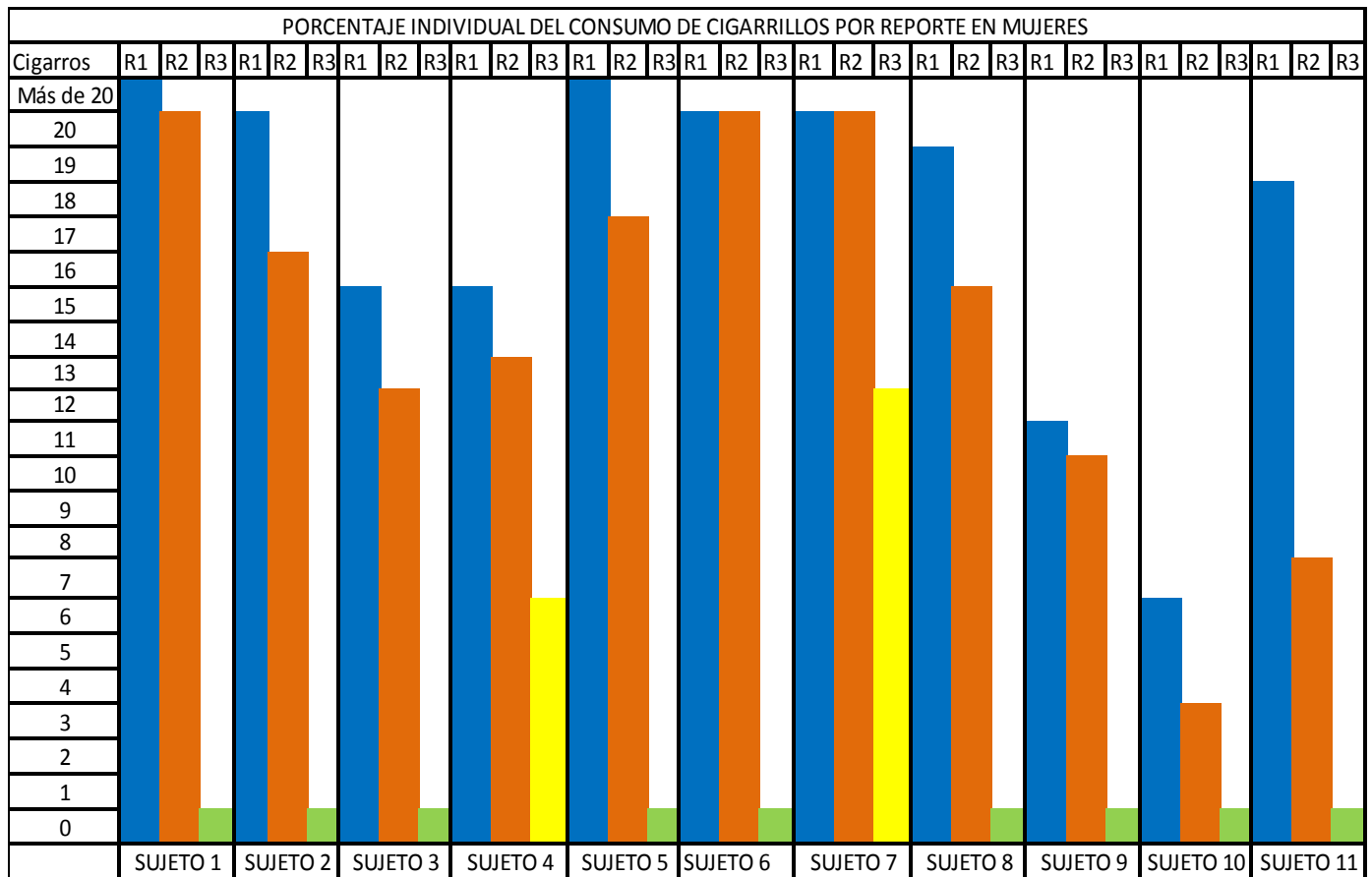


Figura No. 5 Resultados del test de Fagerström

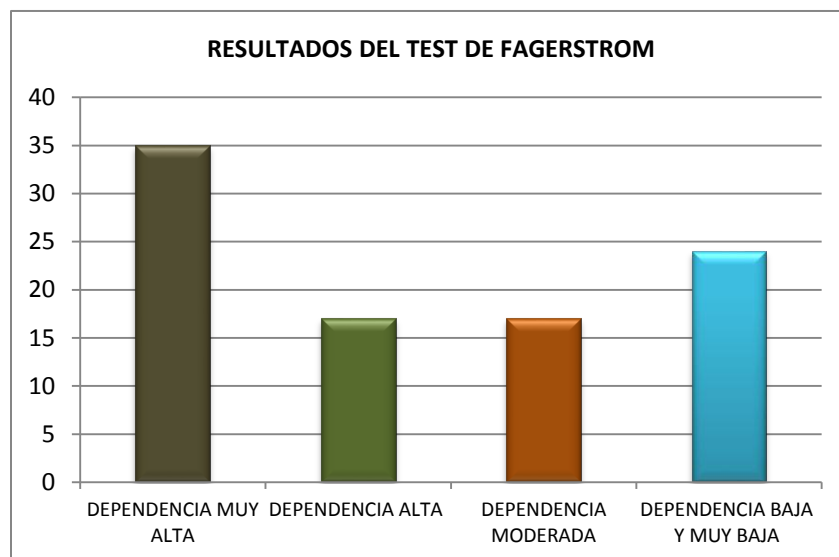
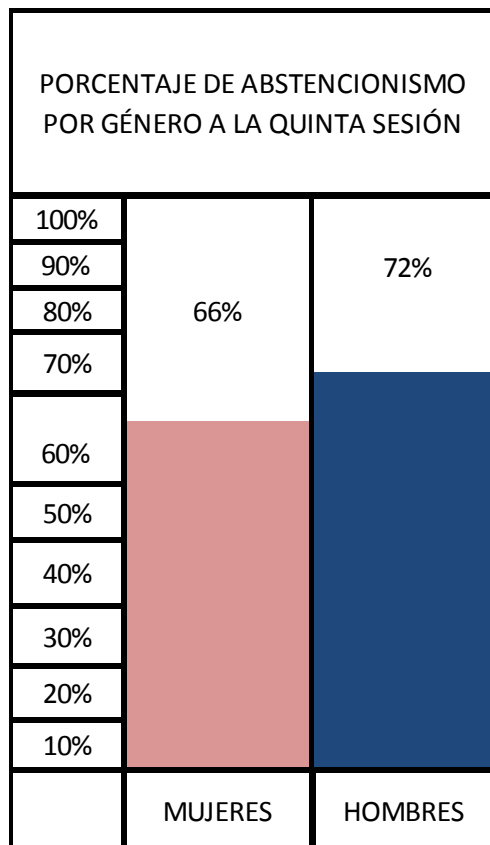


Figura No. 6 Porcentaje de abstencionismo por género



## **INDÍCE DE ANEXOS**

1	Ejercicios de mejora de la función pulmonar.....	XI
2	Efectos y beneficios de dejar de fumar.....	XII
3	Pautas para los primeros días sin fumar: cambiando el entorno y los hábitos .....	XIII
4	El papel de la atención y del lenguaje.....	XIV



## **ANEXO 1. EJERCICIOS DE MEJORA DE LA FUNCIÓN PULMONAR. (MATERIAL PARA EL USUARIO).**

La disminución de la función pulmonar es común en mayor o menor medida entre los fumadores, esta progresiva alteración está condicionada entre otras, por la edad de inicio, número de cigarrillos fumados y concentración de nicotina del tabaco que consume, características intrínsecas y hábitos del sujeto, etc.

Optimizar la función pulmonar es posible, pautando ejercicios específicos que mejoren y reparen en la medida de lo posible, los distintos elementos implicados en esta función, (CVF, Flujo espiratorio, etc.). La práctica diaria y continuada de estos, favorecerá que la persona se sienta mejor físicamente, sin olvidar el elemento motivacional que esta mejoría lleva implícito.

