



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA Y SALUD

ATENCIÓN PLENA COMPASIVA PARA LA CESACIÓN TABÁQUICA: UN
ESTUDIO COMPARATIVO

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTOR EN PSICOLOGIA

PRESENTA
ALEJANDRO LÓPEZ TELLO

TUTOR PRINCIPAL
DRA. ANA BEATRIZ MORENO COUTIÑO
FACULTAD DE PSICOLOGIA, UNAM

TUTOR ADJUNTO
DR. JUAN JOSE SÁNCHEZ SOSA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

TUTOR EXTERNO
DRA. SILVIA RUIZ VELASCO ACOSTA
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES EN MATEMÁTICAS APLICADAS
Y EN SISTEMAS, UNAM

JURADO
DRA. SOFÍA RIVERA ARAGON
FACULTAD DE PSICOLOGIA, UNAM

JURADO
DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ
FACULTAD DE PSICOLOGIA, UNAM

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2021



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 y dedicatorias

Gracias a la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), ya que el presente trabajo fue posible gracias a la beca no. 449437 otorgada al becario numero 299644.

Gracias a todo el personal del Departamento de Investigación en EPOC y Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, de manera muy especial a la Dra. Leonor Alejandra García Gómez, la Dra. Andrea Hernández Pérez y a la Mtra. Jennifer Osio Echanove ya que sin su amabilidad, profesionalismo y amistad este proyecto no habría sido posible; de igual manera al Dr. Jose Rogelio Pérez Padilla por sus recomendaciones al proyecto y su apoyo que hizo posible el desarrollo del proyecto.

A la Dra. Ana Moreno Coutiño por su dedicación, compromiso y valor en el desarrollo e investigación de los tratamientos basados en atención plena y compasión en México. Gracias sobre todo por tu guía, amistad y por ayudarme a encontrar un camino directo hacia las enseñanzas del budismo tibetano a través de los grandes maestros de nuestro tiempo.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa por su orientación y consejo constante durante los seminarios y tutorías. Gracias por su apertura y apoyo a las nuevas y en ocasiones poco convencionales formas de trabajo que dieron origen a este proyecto.

A la Dra. Silvia Ruiz-Velasco Acosta por guiarme a través de las cuestiones estadísticas del proyecto, su conocimiento y recomendaciones fueron invaluable. Gracias sobre todo por su paciencia, disposición y sencillez, ya que a pesar de las diversas responsabilidades que tenía siempre tuvo el tiempo y la amabilidad para recibirme y orientarme.

A la Dra. Sofía Rivera Aragón por todo el apoyo recibido, por su gran compromiso con la enseñanza de la psicología y por el voto de confianza y solidaridad hacia un servidor. Sus consejos y recomendaciones fueron definitivos en la metodología y estructura final del presente trabajo y ampliaron mi visión sobre la importancia de la labor realizada por los estudiantes del posgrado en psicología de la UNAM.

A la Dra. Lucy Reidl por aceptar formar parte del jurado revisor del presente trabajo demostrando su gran compromiso con la formación de las nuevas generaciones de psicólogos e investigadores en quienes continúa dejando huella.

Al maestro Oscar Arango Hernandez Tenzin Timley, quien de manera cercana y generosa me ha proporcionado su enseñanza, guía y amistad en el estudio y práctica de la meditación y la filosofía budista durante los últimos años. A través de retiros y experiencias directas, pude conocer los métodos ancestrales que hoy en día la ciencia retoma para mejorar un poco la vida de muchos; gracias por todo y que durante mucho tiempo puedas continuar llevando la luz a la tiniebla, *tashi delek*.

A mi querida familia, mis padres Saul y Patricia y mi hermana Brenda por todo su cariño y amor, y por continuar demostrandome que la única forma de superar la adversidad, mejorar y ser feliz en esta vida es el trabajo honesto, constante y realizado con alegría.

A Raquel Mondragon, que con su capacidad infinita de amar me aceptó como compañero de viaje en esta vida, por tu paciencia, cariño y ayuda durante esta etapa que

paso en un abrir y cerrar de ojos. En medio de todas las cosas que hemos vivido y sin darme cuenta me ayudaste a ser una mejor persona, gracias por permanecer a mi lado.

བསད་ནམས་འད་ཡས་ཐམས་ཅད་གཟིགས་པ་ཉད། །
ཐབ་ནས་ཉས་པའ་དག་རམས་པམ་བས་ཏ། །
ས་ར་ན་འཆ་ར་ཀང་འཁག་པ་ཡ། །
སད་པའ་མཚ་ལས་འགོ་བ་སལ་བར་ཤག །
བང་ཆབ་སམས་མཆག་རན་པ་ཆ། །
མ་སས་པ་རམས་ས་གར་ཅག །
སས་པ་ཉམས་པ་མད་པར་ཡང་། །
གང་ནས་གང་ད་འཕལ་བར་ཤག །
བ་མ་ས་ཁམས་བཟང་བར་གསལ་བ་འདབས། །
མཆག་ཏ་ས་ཚ་རང་བར་གསལ་བ་འདབས། །
འཕན་ལས་དར་ཞང་རས་པར་གསལ་བ་འདབས། །
བ་མ་དང་འབལ་བ་མད་པར་བན་གིས་རབས། །
སངས་རས་ས་གསམ་བརས་པའ་བན་རབས་དང་། །
ཆས་ཉད་མ་འགར་བདན་པའ་བན་རབས་དང་། །
དག་འདན་མ་ཕད་འདས་པའ་བན་རབས་ཀས། །
ཇ་ལར་བསས་བཞན་སན་ལམ་གབ་པར་ཤག །
བདག་དང་འཁར་འདས་ཐམས་ཅད་ཀས།
དས་སམ་ད་བསགས་པ་དང་།
ཡད་པའ་དག་བའ་ར་བ་འདས།
བདག་དང་སམས་ཅན་ཐམས་ཅད་
མར་ད་བ་ན་མད་པ་ཡང་དག་པར་རགས་པའ་བང་ཆབ་
རན་པ་ཆ་ཐབ་པར་གར་ཅག

INDICE

Agradecimientos y dedicatorias

Indice

Resumen

1. Aspectos generales del consumo de tabaco	8
1.1 Epidemiología del consumo de tabaco en México	9
2. Dependencia a la nicotina	10
2.1 Morbilidad psiquiátrica asociada a la dependencia a la nicotina	17
3. Tratamientos para la cesación del consumo de tabaco	23
3.1 Tratamientos farmacológicos	24
3.2 Intervenciones cognitivo-conductuales para dejar de fumar	27
4. Recaída en el consumo de tabaco	37
5. Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación	48
6. Terapia cognitivo-conductual basada en atención plena y compasión	55
6.1 Terapia basada en atención plena	56
6.2 Atención plena y tabaquismo	60
6.3 El estudio de la compasión en occidente y la terapia centrada en la compasión	70
6.4 Atención Plena Compasiva	82
7. Planteamiento del problema	86
8. Justificación	87
9. Método	88
Objetivo general	88
10. Fase 1 - Construcción y validación de una escala de compasión para población mexicana	89
Objetivo	89
Método	90
Resultados	91
Discusión	97
Conclusión	98

11. Fase 2 - Adaptación y validación del tratamiento en atención plena compasiva a población fumadora	99
Objetivo	99
Método	99
Resultados	101
Discusión y Conclusión	110
12. Fase 3 - Aplicación Piloto del “Programa de Atención Plena Compasiva para dejar de fumar”	113
Objetivo	113
Hipótesis	113
Método	113
Resultados	121
Discusión	128
Conclusión	130
13. Fase 4 - Implementación de un estudio comparativo de la eficacia del “Programa de Atención Plena Compasiva para dejar de fumar”	131
Objetivo	131
Hipótesis	131
Método	131
Resultados	141
Discusión	153
Conclusión	158
14. Conclusión general	160
15. Referencias	163
16. Anexos	197

Resumen

Los tratamientos basados en atención plena para dejar de fumar están siendo investigados como una alternativa de tratamiento prometedora que puede mejorar los resultados en esta área. El presente estudio se desarrolló en cuatro fases, la primera fase consistió en el desarrollo de una escala psicométrica para evaluar compasión en población mexicana, los resultados de esta fase proporcionaron un instrumento con evidencia de validez y confiabilidad. La segunda fase consistió en la adaptación de un tratamiento basado en atención plena compasiva (APC) para ser aplicado como intervención para dejar de fumar; en esta etapa se realizaron adaptaciones al programa original para ser aplicado a la población objetivo del estudio y se realizó un jueceo por expertos, esto resultó en un programa multicomponente de diez sesiones para dejar de fumar basado en APC. La tercera fase del estudio tuvo por objetivo hacer una evaluación de factibilidad del tratamiento en el que se aplicó la intervención en un diseño pretest - posttest con grupo control a 11 participantes; los resultados indicaron que era factible y seguro utilizar la intervención para tratar personas con adicción al tabaco. La cuarta fase del proyecto consistió en evaluar la eficacia de la intervención en 62 participantes por medio de un diseño pre experimental pretest – posttest con grupo control y dos seguimientos a los tres y seis meses posteriores al tratamiento; los resultados indicaron que la intervención basada en APC es eficaz en el tratamiento de la adicción a la nicotina mostrando mejores resultados que el tratamiento usual.

Palabras clave: Atención plena, compasión, nicotina, adicción, terapia cognitivo conductual

Abstract

Mindfulness-based treatments for smoking cessation are being investigated as a promising treatment alternative that may improve smoking cessation outcomes. The present study was developed in four phases, the first phase consisted of the development of a psychometric scale to assess compassion in Mexican population, the results of this phase provided an instrument with evidence of validity and reliability. The second phase consisted of the adaptation of a treatment based on compassionate mindfulness (APC) to be applied as an intervention for smoking cessation; in this stage, adaptations were made to the original program to be applied to the target population of the study and a evaluation by experts was conducted, resulting in a multicomponent program of ten sessions for smoking cessation based on APC. The third phase of the study aimed to conduct a feasibility evaluation of the treatment in which the intervention was applied in a pretest-posttest design with a control group to 11 participants; the results indicated that it was feasible and safe to use the intervention to treat people with tobacco addiction. The fourth phase of the project consisted of evaluating the efficacy of the intervention in 62 participants through a pretest - posttest design with control group and two follow-ups at three and six months after treatment; the results indicated that the intervention based on CPA is effective in the treatment of nicotine addiction showing better results than the usual treatment.

