



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EFICACIA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y
COMPROMISO EN ADICCIÓN AL TABACO: UN ESTUDIO
DE CASO.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Lic. En Psicología

P R E S E N T A:

JACQUELINE CARRETERO JACINTO



**DIRECTOR DE TESIS:
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**

**Ciudad Universitaria, CDMX
2017**



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.

Agradecimientos

A mis padres por el apoyo incondicional que me ha permitido llegar hasta donde estoy, por ser ejemplo de lucha constante e impulsarme siempre a buscar un mayor desarrollo profesional, por su paciencia y por ser el pilar en mi educación.

A mi fiel compañero de vida, gracias por estar presente en todo momento de manera incondicional brindándome siempre la fuerza necesaria para seguir adelante.

A Gabriela Arenas Ortiz por ser mi compañera de aventuras y compartir a mi lado un sin fin de experiencias que han marcado mi vida, por ser siempre más que una amiga, por su confianza y apoyo en todo este proceso.

A Erick por convertirte en mi presente enseñándome que hay excepciones que pueden cambiarte la vida.

A mis amigas Cristina Mendoza, Marlene Omaña, Marbella Romero, Nayeli Valencia y Sandra Ayala, Mercedes Maya conocerlas fue más que una casualidad, gracias por acompañarme en este proceso y aun en los momentos más dramáticos ofrecerme una sonrisa.

A quien me enseñó que el amor puede demostrarse con simples actos cotidianos cuando los labios no aprenden a expresar afecto. Me hubiera gustado compartir este logro contigo.

A todas aquellas personas que han pasado por mi vida y me han regalado unas palabras de apoyo, una sonrisa o un momento de su historia, las atesoro en el único lugar de donde no podrán salir, mis aprendizajes y mi historia de vida.

A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO por ser mi casa y mi templo, por brindarme la oportunidad de abrir los ojos ante una infinidad de conocimientos.

A la Facultad de Psicología Mi alma mater por dotarme de las habilidades necesarias para emprender mi camino profesional y personal.

A la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, por apoyarme en este proceso y por haber sido fuente de inspiración en el descubrimiento y la elaboración de mi tesis.

Índice

Resumen.....	1
---------------------	----------

Introducción.....	III
Capítulo I: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	1
• Contextualismo Funcional.....	1
• Teoría de los Marcos Relacionales.....	5
• El Sufrimiento Desde una Perspectiva ACT.....	10
• Flexibilidad Psicológica.....	19
Capítulo II: Adicción al Tabaco.....	26
• Adicción.....	27
• Implicaciones del Consumo de Tabaco a la Salud.....	29
▪ Enfermedades Respiratorias.....	29
▪ Enfermedades Cardiovasculares.....	30
▪ Enfermedades Neoplásicas.....	32
▪ Enfermedades Neonatales.....	33
▪ Tabaquismo Pasivo.....	34
▪ Tabaquismo y Depresión.....	35
• Neurobiología de la Adicción al Tabaco.	39
• Factores Psicosociales en la adicción al Tabaco.	40
Capítulo III: Tratamientos para el consumo de Tabaco.....	42
• Intervenciones Mínimas.....	43
• Intervención de autoayuda individual.....	43
• Consejo Médico.....	43
• Terapia Farmacológica.....	44
• Tratamiento Psicológico.....	47
• Terapia de Aceptación y Compromiso. Una Nueva Alternativa terapéutica en Adicciones.....	51

Capítulo IV: Metodología.....	55
• Planteamiento del problema.....	55
• Tipo de estudio.	56
• Objetivo.....	56
• Pregunta de investigación.....	56
• Hipótesis.....	56
• Variables de estudio.	57
• Diseño.....	58
• Participante.....	58
• Instrumento.	58
• Procedimiento.....	59
Capítulo V: Tratamiento.....	60
• Evaluación.....	64
• Sesión 1: Valores.....	66
• Sesión 2: Aceptación.....	69
• Sesión 3: Delimitación de Valores.....	71
• Sesión 4: Identificación de pensamientos fusionados.....	73
• Sesión 5: Pensamientos Fusionados.....	75
• Sesión 6: Conciencia en el momento presente.....	77
• Sesión 7: Técnicas de defusión.	76
• Sesión 8: Técnicas de aceptación.....	81
• Sesión 9: Yo-como-contexto.....	83
• Sesión 10: Yo-como-contexto.....	84
• Sesión 11: Compromiso de Acción.....	86
• Sesión 12: Compromiso de Acción.....	88
Capítulo VI: Resultados.....	90
Capítulo VII: Discusión y Conclusiones.....	95
• Discusión.....	95

- Conclusiones.....100
- Anexos.....103**
- Bibliografía.....105**

Resumen

La adicción al tabaco es considerada como la primera causa de muerte evitable en el mundo. La OMS (2011) estima que poco más de mil millones de personas fuman tabaco en todo el mundo y su consumo mata prematuramente a cerca de 6 millones de personas.

Debido al problema de salud que representa el consumo de tabaco en nuestro país de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Adicciones (2011), es importante buscar estrategias de intervención que ayuden a combatir el consumo y disminuir las consecuencias a la salud.

Actualmente, la terapia de primera elección en el tratamiento de consumo de tabaco es la terapia cognitivo conductual con la cual se han reportado grandes avances en la disminución del consumo y la prevención de recaída, sin embargo, gracias al surgimiento de las terapias de tercera generación y las recientes investigaciones del impacto de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el campo de las adicciones se han comenzado a generar resultados positivos en el tema.

En el presente estudio se buscó medir el impacto de la Terapia de Aceptación y Compromiso en la disminución del consumo de tabaco en un caso único que presentaba dependencia, para lo cual se llevó a cabo una evaluación de Línea Base seguida de un tratamiento de 12 sesiones basadas en enseñarle al cliente diferentes técnicas de aceptación y defusión de pensamientos con el objetivo de llevarlo hacia la aceptación de sus vivencias internas y el compromiso de acción basado en valores, además de 3 sesiones de seguimiento que ayudaron a reforzar en el cliente las estrategias aprendidas durante el tratamiento. Al final de la

intervención se observaron resultados favorables con la disminución de un 89% del consumo y una tasa baja de recaídas durante el proceso.

Palabras clave: Dependencia, Tabaco y Terapia de Aceptación y Compromiso.

*Si no bajas a los abismos no recuperarás los tesoros de la vida;
allí donde tropieces te estará esperando un tesoro.*

Joseph Campbell (1995)

INTRODUCCIÓN

El interés por realizar una investigación sobre la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el campo de las adicciones, específicamente la adicción al tabaco surge ante la problemática que se observa en cuanto al aumento de consumidores y con esto el gasto económico y la degradación de la calidad de vida de los mexicanos volviéndose un problema prioritario.

El último reporte de la ENA 2011 indica una prevalencia de consumo activo de tabaco de 21.7%, lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores. El consumo de tabaco y la exposición a su humo se mantienen como la primera causa de muerte prevenible a nivel mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el tabaco se ha vuelto una de las mayores amenazas para la salud pública, provocando el deceso de cerca 6 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones son consumidores directos y más de 600, 000 están expuestos al humo de tabaco y por consiguiente a sus efectos nocivos en la salud. En México se estiman en 60, 000 decesos prematuros cada año, cifra mayor a las debidas por sida, la tuberculosis y los accidentes juntos; el no fumar reduciría por si solo una tercera parte de las defunciones por cáncer (Kumate, en Medina-Mora, 2012).

De acuerdo con World Lung Fundation y la American Cancer Society (2009), se estima una pérdida cercana a los 500 billones de dólares por el tabaco en la economía mundial, superando el gasto anual total en salud en todos los países de bajos y medianos ingresos.

Sin embargo, a pesar de las consecuencias observables en la salud y calidad de vida, solo un 2% de ellos menciona haberse sometido a un tratamiento (ENA, 2011).

Actualmente se han logrado grandes resultados en los tratamientos de corte cognitivo conductual, siendo el tratamiento de cabecera en el tema de adicciones, sin embargo, el campo de las drogodependencias está situado entre los trastornos psicológicos con mayor índice de abandonos y mayor tasa de recaídas, por lo que se hace necesario una constante actualización de los avances que se vayan produciendo dentro del modelo imperante y de referencia para este trastorno la terapia cognitivo conductual (López Hernández, 2014).

Por lo anterior y debido a los resultados que están teniendo las terapias de tercera generación, principalmente la Terapia de Aceptación y Compromiso, es importante generar investigación en cuanto a la funcionalidad de dicha terapia en el campo de las adicciones como una nueva estrategia que podría sernos de gran utilidad al modificar la visión psicológica que se tiene de las causas que generan una adicción y brindándonos una nueva estrategia de solución.

*“Los humanos pueden estar abrigados, bien alimentados, secos, físicamente bien y, aun así, sentirse desgraciados”
(Hayes 2014).*

CAPÍTULO I. TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)

Contextualismo funcional.

El contextualismo funcional se ubica como una extensión e interpretación del conductismo radical de Skinner, teniendo como objetivo el predecir e influir en los eventos privados a partir de la manipulación contextual.

Hayes (1993) menciona que existen dos tipos de contextualismo organizados de acuerdo con sus objetivos, estos son:

1. Contextualismo descriptivo, el cual busca la apreciación de los participantes en sus eventos generales.
2. Contextualismo funcional, el cual busca predecir e influir en las interacciones en curso entre organismos completos y contextos históricos y situacionales definidos.

La terapia de aceptación y compromiso se basa en el contextualismo funcional el cual toma como unidad analítica nuclear el acto-en-contexto en curso; es decir la acción del organismo establecida sensatamente (Pepper, 1942).

Al tratarse de un enfoque holístico, el contextualismo toma como objeto primario la totalidad del acontecimiento, abstrayendo las partes solo cuando se encuentra

útil hacerlo, entendiendo así la totalidad en referencia al contexto más que configurada por elementos. El contextualismo funcional cuenta con cuatro características principales: acontecimiento global, contexto, verdad y objetivos. A continuación se describirán con un poco más de detalle.

Desde la perspectiva del contextualismo funcional, la verdad es definida como una actividad concreta que ayuda a conseguir un objeto determinado. Por lo tanto, los objetivos especifican cómo se puede aplicar un criterio pragmático por lo que sin un objetivo formulado verbalmente ningún comportamiento modelado por sus consecuencias sería verdadero. Una vez que es formulado un objetivo verbalmente se lleva una valoración del grado en que la práctica analítica es de utilidad para conseguir el objetivo planteado, por lo tanto, lo importante no es la verdad concebida en abstracto como una estrecha correspondencia entre enunciados y realidad, sino conseguir que las cosas se realicen (Hayes, 1993). En este caso, una idea es verdadera en tanto sus consecuencias la reafirmen desde la experiencia, justificando una conducta y desafiando de manera implícita al terapeuta para que acepte esta verdad y admita que el cambio es imposible.

Es esencial entender e influir en el propósito que los clientes dan a su vida y la forma en que estos propósitos se representan tanto en su mundo externo como en el mundo existente, con el objetivo de centrar su acción en un contexto, ya que dentro del contextualismo funcional, los acontecimientos psicológicos son considerados interacciones de organismos completos dentro de un contexto histórico y situacional. El contextualismo funcional, de acuerdo con Hayes,

persigue, en primer lugar, predecir e influenciar dichas interacciones, donde la precisión, alcance y profundidad son exigencias conceptuales utilizadas para valorar una explicación aceptable que cumpla nuestros objetivos primarios de predicción e influencia (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014, p. 65-67).

El enfoque contextual mantiene que no existe una representación verdadera en un sentido objetivo. La representación más auténtica sólo podría ser determinada en el contexto de los objetivos o propósitos concretos que se aplicaran (Hayes, et al, 2014). Tomando en cuenta lo anterior, el terapeuta forma parte del contexto de la conducta a modificar, por tanto para influir de manera significativa en dicha conducta, debe ser capaz de manipular el contexto de la conducta a modificar. Para evaluar el funcionamiento de la intervención es menester evaluar la interacción terapéutica y su relación con los objetivos y valores decididos por el cliente.

En la Terapia de Aceptación y Compromiso hay una postura consciente de aceptación hacia todos los eventos psicológicos, incluso si son valorados como negativos, puesto que el problema no es la presencia de un evento en particular, sino la función y el significado que adquiere en el contexto presente. A diferencia del enfoque cognitivo conductual, en el cual se busca entrar en el contenido de los pensamientos e ideas del cliente, dentro del marco del contextualismo funcional se observa el acto y su contexto para posteriormente disponer de un análisis funcional de los objetivos pragmáticos de terapeuta y cliente.

Hayes, Strosahl y Wilson (2014) mencionan que más que enfocarse en cambiar la forma de una vivencia interna, al ser percibida como causal, el terapeuta ACT debe hacer énfasis en cambiar la función de esas vivencias internas, es decir, alterar las funciones cambiando los contextos en los que determinados tipos de actividad (pensamientos y sentimientos) se relacionan normalmente, con otras formas (acciones observables).

El núcleo de los componentes del contextualismo funcional son: (a) Enfoque en la totalidad del evento, (b) Sensibilidad en los roles del contexto en la comprensión, la naturaleza y la función de los eventos, (c) Énfasis en el criterio de verdad pragmática, (d) Criterios científicos específicos contra los criterios de verdad (Biglan & Hayes, 1996; Hayes, Hayes, & Reese, 1988; Hayes et al., 1993).

De acuerdo con Hayes (2004), la Terapia de Aceptación y Compromiso conceptualiza los eventos psicológicos como un conjunto de interacciones en curso entre el organismo completo y su contexto histórico y situacional definido. Así, la forma de atacar la conducta problema, es a partir de los contextos que participan en el evento. En el contextualismo funcional, predicción e influencia son vistas como objetivos unificados, por tanto en el análisis siempre influyen variables contextuales aunque para lograr el objetivo de influir en la conducta se requiere de una manipulación exitosa de sus eventos, y sólo las variables contextuales pueden ser manipuladas directamente.

De esta forma, la Terapia de Aceptación y Compromiso se centra en el proceso de pensar en sí mismo, orientando a reexaminar el pensamiento a medida que se

desarrolla y a examinar la viabilidad práctica en determinada situación, considerando el pensamiento desde la viabilidad y no desde la verdad literal, colocando así el pensamiento en un contexto socio-verbal alternativo. De tal forma que, se trate al lenguaje como acto en un contexto y así podamos hacernos responsables de nuestros propios actos cognitivos y ampliar la flexibilidad conductual de manera que se puedan seleccionar conductas viables basadas en la relación acción-resultado.

Teoría de los marcos relacionales.

La teoría de los marcos relacionales es una continuación de las leyes establecidas en el análisis funcional del comportamiento que busca analizar de manera funcional el lenguaje y la cognición. De acuerdo con Gutiérrez y Luciano (2006), se trata de una continuación y no de una ruptura, debido a que amplía el conocimiento disponible sobre la emergencia de nuevos comportamientos, debido a que describe leyes que establecen las condiciones para la formación y la alteración de funciones vía procedimientos indirectos, frente a los conocidos y bien establecidos procedimientos directos del manejo de contingencias para el establecimiento y cambio de funciones reforzantes aversivas, motivacionales y discriminativas de aproximación y evitación.

Hayes, Barnes-Holmes y Roche (Citados en Hernández y Sandoval, 2003), definen la conducta verbal como la acción de responder a un evento en términos de otro con base en una clave contextual. En este sentido, un evento tiene propiedades verbales en la medida que forma parte de una contingencia con

características relacionales arbitrarias provocando una respuesta relacional aplicable arbitrariamente.

De acuerdo con Hayes y cols. (2014, p.82-85) en la Teoría de los marcos relacionales (RFT), el núcleo central del lenguaje y de la cognición de alto nivel es la capacidad de aprender y aplicar marcos de relaciones, los cuales se refieren a los comportamientos aprendidos. Los marcos relacionales cuentan con tres grandes propiedades bajo un control contextual arbitrario: implicación mutua, implicación combinatoria y transformación de la función estimular; a continuación se presentan más detalladamente cada una de las propiedades.

La implicación mutua afirma que cuando dos estímulos se relacionan en un contexto determinado, una relación inversa los vincula bidireccionalmente, por ejemplo, si Carlos aprende que la Terapia de aceptación y compromiso tiene una mayor tasa de abstinencia que la Terapia Cognitivo Conductual en el tratamiento de adicciones, entenderá en el mismo contexto que la Terapia Cognitivo Conductual tiene menores resultados en el tratamiento de adicciones que la terapia de Aceptación y Compromiso.

La implicación combinatoria significa que las relaciones mutuas se pueden combinar, es decir, se trata de una relación derivada entre dos estímulos cuando estos han sido relacionados de manera indirecta por otro u otros estímulos. Por ejemplo, si una persona aprende que en el tratamiento de la depresión, la terapia sistémica es más eficaz que el psicoanálisis, y que a su vez, la Terapia cognitivo

conductual es más eficaz que la terapia sistémica, la persona deducirá que la terapia cognitivo conductual es más eficaz que el psicoanálisis en el tratamiento de la depresión. Aprender una relación verbal en un sentido predice el refuerzo por responder en el otro sentido. La teoría de los marcos relacionales supone que es mediante la secuencia de implicación mutua e implicación combinatoria como se desarrolla un marco relacional (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014).

Por último, la transformación de la función del estímulo se presenta cuando un estímulo en la red relacional tiene ciertas funciones psicológicas, las funciones de otros eventos en la red pueden ser modificadas de acuerdo con la relación derivada subyacente. Por ejemplo, si un sujeto acude a una terapia cognitivo conductual eficaz para reducir el consumo de sustancias, probablemente ante un estado de depresión elija un enfoque cognitivo conductual debido a la transformación de la función del estímulo que se ha adquirido indirectamente (Hernández y Sandoval 2003).

De acuerdo con Hernández y Sandoval (2003), las respuestas relacionales conforman 9 patrones que pueden clasificarse de acuerdo con su funcionalidad, estos son:

1) **coordinación**, la cual se refiere a una relación de semejanza conductual, en este patrón se pueden encontrar pensamientos tales como “la soledad es parecida a la muerte”.

2) **oposición** que hace referencia a las propiedades contrarias de eventos, como “Lo opuesto a no estar triste, es estar triste”

3) **distinción** la cual implica que dos o más eventos no pueden contrastarse a partir de ningún criterio, encontrando pensamientos como “Yo no soy como mi padre.”

4) **comparación** que clasifica los eventos en dimensiones físicas aparentes, por ejemplo “Mi hermano es más guapo que yo.”

5) Relaciones **jerárquicas** que hacen referencia a los atributos de clase y categoría, encontrando pensamientos como “Soy la oveja negra de la familia”

6) **temporales** con las cuales se ubican los sucesos en un continuo desde la perspectiva del ahora, donde se encuentran pensamientos como “Hace tres años si era feliz.”

7) **espaciales** que describen la ubicación de los eventos como “Cuando ella dice que quiere terminar la relación siento el miedo en el pecho.”

8) de **condicionalidad y causalidad** establecen relaciones sucesivas entre eventos, retomando pensamientos del tipo “Si la ansiedad desaparece yo podría ser feliz.”

9) relaciones **deícticas o de perspectiva** que suponen el desarrollo de la identidad de los individuos, donde se encuentran pensamientos como “yo soy un fumador”.

Lo anterior permite entender por qué se responde a un estímulo sin experiencia directa previa, de modo que la transformación de funciones ayuda a explicar la derivación de estados de ánimo, esta transformación de funciones es clave para entender el sufrimiento de los seres verbales. Dependiendo del papel funcional de

la historia personal en la cual se desarrollan los eventos privados se observan diferentes formas de regulación verbal.

Por otro lado, la Teoría de los marcos relacionales supone la regulación verbal del comportamiento con base en tres procesos generales: **Seguimiento por control natural** el cual hace referencia a los patrones relacionales configurados a través de la historia del individuo ante la exposición directa a las consecuencias naturales. Por ejemplo, si una persona visita un lugar desconocido y no ha sido prevenida con relación al clima del sitio, generará un marco relacionan en el que enuncie o reporte a otros la característica térmica de éste. **Seguimiento por control social**, que hace referencia a las conductas con consecuencias anticipadas por enunciados verbales presentados por otros, por ejemplo, cuando se dice “en el lugar x hace frío, lleva chaqueta”; y la **función valorativa** que puede alterar el valor consecuencial de conductas particulares de manera formativa, la cual altera el valor de las consecuencias de una conducta que nunca se ha emitido, como el suicidio, como búsqueda de un estado emocional diferente al actual; o bien de forma motivante, la cual modifica el valor de las consecuencias conocidas de una conducta, por ejemplo, una persona puede comprar un automóvil de determinada marca por las valoraciones positivas de amigos, independientemente del costo (Hernández y Sandoval, 2003).

A partir de lo anterior, se entiende como el lenguaje forma parte de una gran red de relaciones entre estímulos a través de los cuales viajan las funciones psicológicas. Estas relaciones se conforman a partir de una historia de

reforzamientos que propician el establecimiento de diferentes marcos relacionales sujetos siempre a un control contextual.

El sufrimiento desde una perspectiva ACT.

El sufrimiento humano es la característica básica de la vida humana. La gente no sólo sufre, provoca sufrimiento en forma de sesgos, prejuicios y estigmas de una manera tal que parece tan natural como el respirar (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014, p 24-25).

La generalización del sufrimiento sugiere que éste se origina a partir de procesos que evolucionaron para favorecer la adaptabilidad del organismo humano. Esta observación es la idea básica del *supuesto de normalidad destructiva*: la idea de que algunos procesos psicológicos humanos normales, y hasta útiles pueden conducir a resultados destructivos y disfuncionales al amplificar o exagerar cualquier condición anormal, fisiológica o psíquica que pudiera existir previamente (Hayes, 2011. P.37).

“El objetivo fundamental de la Terapia de Aceptación y Compromiso consiste en llegar a abrazar el necesario sufrimiento para aumentar la capacidad de comprometernos con nuestros propios valores” (Strosahl, Hayes y Wilson, 2004).