A modo de ejemplo se sugieren los siguientes ejercicios específicos:

### **Ejercicio nº 1**

Hinchar y deshinchar al menos dos globos (los de las fiestas de los niños) no más de cinco veces cada uno, utilizar cada globo un mayor número de veces carece de sentido, ya que estos pierden resistencia y no se conseguiría el efecto deseado.

### **Ejercicio nº 2**

En medio vaso de agua y a través de una pajita de refrescos, se expulsará el aire que previamente se ha inspirado profundamente. Se procurará que la salida del aire se realice muy lentamente y de manera continua, con el objetivo de realizar burbujas lo más pequeñas posibles. (Se puede utilizar como referencia del tamaño a conseguir las que se desprenden al destapar las botellas de gaseosa).

Repetir el ejercicio al menos diez veces.

### **Ejercicio nº 3**

Desde la posición de decúbito supino (tumbado boca arriba) se coloca un libro sobre el abdomen; con una lenta inspiración profunda y diafragmática, se elevará el libro lo más posible, que tras una breve pausa, se expulsará el aire muy lentamente hasta conseguir el reposo de los músculos abdominales. Posteriormente, se procederá a contraer lentamente los músculos abdominales, con el propósito que el libro descienda lo más posible, cuando se consiga, se realiza una pequeña pausa para posteriormente relajar los abdominales hasta conseguir nuevamente el reposo de estos.

Repetir el ejercicio al menos diez veces.

Es conveniente hasta conseguir una cierta rutina que se anoten diariamente los ejercicios realizados, número de veces que se ha ejecutado cada uno y las dificultades si han existido.

**ANEXO 2. EFECTOS Y BENEFICIOS DE DEJAR DE FUMAR.  
(MATERIAL PARA EL USUARIO).**

- Reduciré mucho el riesgo de padecer enfermedades graves: cáncer de pulmón, cáncer de laringe, cáncer del suelo de la boca, cáncer de esófago, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, infarto de miocardio, arteriosclerosis, infarto cerebral, impotencia sexual, etc.
- Reduciré las complicaciones de otras enfermedades como el asma, la hipertensión o la diabetes (si las padezco).
- No perjudicaré a mi hijo durante el embarazo o la lactancia, si estoy embarazada o voy a estarlo.
- Reduciré mucho la frecuencia de pequeños problemas de salud: cansancio, catarros...y por lo tanto mejoraré mi calidad de vida.
- Podré hacer cosas que antes no hacía, como disfrutar del deporte, los paseos por el campo, etc.
- Me liberaré para siempre de la molesta sensación de dependencia, de estar permanentemente “necesitando” algo que condiciona mi vida y la limita.
- Mejoraré la salud de las personas que me rodean, en casa o en el trabajo.
- Seré un buen ejemplo para mis hijos y reduciré la probabilidad de que ellos fumen.
- Ahorraré mucho dinero. Si soy un fumador medio, en torno a 1000 euros al año, que podré dedicar a otra cosa.
- Mi casa, mi ropa y yo mismo no despedirán el molesto olor a tabaco.
- Mis besos no sabrán a tabaco.
- Recuperaré los sentidos del gusto y del olfato.
- Mis dedos no estarán amarillos.
- Mi piel estará más fresca y más tersa. Estaré más guapo/a.

### **ANEXO 3. PAUTAS PARA LOS PRIMEROS DÍAS SIN FUMAR: CAMBIANDO EL ENTORNO Y LOS HÁBITOS. (MATERIAL PARA EL USUARIO).**

#### **Objetivos:**

- Realizar cambios en el entorno y en las actividades para ayudarnos a controlar mejor el deseo de fumar.
- Desarrollar nuevos hábitos alternativos a fumar.

#### **Las ganas de fumar dependen de las señales del entorno**

Si preguntamos a cualquier fumador, nos dirá que su conducta de fumar es sumamente irregular: aunque es cierto que fuma todos los días, el número de cigarrillos y la probabilidad de que fume en una circunstancia particular depende de dónde esté, con quién, en qué momento o realizando qué actividad. No son sólo las señales del organismo, por lo tanto, las que despiertan las ganas de fumar, sino también las señales del entorno del fumador.