Key words: Mindfulness, compassion, nicotine, addiction, cognitive behavioral therapy

1. Aspectos generales del consumo de tabaco

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) considera que el consumo de tabaco es una de las mayores amenazas que se enfrentan a nivel mundial en el ámbito de la salud pública, y estima que la adicción al tabaco mata cada año a casi 6 millones de personas, de las cuales más de 5 millones son consumidores del producto y más de 600,000 son fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno. Se estima que durante el siglo XX, el consumo de tabaco mató a más de 100 millones de personas, esto es, mucho más que todas las muertes ocasionadas en la primera y segunda guerra mundial (Instituto Nacional de Salud Pública, INSP, 2016).

Las consecuencias en la salud de un fumador son significativas; el hábito de fumar perjudica a casi todos los órganos del cuerpo y ocasiona la tercera parte de las muertes relacionadas con diversos tipos de cáncer como el cáncer de boca, faringe, laringe, esófago, estómago, páncreas, cérvix, riñones, uretra, vejiga y leucemia mieloide aguda. Además del cáncer, el uso de cigarrillos causa enfermedades pulmonares como la bronquitis crónica, el enfisema, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y también se sabe que empeora los síntomas del asma en adultos y niños. De igual modo ha sido bien documentado que fumar aumenta sustancialmente el riesgo de enfermedades cardiovasculares (National Institute on Drug Abuse, [NIDA] 2010).

Otra consecuencia del tabaquismo son los costos sociales asociados al consumo, entre estos uno de los más significativos es el retraso en el desarrollo económico de los países debido a la muerte prematura de los usuarios y al elevado costo de los servicios de atención sanitaria que requieren los problemas de salud ocasionados por esta adicción (OMS, 2015), se calcula que actualmente, el tabaco causa pérdidas económicas valoradas en más de medio billón de dólares a nivel mundial (INSP, 2016).

La gravedad del tabaquismo y sus problemas asociados ha llevado a grupos como la Organización Panamericana de la Salud a considerarlo un problema con las características de una epidemia a nivel mundial (OPS, 2013). Dada la importancia del tema y con la intención de entender de manera más

completa esta problemática de salud pública, en el presente capítulo se revisarán los aspectos generales del consumo de tabaco, entre los que se abarcarán la historia del tabaco, la epidemiología del consumo de tabaco en México, las características farmacológicas del tabaco y sus principales efectos.

1.1 Epidemiología del consumo de tabaco en México

A continuación se presentan los principales datos epidemiológicos sobre el consumo de tabaco en México de acuerdo a la encuesta global de tabaquismo en adultos realizada en 2015 (INSP, 2016):

- El 16.4% de la población mexicana (14.3 millones de personas) fuman tabaco actualmente. Al separar el total de acuerdo al género esto equivale al 25.2% de los hombres (10.6 millones) y al 8.2% de las mujeres (3.8 millones).
- Del total de la población el 7.6% reportaron ser fumadores diarios (hombres 11.9%, mujeres 3.6%), mientras que el 8.8% eran fumadores ocasionales (hombres 13.3%, mujeres 4.6%).
- Entre los fumadores diarios el promedio de cigarrillos consumidos por día fue de 7.7 cigarrillos, al separar esta cifra de acuerdo al género, se observa que los hombres fuman en promedio 8.0 cigarrillos por día y las mujeres 6.8 cigarrillos por día.
- La edad de inicio de consumo de cigarrillos entre los fumadores diarios fue de 20-34 años de edad, fue de 16.5 años de edad en general (16.4 años en los hombres y 17.1 años en las mujeres).
- En general, 0.2% (189,000) consumen actualmente productos de tabaco sin humo (hombres 175,100, mujeres 14,600).
- En promedio, un fumador gasta 297.20 pesos al mes en cigarrillos.

En relación a la exposición al humo de tabaco ajeno en personas mayores de 15 años, esta encuesta (INSP, 2016) señala lo siguiente:

- Aproximadamente 12.6% (11.0 millones) estuvieron expuestos al humo de tabaco ajeno en sus hogares (hombres 13.7% y mujeres 11.6%).

- Entre las personas que visitaron varios lugares públicos en los 30 días previos a la aplicación de la encuesta, la exposición al humo de tabaco fue de 72.7% en bares y discotecas, 42.4% en universidades, 24.6% en restaurantes, 24.7% en el transporte público, 14.0% en edificios del gobierno, 13.7% en las escuelas y 5.2% en instalaciones que prestan servicios de salud.

En relación a la dependencia a la nicotina, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) realizada en 2016 (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2017) señala que el 12.3% de los fumadores tienen adicción, esto equivale a 1.8 millones de personas. Al desagregar este porcentaje por género esto equivale a 12.9% de los hombres fumadores y al 10.8% de las mujeres fumadoras.

Respecto a la cesación tabáquica, la encuesta global de tabaquismo en adultos realizada en México en el 2015 (INSP, 2016) señala que el 56.9% de los fumadores habían hecho por lo menos un intento por dejar de fumar en los doce meses previos a la encuesta, esto equivale al 57% de los hombres y al 56.4% de las mujeres, mientras que el 78.3% del total de los fumadores estaba pensando en dejar de fumar (78.9% hombres, mujeres 76.7%).

Por su parte la ENCODAT (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud, 2017) encontró que el 56.1% de los fumadores habían intentado dejar de fumar.

2. Dependencia a la nicotina

La exposición repetida a la nicotina sobre el sistema nervioso central, conduce al desarrollo de mecanismos neuronales de adaptación a la sustancia consumida, que modifican la actividad de diversos circuitos. Este proceso neuroadaptativo da lugar a fenómenos como la dependencia, tolerancia,

abstinencia y el *craving* (deseo intenso de consumir la sustancia) característicos de los estados conocidos comúnmente como adicción (Fernández-Espejo, 2002).

La dependencia a sustancias psicoactivas se define como como *“el conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que pueden desarrollarse tras el consumo repetido de una sustancia. Normalmente, estos fenómenos comprenden: un poderoso deseo de tomar la droga, el deterioro del control de su consumo, el consumo persistente a pesar de las consecuencias perjudiciales, la asignación de mayor prioridad al consumo de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia y una reacción de abstinencia física cuando se deja de consumir la droga”* (World Health Organization & Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Dos conceptos centrales en la definición de dependencia mencionada, son la tolerancia y el síndrome o estado de abstinencia. La tolerancia se define como la disminución de los efectos producidos por una droga psicoactiva debido a la administración repetida, es decir, el usuario necesita dosis más altas para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas. Por otra parte el síndrome o estado de abstinencia se ha definido como el conjunto de síntomas que aparecen al suspender o reducir el consumo de la droga a la cual se ha desarrollado dependencia (World Health Organization & Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

NIDA (2010) señala que los síntomas del síndrome de abstinencia de nicotina pueden empezar a las pocas horas después de haber fumado el último cigarrillo, esto explica porque los principales síntomas del síndrome de abstinencia por nicotina llegan a su punto máximo en los primeros días después de haber dejado el cigarrillo, entre los principales se encuentran los siguientes:

- Irritabilidad
- Fuerte deseo por consumir la droga (“cravings”)
- Déficit cognitivo y de atención
- Perturbaciones en el sueño
- Aumento del apetito

Estos síntomas suelen detenerse en unas pocas semanas después de interrumpir el consumo de nicotina; la investigación ha mostrado que existen diversos factores conductuales que pueden afectar la severidad de los síntomas de abstinencia, por ejemplo, el hecho de oler o mirar un cigarrillo, pueden estar asociados a los efectos placenteros de fumar y de este modo pueden empeorar los síntomas del síndrome de abstinencia o exacerbar los deseos por fumar (NIDA, 2010).

Hasta ahora se ha hablado de la adicción a la nicotina principalmente como una consecuencia del consumo repetido de tabaco y como un proceso neuroadaptativo debido a las propiedades farmacológicas de la nicotina y su acción sobre el sistema nervioso central, sin embargo, esto es solo una primera parte del problema, ya que existe una dimensión comportamental importante en la adicción a la nicotina en la que aún no se ha profundizado.

Brewer, Elwafi, & Davis (2013) mencionan que desde el punto de vista de la psicología la adquisición de la dependencia a la nicotina es un proceso complejo desarrollado en parte por la formación de memorias asociativas entre la conducta de fumar y estados afectivos positivos (por ejemplo, después de comer, al pasar un buen rato con amigos o tener sexo etc.) y negativos (por ejemplo, cuando se experimenta estrés, enojo, tristeza etc.), esto se detecta frecuentemente en los relatos de los pacientes fumadores y es en diversos reportes de investigación (Kandel & Davies, 1986; Brown, Lewinsohn, Seeley, & Wagner, 1996; Bevins & Palmatier, 2004; Leknes & Tracey, 2008).