Si bien, el lenguaje ha favorecido de manera importante el desarrollo de las grandes civilizaciones, a través del desarrollo de la capacidad humana de modificar su entorno tomando como armas la ciencia y la tecnología principalmente; esta capacidad humana que lo ha distinguido de otras criaturas se

ha podido desarrollar a partir del lenguaje como una actividad simbólica, lo cual permite anticipar eventos aversivos, crear semejanzas y diferencias entre acontecimientos estableciendo relaciones entre el pasado y presente, puede generar predicciones ante situaciones que no han experimentado y responder como si se estuviera frente una situación aversiva aun después de mucho tiempo de que ésta se ha presentado (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014. P. 41). Estas destrezas cognitivas han sido útiles para sobrevivir dentro de un contexto social, sin embargo, estas mismas destrezas cognitivas generan malestar psíquico cuando no son tratadas adecuadamente.

Es por tanto que lejos de modificar el lenguaje, lo que el terapeuta ACT debe hacer es aprender y enseñar a utilizar el lenguaje a través del cuestionamiento de su validez y funcionalidad de acuerdo ha determinado contexto (Hayes, 2014. P 43), de esta forma es necesario cuestionar los límites de la viabilidad de las palabras entendiendo que el lenguaje no siempre es bueno para todo y por tanto es necesario aprender a utilizarlo y controlarlo en vez de ser controlados por él.

Hayes en 1999 (citado en Gómez, et al., 2007) ha identificado cuatro características básicas del lenguaje que multiplican el sufrimiento humano:

La primera es la **literalidad del lenguaje**. El humano tiene la capacidad de reaccionar no solo ante una situación aversiva creada por contingencias directas, sino también a cualquier estimulación que se encuentre relacionada verbalmente con la situación original, lo cual hace posible que se pueda sufrir ante cualquier contexto, esto indica que el lenguaje puede crear contextos psicológicos que

conducen a la persona a reproducir una respuesta particular a pesar de la existencia de otras respuestas, produciendo la inflexibilidad o rigidez psicológica, la cual ha sido identificada como una característica destacada de la psicopatología. Otro inconveniente de la literalidad es la dificultad para diferenciar entre el contenido y el contexto de una conducta verbal obteniendo una relación de equivalencia o coordinación entre determinado adjetivo y la persona donde se da ese contenido, dificultando la diferenciación entre la conducta verbal generada en una condición particular y la persona, que actúa de este modo u otro en diferentes condiciones. Por ejemplo, cuando una persona piensa que es “egoísta y despreciable”, en términos de la *Teoría de los marcos relacionales* se podría decir que se da una relación de equivalencia o coordinación entre este tipo de adjetivos (yo como contenido) y la persona donde se da ese contenido (yo como contexto). Esto es, no se diferencia entre la conducta verbal generada en unas condiciones particulares y la persona que actúa de este modo u otros en otras condiciones. Una persona no es tímida, agresiva, despreciable o divertida, en todo caso hay contextos donde se comporta de manera tímida, agresiva, despreciable o divertida (Gómez, 2007).

La segunda causa se relaciona con el **establecimiento de categorías**, dividiendo de esta forma el mundo de una manera arbitraria con la aplicación de marcos relacionales de evaluación y comparación de la experiencia, esta formación de categorías puede generar un efecto de separación psicológica, que pueden relacionarse a su vez, a través de marcos relacionales de oposición o distinción, siendo una base para la generación de prejuicios y estereotipos o visiones

parciales de una persona, lo que limita el rango de comportamientos y de las cuales se derivan maneras de actuar según las contingencias que imperan en el contexto social, es decir, podemos llegar a comportarnos según la etiqueta con la que nos definimos o nos definen. Por ejemplo, cuando una persona realiza un acto evaluado como aversivo tendemos a emitir un juicio categorizándolo como “egoísta”, “cruel”, “interesado”, etc. Al definir a una persona con estos adjetivos se puede llevar la categorización a un estado tóxico.

La tercera causa es la **búsqueda de coherencia verbal**. La Teoría de los marcos relacionales propone que la incoherencia verbal es aversiva para la mayoría de las personas, esto debido a que el contexto social refuerza la construcción de redes relacionales coherentes tanto a nivel de consistencia interna como a nivel de correspondencia con los hechos, por tanto, una vez que se aprende a buscar el sentido a nuestra experiencia rara vez se puede dejar de llevar a cabo. Una de las implicaciones de llevar a cabo una construcción coherente es la explicación que da a los problemas y las posibles soluciones que podrían terminar con ellos, sin embargo, la coherencia de las historias y las soluciones no garantiza que el problema se resuelva y, puede incluso formar parte del problema, esto de acuerdo con la postura de la Terapia de Aceptación y Compromiso, puesto que las soluciones propuestas en ocasiones tienen que ver con la eliminación de algún evento privado que se asume como causa de la conducta. Por ejemplo en una discusión de pareja donde con tal de tener razón (defender una red relacional coherente), se pierde de vista el efecto o función del comportamiento, cada miembro de la pareja acaba frustrado, incomprendido y más distanciado del otro.

Dicho de otro modo, la coherencia de las historias y de las soluciones no garantiza que el problema se resuelva, puede incluso ser parte del problema.

La cuarta causa es el **control de eventos privados** como condición necesaria para llevar una vida adecuada, en este caso, se fomenta la necesidad de actuar ante sentimientos, emociones, recuerdos, (eventos privados) de naturaleza aversiva intentando controlarlos ya sea por medio de su intensidad, frecuencia, contenido, o duración. Todo esto es lógico en un contexto adaptativo, sin embargo el problema surge cuando estos intentos por controlar generan más problemas de los que resuelve. Un pensamiento frecuentemente escuchado es “para poder vivir bien, uno no tiene que sentir dolor”, el cual genera un nivel de evitación importante que genera sufrimiento adicional cuando no se encuentra en el estado de bienestar que se desea.

Más adelante, Hayes y cols. (2014) identifican dos procesos claves en el ciclo del sufrimiento: la fusión cognitiva y la evitación vivencial.

En la **fusión cognitiva** interviene la literalidad del lenguaje que se fusiona con las cogniciones, evitando la distinción entre pensamiento y referente, los cuales se encuentran sólidamente unidos propiciando que la persona siga ciegamente instrucciones transmitidas socialmente a través del lenguaje, llevándola en ocasiones a continuar con estrategias ineficientes e incluso problemáticas en un determinado contexto, esto significa que las personas cuyas cogniciones se encuentran fusionadas son más propensas a ignorar la experiencia directa e

incluso las influencias de su entorno. Como Hayes menciona en su libro *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente* (p. 50.) "Cuando uno está demasiado ocupado en ser quien su mente le dice que es, le resulta imposible salirse de los hábitos normales, incluso cuando claramente, le resultaría muy útil hacerlo". Un ejemplo podría ser el caso de un adolescente que se encuentra en un estado depresivo, cada día, mantiene diálogos internos preguntándose si "realmente vale la pena vivir", por lo que busca claves en su entorno que refuercen el pensamiento que se generó anteriormente, provocando efectos emocionales negativos que se mantienen por un mayor tiempo, resultándole casi imposible involucrarse en alguna actividad presente sin antes tener que analizarla desde su pensamiento.

La defusión cognitiva es uno de los principales objetivos de la Terapia de Aceptación y Compromiso, sin embargo, esto significa un gran reto, debido a que las personas confían ciegamente en su mente, porque el lenguaje y el pensamiento son componentes eficaces en la vida diaria puesto que han sido adaptativos para el ser humano. Esto nos lleva a darnos cuenta que la fusión cognitiva no es mala ni buena, simplemente es, aunque puede llegar a ser problemática cuando se extiende demasiado, llevando a las personas a creer en la *literalidad* de sus pensamientos perdiéndose en su contenido y dejándole el dominio sobre otras fuentes de regulación comportamental más útiles (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014). Por tanto, se busca que las personas aprendan a utilizar las propias capacidades analíticas y evaluativas cuando estas mejoran el funcionamiento en determinados contextos, así como aprender a utilizar otras

formas de conocimiento cuando sean funcionales en otro contexto. Es decir, el terapeuta debe aprender y a su vez ayudar al cliente a diferenciar cuando es funcional obedecer a la mente y cuando no lo es, todo esto al servicio de la búsqueda de una vida más plena.

En el ejemplo anterior se podría preguntar al cliente si el centrar su atención en que la vida no vale la pena ser vivida lo está llevando a tener una vida más plena.

La **evitación vivencial** surge como una consecuencia de la fusión cognitiva a partir de la búsqueda de la supresión, control o eliminación de aquellos eventos que generan cierto nivel de angustia en el individuo, la cual culturalmente ha sido identificada como un opuesto de bienestar emocional.

Lucar (2010) define la evitación vivencial como un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona.

Al igual que en la fusión cognitiva, la evitación vivencial tiene un componente adaptativo que permite tomar un control emocional, sin embargo el problema surge cuando la evitación se convierte en la única estrategia empleada para diferentes contextos, es decir, cuando la evitación de una emoción generada por un conflicto se vuelve el foco de atención de la persona y no el conflicto en sí mismo. De modo que la evitación vivencial, se convierte en una especie de boomerang que en un inicio funciona evitando los malestares psíquicos, pero que

más adelante, a partir de las propias implicaciones del lenguaje, como los recuerdos, regresa al individuo trayendo consigo las emociones evitadas anteriormente pero con una mayor intensidad y duración, impidiendo entrar en contacto con el momento presente. Por ejemplo, cuando una persona centra su atención en evitar sentirse deprimido, trata de realizar diferentes actividades sociales que lo lleven a enmascarar su estado depresivo, esto funciona en un estado a corto plazo, sin embargo, lo que causa su estado depresivo sigue siendo la esencia de su estado y tarde o temprano regresará a generar un malestar emocional.

Luciano y Molina (2003) exponen que la evitación vivencial es una clase de regulación verbal, por lo cual la historia socio verbal resulta ser el objeto de análisis en la comprensión del autoconocimiento efectivo e inefectivo para la persona, lo cual significa que es necesario conocer la historia responsable de las contingencias y su relación arbitraria. El contexto del control verbal se conforma en la socialización a través de contingencias que relacionan lo que se dice con lo que se hace y lo que se consigue a corto y largo plazo.

Se identifican tres tipos de comportamientos regulados: El excesivo seguimiento de reglas tipo ***pliance*** ocurre cuando en la historia individual, el control de los otros no se ha condicionado a ciertas circunstancias, por lo que supone una generalidad en el seguimiento de reglas guiado por las contingencias que provienen de otros. Esta generalización es destructiva cuando gira en torno a una necesidad de sentirse bien solo si los otros actúan de cierto modo.

Por otro lado, en la evitación vivencial la historia individual no ha permitido el seguimiento de reglas **tracking** contextualizado y sensible a las contingencias naturales de los actos asociados a valores personales. En este caso, el seguimiento de reglas conduce a resultados inesperados e incluso paradójicos, o bien sucede una sobre dimensión del seguimiento de reglas.

Por último, la **regulación problemática sobre la base de augmentals** refiriéndose a las reglas que se transforman en funciones dadas, dentro del marco de la evitación experiencial ocurre cuando se relaciona un proceso a un resultado, por ejemplo “para vivir bien hay que alejarse del sufrimiento” y este sufrimiento se encuentra relacionado con sensaciones o pensamientos valoradas como negativos, en este caso, son estos sentimientos y pensamientos los que actúan como augmentals alterando el valor de vivir bien transformando el valor y facilitando la evitación de las emociones (Hayes, Gifford & Hayes, 1998).

De lo anterior, se entiende que para que el resultado de una regulación verbal sea adaptativo, el aprendizaje de seguimiento de reglas debe ser contextualizado y no generalizado, tomando en cuenta los valores personales respecto a los cuales se debe llevar a cabo el seguimiento de reglas de acuerdo con los resultados obtenidos.

En el desarrollo de la Terapia de Aceptación y compromiso, es preciso: a) minimizar el control destructivo de la regulación pliance; b) Flexibilizar el control de seguimiento tracking de modo que se produzca o contextualice de acuerdo con su

efectividad; c) minimizar los augmentals que conducen a una inútil lucha y potenciar aquellos abiertos a la experiencia en los valores; y d) alterar la literalidad y potenciar el distanciamiento de los contenidos cognitivos desde el yo como contexto permitiendo la actuación hacia los valores del cliente (Luciano & Sonsoles, 2006).

Por último, la fusión cognitiva y la evitación vivencial afectan también la flexibilidad psicológica, llevando al sujeto a mantener un repertorio conductual estrecho, perdiendo el contacto con los resultados directos de su conducta, de esta forma pierde también la capacidad de cambiar el curso cuando determinadas estrategias no funcionan o no brindan los resultados esperados Hayes y cols. (2014, p. 110) mencionan que el dolor es una consecuencia natural de vivir, pero la gente sufre sin necesidad cuando su nivel global de rigidez psíquica le impide adaptarse al contexto interno o externo.

Flexibilidad psicológica.

La Terapia de Aceptación y Compromiso como alternativa a otros enfoques, propone establecer una mayor flexibilidad cognitiva y hacer más débiles los contextos que mantienen de manera automática las relaciones de pensamiento y acción, para conseguirlo es necesario traspasar la ilusión del lenguaje. La flexibilidad psicológica hace referencia a la posibilidad de contactar con los eventos privados que ocurren en el presente, tanto como nos sea posible como seres humanos, al tiempo que elegimos bien abandonar o bien persistir en una

acción que implica malestar pero que está al servicio de los valores que uno identifica como propios (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014).

La flexibilidad psicológica se considera un modelo de funcionamiento humano y de cambio conductual que requiere de la presencia de seis procesos centrales que permiten atacar la rigidez psicológica, la cual es considerada la raíz causal del sufrimiento humano y el funcionamiento desadaptado, aunque la flexibilidad psicológica reconoce al dolor como una consecuencia natural de la vida, asume que la gente sufre sin necesidad cuando su nivel de rigidez psíquica le impide adaptarse a su contexto interno o externo, para ello propone el fortalecimiento de seis procesos que llevados de manera conjunta generan una mayor flexibilidad cognitiva, estos procesos son: Atención flexible, valores, compromiso con la acción, yo como contexto, defusión y aceptación; cada uno de estos procesos actúa como una barrera frente a aquellos procesos que generan rigidez y sufrimiento, algunos de los cuales ya han sido mencionados anteriormente, estos procesos llevan al sujeto a aumentar su nivel de rigidez psicológica: atención inflexible, falta de valores, impulsividad o evitación persistente, vinculación al yo conceptual, fusión cognitiva y evitación vivencial (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014, p. 110-111).

El proceso de fusión, como ya se mencionó anteriormente, es una forma de dominancia verbal en la cual la función de las palabras se fusiona con la función de los pensamientos y sus descripciones, en este caso la experiencia directa desempeña un papel menor y la fusión hace difícil la diferenciación entre ambas

de manera que se responde a las construcciones mentales como si estas fueran una situación física; sin embargo las funciones mentales no son el problema en sí, como se plantea en técnicas como la reestructuración cognitiva, sino la fusión involuntaria con el pensamiento y la evitación resultante son las causantes del daño. Por tanto, la defusión actúa sobre el contenido y la forma de pensar, esto a través de la exposición a nuevas experiencias de aprendizaje favorecidas por la flexibilidad cognitiva y la apertura. La Terapia de Aceptación y Compromiso enseña a observar los pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones como una vivencia y no como una verdad, de esta forma actúa la defusión, debilitando el dominio funcional de las respuestas literales.

Recordando las características de la teoría de los marcos relacionales nos encontramos con la bidireccionalidad que funge un papel importante en la evitación vivencial al estar presente cuando los sucesos aversivos son relacionados a acontecimientos lingüísticos, llevándolos a ser experimentados como aversivos, sin embargo esto no los hace desadaptativos, sino la frecuencia indiscriminada con la cual se utiliza la evitación, cuando esto sucede la evitación o el excesivo control interno se encuentra destinada al fracaso, en este caso Hayes y cols. (2014) han logrado identificar diferentes causas por las cuales la evitación no logra el objetivo deseado: a) Cuando el proceso de control consciente contradice el resultado deseado, esto debido a que la supresión incrementa el predominio de las claves relacionadas al evento suprimido; b) El suceso que se desea controlar no está gobernado por reglas, por tal motivo las vivencias internas que han sido condicionadas no pueden ser eliminadas mediante reglas verbales

debido a que los procesos subyacentes no están regulados de una manera verbal;

c) La evitación puede ser posible, aunque lograrla implica costos importantes, tales como vivir; d) Aunque se busque evitar los sentimientos o pensamientos desagradables, el acontecimiento al cual estos se han asociado no puede cambiarse de ninguna manera; e) El esfuerzo por evitación es en sí misma una forma de comportamiento contraria al objetivo que tiene el esfuerzo por cambiar.

Como alternativa a la evitación, la Terapia de Aceptación y Compromiso propone la aceptación tanto de las vivencias internas, los acontecimientos que puedan originarlas o bien la adopción de una postura flexible y sin juicios hacia las experiencias para que, de esta forma la persona deje entrar a los contenidos mentales no deseados sin enredarse en su esfuerzo por eliminarlos o controlarlos, explorando en caso contrario con una actitud de curiosidad.

De acuerdo con Hayes y cols. (2014) cuanto más tiempo se pasa en el modo mental de resolución de problemas, se cuenta con menos tiempo para centrarse en el presente, lo cual limita las posibilidades de adaptar la conducta hacia las variables contextuales, la resolución de problemas de alguna forma requiere reconocer de qué manera el pasado actuó sobre el presente y puede influir en un futuro, por tanto aprender a atender al momento presente requiere deslindarse de los procesos automáticos y habituales de rigidez atencional siendo la flexibilidad psicológica, de la cual se ha venido hablando, la alternativa propuesta por la Terapia de Aceptación y Compromiso.

La experiencia dentro del yo-concepto es adquirida desde el aprendizaje del lenguaje a partir de las categorizaciones propias y del entorno que llevan al niño a desarrollar un self conceptualizado que las personas usan para describirse en términos de su historia, cualidades, sistemas y papel. En un estado de fusión, el sujeto se apega tanto a su historia y las categorizaciones que ha desarrollado sobre sí, limitando su conducta a reafirmar la historia que se ha formado de quien es y debe ser, de esta forma el yo-concepto se vuelve un problema cuando interfiere con la flexibilidad y favorece el autoengaño haciendo más difícil el cambio. La Terapia de Aceptación y Compromiso no propone alterar el contenido de la historia, sino disminuir el apego que se tiene de ella, el cual se toma como responsable de la rigidez conductual. Como alternativa a esto, se propone priorizar el desarrollo de la persona en el yo-como-contexto, el cual comienza a ser adquirido cuando el niño toma conciencia de sí mismo a partir de su relación con los demás, esto lo lleva a desarrollar un sentido de la perspectiva entre él y su entorno, siendo la clave para entender que los demás poseen una mente y que la propia perspectiva es distinta de la perspectiva de los demás. Para tomar conciencia es necesario el marco deíctico relacional, el cual ayuda a generar un sentido del self socialmente interconectado como una manera de tomar perspectiva. En el yo-como-contexto se reúnen las principales formas de relación deíctica: yo-tú, aquí-allí y ahora-luego. Cuando estos tipos de respuesta se logran de manera conjunta emerge un sentido de perspectiva integrado promoviendo el auto-conocimiento desde una perspectiva consciente de yo/aquí/ahora donde el contenido consciente es reconocido en el contexto de un locus consciente que integra este conocimiento, la flexibilidad de la toma de perspectiva permite ubicar

el sentido integrado de ésta con independencia del tiempo, lugar o persona lo cual sitúa el auto-conocimiento en un contexto temporal, social y espacial más amplio que aumenta la capacidad de responder a las consecuencias de las acciones aplazadas (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014, p. 130-146).

La falta de sentido y el vacío percibido aunado a la falta de motivación es atacada desde la identificación y el compromiso con los valores propios, ya que solo dentro del contexto de los valores es donde la acción, la aceptación y la defusión se combinan en un todo con sentido, mientras que los valores dentro del lenguaje cumplen la función de incrementar la motivación y por ende propiciar la transformación. De acuerdo con Páez, Gutiérrez & cols. (2006) los valores son direcciones vitales globales, elegidas, deseadas y construidas verbalmente que pueden alcanzarse a partir de la conducta, pero nunca pueden ser conseguidos como un objeto ya que los valores no tienen fin, nunca son realizados por completo encontrándose siempre presentes como horizonte y disponibles para dar un sentido al comportamiento, impregnar las acciones de dirección y propósito, aportar vitalidad a la conducta.

El resultado final de la fusión, evitación y la pérdida de contacto con los valores es la rigidez la cual se caracteriza por la evitación conductual. En el modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso, la acción comprometida se refiere a una acción que basada en los valores está destinada a crear una pauta de acción, esto es, una especie de re direccionamiento del comportamiento que lleve a la persona a crear patrones de comportamiento más flexibles. De esta forma, Hayes y cols.

(2014) definen a la acción comprometida como una extensión de los valores, donde mantener un compromiso significa redirigir en todo momento la conducta hacia patrones más amplios de comportamiento con el objetivo de mantener los valores.

Como se especificó anteriormente, los valores no pueden ser alcanzados del todo, pero estos valores ayudan al individuo a crear metas concretas y coherentes que si pueden ser alcanzados mediante acciones comprometidas.

Es importante tomar en cuenta que cada uno de estos seis procesos (atención flexible, valores, compromiso de acción, yo como contexto, defusión y aceptación) no actúa solo, sino que se van integrando en el proceso, por tanto, al modificar alguno de estos procesos invariablemente se modifica otro u otros de los procesos, sin embargo, también se ha encontrado que a pesar de la relación que puede haber de uno con todos los demás, hay algunos que se vinculan en mayor medida y a partir de esto, Hayes (2014, p. 115-158) identifica tres pares de procesos, los cuales retoma como estilos de respuesta esenciales: el estilo **abierto** se compone por los procesos de aceptación y defusión, el estilo **centrado** se compone por los procesos conciencia del presente y yo-como-contexto, y por tanto el estilo de respuesta **comprometido** se compone de los procesos de valores y compromiso de acción.