Este fenómeno es fácil de comprender si pensamos que un fumador medio:

- Se administra diariamente en torno a 300 dosis de nicotina (una calada es una dosis), cantidad muy superior a la de la administración media de cualquier otra droga.
- Además, lo hace durante 20, 30, 40 o más años.
- Y además esa conducta se repite especialmente ante ciertas situaciones cotidianas: cuando se levanta de la cama, cuando toma café, cuando hace una pausa en el trabajo, cuando se sienta a ver la tele, cuando habla por teléfono, cuando está tenso...

En otras palabras, como consecuencia de la repetición de la conducta de fumar durante miles de veces ante ciertas situaciones, estas adquieren el poder de disparar las ganas de fumar de modo automático.

Naturalmente, este principio no es sólo válido para la conducta de fumar, sino para cualquier comportamiento, como puede observarse en numerosos ejemplos cotidianos:

- La conducta de contar un chiste es más probable en una reunión de amigos (donde se ha producido numerosas veces en el pasado y suele ser bien acogida) que en un funeral.
- La conducta de llorar y pedir un caramelo es más probable en un niño cuando pasa delante de un kiosco que cuando está viendo la tele.
- Los animales del zoo producen saliva cuando ven al cuidador que les alimenta, y no cuando están ante el veterinario.
- Sentimos hambre cuando pasamos delante de una pastelería, y no cuando pasamos delante de un taller mecánico.

#### **Para controlar el deseo de fumar debemos, por lo tanto, organizar bien nuestro entorno**

Ahora que estás a punto de dejar de fumar es esencial que organices cuidadosamente tu entorno y tus hábitos para ayudarte a controlar sin esfuerzo los posibles impulsos de encender un cigarrillo. Esto puede ser costoso en algún momento, porque puede suponer renunciar durante algunas semanas a actividades agradables, como salir de copas con los amigos. Pero recuerda que será temporal, y que es más importante aún que tomar la medicación.

Algunos de los cambios que debes realizar son:

- Tira todo del tabaco que tengas en casa, en la oficina, en el coche...
- Retira todos los ceniceros de tu entorno.
- Lava tu ropa o tus cortinas si huelen a tabaco.
- No tomes café durante unos días.
- En lugar de sentarte en el sofá a ver la tele después de cenar, haz otra cosa.
- en a mano zumos de frutas.
- Piensa que otras cosas vas a hacer en esos momentos en que antes fumabas un cigarrillo (¡no confíes en la “fuerza de voluntad”!).
- Comunica a todas las personas que te rodean (familia, amigos, compañeros de trabajo) que has dejado de fumar. De este modo adquieres un compromiso mucho mayor.

- Coloca señales a modo de recordatorio, para ti y para los demás, sobre todo en los lugares que no puedes evitar y donde otros fuman (tal vez el trabajo).
- Coloca tu lista de ventajas de dejar de fumar en un sitio visible.
- Haz una lista con las situaciones que vas a evitar o en las que vas a introducir cambios.
- Haz algo de ejercicio físico. Puedes apuntarte a algún gimnasio, puedes salir a correr, puedes montar en bicicleta, o puedes simplemente bajarte del autobús una parada antes y caminar.

#### **ANEXO 4. EL PAPEL DE LA ATENCIÓN Y DEL LENGUAJE. (MATERIAL PARA EL USUARIO).**

##### **Objetivo**

Aprender a utilizar la atención y el lenguaje interno para controlar de modo efectivo el deseo de fumar.

##### **¿Qué “nos decimos” cuando tenemos ganas de fumar? Lo que pensamos cuando sentimos ganas de fumar puede hacer que las ganas aumenten**

Hace días, cuando explicábamos cómo funcionan las ganas de fumar, ya adelantábamos la importancia de nuestra forma de afrontar esas ganas como elemento que puede favorecer que el deseo aumente o disminuya.

Esta experiencia es, además, muy común. ¿No has observado que las emociones que experimentas (los “nervios”, el miedo, la tristeza, la alegría...) dependen, sobre todo, de los pensamientos que tengas en ese momento? Las ganas de fumar son algo parecido a las emociones: consisten en un conjunto de cambios que tienen lugar en tu organismo y que tú percibes como deseo de fumar.