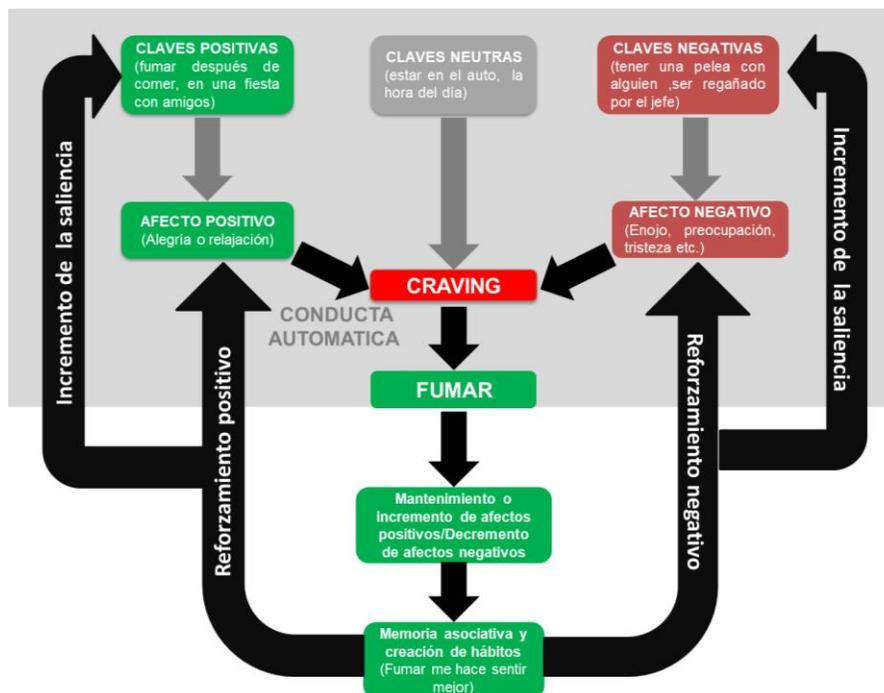
A partir de este primer proceso, casi de inmediato y frecuentemente sin que el usuario se dé cuenta (Bargh & Chartrand, 1999), se producen una serie de asociaciones entre los estados afectivos y un conjunto de claves medio ambientales presentes en estos episodios de consumo, lo cual posibilita que estas claves tengan la capacidad de inducir estados afectivos positivos o negativos convirtiéndose a su vez en disparadores de craving al tabaco (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie, & Fiore, 2004; Carter & Tiffany, 1999; Cox, Tiffany, & Christen, 2001; Hall, Munoz, Reus, & Sees, 1993; Huston-Lyons & Kornetsky, 1992; Kassel, Stroud, & Paronis, 2003; Perkins, Karelitz, Conklin, Sayette, &

Giedgowd, 2010; Shiffman & Waters, 2004; Zinser, Baker, Sherman, & Cannon, 1992).

Adicionalmente, existen estímulos ambientales que inicialmente resultan “neutros” (por su incapacidad de disparar el deseo de consumo o producir estados afectivos particulares) que también se condicionan por medio de asociaciones de segundo orden convirtiéndose también en disparadores del craving (Lazev, Herzog, & Brandon, 1999; Brewer, Elwafi, & Davis, 2013).

A partir de este punto se conforma un proceso cíclico de reforzamiento positivo y negativo que se fortalece por medio de asociaciones entre dichos estados afectivos y la conducta de fumar; de igual modo la saliencia de las claves ambientales asociadas aumenta y adquieren una mayor relevancia motivacional (Brewer, Elwafi, & Davis, 2013; Laviolette & van der Kooy, 2004; Olausson, Jentsch, & Taylor, 2004; Robinson & Berridge, 2003; Robinson & Berridge, 2008). Esta dinámica ha sido llamada por Baker et al. (2004) y Curtin et al. (2006) el “bucle adictivo” y está representado en la figura 2 adaptado de un esquema elaborado por Judson Brewer (2011, en Brewer, Elwafi, & Davis, 2013).

Figura 2. Aprendizaje asociativo (bucle adictivo) para la dependencia a la nicotina.



Adaptada de: Judson Brewer (2011) en Brewer, Elwafi y Davis (2013) con permiso del autor.

En este esquema se puede observar el conjunto de asociaciones establecidas por medio del consumo repetido de nicotina lo que conduce a un comportamiento inducido por las claves ambientales condicionadas que está en gran medida fuera del control consciente de los usuarios, (Bargh & Chartrand, 1999; Curtin et al., 2006; Miller & Gold, 1994; Suhler & Churchland, 2009; Tiffany & Conklin, 2000) es decir, un comportamiento automático (Brewer, Elwafi, & Davis, 2013).

Hay varios aspectos notables de este modelo de bucle adictivo, en primer lugar, cada eslabón de la cadena se apoya en los hallazgos convergentes de los estudios en animales humanos y no humanos, de igual modo, su dinámica sugiere que en la base de la adicción existe un proceso evolutivo conservado, en segundo lugar, como se discutirá más adelante, proporciona un cierto poder explicativo para las fortalezas y debilidades relativas de los paradigmas de tratamiento actuales y finalmente su naturaleza auto-propagadora se alinea con los modelos actuales de condicionamiento operante y clásico (Brewer, Elwafi, & Davis, 2013).

En este modelo de adicción a la nicotina, es importante tomar en cuenta las asociaciones producidas entre el consumo de tabaco y sus efectos, los estados afectivos presentes al ejecutar esta conducta y el conjunto de claves contextuales presentes en los diversos episodios de consumo, ya que estos procesos conforman la estructura comportamental que sostiene los episodios donde se manifiesta el deseo irreprimible de consumo de drogas comúnmente llamado craving del cual se ha venido hablando páginas atrás, y al que diversos autores responsabilizan del consumo compulsivo en la adicción, de las dificultades asociadas a la abstinencia y del alto nivel de recaídas que siguen al tratamiento (Quesada, Carreras y Sánchez, 2002; Blasco, Martínez-Raga, Carrasco y Didia-Attas, 2009; Muñoz, Sanjuan, Fernández, Vila & Montoya, 2011).

Como concepto, el craving ha sido polémico en su desarrollo y utilización ya que la ausencia de definiciones operacionales ha convertido el fenómeno en un “cajón del desastre” en que se depositaban una serie de procesos relacionados con la adicción pero independientes del craving (Muñoz, Sanjuan, Fernández, Vila & Montoya, 2011) y aunque aun actualmente quedan algunas lagunas respecto a

la comprensión de este fenómeno, lo que ha dificultado su operacionalización, los avances en neuropsicología han confirmado la participación de tres sistemas cerebrales fundamentales, estos son los siguientes de acuerdo a una revisión de la literatura realizada por Muñoz, Sanjuan, Fernández, Vila y Montoya (2011):

- **Sistema de recompensa:** La zona del sistema de recompensa donde se produce la activación de los receptores colinérgicos- nicotínicos (nAChRs) es el Área Tegmental Ventral (ATV) la cual está implicada en la señalización de los estímulos críticos para la supervivencia, tales como son la reproducción y la ingesta lo cual explica porque las drogas llegan a ser tan importantes desde una perspectiva motivacional. La estimulación del ATV provoca la descarga de dopamina en la Corteza Prefrontal Medial y en zonas específicas del Sistema Límbico. Dentro de las estructuras a las que proyecta el ATV, el Núcleo Accumbens está relacionado con la experiencia subjetiva de refuerzo y gratificación, así como con la anticipación del placer.
- **Sistemas emocionales asociativos:** Está conformado por la amígdala y el hipocampo y explica cómo se produce el aprendizaje pavloviano entre estímulos neutrales y los efectos de la nicotina; y por qué se produce el craving ante estos estímulos condicionados; la amígdala es la encargada de procesar el significado emocional de los estímulos evocadores de craving y disparar la respuesta psicológica y fisiológica que motiva la conducta, de este modo la amígdala codifica estímulos concretos que predicen el consumo, mientras que el hipocampo indica situaciones contextuales asociadas al mismo, siendo ambas funciones complementarias.
- **Sistema de toma de decisiones:** La actividad de este sistema explica los problemas atencionales, cognitivos y las dificultades para mantenerse abstinentes asociados al craving. En este participan diversas estructuras; la Corteza Cingulada implicada en el procesamiento de las demandas cognitivas y atencionales ante estímulos condicionados al consumo; la zona orbito-frontal que conecta con áreas mesolímbicas, y hace posible integrar la información emocional y motivacional con las representaciones

mantenidas en la memoria de trabajo, en esta zona el efecto reforzante de las drogas produce una señal dopaminérgica que se traduce en un sobreaprendizaje de los estímulos asociados con la sustancia de consumo, aumentando su saliencia sobre otros estímulos y provocando la conducta compulsiva de consumo, la ausencia e inhibición en esta área explica la impulsividad conductual observada en fumadores bajo estado de craving; finalmente la Ínsula se relaciona con la representación del estado homeostático del organismo en situaciones de abstinencia, así como con la inhibición del control de la conducta en estado de craving.

De este modo en coincidencia con el esquema de la figura 2 el craving se vincula con la conducta de fumar por medio de estos tres sistemas (Muñoz, Sanjuan, Fernández, Vila & Montoya, 2011) y debido a la propiedades psicofisiológicas de la nicotina (Imperato, Mulas, & Di Chiara, 1986) así como por el resultado de la conducta de fumar en el mantenimiento o incremento de los estados afectivos positivos o la reducción de los estados negativos (Baker et al., 2004; Cook, Spring, McChargue, & Hedeker, 2004; Shiffman et al., 1997; Zinser et al., 1992; Brewer, Elwafi, & Davis, 2013).

Muñoz, Sanjuan, Fernández, Vila y Montoya (2011) mencionan que la importancia de los afectos en el craving es innegable, aunque actualmente no está totalmente clara esta relación, existen modelos que buscan explicarla, los primeros modelos señalan que el craving es principalmente desatado por estados emocionales positivos, otros modelos sugieren que este es desatado por emociones negativas y finalmente un tercer modelo señala que en realidad la ocurrencia del craving no está condicionada por las emociones pero si es regulada de manera importante por estas.

Aunque como concepto, el craving sigue siendo controversial (Tiffany & Conklin, 2000) el deseo irresistible de fumar es considerado tan importante que la mayoría de los programas de tratamiento del tabaquismo cuentan con estrategias destinadas al enfrentamiento y manejo de este impulso incontrolable (Herrero & Moreno, 2004; Niaura, 2008; Kober, Kross, Mischel, Hart & Ochsner, 2010), más

adelante en el presente documento profundizaremos en dichas alternativas de tratamiento; de momento es importante repasar la morbilidad psiquiátrica asociada al consumo de tabaco como un problema frecuente que debe tomarse en cuenta en toda propuesta de análisis o tratamiento del trastorno.

2.1 Morbilidad psiquiátrica asociada a la dependencia a la nicotina

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) encontró que en México una de cada cuatro personas de entre 18 y 65 años de edad tiene una historia de trastornos mentales a lo largo de la vida, los más frecuentes son los trastornos de ansiedad (11.6%), los afectivos (11.1%) y de abuso de sustancias (8.9%) (Medina-Mora et al., 2009).