- *¿Por qué bebes? – le preguntó el principito.*

- *Para olvidar – respondió el bebedor.*

- *¿Para olvidar qué? – inquirió el principito, que ya lo compadecía.*

- *Para olvidar que tengo vergüenza – confesó el bebedor bajando la cabeza.*

- *¿Vergüenza de qué? – se informó el principito, que deseaba socorrerlo.*

- *¡Vergüenza de beber! – concluyó el bebedor que se encerró definitivamente en el silencio*

(Antoine de Saint- Exupery, El Principito).

CAPITULO II: ADICCION AL TABACO

La conducta de consumo de drogas, entre ellas el tabaco, se entiende como cualquier conducta en la cual confluyen diferentes factores que forman parte de un hábito sobre-aprendido que puede ser analizado y modificado como cualquier hábito comportamental López y Gil en 1996 (citados en Secades y Fernández, 2001). Por tanto, al igual que la conducta puede ser aprendida en un determinado contexto, también puede pasar por un proceso de reaprendizaje que lleve al individuo a adoptar una conducta más adaptativa. Las drogas cumplen un papel funcional como reforzador positivo o negativo de aquellos comportamientos que han llevado a su consecución y de las situaciones estimulantes asociadas a estos. Como tales, son capaces de dotar de función a los elementos presentes en la situación de reforzamiento, incrementando la probabilidad de inicio de la cadena conductual. Entendiendo que las propiedades reforzantes de la sustancia adictiva varían de un sujeto a otro, debido a la constante interacción entre variables como

la motivación, el contexto, las consecuencias fisiológicas y sociales que derivan del consumo. Conocer y entender las propiedades de la conducta adictiva es de gran relevancia ya que su conocimiento nos lleva a crear un abordaje multifactorial que incluya los aspectos biológicos, conductuales y sociales (Recio, 2015).

Adicción.

Desde una perspectiva funcional, el comportamiento adictivo, como cualquier otra conducta compleja en el repertorio humano, es explicable como resultado de la combinación de factores de control funcional presentes en un momento dado y que lo son por el cúmulo de interacciones a lo largo de la historia de la persona en cuestión. El conocimiento de las leyes que regulan el comportamiento y la cognición humana permite entender la dependencia de sustancias y lo más importante, permite organizar las interacciones de un modo que se prevenga o se supere la drogadicción (Luciano, Páez y Valdivia, 2010).

La adicción al tabaco es considerada como la primera causa de muerte evitable en el mundo. La OMS (2011) estima que poco más de mil millones de personas fuman tabaco en todo el mundo y su consumo mata prematuramente a cerca de 6 millones de personas causando pérdidas económicas de cientos de miles de millones de dólares, y de continuar con esta tendencia, en el 2030 el tabaco matará a más de 8 millones de personas al año. En México de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) publicada en el 2011 se reporta una prevalencia de consumo activo de tabaco de 21.7% de la población, lo que corresponde a 17.3 millones de mexicanos fumadores, de los cuales el 30.8% se encuentran en el Distrito Federal con la prevalencia más alta del país. De los

fumadores activos se encuentra un consumo de 6.5 cigarros al día con un gasto monetario promedio de \$397 al mes.

De igual forma, se observa que el 58.4% de los fumadores han intentado dejar de fumar, sin embargo tan solo un 2% de ellos ha asistido a tratamiento. El principal motivo para dejar de fumar reportado fue la toma de conciencia hacia los daños a la salud con un 34% de incidencia.

Sin embargo, los consumidores directos de tabaco no son los únicos con afectaciones a la salud debidas a los efectos del tabaco y otras sustancias como el alquitrán que también se encuentra en los cigarrillos, en México hay una alta prevalencia de fumadores pasivos que representan el 30.2% de la población lo que se traduce a 12.5 millones de mexicanos que se encuentran expuestos al humo de tabaco y por consecuencia a los efectos nocivos de éste a su salud.

En cuanto a la población adolescente, a pesar de las medidas implementadas recientemente, se observa un gran número de consumidores de tabaco, con un total de 1.7 millones de fumadores activos, de los cuales un 10.4% son fumadores ocasionales. También se observa que un 3.8% de los adolescentes son fumadores pasivos principalmente en el hogar.

Estos datos son de gran importancia, debido a que se ha encontrado una alta relación entre el inicio temprano de consumo de tabaco y el potencial adictivo que genera así como un incremento al daño en la salud.

De manera general, las cifras anteriores nos ayudan a brindar un panorama muy general de la situación de consumo de tabaco y las implicaciones que éste puede

tener en nuestra salud, así como la importancia de implementar medidas que ayuden en materia de prevención y el abandono total del consumo.

Implicaciones del Consumo de Tabaco a la Salud.

Enfermedades Respiratorias.

El humo de tabaco afecta tanto a la estructura como a la función de la vía central y periférica y altera también el sistema autoinmune del pulmón.

Entre las enfermedades más comunes relacionadas con afectaciones respiratorias se encuentra la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) la cual aparece en un 15% a 20% de los fumadores y su morbilidad es muy importante (Rodríguez y Calle, 2010). La EPOC es una enfermedad de las vías respiratorias, lentamente progresiva y potencialmente mortal, que se caracteriza por una obstrucción del flujo aéreo que no es totalmente reversible. Está causada por dos mecanismos principales: la inflamación crónica de las vías respiratorias y la destrucción gradual de los alvéolos (Barrueco, Hernández y Torrecilla; 2009), esta enfermedad se presenta debido a que los radicales libres de oxígeno y diversas sustancias irritantes que componen al humo de tabaco producen mayores trastornos fisiopatológicos en el aparato respiratorio y en la función mucociliar e inducen procesos inflamatorios e inmunológicos en el pulmón, con el tiempo se acumulan agentes oxidantes que desencadenan la destrucción de proteínas del tejido conectivo pulmonar llevando a la formación de un enfisema pulmonar.

La principal causa del EPOC es el consumo de cigarrillos, el cual ha sido identificado como el responsable del 80-90% de todos los casos, además se sabe que un fumador tiene 10 veces más posibilidades de morir por esta enfermedad

que un sujeto que no sea fumador (Doll y cols, 2004). Sin embargo no es el único padecimiento respiratorio que ha sido asociado al consumo de tabaco, algunos de estos son:

- Asma Bronquial
- Neumotórax espontaneo
- Síndrome de apnea- hipopnea del sueño
- Cáncer de pulmón

Todos estos padecimientos no muestran síntomas inmediatos al consumo de tabaco, lo cual se vuelve un factor importante para continuar con el consumo, sin embargo, el consumo de tabaco también causa problemas respiratorios a corto plazo como la tos, exceso de flemas alteraciones en el proceso ciliar y los mecanismos de defensa respiratorios.

Es importante destacar que cuando cesa el consumo de tabaco se pueden observar ligeros cambios en las probabilidades de incidencia de diferentes enfermedades, por ejemplo, la mejoría de la función pulmonar aumenta aproximadamente en un 5% en pacientes con EPOC y el riesgo de cáncer de pulmón se iguala al resto de la población no fumadora solo después de 10 años de abandonar por completo el consumo (Medina, 2010).

Enfermedades Cardiovasculares.

Los consumidores de tabaco presentan un riesgo de 3 a 4 veces mayor a desarrollar enfermedades cardiovasculares a quienes no se encuentran expuestos

al humo de tabaco. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo para cardiopatía coronaria, hipertensión arterial, aumento de colesterol, arterosclerosis periférica y claudicación intermitente; El tabaco produce un riesgo de 2 a 3 veces superior a sufrir trastornos oclusivos y entre 4 y 5 veces para trastornos hemorrágicos; también incrementa la tasa de neutrófilos en sangre periférica y por consiguiente los niveles de elastasas y radicales libres. Estas sustancias facilitan el desarrollo de arteriosclerosis (Rubio, s.f).

Las tasas de mortalidad de cardiopatía coronaria son de 60 a 70% mayores en fumadores varones que en no fumadores. La tasa de mortalidad de aneurismas aórticos por arterosclerosis es mayor entre fumadores varones que entre no fumadores. La angina espástica es 20 veces más frecuente en fumadores, encontrando relaciones entre el consumo de tabaco y la formación de apoplejía, este riesgo disminuye al dejar de fumar. Debido a la asociación con la EPOC, el tabaquismo es un factor importante que causa cardiopatía pulmonar crónica. En mujeres, el uso simultáneo de anticonceptivos y cigarrillos de nicotina aumenta significativamente el riesgo de hemorragia sub aracnoidea, catástrofes vasculares y cardiopatía coronaria, hasta diez veces más que en las no fumadoras (Medina 2010).

De acuerdo con Changeux y Cols (1998), después de la cesación tabáquica hay una reducción del riesgo coronario de 6.36% en los primeros años, que llega a 27.3% a los diez años de cesación. Además hay una reducción sobre la mortalidad pos infarto, la aparición de recidivas de infarto no mortal y la aparición de angina en fumadores que abandonaron su consumo tras el primer episodio no mortal de infarto de miocardio (Pidoplichko y Cols, 1997).

Enfermedades Neoplásicas.

El cáncer es una de las consecuencias más importantes del consumo de tabaco ya que representa la causa del 30% de todos los casos de cáncer, de ellos el más asociado es el cáncer de pulmón en el cual, el 90% de los casos es causado por el humo del tabaco, ya sea inhalado de manera activa o pasiva. Estos efectos han sido estudiados desde hace ya varios años, en 1950 Doll & Hill reportaron que fumar de 1-4 cigarros al día incrementa el riesgo de cáncer de pulmón en un 700% y el riesgo de fumar 25 cigarros diarios lo aumenta en un 2700%. Por otro lado, Peto, Darby, Deo et al., en el 2000 observaron que quien deja de fumar a los 30 años tiene 2% de posibilidades de desarrollar cáncer de pulmón y de continuar fumando, dicho riesgo se incrementa hasta un 25% con antecedentes familiares de cáncer.

El humo de tabaco contiene por lo menos 55 carcinógenos (Hecht, 1999) los cuales producen daños no solo en las vías respiratorias, sino también en el resto de los tejidos del cuerpo. Estos carcinógenos al entrar en contacto con el DNA de las células forman aductos que posteriormente producirán mutaciones y células neoplásicas, esta formación de aductos es mayor en personas jóvenes, por lo que se sabe que hay una mayor susceptibilidad en los niños y durante la gestación de desarrollar cáncer por medio del consumo pasivo. El efecto cancerígeno del tabaco no actúa solo, se sabe que otro factor importante con el cual actúa el tabaco es la herencia, por tanto las personas que fuman y además tienen antecedentes familiares de cáncer están sujetos a un mayor riesgo de desarrollarlo.

El cáncer de pulmón, no es el único tipo cancerígeno del cual se ha encontrado una relación significativa, en cuanto al cáncer en la cavidad oral se presenta mayormente en fumadores con un consumo de 15 a 20 años con un promedio de 20 cigarrillos al día, siendo el tabaco responsable del 92% de este cáncer en hombres y del 61% en mujeres. En cuanto al cáncer faríngeo y laríngeo, el consumo del tabaco es el causante de un 90% de los casos, con un riesgo de incidencia mayor del 10% en personas fumadoras que en no fumadoras. Si el tabaco es acompañado por el consumo de alcohol, este riesgo aumenta del 10% al 75%.

En el caso del cáncer de esófago, el tabaco es el responsable del 80% de ellos y aumenta la probabilidad de formarse hasta en un 50% si se asocia con el consumo de alcohol. En el caso de cáncer de estómago, un 20% de los casos se encuentra asociado con el consumo de tabaco.

Otros cánceres asociados al consumo de tabaco son el cáncer de páncreas teniendo el doble de posibilidades de contraerlo comparados con aquellos que no fuman y el cáncer de vejiga y riñón con un riesgo superior de hasta 3 veces respecto a los no fumadores (Medina, 2010).

Enfermedades Neonatales.

La exposición in útero puede afectar la salud física, el desempeño cognitivo y el desarrollo social del feto, además de la disminución del peso hasta en un 10% de acuerdo con la intensidad del tabaquismo materno, alteraciones endocrinas con concentraciones elevadas de prolactina, mutaciones del DNA debido a la transmisión materna de cancerígenos y un aumento de la frecuencia de abortos

espontáneos, partos pre término, placenta previa, hemorragias, ruptura prematura de membranas y de mortalidad perinatal en 25% (Rubio, s.f).

Además de esto, se sabe que los niños cuyas madres fumaron durante el embarazo tienen más probabilidades de volverse dependientes al tabaco si empiezan a fumar (NIDA 2008). Por otro lado, la exposición a los tóxicos que provienen del humo del tabaco afecta en gran medida el proceso de crecimiento y desarrollo del pulmón durante la vida fetal, esta falta de desarrollo es un factor de riesgo importante para el desarrollo posterior de la EPOC.

Tabaquismo Pasivo.

El tabaquismo pasivo se refiere a la exposición del humo del tabaco de una manera indirecta, esto debido a la cercanía de personas que consumen o bien se encuentran dentro de espacios cerrados con personas fumadoras dentro. Aunque se ha visto la relación que existe entre el tabaquismo pasivo y algunas enfermedades cardiovasculares o neoplásicas, aún no se cuentan con datos certeros del nivel de influencia, esto debido a que se deben tomar en cuenta los múltiples factores que contribuyen, como el tiempo de exposición, el número de cigarrillos fumados durante ese tiempo, la cercanía, si se encuentra en un lugar cerrado o abierto, etc. Sin embargo, se sabe que el consumidor pasivo tiene un mayor riesgo de padecer cáncer de pulmón, enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Dentro de la población más vulnerable se encuentran los niños, los cuales al encontrarse en una etapa de desarrollo impide que los pulmones alcancen un crecimiento funcional óptimo llevándolo a padecer síntomas de incapacidad respiratoria a una edad más temprana (Pérez, Carrillo y Torre, 2012).

Algunos efectos de la inhalación del monóxido de carbono en fumadores pasivos son el incremento del riesgo de infarto cardiaco después de 20 minutos de exposición (Law, Hackshaw., 1997). En cuanto al cáncer, se presenta un mayor riesgo de padecer cáncer de pulmón principalmente, aunque también se ha encontrado una asociación con el cáncer de mama si la mujer estuvo expuesta al humo del cigarro en la pubertad (Zinser y Mohar, 2012).

Neurobiología De La Adicción Al Tabaco.

El consumo de sustancias psicoactivas o drogas, producen una activación cerebral en el sistema de recompensa, el cual es responsable de brindar un refuerzo positivo que incrementa la conducta de consumo a partir del placer que genera llegando a ser más reforzante que las conductas adaptativas como el comer o tener sexo. Este sistema de recompensa, se reconoce como la vía mesolímbica, la cual tiene sus cuerpos celulares en el área tegmental ventral desde donde emite sus axones hacia el núcleo accumbens liberando dopamina. Se sabe que la nicotina es posiblemente el compuesto del cigarro que contribuye en mayor medida a la formación de la adicción. La nicotina, al igual que otras drogas, aumenta la concentración de dopamina en el núcleo accumbens, el cual ha sido identificado como el centro del placer más importante en el cerebro. La activación de este mecanismo de placer produce un reforzamiento hacia la conducta que lo genera, en este caso el consumo de tabaco. El sistema de recompensa se encarga de la realización de conductas básicas para la supervivencia tales como las conductas sexuales que garantizan la procreación y la conducta alimentaria para obtener nutrición. Las drogas, crean una activación artificial del sistema de recompensa más poderosa provocando un gran impacto motivacional. Esta

propiedad de la nicotina aumenta los niveles de dopamina a partir de los receptores nicotínicos, los cuales se encuentran en las células dopaminérgicas del sistema del placer y son los responsables del consumo repetido de la droga (Granda & Roing 2006).

Los receptores nicotínicos no solo se encuentran en el cerebro, sino en todo el cuerpo, hasta el momento se han identificado 12 sub unidades: Alfa 2-alfa 10, beta 2-beta 4 que pueden combinarse con otras (Gotti & Clementi, 2004). Estas combinaciones específicas producen receptores nicotínicos con diferentes propiedades farmacológicas, en el caso de la nicotina, se sabe que los receptores asociados con el efecto placentero son la combinación de la subunidad alfa 4, Beta 2 y alfa 7, de los cuales, el receptor alfa 4 y Beta 2 se encuentran en las células dopaminérgicas, estos receptores tienen una alta afinidad con la nicotina, la cual con un solo cigarrillo ocupa todos los receptores alfa 4 y Beta 2 del cerebro. De acuerdo con Granda y Roig (2006) la concentración de nicotina obtenida del tabaco activa los receptores de acetilcolina de las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral, modulándolas y ayuda a iniciar la plasticidad sináptica en el área tegmental ventral mediante la liberación del glutamato. Lo anterior produce una potenciación sináptica alargada debido al relevo, en la despolarización post sináptica del magnesio que bloqueaba los receptores glutamatérgicos NMDA, esto repercute en las proyecciones del área tegmental ventral sobre la corteza y la amígdala elevando la actividad neuronal en el área tegmental ventral y el núcleo accumbens. Este sistema glutamatérgico participa a través de los receptores NMDA, en el aprendizaje, memoria, trastornos de ansiedad, angustia, así como en

la sensibilización conductual, tolerancia y dependencia de las drogas (Dani & Biasi, 2001). El uso continuado de la nicotina produce cambios en el funcionamiento neuronal del sistema dopaminérgico, provocando que al interrumpir el consumo aparezcan los efectos contrarios a los producidos con la nicotina como son: insomnio, irritabilidad, ansiedad, dificultad de concentrarse, aumento del apetito, intranquilidad y estado de ánimo deprimido (DSM-V).

Cuando la nicotina llega al área tegmental ventral los receptores de acetilcolina que se expresan mediante GABA del núcleo de las neuronas son activados y producen un incremento en la tasa de descargas de dichas neuronas, estos receptores se han identificado como subunidades alfa 4 y beta 2. Cuando la nicotina se aplica a dichos receptores como respuesta se produce un incremento transitorio de la carga inhibitoria hacia las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral. La condición colinérgica sobre las neuronas gabaérgicas del área tegmental ventral puede ser inhibida por medio de la desensibilización debida a la exposición a la nicotina, esto gracias a que la pérdida de la actividad de los receptores de acetilcolina no solo inhibe los efectos estimulantes de la nicotina sobre la actividad gabaérgica, sino que además en la mayoría de las neuronas gabaérgicas provoca una reducción de la actividad por debajo de su media. Como resultado, las neuronas dopaminérgicas en el área tegmental ventral recibirán menos carga inhibitoria gabaérgica de la que recibían antes de la llegada de la nicotina lo que las hará más activas, por tanto, la carga excitatoria de las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral, aumentará mientras que la expresada por las neuronas gabaérgicas estará deprimida (Mico y cols. 2000).

Cuando se cesa la conducta de fumar descienden en sangre los niveles de nicotina, esto ocasiona una respuesta anormal en el locus coeruleus, el cual se activa en situaciones de estrés, la administración de nicotina incrementa sus descargas neuronales activando el eje hipotálamo-hipofisiario a través del sistema noradrenérgico causando la liberación de la hormona adrenocorticotropa y de la hormona liberadora de corticotropina. El proceso de desensibilización de los receptores de acetilcolina disminuye el impacto de la nicotina, lo cual se encuentra implicando en el fenómeno de la tolerancia (Pérez y cols., 2007).

Los receptores de acetilcolina de sinapsis colinérgica se exponen a la acetilcolina y a la nicotina a la vez, aumentando la probabilidad de desensibilización, por tanto, la conducta de fumar ayuda a disminuir la ganancia de información proveniente de la vía de la sinapsis colinérgica provocando que menos receptores de acetilcolina sean capaces de responder a la liberación de acetilcolina. Por tanto, la nicotina no solo envía inadecuada información al sistema dopaminérgico mesolímbico sino que también disminuye la amplitud del proceso de información de la vía colinérgica (Dani y Zhou, 2001).

Las personas que mantienen la conducta de fumar durante un largo periodo de tiempo logran incrementar el número de receptores de acetilcolina en el cerebro, provocando que al eliminar la nicotina, el exceso de receptores produzca una mayor excitabilidad del sistema colinérgico nicotínico del fumador, y esta hiperexcitabilidad es la causa del deseo y la agitación del fumador para encender el siguiente cigarrillo.

El efecto placentero del primer cigarrillo por la mañana, el cual ha sido catalogado como factor importante para evaluar el nivel de dependencia y reportado por

fumadores como el más placentero, se entiende debido a que por la noche los niveles de nicotina están muy bajos en el cerebro, y el primer cigarrillo por la mañana activa los receptores de acetilcolina de forma más intensa al liberar una gran cantidad de dopamina, influyendo de esta manera la obtención de un momento placentero (Medina, 2010).

Factores Psicosociales en la Adicción al Tabaco.

Se ha identificado que hay una mayor incidencia del comienzo del consumo de sustancias, entre ellas el tabaco durante la adolescencia, por tal motivo la investigación y las campañas de prevención se han concentrado en esta población, además de los riesgos mayores a la salud que se han encontrado relacionados con el inicio temprano de consumo.