¿No has observado, también, durante los primeros días sin fumar, que cuando estás distraído o cuando tienes pensamientos de ánimo, las ganas de fumar no aparecen o se controlan mucho mejor? En la tabla 6 planteamos algunos ejemplos de pensamientos poco útiles para afrontar las ganas de fumar, así como pensamientos alternativos.

##### **Ejemplos de afrontamiento funcional y disfuncional del deseo de fumar.**

<b>Cuando pienso...</b>	<b>Es más realista pensar...</b>
“Las ganas de fumar son horribles e incontrolables”	“Ocasionalmente pueden ser intensas y molestas, pero en absoluto horribles ni incontrolables”.
“Necesito un cigarrillo”	“Me apetece, pero no lo necesito”.
“No puedo aguantar...”	“Es una reacción normal, ya me lo dijeron... Puedo controlarlo... Cada vez me costará menos... Lo que tengo que hacer es centrarme en lo que estaba haciendo...”
“No volveré a fumar más... ¡qué horror!”	“He decidido no fumar más, puedo revisar este objetivo cuando lo desee. Pero, por ahora, tengo claro que no voy a fumar”.
“De vez en cuando podré darme permiso para fumar un poco (“por uno no pasa nada”)	“Si lo hago, en poco tiempo estaré fumando como antes y, ¡no quiero!”.

“El programa va a conseguir que deje de fumar (“varita mágica”).”

“Dejar de fumar requiere un esfuerzo durante un tiempo”

Los pensamientos de la columna de la izquierda suelen acudir automáticamente y pueden ser muy rápidos. Como ves, contienen formas poco realistas y poco útiles de afrontar las ganas de fumar, como por ejemplo:

- Exageraciones: “horrible”, “espantoso”, “incontrolable”...
- Ideas de “necesidad” que no son realistas (no lo necesito, la prueba está en que si no fumo no pasa nada).
- Anticipaciones: “tarde o temprano volveré a fumar...”, “No podré aguantar...”. Anticipar el fracaso lleva a fracasar.
- Permisos: “por uno no pasa nada...”.
- Etc.

Cuando tienes ganas de fumar, ¿suelen acudirte este tipo de pensamientos? Si tratas de sustituirlos por los pensamientos de la columna de la derecha, ¿verdad que te resulta más sencillo afrontar el deseo y esta va disminuyendo en pocos segundos?

### Las auto instrucciones

Nuestros pensamientos y nuestras ideas suelen agolparse atropelladamente en nuestra cabeza cuando sentimos ganas de fumar. Aparecen ideas perturbadoras que contribuyen a aumentar nuestro deseo y, también, en ocasiones, ideas y pensamientos más racionales que contribuyen a que el deseo resulte como lo que es, ¡pasajero! Si no ponemos orden en ese “lenguaje interno”, el resultado puede ser volver a fumar.

¿Te imaginas que útil sería tener en ese momento crítico, a tu lado, a alguien, tal vez a un amigo, que te ayudara a poner orden en ese bullicio de ideas?

El ejercicio que te proponemos se llama “auto instrucción”, y es sumamente eficaz para ayudarte a afrontar de un modo efectivo las ganas de fumar. Como su propio nombre indica, consiste en darte a ti mismo (auto) instrucciones o indicaciones sobre cómo valorar la situación y qué hacer. En otras palabras, se trata de “aprender a hablarte a ti mismo” de un modo eficaz.

Toma una ficha y escribe en ella cuatro o cinco de estas “auto instrucciones”. Llévala siempre encima. Cuando sientas ganas de fumar, es la señal para detener el flujo incontrolado de pensamientos, sacar tu ficha y releer (¡con ganas!) las auto instrucciones.

Apréndetelas, haz que surjan automáticamente cuando experimentes deseos de fumar. En poco tiempo verás cómo controlas esos deseos sin esfuerzo.

Un ejemplo de ficha de auto instrucciones:

- Ya me lo dijeron, es una reacción normal.
- No voy a intentar eliminarlo, sólo controlarlo.
- Tal como aparece, así desaparece.
- Voy a respirar como me han enseñado...
- En caso extremo, siempre podré llamar a...