La aparición de una enfermedad mental, depende de distintos factores entre los que se encuentran la vulnerabilidad genética, los cambios hormonales, las prácticas de crianza, la desnutrición, el maltrato, el abuso, la violencia de pareja, los accidentes, la discapacidad, la pérdida de salud física, el duelo, el desempleo, eventos traumáticos, el estrés, la violencia, la pobreza, y el abuso de sustancias, entre ellas el alcohol y el tabaco (Romo-Nava & Patiño Durán, 2012; Corrigan, Druss & Perlick, 2014).

Respecto a la relación entre el consumo de tabaco y la enfermedad mental existe evidencia clara de las tasas de morbilidad psiquiátrica asociadas al uso de tabaco en adolescentes y adultos, incluyendo el abuso de otras sustancias adictivas (NIDA, 2010); en los últimos años se ha encontrado una relación particularmente importante entre el tabaquismo y la depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno por déficit de atención y los trastornos por consumo de alcohol (Becoña & Miguez, 2004; NIDA, 2010).

Actualmente se sabe que muchos fumadores utilizan la nicotina no sólo por la dependencia que se desarrolla, sino por sus propiedades funcionales, como un modo de enfrentar sus problemas personales o incluso psicopatológicos, por ejemplo, la nicotina puede actuar de un modo estimulante cuando los fumadores experimentan un nivel de activación bajo, al sentirse cansados, desanimados o tristes, y también puede actuar como un tranquilizante cuando los fumadores

experimentan un nivel de activación alto, debido a situaciones estresantes o emociones intensas. (Becoña & Miguez, 2004).

Existen distintas hipótesis que intentan explicar el tipo de relación entre la dependencia a la nicotina y las enfermedades mentales, estas plantean explicaciones tentativas, sobre todo respecto al orden de ocurrencia de estos trastornos con miras al establecimiento de causalidad. La primera de estas hipótesis plantea que en los casos en que el consumo de tabaco y algún otro trastorno mental coexisten, el consumo es el agente causal de la enfermedad mental; una segunda hipótesis, señala que en los casos de patología dual, el trastorno mental suele ser preexistente y este aumenta el riesgo de iniciar y mantener el consumo de tabaco; una tercera explicación enfatiza la presencia de ambos trastornos por medio de la interacción de factores entre ambas variables, retroalimentándose mutuamente desde el principio (Taylor et al., 2014).

Respecto a la evidencia que respalda estas hipótesis, al revisar la literatura existente se observa que existen datos que apuntan en distintas direcciones, y que respaldan estas tres hipótesis, por ejemplo, se ha observado que fumar aumenta significativamente la probabilidad de padecer una enfermedad mental como los trastornos afectivos y de ansiedad, debido principalmente a la alteración gradual de la bioquímica cerebral a raíz de la administración crónica de nicotina (Degenhardt & Hall, 2001; Rahman, Nakamura, Seino & Kizuki, 2015; Fowler, Logan, Wang, & Volkow, 2003).

Por otra parte se ha propuesto también que los síntomas de algunas enfermedades mentales pueden aliviarse hasta cierto punto con el consumo de tabaco (Audrain-McGovern, Rodriguez, & Kassel, 2009), esta tesis del consumo de tabaco como un método de automedicación sugiere que la enfermedad mental es la causa del desarrollo de la dependencia a la nicotina, y explica en gran medida que en estos pacientes exista una mayor dependencia al tabaco (Kelly & McCreadie, 2000), menor disposición a dejar de fumar (Kumari & Postma, 2005) y mayores tasas de consumo (Eriksen et al., 2015).

Las consecuencias que la patología dual tiene en la vida de un individuo pueden ser profundas a nivel social, cultural y económico (Kessler & Üstün, 2008),

debido a que en estos casos el deterioro suele ser mucho mayor y existe una tendencia a la cronicidad en ambos trastornos (Caraveo & Colmenares, 2002).

A continuación se presenta un resumen de los principales datos respecto a la relación específica del tabaquismo con los trastornos de ansiedad y depresión, cuya relación es la más frecuente en población fumadora y la que más se ha estudiado.

I. Tabaquismo y depresión

Algunos de los primeros estudios que mostraban claramente la existencia de una relación entre el tabaquismo y la depresión se publicaron en la década de los noventa; si bien la relación entre estas patologías ha sido ampliamente documentada (Tsoh et al., 2000), aún quedan algunas preguntas sin respuesta, relacionadas con las causas y con la direccionalidad de esta relación (Becoña & Miguez 2004; Fluharty, Taylor, Grabski & Munafò, 2017).

Como se mencionó anteriormente existen evidencias que apuntan en diversas direcciones; por ejemplo, se ha observado que las personas con sintomatología depresiva son más propensas a convertirse en fumadores (Lasser et al., 2000), y a desarrollar dependencia a la nicotina (Dierker & Donny, 2008). De igual modo las evidencias indican que los fumadores tienen un riesgo mucho mayor de experimentar depresión que los no fumadores (Bandiera et al., 2016; Breslau & Johnson, 2000; Grant et al., 2004).

Entre los datos de mayor relevancia sobre la comorbilidad entre el tabaquismo y depresión están los siguientes:

- Los fumadores con síntomas de depresión experimentan síntomas depresivos de mayor intensidad durante el síndrome de abstinencia (Covey et al., 1990; Langdon et al., 2013)
- Entre los adultos, el índice de episodios de depresión fuerte es más alto entre las personas con dependencia a la nicotina, es menor en las personas que actualmente fuman pero no tienen dependencia, y es más bajo entre los que han dejado de fumar o jamás fumaron (NIDA 2010).

- Dejar de fumar puede aumentar el riesgo de un nuevo episodio de depresión fuerte, entre aquellos que han tenido más de un episodio depresivo en la vida (NIDA 2010).
- La depresión aparece como uno de los síntomas del síndrome de abstinencia al dejar de fumar y con frecuencia se confunde el síntoma con el trastorno. (Becoña & Miguez 2004).
- Los jóvenes depresivos están en mayor riesgo de convertirse en fumadores (Piasecki, 2000).
- Fumar en la adolescencia aumenta el riesgo de desarrollar un episodio de depresión mayor (Goodman & Capitman, 2000)
- Fumar durante la adolescencia aumenta el riesgo de desarrollar abuso o dependencia a otras sustancias psicoactivas (Brown, Lewinsohn, Seeley & Wagner, 1996).
- Las mujeres tienen mayor riesgo de fumar, por tener una mayor prevalencia de trastornos de estado de ánimo que los varones (Piasecki, 2000).
- Una de las principales causas de la recaída es el estado de ánimo negativo (una mezcla de síntomas de depresión, ansiedad e ira) (Piasecki, 2000)
- Las personas con sintomatología depresiva tiene mayor dificultad para dejar de fumar y son más propensos a las recaídas (Ziedonis et al.,2008; Brodbeck et al., 2014; Zvolensky et al., 2015).

Una de las teorías más ampliamente estudiadas en la relación tabaco-depresión, es la teoría de la automedicación por medio del consumo de nicotina, al considerar que la nicotina cumple con una función antidepresiva en la población con patología dual; al respecto también podemos encontrar evidencias contradictorias, por ejemplo, se han realizado estudios donde se observan mejoras en los síntomas depresivos de ex-usuarios de tabaco al administrar nicotina por medio de parches (Salín-Pascual et. al. 1996), y explicando los efectos antidepresivos de la nicotina por su acción sobre el sistema límbico a nivel cerebral (Cárdenas et. al. 2002).

Por otro lado algunos investigadores sugieren que los fumadores no fuman para obtener efectos antidepresivos (Taylor et al., 2014) y que en la mayoría de los casos, la cesación tabáquica está asociada a una disminución de dicha sintomatología.

Un fenómeno recientemente investigado ha sido la relación entre el tabaquismo, la depresión y el suicidio; actualmente existe evidencia suficiente que indica que fumar se asocia con un incremento en el riesgo de conductas suicidas, en comparación con población no fumadora; de igual modo las personas que padecen tabaquismo tienen por lo menos el doble de posibilidades de manifestar ideaciones suicidas, planear formas de quitarse la vida, intentar suicidarse y morir por suicidio (Poorolajal & Darvishi, 2016). Aunque dicha relación no implica necesariamente causalidad, se ha sugerido que la prevención del consumo de tabaco y los tratamientos de cesación deberían incorporar estrategias dirigidas a la reducción del riesgo suicida.

Al margen de las diversas discusiones sobre la direccionalidad de la relación entre tabaquismo y depresión, en la literatura existente podemos encontrar coincidencia en la importancia de continuar investigando el tema y desarrollar tratamientos que puedan integrar la atención para ambos problemas de salud en una sola intervención.

II. Tabaquismo y ansiedad

Becoña y Miguez (2004) señalan que Hughes et al. (1986) fueron de los primeros autores en encontrar relación entre ansiedad y fumar, en un estudio realizado con pacientes psiquiátricos, en el que encontraron que, en la mayoría de estos pacientes fumaban significativamente más que la población general; después de este estudio, dicha relación ha sido ampliamente confirmada a través de la investigación (Zvolensky, Schmidt & Stewart, 2003; Breslau, 1995; Breslau, Novak & Kessler, 2004; Feldner, Vujanovic, Gibson & Zvolensky, 2008; Morissette, Tull, Gulliver, Kamholz & Zimering, 2007; Ziedonis et al., 2008). A continuación se presentan algunos de los datos más relevantes respecto a la relación entre ansiedad y tabaquismo:

- Fumar aumenta el riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad (Morissette, Tull, Gulliver, Kamholz & Zimering, 2007).
- Se ha observado que fumar ayuda a los fumadores a afrontar los estados afectivos negativos (Niaura, Shadel, Britt & Abrams, 2002), aunque de igual modo se sabe que el consumo de tabaco incrementa los niveles de estrés (Becoña-Iglesias, 2003).
- El consumo de tabaco en adultos aumenta el riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad en el futuro, lo que puede estar asociado con una mayor severidad de los síntomas del síndrome de abstinencia durante el tratamiento para dejar de fumar (NIDA 2010).
- Se ha encontrado que en población fumadora el consumo de tabaco cumple una función reguladora del estado de ánimo respecto a los niveles de ansiedad y estrés, estos hallazgos se han asociado a la hipótesis del consumo de tabaco como un proceso de automedicación en personas con trastorno de ansiedad (Parrott & Garnham, 1998; Parrott, 1999; Leyro, Zvolensky, Vujanovic & Bernstein, 2008; Leyro, Zvolensky, Vujanovic, Johnson & Gregor, 2009; Marshall, Zvolensky, Vujanovic, Gibson et al., 2008).
- Mae, Cano-Vindel, Iruarrizaga y Dongil (2009) señalan que además de la relación entre tabaquismo y el trastorno de ansiedad generalizado (Ramos-Cejudo & Cano-Vindel, 2008) se ha encontrado relación con trastornos de ansiedad como el trastorno por estrés postraumático (Dongil-Collado, 2008; García-Leyva, Domínguez & García, 2009), la fobia social (Vidal-Fernández, Ramos-Cejudo & Cano-Vindel, 2008), el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico con o sin agorafobia (Wood, 2008).
- La sensibilidad a la ansiedad aumenta la intensidad de los síntomas de abstinencia, según informes retrospectivos de fumadores en sus últimos intentos de interrupción del consumo, esto puede tener un efecto importante en el logro de la abstinencia (Zvolensky, Baker, et al., 2004).