El riesgo que pueden tener los individuos para experimentar con sustancias, entre ellas el tabaco, varía en cada individuo y esto se debe a la multifactorialidad de la conducta de consumo, sin embargo se han identificado diferentes factores de riesgo asociados al inicio del consumo, entre los más estudiados se encuentran una personalidad orientada a la búsqueda de sensaciones nuevas, la convivencia con padres fumadores, problemas de interacción social, amigos que fuman, alta tolerancia social, falta de información, oferta y disponibilidad de tabaco. Todos estos factores de riesgo interactúan entre sí e incluyen en el comportamiento adictivo, sin embargo, ninguno de estos factores son determinantes para la presencia de la conducta, ya que estos a su vez son influidos por la interpretación de estímulos de la persona y la importancia que les adjudica de acuerdo a la etapa del desarrollo en la que se encuentre, además a la par se observan factores de

protección que ayudan a disminuir el impacto de los factores de riesgo. Entre ellos se encuentra una personalidad orientada a la evitación de riesgos, la convivencia con padres que cubren las necesidades afectivas del menor, apego escolar, amigos poco tolerantes hacia el consumo y pertenencia a redes de apoyo social. Sin embargo, la adolescencia no es la única etapa de riesgo para el inicio del consumo, los factores de riesgo pueden aparecer desde la infancia volviendo más vulnerables a los niños a través de la acumulación de diferentes factores como la pobreza o ser testigos de violencia los cuales pueden aumentar el riesgo de depresión de inicio temprano aumentando así el riesgo de abuso de sustancias hasta 18 veces (Benget et al., 2004; citado en Medina, Villatoro, Robles y Real 2010). Otros de los factores de riesgo identificados en la infancia pueden ser el abandono de uno o ambos padres, un pobre ambiente familiar y la falta de apego a la escuela (Medina Mora et al. 2010).

Tabaquismo Y Depresión.

En los últimos años se ha visto una fuerte relación entre la adicción al tabaco y la presencia de trastornos como la depresión, lo cual representa una mayor dificultad en el abandono a causa de los efectos placenteros que trae consigo el consumo de tabaco, además aumenta la vulnerabilidad para iniciar el consumo y mantenerse en él (Moreno & Medina-Mora, 2008).

Se ha observado que la tasa de episodios de depresión mayor es más alta en personas fumadoras, y que los adolescentes con trastornos de afecto o depresión son más vulnerables al tabaquismo, respecto a esto, Villatoro (2001) encontró que

la ideación suicida aumenta la probabilidad de que las mujeres consuman tabaco y que los hombres presenten en mayor intensidad los síntomas de la abstinencia.

De acuerdo con Moreno (2011) en México se encontró que los trastornos del estado de ánimo ocurren antes del abuso o dependencia de sustancias en un 47% para los hombres y en un 26% para las mujeres (Medina-Mora et al. 20010). En relación con las diferencias por género de los fumadores mexicanos, se sabe que las mujeres fumadoras tienen el doble de probabilidad de padecer depresión que las no fumadoras, así como 5 veces más probabilidad de padecer depresión que los hombres, mientras que los hombres que fuman más de una cajetilla diaria tienen 3 veces más probabilidad de padecer depresión que los no fumadores. Los fumadores activos y los ex fumadores tienen un 80% más de probabilidad de presentar depresión en comparación con los no fumadores (Benjet, Warner, Borges y Medina-Mora, 2004b, citados en Medina 2010).

Por otro lado, se ha encontrado que la nicotina reduce tanto la incidencia como la severidad de los síntomas depresivos (Lai et al., 2001; Pormerleau, 1997; Salín-Pascual y Durcker-Colín, 19998; Salín Pascual et al., 1995) y al mismo tiempo se ha comprobado que frecuentemente al dejar de fumar se desencadenan síntomas depresivos, los cuales pueden ser revertidos con la reintroducción del cigarro (Stage, Glassman y Covey, 1996).

Cuando nos frotamos la herida y cedemos a nuestras adicciones, no le permitimos a la herida que se cure. Pero cuando, en vez de eso, experimentamos la cualidad cruda del escozor o del daño de la herida sin frotárnosla, entonces la estamos dejando que se cure. De este modo, no ceder a nuestras adicciones es el medio de curarnos a un nivel muy elemental. Es la verdadera forma de alimentarnos a nosotros mismos.
Pema Chôdrôn.

CAPITULO III: TRATAMIENTOS PARA LA DESHABITUACIÓN TABAQUICA.

De acuerdo con la ENA (2011) el 58.4% del total de los fumadores ha intentado dejar de fumar, la mayoría de ellos lo han hecho súbitamente (57.2%), o disminuyendo gradualmente el número de cigarrillos (17.6%). Un porcentaje menor dejó de comprar cigarrillos (14%); ha sustituido fumar por otras actividades (4.2%) o se ha sometido a un tratamiento (2%). En general, el 79.6% de los participantes ha escuchado hablar de medicamentos para dejar de fumar.

Con lo anterior, se observa un bajo porcentaje de personas que asisten a tratamiento para dejar de fumar, tomando en cuenta el nivel de efectividad que han mostrado los tratamientos existentes. En este capítulo se analizarán los tratamientos existentes y la efectividad que ha demostrado tener su aplicación a pacientes que buscan dejar de fumar.

Las adicciones son un tema de salud pública, por lo que la psicología no ha sido la única interesada en estudiarlas y desarrollar estrategias de prevención y tratamientos eficaces para su erradicación, dentro de las disciplinas que han hecho grandes aportaciones a este tema y su tratamiento se encuentran la medicina y la psiquiatría, por tanto a continuación se presentan algunas de las

estrategias que se han posicionado como eficaces en el tratamiento de las adicciones.

Intervenciones Mínimas.

El efecto del consejo mínimo frente a la no intervención incrementa la probabilidad de conseguir la abstinencia, observando que cuanto más intensa es la intervención mayor es la eficacia obtenida (Olano y cols, 2005).

Dentro de las intervenciones mínimas se encuentran las siguientes:

Intervenciones de Autoayuda Individual.

Se refiere a la utilización de materiales con información y consejos para ayudar a la persona a dejar de fumar. De acuerdo con la Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias (2003), se encontró que los materiales con información y consejos para ayudar a dejar de fumar aumentan de manera significativa las tasas de abandono comparadas con la no intervención, aunque el efecto es pequeño ($OR^1 = 1,24$; IC 95% =1,07-1,45).

Consejo Médico.

El consejo médico se ha considerado una de las intervenciones esenciales y más coste efectivas en el tratamiento del tabaquismo, en esta intervención, el éxito y

¹ Medida Odds Ratio determina un estimado (con intervalo de confianza) para las relaciones entre variables dicotómicas binarias, ofrece una interpretación más adecuada en términos de eficacia. Se utiliza para examinar el efecto de otras variables sobre las relaciones usando la regresión logística y tiene una especial y conveniente interpretación en el caso de estudios caso-control. El valor nulo para la OR es el 1. Una $OR = 1$ implica que las dos categorías comparadas son iguales. El valor mínimo posible es 0 y el máximo teóricamente posible es infinito. Una OR inferior a la unidad se interpreta como que el desenlace es menos frecuente en la categoría o grupo que se ha elegido como de interés si en el grupo de referencia el evento ocurriera por azar (Aedo, Pavlov y Clevero, 2010).

consolidación de la abstinencia dependen fundamentalmente del grado de motivación personal, el nivel de dependencia de cada persona, la confianza personal en el éxito y la disponibilidad de recursos de apoyo del entorno personal, social y sanitario (AETS, 2003).

El consejo médico se lleva a cabo por personal médico durante el curso de una consulta generalmente por otra causa, esta consiste en una o más sesiones de 10 minutos o menos de duración, en la que se pregunta sobre el status del tabaquismo, se aconseja sobre los daños a la salud, los beneficios para dejar de fumar, la intención sobre dejar de fumar que tiene el paciente y se asiste al individuo desde el punto de vista terapéutico y se asigna un seguimiento por este fin. A este conjunto de medidas se le conoce con “Las 5 A”: Averiguar, Aconsejar, Apreciar/Evaluar, Ayudar, Acordar (Seijas, 2010).

De acuerdo con Silagy y Stead (citados en AETS, 2003), la efectividad del consejo médico al aumentar la probabilidad de cesación frente a la no intervención (OR=1,69: IC 95% = 1,45-1,98), demuestra que cuanto más intensa es la intervención, mayor es la eficacia.

Terapia Farmacológica

Se consideran fármacos de elección para el tratamiento del tabaquismo aquellos que han demostrado ser seguros, eficaces y de calidad, como medicamentos clínicamente adecuados y específicos para tratar la dependencia al tabaco. Estos medicamentos han demostrado su eficacia a través de ensayos clínicos

experimentales de calidad y puede considerarse como fármacos de primera elección para el tratamiento de la adicción (AETS, 2003).

1. **Tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN):** La TSN se define como la administración de nicotina por una vía diferente a la del consumo del cigarrillo, y en una cantidad suficiente para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficientes para crear dependencia (García y cols. 2012). La nicotina se administra por diferentes vías como la vía transdérmica (parches), oral (goma de mascar), intranasal (spray nasal) o inhalatoria.

El uso apropiado de terapias farmacológicas sustitutivas de nicotina (parches, chicles) ha demostrado una alta eficacia. Sus resultados mejoran cuanto más se adecua su utilización a las características del paciente (presentación y dosificación) y cuando su administración va acompañada de una intervención de apoyo como el consejo médico o una terapia psicológica de apoyo. La tasa de abstinencia media conseguida a los 6 y 12 meses alcanza un 25 y 35% (Salvador y Becoña, 2006).

Sin embargo, este tratamiento puede presentar algunos efectos secundarios como náuseas, trastornos intestinales, úlcera bucal y sequedad de boca para los chicles, mientras que el uso de parches puede ocasionar irritación local e insomnio, y el spray nasal puede provocar irritación en boca y laringe, tos y rinitis. Además de estar contraindicados en pacientes con enfermedades cardiovasculares y debe limitarse su uso en mujeres embarazadas o durante el periodo de lactancia.

En cuanto a la efectividad el último meta-análisis de Cahill y cols (2013) ha confirmado la superioridad de la TSN frente a placebo a la hora de lograr en los pacientes abstinencias superiores a los 6 meses (OR 1,84; 95%) hecho que se ha demostrado para cada una de las presentaciones de TSN individualmente. En la comparación de las diferentes presentaciones entre sí no se encontraron diferencias significativas salvo una ligera superioridad de los spray, inhaladores y comprimidos respecto a los chicles (OR 1,21; 95%).

2. Bupropión: Fue el primer fármaco no nicotínico que se empleó de forma eficaz en el tratamiento de adicción al tabaco autorizado en 1997 en Estados Unidos. El bupropión actúa aumentando los niveles de dopamina y noradrenalina en el sistema de recompensa imitando el efecto de la nicotina aminorando los síntomas del síndrome de abstinencia sin generar dependencia al fármaco. Por otra parte actúa como antagonista de los receptores nicotínicos bloqueando el refuerzo positivo que produce el consumo y previniendo las recaídas.

Entre los efectos secundarios que pueden presentarse con el consumo de bupropión se encuentran: insomnio, sequedad de la boca y en bajo porcentaje de quienes lo utilizan puede desencadenar crisis convulsivas.

Cahill y cols. (2013) confirmaron la superioridad de bupropión respecto a placebo en términos de abstinencia (OR 1,82; 95%), pero también constató su no superioridad respecto a las diferentes presentaciones de TSN y su inferioridad respecto a Vareniclina.

3. Vareniclina: Es el primer fármaco desarrollado específicamente para ayudar a las personas a dejar de fumar, su mecanismo de acción se centra en la activación de los receptores nicotínicos y la liberación de dopamina en el área mesolímbica del cerebro, minimizando así el síndrome de abstinencia y el craving. Simultáneamente actúa bloqueando los receptores nicotínicos y disminuye la liberación de dopamina impactando en el riesgo de recaídas (Coe y cols. 2005). De acuerdo con la evidencia presentada en Cahill y cols. (2013) se considera a la Vareniclina como el tratamiento farmacológico más efectivo para dejar de fumar, concluyendo que la Vareniclina triplica la posibilidad de abandonar el consumo de tabaco al compararla con placebo (OR 2,88; 95%), la Vareniclina es superior (OR 1,57; 95%) a la terapia de sustitución de la nicotina en cualquiera de sus presentaciones (parches, chicles, tabletas, inhaladores, spray), y superior al buoprión (OR 1,59; 95%).

Tratamiento Psicológico.

Los psicólogos han tenido y tienen un papel fundamental en la prevención del tabaquismo, el tratamiento individual o grupal de fumadores, el consejo psicológico para dejar de fumar, el desarrollo de manuales de autoayuda para dejar de fumar, la participación en programas comunitarios para la reducción del consumo de cigarrillos, la prevención en recaídas, y en los tratamientos combinados de tipo farmacológico y psicológico, siendo el tratamiento psicológico uno de los tratamientos de primera elección en el caso de la adicción al tabaco (Becoña, 2003).

La eficacia del tratamiento psicológico es clara, ya sea aplicada en formato individual o grupal, además de ser esencial en muchos casos donde se encuentra una comorbilidad asociada a la dependencia de la nicotina. También, debido a que los aspectos motivacionales son determinantes para que las personas acudan a tratamiento y participen en el mismo, los psicólogos han desarrollado técnicas como la entrevista motivacional y técnicas psicológicas efectivas para dejar de fumar. De ahí que el tratamiento psicológico es una de las elecciones esenciales para el tratamiento de los fumadores, y la gran variedad de técnicas empleadas, explican en gran medida su alta eficacia obtenida en las intervenciones terapéuticas (Becoña, 2008).

Los tratamientos psicológicos efectivos para tratar a los fumadores surgen en los años 60, de la mano de las técnicas de modificación de conducta, y se expande en los años 70. Desde esos primeros momentos hasta el día de hoy, se han desarrollado tratamientos psicológicos efectivos, con técnicas tan conocidas y utilizadas como son las técnicas psicológicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de la recaída (Becoña, 2003).

El tratamiento psicológico tiene como objetivo reconvertir el pensamiento, los conocimientos y la conducta del fumador frente al tabaco, y para ello se utilizan las técnicas cognitivo conductuales. De acuerdo con la Clinical Practice Guideline (Secades y Fernández, 2001), los componentes del tratamiento conductual más eficaces son el entrenamiento en solución de problemas y el soporte social intra-tratamiento. El entrenamiento en solución de problemas es un procedimiento por

el que se prepara a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a éstos e implementar la mejor en la situación donde ocurre el problema. Se prepara al fumador para dejar de fumar y para afrontar efectivamente aquellas situaciones que, por el estado interno del individuo o por situaciones externas, incrementan el riesgo de recaída. Es por esto que el tratamiento psicológico ha ayudado a formar parte de un tratamiento integral en el abandono del tabaco, encontrando hasta ahora a la terapia cognitivo conductual como el principal apoyo, la cual se encarga de dotar a la persona de estrategias de afrontamiento de estados emocionales que disminuyan la probabilidad de recaída, llevándolo de esta forma a desarrollar estrategias alternativas al consumo de tabaco, guiándolo a un adecuado manejo del estrés, la mejora de la habilidad para solucionar problemas y a incrementar el apoyo social (Secades y Fernández, 2001).

Los primeros tratamientos psicológicos para dejar de fumar surgen a partir de la aparición de las técnicas de modificación conductual a principios de los años 60 (Becoña y Vázquez 2001) dando paso a la utilización de técnicas aversivas tales como: fumar rápido, saciación, retener el humo, sensibilización encubierta y shock eléctrico. Estas técnicas han mostrado ser eficientes en el tratamiento para dejar de fumar (OR=1.7) destacándose la técnica de fumar rápido (OR=2.0) (Fiare et al., 2008). Debido a los efectos secundarios negativos asociados a algunas de las técnicas aversivas más utilizadas, en los años 70' se amplían las opciones terapéuticas con técnicas cognitivas y en los años 80' con las estrategias de prevención de la recaída aportadas por Marlatt y Gordon en 1985; además con la

aparición y desarrollo de los programas multicomponentes en 1982 por Lichtenstein se combinan varias de las anteriores técnicas para optimizar la eficacia, incluyendo también, en algunos casos, el chicle de nicotina para pacientes con alto grado de dependencia a la nicotina (Salvador y Becoña, 2006).

La terapia conductual se basa en la teoría de que los procesos de aprendizaje intervienen en el desarrollo, mantenimiento y abandono de los cigarrillos, por tanto las principales metas de intervención de la terapia conductual en el tratamiento del tabaquismo son:

- Cambiar los antecedentes de la conducta de fumar.
- Reforzar la abstinencia.
- Enseñar y entrenar en estrategias para afrontar adecuadamente las situaciones de alto riesgo de retomar el consumo (EFPA, 2006).

De acuerdo con la guía de Fiore et al. (2008) el consejo conductual individual muestra un OR de 1.7 y de 1.3 en consejo grupal. Además a mayor tiempo de contacto (OR=3.2 para 91-300 minutos) y mayor número de sesiones (OR=1.9 para 4-8 sesiones, y OR=2.3 para más de 8 sesiones) mayor eficacia. Dentro de las técnicas psicológicas muestran un OR superior a 1 las técnicas de reducción gradual de cigarrillos (OR=1.1), manejo de afecto negativo (OR=1.2), apoyo social durante el tratamiento (OR=1.3), apoyo social fuera del tratamiento (OR=1.5), entrenamiento en solución de problemas (OR=1.5).

Dentro de las intervenciones conductuales para dejar de fumar destacan la terapia grupal (RR=1.98), el consejo individual (RR=1.36)² y los procedimientos de autoayuda (RR=1.45).

Otros tratamientos recientes son el manejo de contingencias con incentivos, la terapia cognitivo-conductual basada en la afectividad, realidad virtual, terapia de exposición, terapia de activación conductual y la terapia de aceptación y compromiso (Becoña, 2014).

Terapia de Aceptación y Compromiso como una Nueva Alternativa Terapéutica en el Tema de Adicciones.

De acuerdo con la definición de adicción propuesta por Bien (2011) “la adicción, en sentido estricto, implica el consumo de sustancias para crear un estado de conciencia alterado y para hacerlo de una manera compulsiva y destructiva. Pero en el sentido más amplio, todos los seres humanos somos adictos. Somos adictos a patrones compulsivos de búsqueda de placer y de evitación de dolor. El adicto parece que solamente lo aborda de una manera particular -con drogas y alcohol- o, por extensión con conductas como el juego o el sexo. Sólo es una forma del problema humano esencial de la división aborígen del mundo que percibimos en opuestos” (pág. 493).

² El Riesgo Relativo mide la fuerza de asociación entre la exposición y el evento; indica la probabilidad de que se desarrolle el evento en los expuestos a un factor de riesgo en relación al grupo de los no expuestos a dicho factor (Aedo, Pavlov y Clevero, 2010).

En la adicción al tabaco el cuerpo se ve condicionado a anticipar la introducción de la droga en determinados momentos y lugares o en determinadas circunstancias, logrando un cambio homeostático contrario al efecto del tabaco en el organismo elevando el umbral de receptores y propiciando un mayor consumo para lograr la homeostasis

Dada la particular historia del individuo, la aparición de eventos privados aversivos como la tristeza, ansiedad o ira, cumplirían una función discriminativa de conductas de abuso de una determinada sustancia, a fin de acabar o reducir tal estado. Al consumir, se produce un alivio o reducción del malestar y se potencia, además, el actuar de una forma coherente de acuerdo a la regla de la evitación del malestar para poder vivir (Luciano, Páez y Valdivia, 2010). El objetivo básico de la Terapia de Aceptación y Compromiso, consiste en generar flexibilidad ante los eventos privados, de esta forma, el desarrollo de flexibilidad psicológica en adicciones supone que una elección conductual de un sujeto no dependerá del malestar ni de las ganas que experimente el sujeto al consumir, sino de lo que sea importante para él en función de sus valores personales. De esta manera la persona aprenderá a lidiar con sus circunstancias personales y a relacionarse de manera diferente con sus pensamientos y emociones. Para lograrlo, Luciano (2004) indica que la Terapia de Aceptación y Compromiso propicia dos cosas importantes: 1) aprender habilidades de distanciamiento de los eventos privados, y 2) propicia la clarificación de direcciones importantes de acción personal.

La Terapia de Aceptación y Compromiso se encuentra dentro del grupo de terapias cognitivo conductual de tercera generación. En dicha propuesta de

tratamiento se busca llevar al consumidor a una reflexión acerca de los beneficios o inconvenientes que trae para sí mismo y sus valores la conducta de consumo.

Dentro de la teoría que sustenta esta nueva alternativa terapéutica se busca disminuir el uso de lo que Hayes llama Evitación Experiencial, pues desde su perspectiva, esta evitación lejos de ayudar, en la mayoría de los casos, propicia el estancamiento emocional a partir del lenguaje y algunas de sus formas de representación como los pensamientos y recuerdos la cual, en materia de adicciones genera el continuo consumo de la sustancia por sus propiedades de habituación llevando al sujeto a consumir, ya no solo por el placer que genera la sustancia en sí, sino para evitar los síntomas del síndrome de abstinencia, y para evitar los efectos evaluados como negativos que provienen del vivir y los problemas que esto puede acarrear, creando de esta forma un falso refugio en las drogas.

La terapia de aceptación y compromiso a pesar de ser relativamente una de las nuevas corrientes terapéuticas, ya cuenta con un par de estudios controlados que demuestran su eficacia, uno de ellos es el realizado por Gifford et al. (2004) que toma como marco de población a 67 personas comparando ACT con la terapia sustitutiva de nicotina, obteniendo como resultados que el un 23% de las personas que recibieron terapia de aceptación y compromiso se mostró abstinentes a los seis meses posteriores al tratamiento, mientras que un 11% de las personas que recibieron TSN se mostraron abstinentes a los seis meses. Los autores concluyen

que la evitación de los estímulos privados y la correspondiente inflexibilidad psicológica mediaban los efectos en los resultados.

Hernández López, Luciano, et al (2009) por su parte, realizaron una comparación de ACT con la terapia Cognitivo Conductual, utilizando una población de 81 sujetos, encontraron que durante el seguimiento de un año posterior al término del tratamiento un 30.2% de los sujetos que recibieron la ACT estaban abstinentes, un porcentaje mayor al 13.2% de los que recibieron terapia cognitivo conductual.