La relación entre los trastornos de ansiedad y el tabaquismo, es compleja, por lo que se requieren más investigaciones al respecto (Mae, Cano-Vindel,

Iruarrizaga & Dongil, 2009), sin embargo, es evidente que el tratamiento integral de estos trastornos resulta de gran importancia para quienes desean dejar de fumar (Becoña & Miguez, 2004).

La comorbilidad del tabaquismo con otros trastornos de la salud mental representa un desafío para el diseño de tratamientos efectivos, ya que como la literatura existente indica, estos pacientes tienen mayor dificultad para dejar de fumar y presentan niveles de abstinencia más bajos que las personas que no manifiestan otra psicopatología asociada (El Guebaly et. al. 2002; Jochelson, 2006), de igual modo la adicción a sustancias puede afectar el uso de fármacos para el tratamiento del trastorno mental, y aumenta el riesgo de recaídas en el consumo y de episodios agudos de la patología asociada (Kassel, Yates & Brown, 2007).

La posibilidad de desarrollar tratamientos que integren la atención de la dependencia a la nicotina y de los trastornos mentales, es un área de oportunidad de gran importancia, ya que a pesar de la alta comorbilidad en estos pacientes, por lo general el tratamiento de cada padecimiento se administra de manera independiente (Moreno-Coutiño & Medina-Mora, 2008).

3. Tratamientos para la cesación del consumo de tabaco

En el marco de los tratamientos basados en evidencia, actualmente para el tratamiento del tabaquismo existen diferentes posibilidades divididas principalmente en tratamientos farmacológicos y tratamientos psicológicos (incluyendo la consejería breve), así como la combinación de estos enfoques en programas multicomponente.

A continuación se presenta un resumen de las características principales de los tratamientos farmacológicos, psicológicos y su combinación para la dependencia a la nicotina, así como los principales hallazgos provenientes de la investigación más reciente sobre cada tipo de tratamiento.

3.1 Tratamientos farmacológicos

El uso de medicamentos, es considerado un elemento vital como parte de un tratamiento integral para la cesación tabáquica y se señala que es recomendable que el profesional de la salud anime a los pacientes que desean abandonar el tabaco a que usen un fármaco eficaz o una combinación de varios fármacos eficaces (Fiore, Jaén, Baker, et al., 2008).

Aunque existen diversos medicamentos y consecuentemente diversos mecanismos de acción mediante los cuales ejercen su efecto, Cahill, Stevens, Perera & Lancaster (2013) mencionan que los siguientes principios subyacentes básicos en la utilización de cualquier fármaco para la cesación tabáquica:

- Mitigan los síntomas del craving y del síndrome de abstinencia asociados a la cesación.
- Reducen el efecto de recompensa asociado al consumo de tabaco interrumpiendo indirectamente la liberación de dopamina o desensibilizando los receptores dopaminérgicos.
- Proporcionan refuerzo positivo de fuentes distintas al cigarrillo.

Actualmente a nivel mundial se han identificado los siguientes medicamentos utilizados para tratar la adicción a la nicotina: bupropion, terapia de reemplazo de nicotina en diversas modalidades (chicles, inhalador, pastillas, spray nasal y parches transdérmicos), vareniclina, clonidina y noritriptina (el uso de estos dos últimos no ha sido autorizado por la FDA), ansiolíticos y beta bloqueadores, Lobelina (un alcaloide derivado de las hojas de una planta de tabaco cultivada en la india), Mecalamyna (medicamento antihipertensivo), Nocrevin (Producto compuesto por 15 mg de quinina, 100 gm de valerato de mentilo y 10 mg de Alcanfor y aceite de eucalipto), antagonistas opioides (naloxona, naltrexona y buprenorfina), Rominabant (antagonista selectivo de los receptores de cannabinoides tipo 1, CB1), acetato de plata (terapia aversiva que crea un sabor metálico desagradable cuando se combina con cigarrillos), e incluso las vacunas contra la nicotina (aún en proceso en investigación) (Cahill, Stevens, Perera & Lancaster 2013).

En diversas revisiones de la literatura realizadas, se ha encontrado que todos estos fármacos incrementan significativamente las tasas de abstinencia del tabaco a largo plazo (Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. 2004; Hughes, Stead & Lancaster 2005; Cahill, Stead, & Lancaster, 2007; Cahill, Stevens, Perera & Lancaster 2013); en México actualmente los principales tratamientos utilizados para tratar la dependencia a la nicotina son la terapia de reemplazo de nicotina, el bupropión y la vareniclina cuyas características se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Principales tratamientos farmacológicos para el tabaquismo utilizados en México.

Fármaco	Características	Principales hallazgos
Terapia de Reemplazo de Nicotina (TNR)	Tiene por objetivo reemplazar temporalmente la nicotina que se obtenía de los cigarrillos, reduciendo la motivación para fumar y los síntomas del estado de abstinencia, facilitando así el proceso de cesación y aumentando el mantenimiento. Puede administrarse de diferentes maneras como por medio de goma de mascar, parches transdérmicos, aerosoles orales, inhaladores nasales y tabletas).	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementan la probabilidad de lograr y mantener la abstinencia (el doble contra placebo). • Las diferentes formas de administración del tratamiento son igualmente efectivas. • Su efectividad no varía al ser combinada con otros fármacos como el bupropion.
Bupropión	Es un antidepresivo con acción dopaminérgica y adrenérgica; parece ser un antagonista en los receptores acetilcolinérgicos nicotínicos, y debido a esto su acción podría estar relacionada con el bloqueo de los efectos de la nicotina, aliviando los síntomas de abstinencia y la sintomatología depresiva. Su uso está contraindicado en pacientes con trastorno convulsivo, diagnóstico previo o actual de bulimia o anorexia nerviosa, uso de inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) en los 14 días previos y pacientes que tomen	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementa las probabilidades del logro y mantenimiento de la abstinencia (el doble, contra placebo) de manera similar a la TRN. • Se puede combinar con TRN, pero los efectos sobre la cesación no varían significativamente en comparación con la administración de un solo fármaco.

	otra medicación que contenga bupropion.	
Vareniclina	Es un medicamento no nicotínico, su mecanismo de acción probablemente se deba a sus efectos como agonista parcial y antagonista del receptor nicotínico. Se cree que puede ayudar a dejar de fumar a las personas debido a que permite mantener niveles moderados de dopamina y al mismo tiempo contrarresta los síntomas de abstinencia y reduce la satisfacción de la persona al fumar (debido a su función de agonista parcial).	Es más efectivo que la TNR y el Bupropion al comparar cada uno contra placebo. A pesar de su efectividad su uso implica diversas precauciones debido a que se ha documentado la exacerbación de síntomas psiquiátricos en algunos usuarios incluso llegando en algunos casos hasta el intento de suicidio; al respecto la FDA ha emitido precauciones para el uso de este fármaco, y señala que continuará estudiando la exacerbación de síntomas psiquiátricos asociados..

Adaptado de: Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, AC. (2005); Fiore, Jaén, Baker, et al. (2008); Cahill, Stevens, Perera & Lancaster (2013).

Cada uno de los tratamientos mencionados pueden tener efectos secundarios y existen casos donde no es recomendable el uso de medicamentos, como con pacientes con contraindicaciones médicas, pacientes que fuman menos de 10 cigarrillos por día, mujeres embarazadas/lactantes, consumidores de tabaco sin humo y fumadores adolescentes (Fiore, Jaén, Baker, et al., 2008), además de las contraindicaciones específicas de cada fármaco.

Como se ha observado en diversas revisiones, prácticamente todas las intervenciones farmacológicas mencionadas reportan un porcentaje de efectividad (Cahill, Stevens, Perera & Lancaster, 2013), sin embargo es importante tomar en cuenta que los tratamientos farmacológicos aplicados por sí solos tienen sus limitaciones, encontrando un éxito de entre el 10% y 20% un año después de su utilización, y se puede encontrar en la población a personas que ya han probado uno o varios medicamentos para dejar de fumar sin éxito, por lo cual resulta necesario incorporar un tratamiento psicológico para la dependencia a la nicotina (Méndez, Urdapilleta & Sansores, 2010). A continuación describiremos las

características de las principales intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para la cesación tabáquica.

3.2 Intervenciones cognitivo-conductuales para dejar de fumar

En la literatura existente sobre el tratamiento psicológico del tabaquismo, se pueden encontrar una gran diversidad de intervenciones que varían en aspectos, como la duración, estructura y componentes del tratamiento, el consejero o terapeuta que interviene y la modalidad del tratamiento proporcionado (individual y grupal). Sin embargo de manera general existen elementos compartidos entre las diversas propuestas de intervención.

Méndez, Urdapilleta y Sansores (2010) mencionan que a nivel mundial los tratamientos de cesación tabáquica en general, tienen un enfoque global del problema en el que suelen incorporar las siguientes dimensiones:

- Motivar a los fumadores a dejar de fumar.
- Orientar a los fumadores para que puedan apoyarse en intervenciones psicológicas y farmacológicas basadas en la evidencia.
- Dar a conocer las altas tasas de recaída después de la cesación y la necesidad de prevenirla.
- Garantizar que los fumadores reciban cuidado continuo y seguimiento.
- Proporcionar la atención necesaria en casos particulares en donde el dejar de fumar es más complicado y difícil de lograr; siendo más propensos a las recaídas como son los pacientes de bajos ingresos, pacientes con problemas psiquiátricos, abuso de otras sustancias y enfermedades directamente asociadas al consumo de tabaco (Fiore *et al.*, 2000, Tonnessen *et al.*, 2007).

Si bien la mayoría de las intervenciones a nivel mundial parten de un enfoque global que considera estos elementos, al revisar la literatura se puede observar que suele otorgársele un peso relativo distinto a cada factor a través de las distintas modalidades de tratamiento. En este sentido, los tratamientos mas

utilizados en el mundo para tratar la dependencia a la nicotina son las intervenciones cognitivo-conductuales.

Las intervenciones o terapias de corte cognitivo-conductual para la cesación tabáquica son tratamientos de mayor intensidad que las intervenciones revisadas anteriormente y suelen ser prescritas para dependencias de leve a severa cuando el fumador se encuentra en una fase de preparación (de acuerdo al modelo de cambio de Porchaska y Di Clemente, 1982) (Miller & Rollnick, 1991). La perspectiva cognitivo-conductual constituye actualmente una de las alternativas más efectivas en el área de tratamiento de adicciones y particularmente en materia de tabaquismo (Méndez, Urdapilleta & Sansores, 2010).

Estos tratamientos retoman principios de la teoría conductual (condicionamiento clásico y operante), la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (de la que toma las ideas relativas al aprendizaje observacional, la influencia del modelamiento y el papel de las expectativas cognitivas en la determinación de la conducta), y la terapia cognitiva (centrada en los pensamientos, los esquemas cognitivos, las creencias, las actitudes y las atribuciones que influyen los sentimientos y median las relaciones entre los antecedentes y la conducta) (Carrazcosa, 2007).

La combinación de estas teorías en un enfoque integral obedeció a la necesidad de desarrollar una comprensión del comportamiento humano complejo en la que se pudiera partir de los principios fundamentales de la conducta enunciados en los paradigmas del condicionamiento clásico y operante, sin que el análisis fuera reducido únicamente al estudio de fenómenos directamente observables omitiendo la importancia del pensamiento y de otros procesos internos como agentes causales de conducta (Carrazcoza, 2007).

De este modo a las primeras explicaciones sobre el comportamiento se incorporaron elementos de las teorías del aprendizaje social en las que se atribuía un papel más importante a la interacción de una variedad de variables individuales tales como creencias, valores, percepciones y expectativas presentes en los desórdenes del abuso de sustancias y las técnicas de la terapia cognitiva como un

método de intervención mediante el que se podían trabajar dichos elementos (Abrams & Niaura, 1987, Carrascoza, 2007).

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, se considera que las conductas adictivas son aprendidas y poseen patrones específicos que se establecen en un continuo de uso, abuso y dependencia, en el que existen factores biológicos y psico-sociales que contribuyen al desarrollo del trastorno adictivo. En este sentido se asume que el surgimiento de la adicción está determinado por diversos factores situacionales y ambientales, creencias y expectativas, la historia familiar de la persona y las experiencias previas de aprendizaje con la sustancia de consumo, así como por las consecuencias reforzantes o castigantes ocasionadas por el consumo de una droga (Carrascoza, 2007).

Un elemento de análisis importante en el enfoque cognitivo-conductual sobre la adicción, es que se considera, que debido a que la conducta adictiva se manifiesta frecuentemente bajo condiciones que se perciben como estresantes o desagradables, el consumo de una droga es una forma de enfrentamiento que si bien puede ser adaptativa en un principio, tiende a provocar disfuncionalidad en el sujeto con el uso frecuente, por ello desde este enfoque se parte de la hipótesis básica de que el adicto posee un déficit de habilidades psico-sociales para enfrentar diversas situaciones de vida (Carrascoza, 2007).

A partir de estos supuestos es que los tratamientos cognitivo-conductuales en modalidad grupal e individual para la adicción a sustancias psicoactivas (incluyendo el tabaco) suelen buscar que los usuarios adquieran diversas habilidades y estrategias cognitivas y conductuales que faciliten el logro y mantenimiento de cambios en la conducta adictiva, generando conductas de afrontamiento adaptativas bajo el control de los procesos cognitivos de toma de decisiones (Carrascoza, 2007; Fiore et al., 2000).

Carrascoza (2007) señala que en general las diversas técnicas que suelen emplearse en los tratamientos cognitivo-conductuales en adicciones giran alrededor de tres ejes principales estos son:

- a) **El análisis funcional:** Este tiene por objetivo identificar claramente los eventos que anteceden el consumo de drogas y las consecuencias

inmediatas de esta conducta las cuales favorecen su mantenimiento. El análisis funcional también evalúa las características de los estados emocionales del usuario, así como sus pensamientos asociados al consumo de drogas. Los resultados del análisis funcional se utilizan para anticipar situaciones de alto riesgo y desarrollar métodos específicos para evitarlas o afrontarlas.

b) El entrenamiento en habilidades de afrontamiento: En las situaciones relacionadas con el uso de drogas, *afrontar* se refiere a lo que una persona hace o piensa ante una situación de riesgo de consumo de drogas (Moser & Annis, 1996). Esta estrategia tiene por objetivo ayudar al individuo a desarrollar y emplear habilidades para tratar efectivamente con las demandas de las situaciones de riesgo sin tener que recurrir a las sustancias como una respuesta alternativa (Carrascoza 2007).

Existen diferentes tipos de respuestas de afrontamiento, y algunos autores las han clasificado de acuerdo a las dimensiones en que se llevan a cabo o al elemento central para el que se elabora cada estrategia; por ejemplo, Donovan (1996) menciona que las respuestas de enfrentamiento se pueden clasificar principalmente por su ocurrencia en los dominios afectivo, conductual y cognitivo; por su parte Litman (1986) propone la existencia de dos clases de respuestas de afrontamiento, 1) la evitación básica de las situaciones que han sido previamente asociadas con el abuso de sustancias, y 2) la búsqueda del apoyo social cuando la persona se confronta con la tentación de consumir.

En el dominio de las respuestas cognitivas de afrontamiento, suelen incluirse dos categorías de afrontamiento 1) el pensamiento negativo (implica centrar el pensamiento en todas las consecuencias negativas que han resultado del abuso de sustancias y en el deseo de ya no experimentarlas, frecuentemente se aplican a modo de auto-instrucciones) y 2) el pensamiento positivo (pensar acerca de todos los beneficios logrados por la sobriedad y el deseo de no querer perderlos nuevamente) (Carrascoza, 2007).

Las estrategias de afrontamiento suelen emplearse de manera secuencial, diferenciando cuando los individuos intentan iniciar, estabilizar y mantener la abstinencia a las drogas; en el inicio los usuarios se apoyan de manera más enfática en las estrategias conductuales y en la medida en que se incrementa el periodo de abstinencia se da una transición de las estrategias conductuales a las estrategias cognitivas de afrontamiento (Litman,1986).

Otra dimensión importante lo constituyen las estrategias de afrontamiento restauradoras las cuales se emplean cuando la persona consume nuevamente; estas estrategias de afrontamiento juegan un papel importante para en la prevención de recaídas (Carrascoza, 2007).

Las estrategias de afrontamiento pueden poseer una serie de otras dimensiones dependiendo de en qué están centradas (por ejemplo en las emociones, la evitación o algún otro problema de la vida del usuario), de este modo el autor señala que es importante distinguir entre las estrategias generales de afrontamiento y las que se dirigen de manera específica a la urgencia (craving) y/o el deseo de consumo de drogas (Carrascoza, 2007).

En una revisión sobre el tema, Lawton (1999) postula que un tratamiento cognitivo conductual para las adicciones, no debe remediar únicamente las deficiencias en las habilidades de afrontamiento ante el riesgo de consumo de drogas, sino que es necesario centrarse en habilidades que ayuden a tratar con el estrés general y con el deseo latente del uso de sustancias.

Es por ello que las habilidades a ser enseñadas en los programas de tratamiento cognitivo-conductual son específicas para el abuso de sustancias (afrontar la “cruda”, rehusar un ofrecimiento de alcohol o drogas, evitar o huir de una situación de riesgo), o para su aplicación en áreas interpersonales y emocionales (habilidades de comunicación, manejar el enojo, la tristeza o ansiedad etc.) (Carrascoza, 2007).

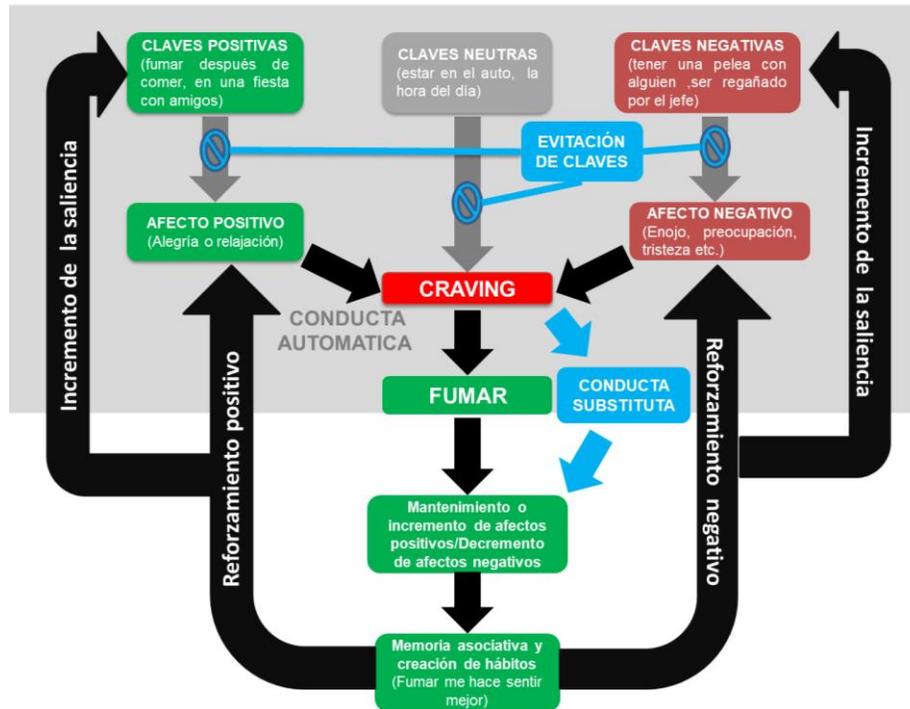
- c) La prevención de recaídas:** Esta estrategia se apoya fuertemente en el análisis funcional del consumo de drogas, la identificación de las situaciones de alto riesgo de recaída, y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento; de este modo la prevención de recaídas trata directamente

con una serie de conductas y cogniciones implicadas en el proceso de recaída y dirigidas a ayudar al individuo a mantener la abstinencia (Carrascoza, 2007). Actualmente incluso es posible encontrar en la literatura existente programas de tratamiento específicos para la prevención de recaídas para el tabaquismo, más adelante en el presente documento profundizaremos en los modelos explicativos de la recaída, las estrategias utilizadas para prevenirla y su efectividad.