Intentar ser feliz alcanzando metas es vivir en un mundo en el que aquello que es importante se está perdiendo continuamente y sólo permanece en la esperanza de que llegará algún día. Aquello que más se necesita está siempre ausente... Cuando el propósito de la vida es, realmente, vivir, lo tenemos siempre aquí y ahora (Hayes. 2014).

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

Planteamiento.

De acuerdo con datos de la OMS se estima que poco más de mil millones de personas fuman tabaco en todo el mundo y esta práctica mata a casi 6 millones de personas cada año, de las cuales más de 5 millones han sido consumidoras de tabaco y 600000 no son consumidores pero han estado expuestos al humo del tabaco. La ENA 2011 reporta una prevalencia de consumo de tabaco de 17.3 millones de mexicanos fumadores, estas cifras son alarmantes tomando en cuenta los costos económicos y en materia de salud que atrae consigo la exposición al humo del tabaco no solo en los fumadores directos, sino también a los que son expuestos de manera indirecta. Estos datos nos llevan a buscar diferentes estrategias de tratamiento que contribuyan a la disminución de los índices de consumo de tabaco.

Justificación.

Con el presente estudio se pretende conocer si la Terapia de Aceptación y Compromiso puede ser una alternativa de tratamiento en la conducta de adicción al tabaco, lo cual ayudará a ampliar el fundamento teórico de los alcances de dicha terapia en el tratamiento de las adicciones. De ser efectivo dicho tratamiento

ayudará a disminuir los efectos nocivos que atrae consigo la exposición al humo de tabaco tanto para los fumadores activos como para los fumadores pasivos, además de ampliar las opciones de intervención en materia de adicción al tabaco.

Tipo de estudio.

Se trata de un estudio de investigación descriptivo de corte longitudinal, ya que se probó la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso en un paciente fumador dándole un seguimiento al caso.

Objetivo.

Demostrar la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en una persona que presente un grado de adicción al tabaco.

Pregunta de investigación.

¿Los síntomas de adicción al tabaco disminuyen a partir de implementar la terapia de aceptación y compromiso?

Hipótesis.

La terapia de aceptación y compromiso disminuirá los signos de adicción al tabaco.

Hipótesis de trabajo

La Terapia de Aceptación y Compromiso ha mostrado una alta efectividad en el tratamiento de la adicción al tabaco. Hernández López, Luciano et al (2009) realizaron una comparación de La ACT y la TCC, observando después de un año

de seguimiento un porcentaje de abstinencia mayor para los pacientes tratados con ACT con un 30.2% contra un 13.2% de abstinencia en los pacientes que recibieron TCC.

Hipótesis Nula

la Terapia de aceptación y Compromiso no disminuirá los signos de adicción al tabaco.

Variables de estudio.

Variable dependiente: La adicción al tabaco se presenta cuando el individuo no puede abandonar el consumo debido a los síntomas desagradables que trae consigo el síndrome de abstinencia, por tanto genera una dependencia física y psicológica, así como tolerancia a la nicotina, llevándolo a aumentar su consumo para tener el mismo nivel de satisfacción (Bodino, 2001).

La adicción al tabaco se midió con el Test de Fagerström, el cual ha sido ampliamente utilizado para medir los niveles de dependencia física a la nicotina.

Variable independiente: La Terapia de Aceptación y Compromiso utiliza la aceptación y los procesos de atención consciente así como el compromiso y los procesos de activación conductual para generar flexibilidad psicológica. Pretende poner el lenguaje y la cognición humana bajo un control contextual más efectivo para superar los efectos de la estrechez del

repertorio conductual ocasionada por una excesiva confianza en el modelo mental de solución de problemas así como promover un enfoque vital más abierto, centrado y comprometido (Hayes, 2014).

Diseño.

Estudio de caso de tipo N=1 de inversión en el cual se llevó a cabo una evaluación previa al tratamiento, después se administró el tratamiento y finalmente se aplicó una prueba posterior al tratamiento para medir su eficacia.

Participante.

Criterios de inclusión:

- Presencia de signos de dependencia a la nicotina.
- Interesado en recibir tratamiento.

Criterios de exclusión:

- Tener diagnóstico de algún padecimiento psiquiátrico previo.
- Tener una historia de abuso de otras sustancias.

Instrumento.

El test de Fagerström evalúa la dependencia fisiológica de la nicotina en población joven y adulta a partir de un cuestionario breve que cuenta con 6 ítems, en dos de ellos las puntuaciones, oscilan de 0 a 3 y en los cuatro restantes de 0 a 1. Por lo tanto, las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 10 puntos. Para el test de Faguerström la confiabilidad se obtuvo mediante el coeficiente de consistencia

interna (alfa de Cronbach) obtenido en tres muestras clínicas y osciló de .56 a .64. El coeficiente de correlación intraclases (CCI) obtenido en la prueba test – re test, administrada inicialmente por teléfono y posteriormente mediante entrevista fue de .88. Mientras que la validez para el test de Fagerström se obtuvo a partir del análisis del coeficiente de correlación de Pearson obtenido en la prueba de validez convergente, mismo que resultó moderado, con determinadas medidas biológicas, cotinina metabolito de la nicotina) en orina y CO alveolar, oscilaron de .25 a .40 y con el número de años de fumador se obtuvo una $r=0.52$ (Becoña, 1998).

Procedimiento.

Se abrió una convocatoria por medio de carteles que fueron pegados dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México solicitando participantes interesados que contarán con características de dependencia al tabaco. Se les explicó el procedimiento de evaluación utilizando el test de Fagerström y una entrevista semi-estructurada, se eligió al que cubría con el perfil de inclusión y exclusión. Posteriormente se llevó a cabo el tratamiento con una duración aproximada de tres meses y un seguimiento a las 2, 5 y 9 semanas posteriores al tratamiento en las cuales se hizo una última evaluación del Test de Fagerström.

Los hombres pierden la salud para juntar dinero, y luego pierden el dinero para recuperar la salud. Y por pensar ansiosamente en el futuro, olvidan el presente de tal forma, que acaban por no vivir ni el presente ni el futuro. Viven como si nunca fuesen a morir y mueren como si nunca hubiesen vivido (Buda).

CAPITULO V: TRATAMIENTO.

De acuerdo con Wilson y Luciano (2007) la terapia debe ser llevada en seis fases, cada una tendrá sus objetivos, intervenciones y estrategias propias. A continuación se hará una breve descripción de cada una de estas fases:

- 1. Desesperanza creativa:** pretende romper los repertorios de evitación que el cliente lleva tiempo aplicando para solucionar el problema y que constituyen parte del mantenimiento de ese mismo problema. De esta forma se pretende eliminar el soporte verbal y social que mantiene esa evitación continua. Esta fase se mantendrá a lo largo de las sesiones a través del lenguaje que ocupa el terapeuta desaprobando con la experiencia del cliente los pensamientos y conductas de evitación mostrando su ineficiencia como única estrategia en contextos diferentes.
- 2. El control es el problema y no la solución:** Pretende demostrarle al cliente que sus intentos de control son el propio problema, y donde el terapeuta ha de moldear esta aproximación a su problema para que deje activamente hacer lo que hacía hasta ese momento.
- 3. Construyendo la aceptación:** Trata de dismantelar el lenguaje, las funciones del lenguaje y su relación con las emociones o los recuerdos del

cliente. Este es un proceso de desliteralización del propio lenguaje y de tratar de proponer como alternativa a la evitación la aceptación psicológica.

4. **Establecimiento del yo como contexto y no como contenido:** Se trata de situar verbalmente la construcción del yo como persona, como centro desde el que actuar y diferenciarlo de las emociones, pensamientos o recuerdos.
5. **Valorando:** Se busca analizar los valores del cliente, los fundamentos desde los que actúa y las bases verbales sobre las que se asientan esos valores y, a partir de ello, escoger y valorar una dirección propia.
6. **Estar dispuesto al compromiso:** Con esta última fase se pretende comprometer al individuo con el cambio de su conducta, no a través de instrucciones directas, sino valorando las conclusiones y decisiones a las que llega el cliente al final de la terapia.

PLAN TERAPÉUTICO

SESIÓN	Objetivo
EVALUACIÓN	Evaluar el nivel de consumo del cliente y realizar la historia clínica, permitiéndonos tener una mayor información acerca los desencadenantes de su consumo.
1. VALORES	Identificar la presencia de valores del cliente, propiciando la toma de conciencia como marco de referencia en la búsqueda de compromiso para dejar de

	fumar, así como la aceptación de las emociones valoradas como negativas presentes en el síndrome de abstinencia.
2. ACEPTACIÓN	Que el cliente tome conciencia sobre la importancia de la aceptación de las experiencias, como una estrategia para eliminar el sufrimiento que genera la evitación vivencial.
3.DELIMITACIÓN DE VALORES	Que el cliente delimite e identifique el o los valores que le ayudarán a adquirir un compromiso para dejar de fumar, así como la aceptación de las emociones, pensamientos y sensaciones negativas que puedan surgir en el proceso de la cesación tabáquica y la presencia del síndrome de abstinencia.
4. IDENTIFICACIÓN DE PENSAMIENTOS FUSIONADOS	Identificar los pensamientos fusionados que mantiene el cliente relacionados con su consumo de tabaco, esto con el propósito de trabajar con diferentes técnicas de defusión en las próximas sesiones.
5. PENSAMIENTOS FUSIONADOS	Guiar al cliente en la toma de conciencia de sus pensamientos fusionados, haciendo énfasis en su origen en la mente y la posibilidad de desliteralización.
6. CONCIENCIA EN EL MOMENTO PRESENTE	Utilizar técnicas que promuevan la toma de conciencia de los pensamientos y emociones, llevando al cliente a desarrollar una flexibilidad psicológica que le permita

	vivir el momento presente.
7. TÉCNICAS DE DEFUSIÓN	Enseñar al cliente técnicas de defusión relacionadas a la percepción negativa que tiene de sí, esto con el propósito de fortalecer su autoestima y favorecer el compromiso de acción.
8. TÉCNICAS DE ACEPTACIÓN	Que el cliente trabaje en la aceptación de su experiencia y las emociones que surjan en el momento presente con la disminución de su consumo en base a sus valores.
9. YO-COMO-CONTEXTO	Que el cliente logre distinguir entre si y los contenidos conceptuales de su mente evitando hacer valoraciones.
10. YO-COMO-CONTEXTO	Que el cliente fortalezca su habilidad para tomar una perspectiva desde el yo-cómo-contexto, llevándolo a la aceptación de lo que puede y no puede cambiar.
11. COMPROMISO DE ACCIÓN	Que el cliente comprenda la importancia de establecer un compromiso de acción en base a sus valores.
12. COMPROMISO DE ACCIÓN	Que el cliente establezca un compromiso de acción con base a las técnicas aprendidas a lo largo de las sesiones que lo lleve al logro de su meta de consumo moderado.

Tabla 1: Plan terapéutico.

Sesión de Evaluación

Objetivo: *Evaluar el nivel de consumo del cliente y realizar la historia clínica, permitiéndonos tener una mayor información acerca los desencadenantes de su consumo.*

La sesión inicio dando la bienvenida al cliente, y realizando el encuadre terapéutico, el cual consto de los siguientes aspectos: confirmación del motivo de consulta, acuerdo del horario de las sesiones y el tiempo de tolerancia de llegada de cada una de ellas, se le mostró la importancia de la disponibilidad y participación en los ejercicios que se realizarían en sesión y el compromiso para realizar algunas tareas para practicar en casa, además, para lograr un mayor compromiso terapéutico, se le explicó el objetivo de la terapia y su principal supuesto teórico.

Posteriormente se realizó la aplicación del Test de Faguerström con el objetivo de evaluar el nivel de dependencia que presenta obteniendo un puntaje de 5, el cual nos indica un nivel de dependencia media.

Se realizó una entrevista para realizar la historia clínica. Durante la entrevista se obtuvo la siguiente información:

El cliente mantiene una relación afectiva complicada desde hace un par de años, no cuenta con actividades recreativas ni realiza actividad física actualmente. Su consumo de tabaco inicio a los 14 años de manera experimental, volviéndose recurrente hasta los 18 años debido a la presión de la escuela y del trabajo. Hasta el momento no ha intentado dejar de fumar, aunque en los últimos tres años

aumento su consumo refiriendo como detonante los problemas en su matrimonio, lo cual lo ha llevado a buscar ayuda, pues comienza a notar ciertos cambios en su salud como el desgaste físico.

Cuando el cliente no puede seguir su rutina de consumo identifica sentimientos de soledad y culpa recurrentes relacionados con su matrimonio, lo cual le genera angustia y lo hace salir a conseguir cigarrillos. Lo anterior nos muestra una pauta de evitación del momento presente, así como la presencia de algunos pensamientos fusionados que serán retomados más adelante.

En cuanto a las consecuencias que el cliente identifica en su consumo se encuentran las siguientes:

- Positivas: Su conducta de fumar es un relajante, además de favorecer la digestión.
- Negativas: Mal aliento, dolor muscular, disminución en su rendimiento físico y el olor impregnado en su ropa y automóvil.

De estas consecuencias negativas solo percibe como limitante el olor que se impregna en su coche y ropa, pues reporta que siente vergüenza con personas no fumadoras, lo que lo ha llevado a aislarse un poco.

Por último, se le pregunto qué tipo de vida deseaba vivir con el objetivo de obtener información en cuanto al tema de valores, a lo cual respondió que deseaba “eliminar la ansiedad” siendo ésta una respuesta de evitación emocional. Agrego que actualmente se siente deprimido y sin razones para vivir, lo que indica una necesidad de definición de valores personales. El cliente tiene la capacidad de identificar el momento en el cual su estado de angustia empeoro llevándolo a un

aumento de consumo, sin embargo se queda fijado en los recuerdos y las emociones que estos traen consigo, esto le impide entrar en un contexto de flexibilidad psicológica.

En cuanto a su consumo de tabaco, consume una cajetilla de 20 cigarros Marlboro al día y se encuentra dispuesto a disminuir su consumo, sin embargo no se siente confiado de poder eliminarlo por completo, aunque no se cierra a esa posibilidad.

Como tarea se le pide que realice un autorregistro de su consumo de tabaco, para observar los patrones que sigue y encontrar los desencadenantes ambientales y emocionales de su consumo.

Sesión 1: Valores

Objetivo: *Identificar la presencia de valores del cliente, propiciando la toma de conciencia como marco de referencia en la búsqueda de compromiso para dejar de fumar, así como la aceptación de las emociones valoradas como negativas presentes en el síndrome de abstinencia.*

La sesión inició saludando al cliente, preguntándole como se encontraba y si había alguna situación de la semana que quisiera comentar, el cliente dijo que todo estaba bien y que no había nada en particular que quisiera comentar. Se le pregunto si había realizado la tarea asignada la sesión pasada, el autorregistro, a lo que respondió que sí, pero que había olvidado traerla a sesión, sin embargo realizó un resumen detallado de su consumo por día a lo que agrego que era rutinario y que incluso se había percatado de tener horarios de consumo aunque no hubiera un estímulo que lo desencadenara, también comentó que le es difícil

identificar pensamientos u emociones como antecedentes del consumo, pues lo considera automático. En cuanto a su consumo, mantuvo un promedio de 20 cigarros al día.

Para trabajar el tema de valores se utilizó la metáfora denominada “Momento dulce” propuesta por Wilson (2005) guiando al cliente a identificar un momento agradable en su vida en el cual su consumo de tabaco, la ansiedad, el desgaste físico y emocional no hayan estado presentes, una vez identificado se le solicitó al cliente permitirse sentirlo nuevamente guiándolo con una serie de preguntas que le permitieran entrar en contacto con su recuerdo y este pudiera ser visualizado con una mayor claridad facilitando una mayor experiencia emocional, ayudados de la práctica de respiración profunda se generó un estado de relajación y concentración en su propio cuerpo. Posteriormente se le cuestionó sobre su experiencia en el ejercicio ante lo cual admitió sentirse melancólico con el recuerdo, por lo que nuevamente se le dieron indicaciones de entrar en un estado de relajación y consciencia en su cuerpo a través de la práctica de respiración profunda. En esta ocasión se le pidió que se tomara un momento para sentir la melancolía en su cuerpo, posteriormente se le realizaron una serie de preguntas para guiar al cliente a darle una forma, tamaño, color e identificar el lugar de su cuerpo en donde ésta se presenta, una vez identificadas estas características se le pidió al cliente nuevamente centrarse en la sensación para después regresar su atención en la habitación.

Se le explicó al cliente la funcionalidad del ejercicio para mantener su consciencia en el momento presente sin intentar huir de las emociones y sensaciones presentes. El cliente reporto sentirse tranquilo y relajado después del ejercicio.

Las expectativas terapéuticas del cliente son principalmente dejar de fumar y aprender a dejar de sentir dolor puesto que llevaba mucho tiempo sintiéndolo y deseaba eliminarlo, ante este argumento se le respondió utilizando la metáfora del autobús propuesta por Hayes (2014, p. 368). Esta metáfora lleva al cliente a pensarse como un conductor de autobús, el cual tiene una ruta definida por sus valores, a lo largo del trayecto encontrará diferentes pasajeros, algunos agradables y otros intimidantes, sin embargo, una vez que estos pasajeros suben a su autobús es imposible bajarlos y aun cuando estos pasajeros intimidantes en ocasiones soliciten cambiar el rumbo del autobús, sigue siendo decisión del chofer agradecer las sugerencias y continuar con la ruta que lo lleve por la dirección de sus valores.

Una vez formulada la metáfora, se le explico al cliente que es imposible eliminar el dolor por las características inherentes del lenguaje, sin embargo lo que se puede lograr es disminuir el nivel de sufrimiento que la evitación del dolor ocasiona a través de un enfoque centrado en el presente.

La metáfora del autobús también sirvió como introducción al tema de valores mostrándole al cliente la relevancia de darle una dirección a las decisiones que tome a lo largo de su vida.

Para finalizar se realizó una retroalimentación de lo visto durante la sesión y se le indico la importancia de continuar el autorregistro pidiéndole traer ambos a la siguiente sesión para realizar un análisis más detallado de ellos.

SESIÓN 2: Aceptación.

Objetivo: *Que el cliente tome conciencia sobre la importancia de la aceptación de las experiencias, como una estrategia para eliminar el sufrimiento que genera la evitación vivencial.*

La sesión inició saludando al cliente y preguntándole si había algo que quisiera comentar, a lo que el cliente respondió que durante esa semana se había encontrado un poco cansado, debido a actividades laborales, sin embargo esto no causo un aumento en su consumo, por lo que mantuvo su promedio de 20 cigarros al día.

Durante la sesión, el cliente cuenta que tres años atrás había presentado un episodio depresivo provocado por sentimientos de soledad que lo llevo a acudir a grupos de autoayuda, a raíz de ese acontecimiento ha presentado ideaciones suicidas, sin embargo nunca ha intentado llevarlo a cabo considerando como fuente de apoyo a su familia. Refiere que el episodio depresivo culmino cuando se estableció de manera formal con su pareja, sin embargo actualmente se siente arrepentido de casarse puesto que considera que la libertad de decidir sobre su vida se terminó en ese momento. Aun a pesar de los problemas emocionales que le genera su relación actual no se atreve a abandonarla por miedo a que la depresión vuelva a surgir, ante este comentario se le pidió que encontrara la funcionalidad de sus actos, a lo que el cliente respondió que siempre buscaba aplazar el sufrimiento el mayor tiempo posible. Ante esto se formuló una metáfora

en la cual se le mostro al cliente las consecuencias de aplazar el sufrimiento a través de la evitación, utilizando como ejemplo la resistencia que pone una persona ante una inyección, en la cual, la resistencia ante el dolor genera un nivel de sufrimiento extra, además de aplazar la cura, por lo que es necesario aceptar el dolor cuando éste tiene como objetivo una dirección hacia los valores propios.

Se le pregunto que necesitaba para poder ser feliz a lo que respondió que necesitaba regresar al pasado para modificar algunas decisiones que tomó, ante esto se le pidió que se enfocara en algo que pudiera hacer en el momento presente ya que era imposible regresar al pasado a modificar acciones, guardó silencio por un momento y respondió que necesitaba perdonarse pues sentía que estaba “cargando con un gran costal lleno de pequeñas piedritas” que en su momento no generaban malestar, sin embargo, con el tiempo y su acumulación, en estos momentos le generaban un gran desgaste físico y emocional e incluso sentía que esto le estaba impidiendo avanzar.

Por último, comenta que a pesar de tener una estabilidad profesional y económica no le da valor a estos aspectos y siente que su vida no tiene un rumbo.

Antes de finalizar la sesión se le preguntó por el autorregistro de las semanas pasadas, a lo que respondió que se le complicaba traerlas, por lo que se le recordó la importancia de traer a sesión las tareas, a lo que él refuto que su consumo era tan rutinario que notaba el mismo patrón de consumo que la semana pasada, por lo que no considera relevante realizar la actividad llegando al acuerdo de suspender el registro, pero conservando la tarea de poner atención a los estímulos que se presentaban antes del consumo y notificar cualquier cambio en

la rutina y cualquier pensamiento detectado antes, durante y después del consumo.

Sesión 3: Delimitación de valores.

Objetivo: *Que el cliente delimite e identifique el o los valores que le ayudarán a adquirir un compromiso para dejar de fumar, así como la aceptación de las emociones, pensamientos y sensaciones negativas que puedan surgir en el proceso de la cesación tabáquica y la presencia del síndrome de abstinencia.*

La sesión comenzó dándole la bienvenida al cliente y preguntándole como había estado en las semanas pasadas, esto debido a que había faltado tres semanas consecutivas a terapia por incapacidad. El cliente relató que las tres semanas anteriores habían sido, a pesar de haber estado enfermo, semanas muy tranquilas, puesto que había estado en casa de su mamá quien se encargó de brindarle los cuidados necesarios, relata que se sentía feliz estando con ella, además de sentirse protegido, e incluso debido a la enfermedad abandono el consumo de tabaco en esas semanas, esto gracias a la falta de ganas de hacerlo, y aunque en ocasiones sentía una especie de antojo lograba controlarlo realizando alguna otra actividad, sin embargo un par de días antes de la sesión regreso a su habitual rutina en casa con su pareja lo cual disparo nuevamente su consumo debido al ambiente y la disponibilidad que tenía en casa. Sin embargo disminuyo notablemente el consumo logrando mantenerse en una media de 5 a 6 cigarrillos

por día, esto a partir de un compromiso que realizo consigo sobre la disminución y posterior eliminación de su consumo.