Si bien estas pueden considerarse como las principales dimensiones de los tratamientos cognitivo-conductuales para el tabaquismo, es importante mencionar que la mayoría de los tratamientos existentes se han enfocado en el entrenamiento de habilidades basadas en la evitación de claves disparadoras del craving, fomentando estados como la relajación y/o la práctica de ejercicio físico como un modo de escapar o distraer al individuo de dicha experiencia y sustituir la conducta de fumar por conductas distintas, fomentando el desarrollo de mecanismos de apoyo social como un elemento adyuvante (Brewer, Elwafi, & Davis, 2013; Fiore et al., 2000; Lando, McGovern, Barrios, & Etringer, 1990).

Retomando el esquema de la figura 2 (bucle de la adicción a la nicotina), en la figura 4 podemos observar que la mayoría de estos tratamientos intervienen periféricamente el bucle, entrenando al individuo para evitar las claves disparadoras de craving, mientras que las conductas sustitutas como comer dulces, zanahorias, tomar agua, hacer ejercicio o practicar técnicas de relajación tendrían por objetivo que el individuo logre rodear o escapar del núcleo del bucle adictivo un vez que se produce el craving (Brewer, Elwafi, & Davis, 2013).

Figura 4. Efecto de las estrategias de evitación y sustitución de conductas (distracción del craving) sobre el bucle adictivo de la dependencia a la nicotina.



Adaptada de: Judson Brewer (2011) en Brewer, Elwafi y Davis (2013) con permiso del autor.

Estas estrategias tendrían por objetivo interrumpir el bucle adictivo al decrementar la frecuencia de los episodios de craving y de este modo disminuir la posibilidad de que la conducta de fumar del individuo ocurra y sea reforzada; de acuerdo a los principios básicos del aprendizaje, esto derivaría en la extinción de la conducta de fumar y en el incremento de la frecuencia de ocurrencia de las conductas substitutas (Brewer, Elwafi, & Davis, 2013).

En un par de revisiones sistemáticas con metanálisis recientes sobre intervenciones de tipo cognitivo-conductual para el tratamiento del tabaquismo a nivel mundial (Lancaster & Stead, 2017; Stead Carroll & Lancaster, 2017), se encontró que la mayoría de las intervenciones incorporaban al tratamiento componentes que incluían específicamente la revisión de la historia de consumo de los participantes, revisión de la motivación de los pacientes para dejar de fumar, la identificación de situaciones de alto riesgo, la generación de estrategias de solución de problemas para lidiar con tales situaciones, entrenamiento de habilidades sociales, estrategias de autocontrol y reestructuración cognitiva.

Aunque en los estudios existentes que evalúan los tratamientos cognitivo-conductuales para la cesación tabáquica se puede observar que la estructura de las intervenciones puede variar de un estudio a otro (generalmente incorporando algún componente adicional a los ya mencionados), actualmente no existe evidencia sólida que permita concluir que agregar otros componentes a la intervenciones proporcionadas regularmente pueda mejorar los resultados hasta ahora obtenidos para la cesación tabáquica (Lancaster & Stead, 2017; Stead Carroll & Lancaster, 2017).

Otra variante que se puede encontrar en las intervenciones empleadas en diversos estudios, es la modalidad en que se proporciona el tratamiento, la cual puede ser grupal o individual; en una revisión sistemática con metanálisis realizado por Stead, Carroll y Lancaster (2017) se observó que la efectividad de ambas modalidades de tratamiento es similar.

Respecto a las características de los terapeutas en los estudios realizados, se puede encontrar que la mayoría eran descritos generalmente como consejeros para la cesación tabáquica, ya que habían recibido una capacitación específica para la implementación del tratamiento, la mayoría eran psicólogos, sin embargo, en algunos de los ensayos clínicos participaron profesionales de distintas áreas, entre ellos, trabajadores sociales, psiquiatras, promotores de la salud y personal de enfermería, en este sentido, el principal requisito con el que debían cumplir estos consejeros era haber sido capacitados en el programa de tratamiento para la casación tabáquica que estaba siendo evaluado (Lancaster & Stead, 2017; Stead Carroll & Lancaster, 2017).

En relación a la efectividad general de los tratamientos cognitivo-conductuales para la cesación tabáquica, actualmente existe fuerte evidencia de que estos tratamientos son efectivos para ayudar a las personas a dejar de fumar, y tienen mejores resultados que formas de tratamiento menos intensivas como estrategias de autoayuda y el consejo breve (Lancaster & Stead, 2017; Stead Carroll & Lancaster, 2017).

Desafortunadamente, los principales tratamientos cognitivo-conductuales para la cesación tabáquica que se han venido aplicando los últimos 30 años han

mostrado un éxito modesto con tasas de abstinencia que suelen oscilar entre el 20% y 30% a los 12 meses de seguimiento (Fiore et al., 2008; Hernandez-Lopez, Luciano, Bricker, Roales-Nieto, & Montesinos, 2009; NIDA 2010; Law & Tang, 1995; Shiffman, 1993), aunque se pueden encontrar algunas investigaciones en las que este porcentaje puede variar en mayor o menor medida, dichas diferencias no suelen ser significativas de un estudio a otro.

Los bajos índices de mantenimiento de la abstinencia mostrados por los tratamientos cognitivo-conductuales que se han venido utilizando hasta ahora, dejan claro que existe la necesidad de mejorar las intervenciones o desarrollar nuevas estrategias que permitan incrementar el éxito del tratamiento entre la población fumadora; es importante señalar que actualmente la principal forma de tratamiento para la dependencia a la nicotina es la combinación de los tratamientos cognitivo-conductuales y los tratamientos farmacológicos.

Como se ha revisado, la adicción a la nicotina es un problema de salud complejo por su origen multicausal y por los diversos matices que agregan la sociedad, la cultura y las características individuales del fumador a la evolución de la patología. A pesar de la complejidad implícita en el estudio y tratamiento de la adicción a la nicotina, es posible observar que por lo regular en dicho trabajo los especialistas distinguen entre procesos neurobiológicos y psicosociales, esto es más evidente al momento de revisar las principales alternativas de tratamiento que se separan en farmacológicas e intervenciones de tipo conductual o de consejería.

Como se pudo observar las intervenciones farmacológicas están dirigidas a la dependencia física (tratamiento del craving, el síndrome de abstinencia y proporcionando también una fuente de reforzamiento positivo de fuentes distintas al tabaco, sobre todo en la TRN), esto con base en la naturaleza neurobiológica de la adicción a la nicotina (Cahill, Stevens, Perera & Lancaster, 2013); mientras que las intervenciones de tipo conductual están dirigidas a lo que algunos especialistas han llamado la dependencia psicológica (Méndez, Urdapilleta & Sansores, 2010), las cuales consisten como se mencionó anteriormente en mejorar la motivación para dejar de fumar, incrementar las habilidades de enfrentamiento, el control de

impulsos y reestructurar los pensamientos y expectativas del usuario respecto al consumo de tabaco.

Tanto las intervenciones de tipo conductual (incluyendo el consejo breve) como la farmacoterapia (principalmente la terapia de reemplazo de nicotina [TRN], vareniclina y bupropión) han mostrados ser eficaces para ayudar a las personas a dejar de fumar. Actualmente la combinación de ambos tratamientos es recomendada siempre que sea posible debido a que se ha observado que tiene los mejores resultados en el logro y mantenimiento de la abstinencia (Stead, Koilpillai, Fanshawe, Lancaster, 2016; Fiore et al., 2008).

La investigación desarrollada respecto a la combinación de los tratamientos farmacológicos y psicológicos para la cesación tabáquica, ha mostrado que las personas que ya utilizan un tratamiento farmacológico como principal alternativa, y que además reciben una intervención conductual tienen entre un 10% y un 25% más de posibilidades de logro de la abstinencia, esto se concluyó a partir de un análisis de la evidencia proporcionada por 38 investigaciones, con más de 15.000 participantes, retomados en un metanálisis realizado por Stead y Lancaster (2012).

De igual modo se sabe que la intensidad de una intervención psicológica puede influir en los resultados de la combinación de los tratamientos, ya que en comparación con una intervención de menor duración (como el consejo breve) las personas que reciben un tratamiento más intensivo en combinación con el fármaco tienen mejores resultados (Stead & Lancaster, 2012).

Actualmente el medicamento que más se combina con alguna variedad de tratamiento psicológico es el parche de nicotina, esto se comprobó en una revisión sistemática con metanálisis realizado por Stead, Koilpillai, Fanshawe y Lancaster (2016), en la que se retomaron 52 estudios (19.488 participantes). En esta misma revisión se pudo observar que el apoyo conductual fue proporcionado principalmente por especialistas en el asesoramiento de la cesación, y las intervenciones tenían en promedio una duración de entre cuatro y ocho sesiones, cada sesión con una duración mínima de media hora y un máximo de 300 minutos.

Si bien se ha observado que la combinación de los tratamientos farmacológicos y conductuales tiene resultados superiores a los observados en la utilización de uno u otro tratamiento individualmente, su efectividad en el largo plazo continua entre el 20% y 30% a los 12 meses de seguimiento (Fiore et al., 2008; Hernandez-Lopez, Luciano, Bricker, Roales-Nieto, & Montesinos, 2009; NIDA 2010).