Para definir los valores que rigen su vida, se utilizó la metáfora de asistir al propio funeral propuesta por Hayes (2011. PP. 337), en la cual se le pidió al cliente que se tomara un momento para pensar en su propio funeral, centrándose en lo que le gustaría que los asistentes dijeran sobre lo que había significado su vida, a lo que el cliente respondió que le gustaría que dijeran que había vivido una vida plena, ser un buen padre, un buen hijo, un buen esposo y un buen amigo. Sin embargo actualmente siente que ha fallado en todas ellas. El cliente eligió como valor principal tener una vida plena. Para aclarar el concepto de valores, se enfatizó en que los valores, más que un objetivo, son una dirección que le da un valor a nuestra vida, las emociones y experiencias que experimentamos en ella. Comenta que se siente perdido y siente que tiene problemas de autoestima que le preocupan y le impiden tomar las decisiones que requiere para poder seguir sus valores, realiza una comparación diciendo que en él habitan dos personas diferentes, una de ellas es una persona responsable, insegura que vive del pasado, y la otra es un hombre divertido, seguro de sí mismo y “vale madres”, éste se perdió en el camino y no sabe cómo traerlo de vuelta, recordando que cuando era esta persona se sentía feliz. Ante este discurso fusionado se le pregunto si esa persona que recuerda como feliz, lo había sido todo el tiempo, o si solo traía a su mente los momentos que reforzaran su percepción de felicidad en el pasado, a lo que el cliente respondió que sí se esforzaba podía recordar algunos malos momentos de esa época de su vida, entonces se le explico que esa era una de las formas de trabajar de la mente, una vez que se cree algún pensamiento se

encarga de buscar acontecimientos que justifiquen y reafirmen el pensamiento fusionado. Por lo que se le pidió que reflexionara sobre su presente y la percepción que ha decidido tener de él así como las acciones que ha utilizado para justificar su pensamiento fusionado.

En cuanto al consumo de tabaco, se le pidió que continuara con el consumo de 6 cigarrillos para ver cómo se sentía en estos días ya sin la presencia de la enfermedad y en el ambiente cotidiano con su esposa, a lo que el cliente aceptó.

Para terminar la sesión se le preguntó al cliente si tenía alguna duda respecto a la sesión o bien algo más que agregar a lo que respondió que no.

Sesión 4: Identificación de pensamientos fusionados.

Objetivo: *Identificar los pensamientos fusionados que mantiene el cliente relacionados con su consumo de tabaco, esto con el propósito de trabajar con diferentes técnicas de defusión en las próximas sesiones.*

La sesión inicia preguntando sobre su consumo de la semana pasada, a lo que el cliente responde que a pesar de los intentos por mantener su consumo meta de 6 cigarrillos éste había aumentado dos días antes de la actual sesión llegando a fumar 8 cigarros en un día, de los cuales uno lo consumió con sus compañeros de trabajo y el otro extra en la noche, debido a la carga de estrés que tenía esos días. Como estrategia de aceptación se le propone ponerse como meta mantener la sed que reporta como detonante del consumo durante 5 minutos antes de encender el cigarro, además como una estrategia de control de la disponibilidad se le propone que solo ponga 5 cigarrillos en su cajetilla y los demás los deje en su casa, esto

con el objetivo de limitar su consumo meta y observar que estrategias utiliza para administrarlo, también se le sugirió que buscara redes de apoyo para lo que necesitaría contarle a sus compañeros de trabajo y amigos con los que consumía frecuentemente que se encontraba en tratamiento para dejar de fumar, a lo que contestó que sería difícil hacerlo ya que tendría que enfrentarse a las críticas o bromas que podrían realizar respecto al tema, sin embargo se comprometió a buscar la oportunidad de comentárselos.

Comentó que de alguna forma se ha encargado de alejar a todas las personas de él, ya que sentía que nadie, a excepción de su pareja, era necesario para su vida, por lo que actualmente no tiene una motivación para salir de su rutina, además de sentirse controlado por su pareja cada vez que sale con algún amigo o amiga, ocasionando que el cigarro sea su único amigo y acompañante en sus actividades de ocio, de concentración e incluso de socialización.

Menciona que a lo que más le teme es a sentirse solo y aunque emocionalmente se siente solo en su matrimonio, sentir la compañía de su esposa físicamente le es suficiente.

Tanto en su relación como en el consumo se encuentra un fuerte caso de evitación emocional que lo paraliza a comprometerse a vivir el momento presente, además de los antecedentes de episodios depresivos que ha presentado, los cuales reafirman sus creencias y justifican su conducta de evitación.

Los pensamientos fusionados que se identificaron durante la sesión fueron los siguientes:

- No consumir me genera una especie de sed que no puedo controlar.
- El cigarro es mi único amigo.

- El cigarro me ayuda a concentrarme.
- Soy una persona enojona.
- Yo alejo a las personas con mi actitud.
- Mi pareja llena el vacío emocional que siento.

La sesión terminó preguntando al cliente si tenía alguna pregunta respecto a la sesión o algo más que agregar.

Sesión 5: pensamientos fusionados.

Objetivo: *Guiar al cliente en la toma de conciencia de sus pensamientos fusionados, haciendo énfasis en su origen en la mente y la posibilidad de desliteralización.*

La sesión inició saludando al cliente y preguntando cómo se había sentido en la semana, a lo que el cliente respondió que todo se encontraba bien, respecto al consumo reportó que las técnicas que se le habían propuesto la sesión pasada le habían funcionado bien, ya que había logrado mantener su consumo meta de 5 cigarros al día, 3 racionados durante el día y dos en la noche al llegar a casa, menciona que le costaba un poco de trabajo aguantar la sed que le provocaba no poder consumir como antes, sin embargo notaba que al esperar disminuía la sed y con esto la ansiedad de consumo.

En cuanto a la relación que mantiene con su esposa, comenta que tiene miedo a sentir dolor, debido a la experiencia que tuvo de depresión y define a su esposa

como un ancla que lo sostiene, a lo que se le hizo notar que no solo lo sostiene, también lo detiene haciendo una metáfora con la función de un ancla en un barco impidiendo que éste último continúe su curso, a lo que el cliente afirmó que así era justo como se sentía, sin embargo temía emprender un viaje sin ella. Ante esto se le hizo notar que estaba viendo solamente una cara de la moneda, fusionándose cada vez más con esa idea, lo que le impedía avanzar y vivir su momento presente.

En cuanto a la percepción que tiene sobre él y su dificultad para tomar decisiones se le hizo notar que no es incapaz de tomar decisiones, ya que durante el día es capaz de tomar múltiples decisiones, como el asistir a terapia, o decidir levantarse de la cama, se le pusieron múltiples ejemplos similares, a lo que el cliente respondió que uno de sus temores era que el dolor que le generaría abandonar a su pareja le haga regresar nuevamente con ella como le ha sucedido en anteriores ocasiones, ante este relato se le hace notar que si bien ya ha tenido una historia previa que fundamente sus miedos esto no tiene que repetirse puesto que en esta ocasión su objetivo principal no será evitarlo, sino aceptar sus emociones con base en sus valores, dándole un propósito a su dolor y de esta forma evitar el sufrimiento extra que genera la no aceptación. Posteriormente se le preguntó cómo se sentía respecto al abandono de su consumo de tabaco, a lo que respondió que de igual manera, tenía miedo de proponerse el abandono definitivo y que el síndrome de abstinencia fuera tan fuerte que lo hiciera recaer, siente que eso haría decaer aún más, ante lo cual se le recordó que era imposible evitar los sentimientos negativos que vienen del síndrome de abstinencia por los efectos

que el tabaco tenía en nuestro cuerpo, sin embargo, era un dolor por el que tenía que pasar para tener una vida valiosa, y que era decisión suya dejar que el miedo lo paralizara en el camino o bien, seguir adelante aún a pesar del miedo.

Como tarea se le pide que para la siguiente sesión haga una lista de las culpas que siente hacia su pareja y en general en su vida para poder trabajar con ellas, además en cuanto a su consumo se le pregunta si se siente listo para modificar su meta disminuyendo un cigarro más, el cliente afirmó que aún no se sentía listo para disminuir uno más pues sentía que conservar su consumo de 5 cigarros le estaba costando trabajo y no quería comprometerse a un consumo que no estaba seguro de cumplir, por lo que se quedó durante la próxima semana el mismo consumo meta de 5 cigarros al día utilizando las mismas estrategias que le han funcionado. Una vez aclaradas las dudas surgidas durante la sesión, ésta se dio por terminada.

Sesión 6: Toma de consciencia en el momento presente.

Objetivo: *Utilizar técnicas que promuevan la toma de consciencia de los pensamientos y emociones, llevando al cliente a desarrollar una flexibilidad psicológica que le permita vivir el momento presente.*

La sesión comienza saludando al cliente y preguntándole como le fue en la semana, a lo que el cliente responde que bien, comenta que en cuanto a su consumo se mantiene con 6 cigarros al día, reportando que son los cigarros de la noche los que le son más difíciles de eliminar, comenta que durante el día solo es capaz de controlar la sed que siente de consumir consolándose con saber que en

la noche podrá fumar el cigarro que le queda en la cajetilla, reporta que la meta de los 5 cigarros al día le es más difícil cumplirla ya que la sed va en aumento y el cigarro extra que fuma lo hace en su casa donde tiene el resto de los cigarros. Al llegar a su casa compara las ganas de fumar con la necesidad de ir al baño, reportando que durante la tarde se siente incómodo y al llegar a su casa la ansiedad aumenta haciendo irresistible el consumo. Ante esto se le recuerdan los ejercicios que anteriormente le habían funcionado, y además se le propone que en lugar de consolarse con consumir un cigarro extra al llegar a casa, recuerde sus valores y la función que tiene el consumo de tabaco en ellos.

Durante el curso de la terapia se ha identificado que el cliente mantiene una dificultad para identificar los pensamientos que surgen y que pueden estar desencadenando su consumo, por lo que se le propuso realizar el ejercicio de caminar en silencio (Hayes & Smith, 2011. PP. 225), el cual consiste en dedicar diez minutos al día para caminar en silencio tratando de mantenerlo durante todo el paseo de modo que pueda escuchar el contenido que produce su mente. Al notar la atención fijada en algún objeto concreto del entorno, algún pensamiento o sensación del cuerpo decirlo en voz alta y repetirlo tres veces. El propósito de las repeticiones es ayudar al cliente a desliteralizar los pensamientos de acontecimientos, siendo consciente de la frecuencia y el impacto que tiene en ese momento.

Para trabajar con la tarea que se le solicitó en la sesión anterior sobre las culpas con las que carga, primero se le pidió que las describiera brevemente, posteriormente se le pidió que se colocara en una posición cómoda y se le guió para que realizara ejercicios de respiración profunda para lograr un estado de

relajación y consciencia corporal, una vez logrado se utilizó una técnica de defusión para enseñar al cliente a distanciarse del significado del proceso verbal y empezar a verlo desde el punto de vista de un observador. La técnica de defusión empleada fue la de las hojas sobre el mar (Hayes & Smith, 2011, PP. 166), para lo cual se le pidió al cliente imaginar un río y trasportarse al lugar con los mayores detalles posibles, una vez que el cliente tuvo la imagen en su mente se le pidió que imaginara como de pronto cae una hoja grande al río y empieza a flotar río abajo, en esta hoja se encuentra una de las culpas con las que carga, puede ponerla en forma de imagen o bien escribirla en la hoja, el objetivo del ejercicio es que el cliente permanezca junto a la corriente mientras deja que las hojas sigan flotando sin intentar modificar la velocidad de la corriente ni cambiar lo que aparezca sobre las hojas, este ejercicio duro en promedio 5 minutos. Al terminar el ejercicio se le pregunto al cliente como se había sentido a lo que respondió que cómodo y tranquilo y que no se le había dificultado llevarlo a cabo, se le explicó que el objetivo del ejercicio es precisamente tomar consciencia de los pensamientos, emociones sin catalogarlos o evitarlos, simplemente dejarlos fluir, se le preguntó si tenía alguna duda a lo que el cliente respondió de manera negativa por lo que la sesión se dio por terminada.

Sesión 7: Técnicas de defusión.

Objetivo: *Enseñar al cliente técnicas de defusión relacionadas a la percepción negativa que tiene de sí, esto con el propósito de fortalecer su autoestima y favorecer el compromiso de acción.*

La sesión dio inicio preguntándole al cliente como se había sentido en la semana, a lo que respondió que respecto a su consumo había logrado mantenerse en 6 cigarros con una gran dificultad para dejar de fumar por la noche, además percibe que actualmente el cigarro de la mañana se ha vuelto más necesario para él provocándole un gran deseo de consumo al despertar, un día antes de la sesión había disminuido un cigarro de la noche logrando el consumo de 5, sin embargo reportó insomnio generado por el deseo de consumir, aunque a pesar de ello se mantuvo firme y no consumió por lo que durante el día se había sentido irritable.

Para ejemplificar el impacto que tiene la mente en los juicios que realizamos se utilizó un ejercicio de defusión en el cual se le pidió que sacara su celular y en base a ese objeto mencionara 10 características positivas de éste, a lo que el cliente las enumeró sin mayor problema, una vez que mencionó todo lo que le gustaba se le pidió que del mismo objeto mencionara 10 características negativas o que pudieran ser mejoradas, a lo que el cliente respondió sin mayor dificultad, una vez realizado el ejercicio se le explicó como la mente es capaz de generar juicios tanto positivos como negativos de cada uno de los objetos que se encuentran en nuestro entorno e incluso de nosotros mismos enfatizando que es decisión nuestra elegir cuál de los ellos apropiarnos, y no solo eso, sino actuar con base en ellos como una forma de justificar y reafirmar nuestros juicios, a lo que el cliente respondió afirmativamente dando un par de ejemplos en su vida laboral en los cuales ha realizado acciones positivas que lo han reafirmado profesionalmente, sin embargo él ha decidido darle mayor peso a los acontecimientos que reafirman la forma negativa en la que se percibe. Una vez realizada esta reflexión se le pidió al cliente que aplicara esta técnica en los pensamientos, recuerdos y juicios que

surjan en él para ir fortaleciendo la imagen que tiene sobre sí mismo, recordando que es la mente la encargada de interpretar los acontecimientos y las emociones como positivas o negativas, sin ser estos juicios características inherentes de los acontecimientos u objetos.

Una vez resueltas las dudas del cliente respecto a la sesión, ésta se dio por terminada.

Sesión 8: Técnicas de aceptación.

Objetivo: *Que el cliente trabaje en la aceptación de su experiencia y las emociones que surjan en el momento presente con la disminución de su consumo con base en sus valores.*

Al inicio de la sesión se le preguntó al cliente como se había sentido en la semana, a lo que el cliente respondió que había tenido una semana estresante, que se sentía molesto y no había sido capaz de identificar alguna causa, puesto que no había sucedido nada relevante, sin embargo reporta sentirse harto de la vida que lleva en general, esto le ha llevado a alejarse de las personas para evitar discusiones. Lo anterior lo ha llevado a aumentar su consumo a 7 cigarros al día en promedio, cuando se le pregunto cómo se sentía al respecto menciono que esto aumentaba su estado emocional displacentero, pues estaba consciente de haber logrado grandes cambios y sentía que en este momento estaba retrocediendo y la culpa le generaba un mayor deseo de consumir, ante esto se le preguntó qué es lo que lo detenía a volver a su consumo inicial de 20 cigarrillos, el cliente respondió que los valores que había definido era lo que lo detenía, además

de los ejercicios de defusión que había aprendido en las sesiones, sin embargo su consumo extra era algo que no se sentía con la capacidad de controlar, pues refiere hacerlo de una manera automática. Ante esto, se le recuerda que es la mente la que juzga si somos capaces o no y somos nosotros los responsables de seguir lo que nuestra mente dice o simplemente agradecerle y tomar nuestras propias decisiones. El cliente menciona que necesita más valor para hacer lo que él sabe que debe hacer, ante esto, se introdujo una analogía con los juegos mecánicos, preguntándole si le gustaba subirse a ellos a lo que él respondió que, aunque no lo hacía tan frecuentemente si lo había hecho, se le pregunto si antes de subirse al juego sentía temor e incluso llegaba a pensar en consecuencias desagradables o accidentes que pudieran surgir mientras está en ellos, a lo que el cliente respondió que si había sentido temor e incluso pensamientos fatalistas al respecto, sin embargo eso no siempre era suficiente para desistir de su decisión de subirse al juego mecánico, con esta respuesta se le mostro al cliente que tener miedo a lo desconocido o a los cambios, e incluso tener pensamientos de impotencia era algo normal, sin embargo este temor que se experimenta no tendría que ser un impedimento para llevar a cabo nuestros planes, sobre todo cuando estos están orientados al cumplimiento de los valores.

Se le pide como tarea practicar la aceptación cuando le surjan pensamientos de temor o angustia relacionados a su consumo, recordando que estos temores provienen de la mente y que son inherentes a los instintos de sobrevivencia que posee todo ser vivo, sin embargo no son funcionales en todos los contextos, haciéndole notar que en este momento el temor que siente de no poder dejar el cigarro es normal, pues no sabe cómo reaccionar sin el para relajarse, lejos de

ayudarlo a evitar un peligro, lo está llevando directo a él, pues se está convirtiendo en un problema de salud que puede agravarse con el consumo recurrente hasta llevarlo a la imposibilidad de llevar una vida plena e incluso la muerte. Se le recordó utilizar la metáfora de las hojas flotantes, para permitirse sentir sus emociones y dejar fluir sus pensamientos sin la necesidad de valorarlos, acelerarlos o engancharse en ellos. Como una variación a esta metáfora se le enseñó una técnica similar, esta vez en lugar de observar hojas viajar sobre el río, se le sugirió que llevara su mente a estar sobre un puente viendo el tren pasar y sobre cada uno de su vagones poner un pensamiento, emoción o sensación que surgiera en el momento sin intentar acelerar su marcha, cambiar su rumbo o subirse en algún vagón.

La sesión se dio por terminada al dar una breve retroalimentación del ejercicio.

Sesión 9: yo-como-contexto.

Objetivo: *Que el cliente logre distinguir entre si y los contenidos conceptuales de su mente evitando hacer valoraciones.*

La sesión inició preguntándole como había estado su semana, a lo que respondió que ya había aplicado los ejercicios que se le habían dejado de tarea la sesión pasada notando grandes cambios en su estado emocional y esto se ha visto reflejado en su consumo, ya que logro llegar a los cinco cigarros diarios tres días antes de la sesión, y aunque experimenta sensaciones desagradables como ansiedad y mayor irritabilidad, el reconocer sus emociones y permitirse sentirlas por al menos 5 minutos le han hecho notar que si bien esos cinco minutos son

muy desagradables, la sensación de malestar va disminuyendo paulatinamente hasta un nivel más soportable que lo lleva desistir de su consumo.

Para disminuir la vinculación con su yo- concepto se le pidió que escribiera en una lista 10 adjetivos que lo definieran, y posteriormente se ponderaron estos adjetivos poniendo el 1 a aquel que más lo definía, solo se trabajaron en sesión los tres adjetivos más importantes para el cliente, estos fueron: Inseguro, Indeciso e Incapaz. Posteriormente se le pidió al cliente que mencionara 3 ocasiones en las que esas palabras lo hubieran definido y se le solicitó que al menos diera cinco situaciones en que las palabras seguridad, decidido y capaz lo hayan llevado a lograr ser lo que es ahora, tuvo una mayor dificultad con la palabra capaz, diciéndose frustrado por no recordar ejemplos, ante lo cual se intervino dándole ejemplos respecto a la terapia y los avances que había obtenido, con esto se le mostró al cliente la capacidad que tiene nuestra mente no solamente de juzgarnos, sino también, los efectos negativos que producimos nosotros al creernos al pie de la letra lo que nuestra mente nos dice, lo cual nos lleva a una rigidez psicológica que impacta en nuestra conducta al llevar a cabo conductas que mantengan la percepción que tenemos de nosotros mismos. La sesión terminó preguntando al cliente si tenía alguna duda respecto al tema que vimos en sesión, una vez aclaradas las dudas se le solicitó de tarea que realizara el mismo ejercicio con el resto de las palabras de la lista y como meta se planteó disminuir su consumo un cigarro más utilizando las estrategias aprendidas.

Sesión 10: Yo-como-contexto.

Objetivo: *Que el cliente fortalezca su habilidad para tomar una perspectiva desde el yo-como-contexto, llevándolo a la aceptación de lo que puede y no puede cambiar.*

La sesión inicio preguntándole al cliente como le había ido en la semana a lo que el cliente respondió que se había sentido tranquilo y que había logrado su meta de consumir 4 cigarros desde hacía 4 días, se le pregunto cómo se sentía al respecto y menciono que se sentía bien pues los ejercicios realizados en la sesión pasada le habían ayudado a recuperar la confianza en sí mismo para sentir que podía dejar su consumo de tabaco definitivamente, sin embargo reconocía que no era fácil lograrlo, pues notaba ciertos cambios de humor desde dos semanas atrás que había disminuido su consumo de una manera más drástica para él y aunque le costaba mucho trabajo lograba mantener su decisión de lograr la meta propuesta.

Para reforzar su contacto con la toma de perspectiva en su yo-como-contexto, se utilizó la metáfora del tablero de ajedrez propuesta por Hayes (2014 pp. 341). Para esa sesión se utilizó un juego de ajedrez compuesto por un tablero y las piezas blancas y negras, se le pidió que colocara sus emociones, pensamientos y sensaciones catalogadas como negativas en unos pequeños papeles y luego los pegara en las piezas de un color, el cliente eligió las negras, ahora se le pidió que colocara en las piezas blancas las emociones, pensamientos y sensaciones que el catalogaba como positivas, una vez terminado esto, se le pregunto qué papel debería tomar él en el juego, a lo que respondió que le gustaría ser las piezas blancas, ante esta respuesta se le hizo notar que ya que las piezas negras tenían contenido suyo era improductivo que él tomara partido sobre las fichas blancas,

pues estaría luchando contra una parte de sí y eso no lo llevaría a ninguna parte, ante esto, el cliente mencionó que podía ser el jugador, una vez más se le recordó que bajo este papel tendría que tomar partido, además de no tener un control sobre la presencia de sus emociones, por lo que no podría ser el jugador, sin embargo, si podría ser el tablero explicándole que su única función (cómo tablero) era sostener las piezas (pensamientos/emociones/sentimientos) en el juego y llevarlas consigo independientemente de su color, pues al tomar partido por una de ellas automáticamente estaría formando parte de una guerra que no terminaría hasta destruirse al considerar una parte de sí mismo como su enemigo. Después de esto se le preguntó al cliente si tenía alguna duda y al resolver las dudas que presentó se dio por terminada la sesión.

Sesión11: Compromiso de acción.

Objetivo: *Que el cliente comprenda la importancia de establecer un compromiso de acción con base en sus valores.*

La sesión inició preguntando al cliente como se había sentido durante la semana a lo que respondió que se había sentido algo ansioso por la disminución de su consumo, reportó que continuaba con un consumo de cuatro cigarros al día, los cuales a pesar del malestar físico y emocional que le generaban los periodos de abstinencia se había mantenido firme en su decisión de mantener su consumo meta. Se reconoció su esfuerzo por mantener su consumo a pesar de las sensaciones de malestar que le generaba, se le preguntó qué es lo que hacía para no recaer a lo que respondió que primero recordaba el valor de llevar una vida

plena queriéndose y cuidando su salud, la mayoría de las veces eso le era suficiente para retrasar su consumo y que la sensación de sed ya no fuera suficiente para llevarlo a una recaída, sin embargo menciona que ante situaciones de estrés adicional ya sea en el trabajo o con su pareja si requería además de recordar sus valores, tomar un tiempo de no más de 5 minutos para escanear sus pensamientos y emociones y dejarlas fluir a partir de la técnica de aceptación enseñada “las hojas sobre el río”, menciona que ha sido complicado mantenerse con ese consumo, sin embargo los resultados obtenidos le daban la certeza de que podía dejar completamente su consumo. Para reforzar su estado de confianza se recalcó que era el quien tenía el control sobre sus decisiones y no debía dejarse intimidar por sus emociones, para esto se continuó utilizando la metáfora del tablero de ajedrez, recordándole que era él quien se encargaba de contener y llevar a las piezas, sin embargo esto conllevaba una responsabilidad ya que el cliente tiene que llevar las piezas a lugares donde ellas puedan estar y la dirección que va a tomar el tablero depende de los valores que elija, aunque tener clara la dirección no es suficiente, es necesario moverse en esa dirección y para ello es necesario un compromiso de acción que lleve al cliente a centrarse en el proceso más que en los resultados. Para explicar la importancia de centrarse en el proceso se utilizó la metáfora de Esquiar propuesta por Hayes (2004 pp. 480) para mostrar lo que Hayes menciona “El resultado es el proceso mediante el cual el proceso puede llegar a ser el resultado. Necesitamos objetivos pero lo realmente importante es que participemos plenamente en el viaje”.

Una vez aclaradas todas las dudas se dio por terminada la sesión.

Sesión 12: Compromiso de acción.

Objetivo: *Que el cliente establezca un compromiso de acción con base a las técnicas aprendidas a lo largo de las sesiones que lo lleve a la moderación de su consumo.*

La sesión comenzó preguntándole al cliente como se había sentido en la semana, a lo que comento que pese a sentirse cansado por cuestiones del trabajo, había sido capaz de sobre llevar el síndrome de abstinencia, presentando principalmente ansiedad e irritabilidad. Se le cuestiono como se sentía al respecto de eliminar su consumo en un futuro cercano, a lo que respondió que le daba miedo proponérselo como objetivo y que al final no pudiera cumplirlo, pues considera que esto haría que volviera a tener pensamientos negativos sobre su persona y su capacidad para lograr cosas importantes, ante esto se le recordó que estos pensamientos en realidad no iban a desaparecer independientemente de la abstinencia, por lo que era decisión suya que el miedo lo detuviera en la disposición de caminar hacia sus valores o bien llevar esos pensamientos consigo en su viaje hacia sus valores. Para ejemplificar esto se utilizó la metáfora “Burbuja en la carretera” propuesta por Hayes (2014, pp488), en la cual se le pide al cliente mirarse como una burbuja que va en dirección hacia sus valores, y en el camino se encuentra con otra burbuja que obstruye su camino, aceptando que la única

forma de seguir avanzando es fusionarse con esta y llevarla consigo el resto del camino.

Ante esto el cliente concluyó que se pondría como meta la abstinencia, sin embargo no quería presionarse en cuanto al tiempo, quería hacerlo cuando se sintiera seguro de poder lograrlo por lo que se le animó a tenerlo presente y utilizar las estrategias enseñadas anteriormente para poder lograrlo en el menor tiempo posible remarcándole los beneficios de este compromiso que hacía tendría en cuanto a sus valores.

Como cierre de sesión se le preguntó al cliente si le quedaba alguna duda respecto a las estrategias enseñadas, después de resolver las dudas se practicó un último ejercicio de conciencia en el momento presente, en el cual se le pidió que realizara ejercicios de respiración, una vez que estaba en contacto con su cuerpo se le preguntó cómo se sentía hasta ese momento con el proceso terapéutico y se le dio tiempo para que sintiera la sensación y percibiera los pensamientos que pasaban por su mente. Posteriormente se le pidió al cliente que comentara su experiencia, a lo que respondió que sentía una especie de tranquilidad y relajación corporal, en cuanto a los pensamientos que detectó destacó que los pensamientos que pasaban por su mente eran acerca de lo orgulloso que se sentía de haber logrado cumplir las metas que se había propuesto durante las sesiones aun a pesar de las emociones y pensamientos que le desagradaban cuando no podía consumir lo que quería, lo cual resultó más motivante para el cliente en su compromiso de dejar de fumar.

Al terminar el ejercicio se le dio una retroalimentación respecto a lo que había sucedido con su mente y una vez aclaradas sus dudas se dio por terminada la sesión.

Ustedes quieren eliminar el dolor en la medida de posible, pero esa posibilidad constituye la mayor de las locuras (Nietzsche).

CAPITULO V: RESULTADOS.

El tratamiento se llevó a cabo en un total de 12 sesiones, durante las cuales se fueron enseñando al cliente diferentes técnicas que lo llevaron a una mayor aceptación de sus emociones y a desarrollar un compromiso de acción basado en sus valores, permitiéndole generar un plan de acción de disminución de su consumo de tabaco. A continuación, en la *figura 1*, se muestra la cantidad de cigarrillos consumidos durante el tratamiento.

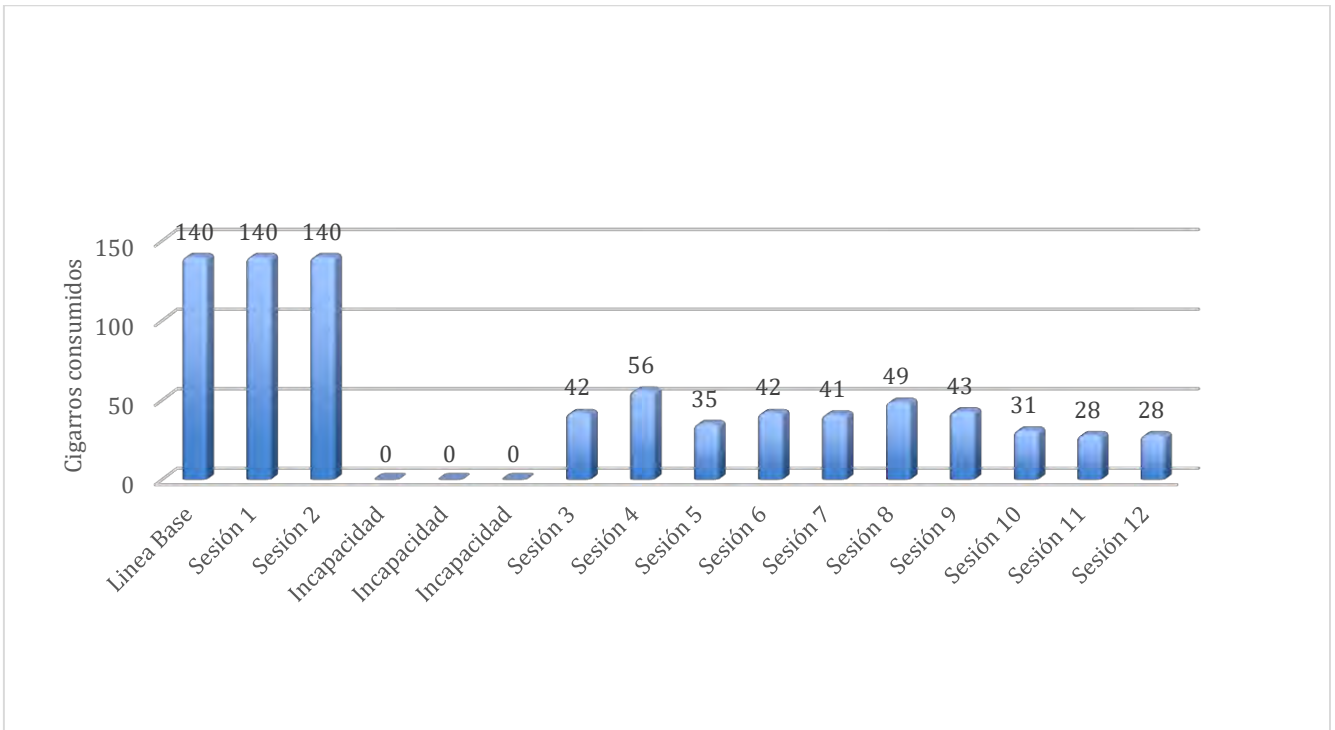


Figura 1: Consumo de tabaco semanal durante el tratamiento.

En la *figura 1* se observa un importante decremento en el consumo de tabaco a partir de la segunda sesión de tratamiento, esto debido principalmente a una incapacidad médica, sin embargo este periodo de abstinencia fue crucial en el desarrollo de las sesiones posteriores, ya que nos permitió defusionar los pensamientos respecto a la impotencia de abandonar su consumo, además de ayudarnos a reforzar los valores que el cliente expreso con anterioridad. Durante el periodo de tratamiento el cliente tuvo un total de tres recaídas ante situaciones de estrés adicional, sin embargo el cliente no perdió la motivación en cuanto al tratamiento.

Al terminar las 12 sesiones de tratamiento se logró la reducción de un 80% del consumo inicial, lo cual nos muestra una alta eficacia del tratamiento. Posterior a esto, se le indico al cliente que habrían 3 sesiones extras de seguimiento (*Ver fig. 2*), en las cuales se trabajarían las dificultades que observará en la implementación de las estrategias aprendidas durante la terapia, así como la reafirmación en el compromiso de acción, estas sesiones de seguimiento tuvieron una duración aproximada de 30 minutos.

Durante las sesiones de tratamiento se realizó un refuerzo de los temas de valores, aceptación y compromiso de acción, donde el cliente informó mayores dificultades, e identificó como áreas de riesgo para una recaída posterior. Para el refuerzo de estas estrategias se realizaron variantes de los ejercicios enseñados previamente.

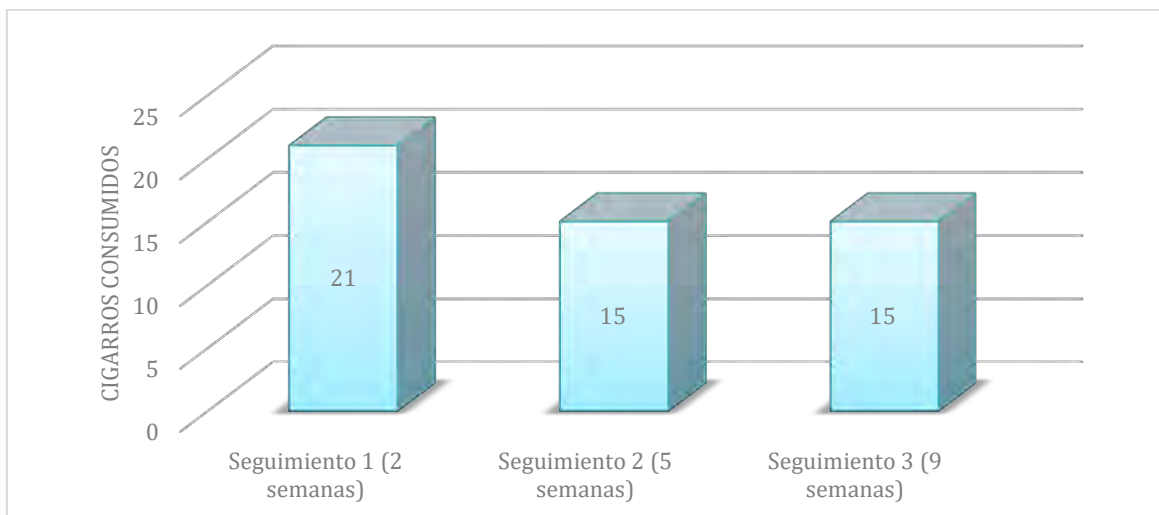


Figura2: Reporte de consumo semanal de tabaco durante los seguimientos.

Para la sesión de Valores se trabajó con la metáfora del jardín propuesta por Wilson y Luciano (2007), en la cual se le pide al cliente imaginarse como un jardinero que ama su jardín, que le gusta cuidar de sus plantas, se le pide que imagine a las plantas como las cosas que quiere en su vida, sin embargo, no siempre dan las flores en el lugar que se quiere o en el momento que lo desee; a veces se marchitan a pesar del cuidado, y en muchas ocasiones crecen en los jardines malas hierbas, si como jardinero se centra en cortar esta hierba tan pronto aparezca, estará perdiendo tiempo valioso, pues las malas hierbas vuelven a aparecer, además las malas hiervas a veces favorecen el crecimiento de otras plantas dándoles espacio o haciendo surcos y puede que las hierbas que se empeña en arrancar tengan un valor para sus plantas, además al enfocarse en eliminar las malas hierbas se está abandonando el cuidado necesario de las plantas que tienen un valor personal. Con esta sesión se reafirmaron en el cliente las trayectorias valiosas a seguir, los objetivos a corto y largo plazo, las acciones

en dirección a esos objetivos y la identificación de las barreras privadas que se interpondrá durante el recorrido.

Para la sesión de Aceptación se realizó el ejercicio "Estoy dispuesto a aceptar..." propuesta por Blonna (2010), en la cual se le pide al cliente que en una hoja escriba los pensamientos, temores y sentimientos que está dispuesto a aceptar para llevar una vida dirigida por sus valores y las consecuencias que la evitación de estos pensamientos, miedos y sentimientos le han traído a su vida.

Para la sesión de compromiso se utilizó la metáfora del "Sendero de la montaña" propuesta por Hayes (2014) como estrategia de reforzamiento en el compromiso de acción. En esta metáfora se le pide al cliente que se imagine haciendo una caminata por la montaña la cual debido a la estructura en ocasiones se encuentra en un nivel menor al que ya había llegado anteriormente debido a los giros. Si en un punto concreto de la montaña se le pidiera valorar el avance se podría escuchar una historia diferente en cada momento, por tanto lo importante no es evaluar la distancia recorrida a cada momento, sino asegurarnos de ir en la dirección adecuada, porque una vez que se emprende el viaje hacia la dirección de nuestros valores solo podemos llegar a la cima de la montaña.

Durante las sesiones de seguimiento se continuó con el patrón de disminución de consumo regulado por el cliente logrando una disminución del 46% del consumo de tabaco posterior a la última semana de tratamiento y un total de 89% desde el inicio del tratamiento.

En la *figura 3* se muestra la reducción del consumo de tabaco semanal durante las sesiones de tratamiento y seguimiento.

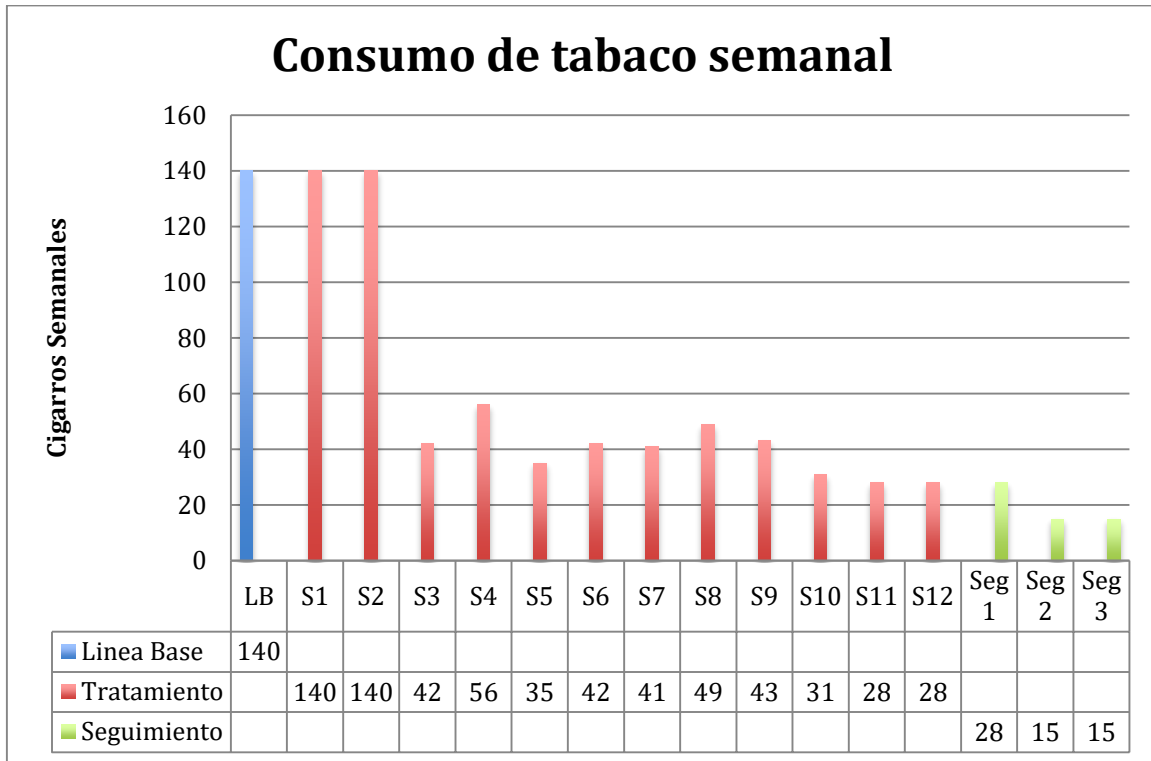


Figura3: Reporte de consumo semanal de tabaco antes, durante y después del tratamiento

Durante la última sesión de seguimiento se realizó nuevamente el test de Fagerström, obteniendo una puntuación de 2 indicando un nivel de dependencia bajo. Los resultados obtenidos en la disminución y el mantenimiento del consumo de tabaco que se muestran a lo largo de este estudio indican una alta eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso como tratamiento en la adicción al tabaco para este caso.

El dolor no es lo mismo que el sufrimiento. El dolor esparte de la vida y viene de perder lo que amamos. El sufrimiento viene de no aceptar lo que pasa, de la idea de que podría ser diferente, de pensar que las cosas tienen que hacerse a tu manera.
Anand Dílvar.

Capítulo VII: DISCUSION Y CONCLUSIONES

Discusión.

De acuerdo con Hayes (2014), la Terapia de Aceptación y Compromiso tiene como objetivo final el desarrollar pautas de conducta que le funcionen al cliente donde el éxito de la intervención se basa en que el cliente emprenda acciones que encaminen su vida en una dirección que le resulte valiosa. Por tanto, en base a los resultados obtenidos a través del test de Faguerström, la cantidad de consumo del cliente, y los reportes respecto a su capacidad de aceptar los eventos negativos internos que desencadenaba su consumo y un malestar psicológico extra, se puede concluir que hubo un aumento en la flexibilidad psicológica del cliente y una disminución en conductas de evitación experiencial lo cual llevó al cliente a adoptar pautas de conducta encaminadas a una vida valiosa permitiéndole el mantenimiento de metas y la disminución de su consumo de tabaco. De igual manera, considerado la constante revisión, practica y perfeccionamiento de las técnicas enseñadas a lo largo del tratamiento que fueron llevadas a cabo con éxito en la fase posterior al tratamiento se puede concluir también que el cliente cuenta con las bases necesarias y la capacidad para

aplicarlas en diferentes esferas de su vida para poder continuar con su compromiso de acción en el futuro.

Para lograr este objetivo, la Terapia de Aceptación y compromiso utiliza metáforas como vía para intervenir en los eventos privados al servicio del lenguaje. Wilson y Luciano (2007. P.99) mencionan que:

“Las metáforas tratan de establecer un contexto verbal donde la racionalidad es cuestionada en ciertas áreas y donde se valida la sabiduría que proporcionan las contingencias directamente experimentadas al margen de las reglas o razones que uno pueda proporcionarse”.

Por otra parte, Luciano (2006) agrega que Las paradojas, las metáforas y los ejercicios de exposición consciente en el aquí/ahora de uno mismo son esenciales en la Terapia de Aceptación y Compromiso y la clave es que la dirección que lleva la aplicación de cualesquiera de estos métodos, es la de aceptar los eventos privados porque esa aceptación está al servicio de la actuación impregnada de valores personales.

La Terapia de Aceptación y Compromiso ha desarrollado una estrategia de intervención diferente a través de sus bases en la lingüística de las emociones que ha demostrado producir cambios favorables en la visión del sufrimiento, impactando de esta forma en la sintomatología de diversos trastornos, entre ellos las adicciones.

Los tratamientos habituales buscan la reducción sintomatológica y del deseo de consumo como vía para lograr la abstinencia, desde la Terapia de Aceptación y compromiso el objetivo es que el sujeto se relacione de forma distinta con esos

eventos privados, como vía para mejorar su calidad de vida. Esta concepción diferente del quehacer psicológico ha obtenido buenos resultados en el tema de las adicciones. López Hernández (2014), realizó un meta análisis sobre resultados obtenidos de la terapia de aceptación y compromiso en adicciones, encontrando que los pacientes con adicción al tabaco tratados mediante la Terapia de Aceptación y Compromiso tienen tasas más elevadas de abstinencia que los pacientes tratados con terapia sustitutiva de nicotina con un 35% frente al 15% respectivamente posterior a un año de seguimiento (Gifford et al., 2004); Por su parte, Hernández-López y Cols. (2009) compararon la terapia de aceptación y compromiso con la terapia cognitivo conductual en fumadores de tabaco, encontrando tasas de abstinencia mayores en los pacientes tratados con terapia de aceptación y compromiso con un 30.2% sobre un 13.2% de la terapia cognitivo conductual posterior a un año de tratamiento.

En esta investigación, no se realizó una comparación entre algún otro tratamiento para el tabaquismo, sin embargo los resultados obtenidos fueron favorables, logrando una disminución del consumo en un 89% en un total de 12 sesiones de tratamiento y 10 semanas de seguimiento, cumpliendo el objetivo meta del cliente de disminución de consumo y encaminándolo a una vida valiosa que le permitirá en un futuro lograr la abstinencia.

Las investigaciones en cuanto a la efectividad de la ACT no han sido solamente en pacientes con adicción a la nicotina, López y Hernández (2014) también recopilan información de su efectividad en el tratamiento de adicción al alcohol, marihuana, metadona, cocaína y anfetaminas.

El interés principal de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tema de adicciones es el papel que juega la evitación experiencial y el efecto que ésta tiene como reforzador positivo o negativo, partiendo de que los sujetos siguen la regla de evitar o escapar del malestar, o consumir droga para sentirse bien de inmediato y así poder continuar con su vida (Hayes et al., 1998; Luciano y Hayes, 2001). Más específicamente, supone comportarse con la finalidad de eliminar malestar o de conseguirlo rápidamente, alejándose de las trayectorias de valor (Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004). La Terapia de Aceptación y Compromiso ha mostrado ser eficaz en el desarrollo de una vida consistente con los valores personales cuyo coste principal supone afrontar el malestar que se deriva de la abstinencia y otras sensaciones, pensamientos y recuerdos que pudieran ser dolorosos (Luciano, 2010).

Sabido es hace tiempo, que las drogas cumplen un papel funcional como reforzadores positivos y/o negativos por las propias características de las sustancias (véase Gil Roales-Nieto, 1996; Golberd y Stolerman, 1986). Se sabe que el uso de sustancias se vincula estrechamente con el reforzamiento implicado en la regulación cognitiva y emocional; además, se ha encontrado que las emociones negativas derivadas del abandono del consumo son predictores potentes de las recaídas, incluso más que la dependencia fisiológica o la historia de exposición a la sustancia (Kenford et al., 2002); y, también, se ha observado que medidas de aceptación y evitación de las emociones correlacionan con menor o mayor abuso (Forsyth, Parker y Finlay, 2003). Estos datos han llevado a plantear que las contingencias a la base del comportamiento adictivo se verifican como

estrategia de evitación experiencial, en donde se conjugan contingencias de reforzamiento negativo y positivo (Luciano, et al., 2010).

En esta investigación se observó que el consumo de tabaco del cliente tenía como objetivo principal disminuir el impacto de las emociones negativas y como método de distracción de sus pensamientos, la mayor parte de estos eventos privados eran producidos a su vez por el mismo consumo de tabaco, como ejemplo de ellos, el cliente relataba en las primeras sesiones que su consumo de tabaco se presentaba cuando “tenía antojo” consumiéndolo de manera automática, y si no hacía sentía un elevado nivel de ansiedad que desencadenaba pensamientos de impotencia en cuanto al abandono de su consumo y estos comenzaban a ligarse con fracasos pasados en otras esferas de su vida que desencadenaban un mayor nivel de ansiedad que solo disminuía con el consumo de tabaco, una vez que el cliente aprendió a aceptar el antojo cuando se presentaba y a dejar fluir sus pensamientos sin detenerse en ellos permitiéndose sentir la ansiedad en su cuerpo, logro mantener su consumo estable permitiéndole a su vez generar pensamientos y emociones positivas en cuanto al abandono de su consumo lo cual le permitió establecerse metas realistas en base a su experiencia y la dirección basada en valores que se planteó.

El objetivo básico de ACT, pues, consiste en generar flexibilidad ante los eventos privados. El desarrollo de la flexibilidad psicológica en adicciones supondrá que la elección conductual de un sujeto no dependerá del malestar ni de las “ganas” de consumir que esté experimentando, sino de lo que sea importante para él en función de sus valores personales. De esta manera, la persona aprenderá a lidiar

con sus circunstancias personales y a relacionarse de manera diferente con los pensamientos y emociones, para ello, ACT propicia aprender habilidades de distanciamiento de los eventos privados, y la clarificación de direcciones importantes de acción personal (Luciano et al., 2010). En este caso, el cliente eligió como valores una vida plena, aceptando que el consumo de tabaco es una limitante pues ya percibe efectos negativos en su salud, además de consecuencias sociales que le impiden encaminarse en una vida plena, por lo que aprendió a identificar que la evitación de los eventos privados no le ayudaban con la disminución de su consumo y una vez definidos los valores que dirigirán su vida hizo un trato con sus eventos privados negativos, aceptándolos con la condición de que esto le ayudaría a tener una vida plena, llevándolo a la aceptación del síndrome de abstinencia permitiéndole la disminución de su consumo.

Conclusiones.

La hipótesis planteada durante la investigación es aceptada, pues se observa una disminución del consumo en un 89% y 3 puntos de nivel de dependencia medidos con el test de Fagerström.

De acuerdo con estos resultados se puede concluir que la Terapia de Aceptación y Compromiso ayudo en este caso a disminuir el impacto en el cliente del síndrome de abstinencia a través de la aceptación de los eventos privados provocados con la disminución del consumo a través de un compromiso de acción que lo llevo a la reducción del nivel de dependencia al tabaco, sin embargo, se

requieren estudios controlados con una población mayor para generalizar su efectividad.

Aunque la ACT actualmente ha sido la terapia de tercera generación que cuenta con una mayor investigación en cuanto a sus efectos en diferentes problemáticas psicológicas incluyendo el tema de las adicciones, aún no cuenta con el sustento empírico suficiente para posicionarla en la terapia de primera elección en el tema de las adicciones, lugar que ocupa actualmente la Terapia Cognitivo Conductual gracias a su sustento empírico.

La inclusión de ACT ha sido empíricamente validado por parte de la agencia norteamericana The United States Substance Abuse and Mental Health Services Administration en el 2011, como parte de su Registro Nacional de Prácticas y Programas basados en la Evidencia. Sin embargo, la evidencia presentada aunque es valiosa aun no es suficiente, por lo que se requiere continuar generando investigación de los efectos de la ACT en el tema de las adicciones con poblaciones más numerosas y con diferentes niveles de adicción no solo para un mayor sustento empírico, sino para detectar aspectos claves en el tratamiento y mejorar las intervenciones, así como también conocer sus limitaciones.

El número de sesiones llevadas a cabo fueron suficientes para sentar las bases del tratamiento y generar en el cliente una dirección en base a sus valores que le permitiera la aceptación de sus experiencias y el enfoque en una vida valiosa, sin embargo es importante que el terapeuta se muestre flexible en cuanto al número de sesiones y la prioridad de los temas a tratar en ellas de acuerdo con

las necesidades del cliente haciendo énfasis en los temas de valores, aceptación y compromiso, los cuales de acuerdo con esta investigación se observó que tiene una gran relevancia para el éxito de la terapia y la consolidación de los conceptos centrales en el cliente.

Por último, se requiere de un seguimiento del caso más prolongado para corroborar la eficacia del tratamiento así como un seguimiento a la disminución del consumo como meta propuesta por el cliente.

Anexos

Línea Base: Test de Fagerström.

Test realizado al cliente durante la sesión de evaluación para medir el nivel de dependencia del cliente antes del tratamiento.

Test de Fagerström

El Test de Fagerström mide la dependencia a la nicotina. Cuanto mayor sea la puntuación, más elevada es la adicción. Elija la que más se adapte a tu situación en cada una de las 6 preguntas que a continuación se te presentan.

Preguntas	Respuesta	Puntuación
1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos Entre 6 y 30 min De 31 a 60 min Más de 60 min	3 2 1 0
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la iglesia, la biblioteca o el cine?	Si No	1 0
3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero de la mañana Cualquier otro	1 0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	Menos de 10 al día De 11 a 20 De 21 a 30 31 o más	0 1 2 3
5. ¿Fuma con mas frecuencia en las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	No Si	0 1
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	No Si	0 1
Total de puntaje		5

Adaptación basada en la Cédula Internacional de Entrevista Diagnóstica (1997) WHO-CIDI 2.1 y en los criterios para diagnosticar dependencia de sustancias de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (1995).

Post-test Fagerström.

Test aplicado al cliente después de la tercera sesión de seguimiento para verificar la eficacia del tratamiento.

Test de Fagerström

El Test de Fagerström mide la dependencia a la nicotina. Cuanto mayor sea la puntuación, más elevada es la adicción. Elige la que más se adapte a tu situación en cada una de las 6 preguntas que a continuación se te presentan.

Preguntas	Respuesta	Puntuación
1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	Entre 6 y 30 min	2
	De 31 a 60 min	1
	Más de 60 min	0
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la iglesia, la biblioteca o el cine?	Si	1
	No	0
3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	Menos de 10 al día	0
	De 11 a 20	1
	De 21 a 30	2
	31 o más	3
5. ¿Fuma con más frecuencia en las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	No	0
	Si	1
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	No	0
	Si	1
Total de puntaje		Σ

Adaptación basada en la Cédula Internacional de Entrevista Diagnóstica (1997) WHO-CIDI 2.1 y en los criterios para diagnosticar dependencia de sustancias de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (1996)

Bibliografía

- Acuña, G, G. (s.f) Comprendiendo las adicciones: La teoría del aprendizaje y su aplicación en la prevención de recaídas. Tomada de http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna2.pdf.
- Aedo, M, S., Pavlov, D, S., Clavero, Ch, F. (2010). Riesgo Relativo y Odds Ratio ¿Qué son y cómo se interpretan? Rev. Obstet. Ginecol. Vol. 5: 51-54.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías sanitarias (AETS). Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes para dejar de fumar. (2003). Informe de evaluación de tecnologías sanitarias N°40. Madrid (P27-43)
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). 5° Edición. Editorial Panamericana. ISBN: 9788498358100
- Barrueco, M, F., Hernández, M, M., y Torrecilla, G, M. (2009). Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 4ª Edición. Pfizer.
- Becoña, E., Vázquez, F. (1998). The Fagestrom test for nicotine dependence in a Spanish sample. Psychological Reports.
- Becoña, E., Vázquez, F. (2001). La necesidad del tratamiento psicológico para los fumadores de cigarrillos. Clínica y salud. Vol. 12, núm. 1 pp. 91-112. Madrid España. Redalyc.
- Becoña, E., (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. Universidad de Santiago Compostela. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1078> el día 14/12/2015.

- Becoña, E., (2008) Tratamiento psicológico de la adicción al tabaco. Formación continuada a distancia. Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E., Fernández, E., López, A., Martínez, U., Martínez, C., Rodríguez, R. (2014). El tratamiento psicológico de la dependencia al tabaco. Eficacia, Barreras y Retos para el futuro. Universidad de Santiago Compostela. Papeles del psicólogo, Vol. 35 pp. 161-168.
- Bien, T. (2011). Manual clínico de Mindfulness. Fabrizio Didonna. Biblioteca de psicología. Desclee de Brouwer. ISBN: 978-84-330-2511-1
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives*, 5, 47-57.
- Bodino, C., (2001). Las adicciones, del uso a la dependencia. Buenos Aires: Longseller. ISBN: 987-550-005-4.
- Cahill, K.; Stevens, S.; Perera, R.; Lancaster, T., (2013) Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. status and date: *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 5.
- Changeux J, P., Edelstein, S, J. (1998) Allosteric receptors after 30 year. *Neuron*; 21-959-80.
- Coe, J. W.; Brooks, P. R.; Vetelino, M. G.; Wirtz, M. C.; Arnold, E. P.; Huang, J.; Sands, S. B.; Davis, T. I.; Lebel, L. A.; Fox, C. B.: (2005) Varenicline: an $\alpha\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. *Journal of medicinal chemistry*, 48: 3474-3477.
- Dani J, A, De Biasi M. (2001) Cellular mechanism of nicotine addiction. *Pharmacology, Biochem Behav*; 70:439-46.
- Dani, J, A., Zhou, F, M. (2001). Endogenous nicotinic cholinergic activity regulates dopamine release in the striatum. *Nature neuroscience*. 1224-9. DOI: 10.1038/nn769.
- Doll, R, Hill B. (1950) Smoking and carcinoma of the lung. *BMJ* 1950; 2:739-48.

- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., Sutherland, I., (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors.
- European Federation of Psychologists' Associations (EFPA). (2006). Tratamientos del tabaquismo. Colegio oficial de Psicólogos. P 17-30.
- Fiore, M.C., Jaen, C.R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N L., Curry, S. J., et al. (2008). Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Rockville, MD: U.S Department of Health and Human Services.
- Forsyth, J.P., Parker, J.D., Finlay, C.G (2003). Anxiety, Sensitivity, Controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance-abusing veterans. *Addictive Behaviors*. 28, 851-870.
- García, J., Leal, M., Hernández, F., Abellán., J. (2012) Tratamiento farmacológico en la deshabitación tabáquica. Ventajas e inconvenientes de los tratamientos actuales. Elsevier. Pp. 505-510.
- Gifford, E., V., ohlenberg, B. S., Hayes, S, C., Anonuccio, D, O., Piasecki, M. M., Rasmussen- Hall, M. L. y Palm, M. (2004). Acceptance theory based treatment for smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, 35, 689-705).
- Gil, R.N (1996). La adicción como conducta. Variables diferenciadoras y dimensiones de interés. *Psicología de las Adicciones* (pp. 1-20) Granada: Ediciones Némesis.
- Gómez, S.M., López, R.F., Mesa, M.H (2007). Teoría de los marcos relacionales: algunas implicaciones para la psicopatología y la psicoterapia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 1697-2600.
- Gotti C & Clementi F. (2004) neuronal nicotinic receptors: from structure to pathology. *Progress neurobiology*, 74:363-393.
- Granda, O, J., Roig, V, F., (2006). Dependencia por el Tabaco. *El Tabaquismo Como Enfermedad Adictiva Crónica*.

- Gutiérrez, O., & Luciano, M. C. (2006). Un estudio del dolor en el marco de la conducta verbal: de las aportaciones de W. E. Fordyce a la Teoría del Marco Relacional (RFT). [A study in the context of verbal behavior: from W.E. Fordyce to Relational Frame Theory (RFT)]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 169-188.
- Hays JT, Ebbert JO, Sood A. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation. *Am J Med* 208; 121 (4Suppl 1):532-42.
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50, 97-111.
- Hayes, S. c., (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In contextualism (pp. 11-27). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S.C., Gifford, E.V., y Hayes, G.J. (1998). Moral behavior and the development of verbal regulation. *The Behavior Analyst*, 21, 253-279.
- Hayes, S.C (2004). Acceptance and commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy* 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M., A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S, C., Smith, S. (2011). *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso*. Desclée de Brouwer. ISBN 978-84-330-2643-9.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. Wilson, K.G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso proceso de práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Desclée de Brouwer. España. ISBN 978-84-330-2695-8.

- Hecht ss. Tobacco smoke carcinogens and lung cancer JNCI1999; 91(14):1194-1210.
- Hernández, A. & Sandoval, M. (2003). La actividad simbólica humana: una revisión de las tendencias contemporáneas en el análisis del comportamiento verbal. *Acta colombiana de Psicología*. 1909-9711.
- Hernández-Lopez, M., Luciano, M. C., Bricker, J. B., Roales-Nieto, J. G. y Montesinos, P. (2009), acceptance and commitment therapy for smoking cessation: a preliminary study of its effectiveness in comparison with Cognitive Behavioral Therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 109-115.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear Sevilla C y www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
- Jiménez, R. C., (s.f) Patología médica y tratamiento farmacológico del tabaquismo. Instituto de Salud Pública, Comunidad de Madrid.
- Kenford, S.L., Smith, S.S., Wetter, D.W., Jorenby, D.E., Fiore, M.C y Baker, T.B (2002). Predicting relapse back to smoking: Contrasting affective and physical models of dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 216-27.
- Law, M.R., Hackshaw, A.K (1997). A meta-analysis of cigarette smoking, bone mineral density and risk of hip fracture: Recognition of a mayor effect *Br. Med J.* 814-846.
- Lerman C, Niaura R. Applying genetic approaches to the treatment of nicotine dependence. *Oncogene* 2002;21:7412-20.
- López, H. A. (2014). Estado Actual de la Terapia de Aceptación y Compromiso en Adicciones. *Salud y Drogas*, vol. 14, núm.2 pp.99-108. 1578-5319.

- Lúcar, V. (2010). Sufrimiento humano y contextos de ajuste terapéutico. IIPSI. 1609-7475.
- Luciano, M.C. y Molina, F.J. (2003). El Trastorno de Evitación Experiencial y la Terapia de Aceptación y Compromiso. En I.Caro (Ed.). Avances en Terapias Psicológicas. Paidós. Barcelona.
- Luciano, C., Rodríguez, M. y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. International journal of psychology and psychological Therapy. 4, 377-394.
- Luciano, M.C., y Sonsoles, M., (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Fundamentos, Características y Evidencia. Papeles del Psicólogo. núm. 2 Vol.- 27 ISSN: 0214-7823.
- Luciano, C., Páez, M. y Valdivia, S. (2010). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación experiencial. International Journal of Clinical and health Psychology, 10 (1), 141-165.
- Medina, M, M., (2012). Tabaquismo en México: Cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año. México, D.F. ISBN: 9786077630555
- Mico, J, A., Moreno, M, R., Roca, V, Rojas, C., Ortega, A. (2000). Neurobiología de la adicción a la nicotina. Universidad de Cádiz, Vol. 2 n° 2.
- Moreno, C, A., Medina, M, M. (2008). Tabaquismo y depresión. Salud Mental vol. 31 no.5.
- Moreno, C, A. (2011). Tabaquismo: situación Actual, Aspectos asociados a su atención. Universidad Nacional Autónoma de México. ISBN: 6070220692.
- National Institute of Drug Abuse NIDA (2008). Tobacco and Nicotine Research. An U0pdate from the National Institute on Drug Abuse. Rockville, MD.
- Olano, E., Matilla, P., Sánchez, S., Alarcón. (2005) ¿Intervención mínima en tabaquismo? El protocolo de atención al paciente fumador en atención

primaria. Grupo de Abordaje al tabaquismo de la SMMFyC. Centro de Salud Guayaba. Área 11. Madrid. España.

- Páez, B.M., Gutiérrez, M.O., Valdivia, S.S., Luciano, S.C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Vol. 6, pp.1-20.
- Pepper, S.C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*, Berkeley: University of California Press.
- Pérez Cruz, Nuvia, Pérez Cruz, Hayvin, & Fernández Manchón, Eduardo J. (2007). Nicotina y adicción: un enfoque molecular del tabaquismo. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.
- Peto R, Darby S, Deo H, et al. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: Combination of national statistics with two case- control studies. *BMJ*2000; 321:323-329.
- Pidoplichko, V., De Bias, M., Williams, J, T., Dani, J. (1997). Nicotine activates and desensitizes mindbrain dopamine neurons. *Nature* 390:401-404.
- Recio, M, F., (2015). Proyecto hombre: El modelo biopsicosocial en el abordaje de las adicciones como marco teórico (MBPS). Asociación proyecto Hombre.
- Rodríguez, J, L., Calle, M. (2010). *Tabaco y Tabaquismo*. Elsevier, España. P. 593-599.
- Rubio, M, H., (s.f) Tabaquismo: grave problema de salud. Obtenido de http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/09_sep_2k9.pdf
- Salvador., Becoña, E., (2006). Tratamiento del tabaquismo: Aportaciones de la psicología y criterios de eficacia, eficiencia y equidad para el diseño de la política asistencial efectiva en España. Colegio oficial de psicólogos. (P 17-30).
- Secades, R. & Fernández J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13 (3), 365-380.

- Seijas., D (2010). El ABCD de la cesación de fumar: De la evidencia a la práctica clínica en medicina preventiva. Pp. 719-731.
- Stage, K.B., Glassman, A.H. y Covey, L.S. (1996). Depression after smoking cessation: Case reports. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 467-469.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M, E., Rojano C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M, I., Bermúdez, P., Castro, P., y Blanco, J., (2001). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en estudiantes del Distrito Federal: Medición otoño 2000. Reporte global INP-SEP, México.
- WHO (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco? Acceso electrónico http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html.
- Wilson, K, G. (2005). Eroding the illusion of separation: The interplay of core ACT processes in group training. ACT/RFT Summer Institute II. La Salle University, Fladelfia.
- Wilson, K, G., Luciano, M, C. (2007). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), un tratamiento conductual orientado a los valores*. Editorial Pirámide. ISBN 9788436817195.
- WLF & ACS (2009). *Cost to the Economy. The Tobacco Atlas. Trird Edition*.