Como se mencionó anteriormente, el panorama actual de los principales tratamientos para dejar de fumar, nos muestra que existe la necesidad de continuar desarrollando investigaciones que en un futuro puedan producir métodos de tratamiento con mejores resultados que los observados hasta el día de hoy; este proceso pasa por el análisis profundo de los factores asociados a la recaída en el tabaquismo lo cual se indaga a continuación.

4. Recaída en el consumo de tabaco

Las recaídas en las personas que manifiestan dependencia a la nicotina, han sido estudiadas ampliamente por los especialistas en adicciones; se sabe que la mayoría de los fumadores quieren dejar de serlo, y realizan uno o varios intentos para lograrlo, algunos incluso siguiendo programas de tratamiento, sin embargo, como se mencionó anteriormente la mayoría terminan recayendo a los doce meses después de haber logrado la abstinencia; es por ello que el estudio de las recaídas se ha centrado principalmente en la identificación de las variables que la provocan y en el desarrollo de programas de prevención de recaídas (Quesada, Carreras & Sánchez, 2002).

El termino recaída se refiere a un proceso que es reconocido como parte de la adicción debido a su naturaleza como una enfermedad crónica y reincidente (Annis & Davis, 1991; Marlatt & Gordón 1980), en este sentido la recaída podría definirse como el fracaso en el mantenimiento de la abstinencia del consumo de drogas en cualquier momento después de haber logrado la abstinencia (Hajek et. al., 2013), sin embargo, actualmente suelen distinguirse dos fases distintas, en el proceso de recaída, estas son la caída (desliz o tropezón) y la recaída, esta distinción sugiere que existen diferentes características en cada etapa (Annis &

Davis, 1991; Heather, Rollnick & Winton 1983; Marlatt & Gordón 1980), las cuales se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Características y diferencias entre caída y recaída.

Caída	Recaída
Denota una ocasión aislada de consumo de alcohol, tabaco u otras drogas que por lo regular no deriva en una situación de consumo excesivo y en la pérdida de control (Annis & Davis, 1991; World Health Organization & Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).	Implica el restablecimiento del patrón de consumo previo al tratamiento, suele iniciar con episodios de abuso y deriva en la reinstauración de los síntomas de dependencia, principalmente la falta de control (Annis & Davis, 1991; World Health Organization & Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).
La caída se asocia más con factores de riesgo socio-situacionales (por ejemplo presión de los amigos o pasar por un lugar donde el usuario solía consumir), (McIntyre, Mermelstein & Lichtenstein 1983).	Las recaídas suelen ser precedidas por estados emocionales negativos, como la ansiedad, la frustración y la depresión (Gordón & Marlatt 1980).
Estos episodios de consumo leve se encuentran asociados con estados de ánimo positivos (Annis & Davis 1988).	Los episodios de consumo excesivo característicos de la recaída tienen más probabilidad de ocurrir debido a eventos negativos (pelear con otros) y estados de ánimo negativos (Annis & Davis 1988).

Estos datos de estudios clásicos en la investigación en adicciones muestran que si bien puede establecerse una diferencia entre la caída y la recaída, ambos fenómenos pueden formar parte de un continuo en el que es altamente probable que una caída se transforme en una recaída sobre todo a partir del incremento en la frecuencia e intensidad de los estados emocionales negativos (Annis & Davis, 1991).

Otros autores han agregado algunas especificaciones a las definiciones de recaída aplicadas al consumo de tabaco, por ejemplo, Ossip-Klein et. al. (1986) mencionan que una caída es un episodio de no más de una semana de duración en el que el sujeto fuma al menos una vez al día después de haber permanecido abstinentemente al menos veinticuatro horas, mientras que la recaída se produce cuando el patrón de consumo descrito se mantiene durante más de siete días consecutivos; es importante notar que las definiciones de estos autores distinguen la caída y la recaída en el fumador a partir de la duración del episodio de consumo.

A diferencia de lo señalado por Ossip-Klein et. al. (1986), Shiffman et. al. (1996a) proporcionan una definición más minuciosa de la recaída al partir de la tasa de consumo de tabaco del usuario (cantidad de cigarrillos fumados sobre tiempo) señalando que la recaída se produce cuando después de un periodo de abstinencia de al menos veinticuatro horas se consumen cinco o más cigarrillos al día durante tres días consecutivos.

La recaída es una condición importante para el éxito de los programas de tratamiento y en la disminución de las prevalencias de consumo (Quesada, Carreras & Sánchez, 2002), por ello uno de los principales focos en la investigación ha sido la identificación de las variables que desencadenan dicho fenómeno.

Al respecto en la literatura existente se puede encontrar que la recaída ha sido analizada como el resultado en la interacción de factores individuales y medioambientales; en la tabla 3 se listan los principales factores identificados en una revisión de la literatura realizada por (Quesada, Carreras & Sánchez, 2002).

Tabla 3. Factores que contribuyen a la ocurrencia de la caída y/o recaída que han sido estudiados.

Factores individuales	Factores ambientales de riesgo
<p>Factores sociodemográficos: Aunque los datos al respecto no son homogéneos, se han investigado variables como la edad, género, nivel socioeconómico y educativo, y se ha encontrado por ejemplo que fumadores con mayor nivel educativo, muestran tasas de cesación y mantenimiento más altas; de igual modo personas de más edad tienen mayor probabilidad de lograr la abstinencia (Nides et. al., 1995, Moreno y Herrero, 2000; Hymowitz et. al. 1997).</p>	<p>Situaciones de estrés: Existe evidencia de que las situaciones altamente demandantes a nivel físico y mental están fuertemente relacionadas episodios de caída y recaída, (Lichtenstein, et. al., 1986) y que una caída que ocurre bajo estas circunstancias progresa más rápidamente hacia la recaída (Shiffman, et. al., 1996a).; de igual modo se ha observado que casi la mitad de los pacientes (48%) refiere haber fumado bajo circunstancias estresantes (Shiffman, 1997).</p>
<p>Factores emocionales: Principalmente los estados de ansiedad, irritabilidad, estrés y/o depresivos están vinculados a episodios de recaídas (Marlatt y Gordon, 1980; Shiffman 1982,1986; O'Connell y Martin, 1987; Baer y Lichtenstein, 1988; Becoña, Lista y Frojan, 1989; Bliss, et.al.,1989; O'Connell, 1990; Drobos, Meier y Tiffany, 1994; Shiffman et. al. 1996b).</p>	<p>Situaciones sociales: Los estudios indican que las caídas y recaídas son más probables cuando el usuario se encuentra en situaciones sociales (reuniones, fiestas etc), con amigos o personas cercanas. De igual modo las probabilidades del consumo de tabaco aumentan si las otras personas en dicha reunión fuman, si en el lugar está permitido fumar o si el tabaco se encuentra disponible. Es muy común que la persona haya comido, haya tomado café y/o haya bebido alcohol previamente. (Merlmestein y Lichtenstein, 1983; Shiffman, 1986; Curry y Mc Bride, 1995;</p>

Shiffman, et. al.,1996b; Shiffman, et. al.,1997).

Habilidades de afrontamiento: Se refieren a la capacidad de los usuarios de utilizar estrategias de afrontamiento efectivas ante situaciones de alto riesgo, lo cual disminuye la probabilidad de que se produzca una recaída (Kamarck y Lichtenstein, 1988; Baer, et.al.,1989; Shiffman et al, 1996b; O'Connell et al 1998). Estas habilidades pueden ser cognitivas o conductuales, entre las más utilizadas a nivel cognitivo están el pensar en las consecuencias positivas de no fumar y en las negativas de seguir fumando, la distracción cognitiva y las auto-instrucciones. Respecto a las conductuales se encuentra el consumir comida o bebida, retrasar el momento, escapar de la situación y utilizar la relajación. (Shiffman, 1986; Bliss et al, 1989). Diversos autores señalan que ambas son igual de importantes (Curry y Marlatt, 1985; Kamarck y Lichtenstein, 1988; Baer et. al. , 1989). Sin embargo, los intentos por establecer este tipo de variables como predictoras o no de recaída han fracasado. Es cierto que cuando el sujeto supera la situación con éxito normalmente ha utilizado algún tipo de afrontamiento, pero esto no significa que no pueda recaer (Quesada, Carreras & Sánchez, 2002).

Aislamiento o escasa interacción: De igual modo se ha observado que pueden aparecer tentaciones en situaciones de descanso, en periodos de transición entre una actividad y otra, y en casi la mitad de los casos la persona se encuentra sola, normalmente en casa (Quesada, Carreras & Sánchez, 2002).

Factores fisiológicos: Estos surgen a raíz de los efectos de la nicotina a nivel cerebral, y tienen como principal manifestación con el deseo intenso de consumo por sus efectos reforzantes positivos o negativos. Aquí deben diferenciarse dos fenómenos particulares, el síndrome de abstinencia y el craving; el primero surge únicamente a raíz de la interrupción repentina del consumo de la droga, tiene una duración limitada en el tiempo y puede generar recaídas sobre todo en los primeros días posteriores a la cesación (O'Connell y Martin, 1987; Sanz B.; Muñoz et. al. 2011); mientras que el craving puede mantenerse intermitentemente activo durante un largo periodo de tiempo (años) y ser desatado por diversos mecanismos neurales, emocionales y asociativos en cualquier momento (Conklin, Clayton, Tiffany y Shiffman, 2004; Hatsukami, Ebbert, Anderson, Lin, Le y Hecht, 2007; Muñoz et. al. 2011).

Apoyo de pareja y otros significativos: Se ha encontrado una asociación entre el éxito en el abandono del consumo, el mantenimiento de la abstinencia y el apoyo de la pareja percibido (Cohen y Lichtenstein, 1990; Gulliver, et. al., 1995). Otra variable importante es de recaída es que la pareja sea fumadora o que las personas en el entorno inmediato del usuario fumen (Wojcik,1988; Bliss, et. al.,1989; Carmody,1992; Garvey, et. al.,1992; Nides, et. al.,1995).

Historia de consumo de la sustancia: Aquí se agrupan variables como el tiempo que persona lleva fumando, los intentos previos de cesación, número de cigarrillos por día, edad

Percepción de fuentes generales de apoyo: El tener una mayor red de apoyo social puede contribuir a crear un ambiente más manejable en general, disminuyendo los niveles de estrés

de inicio y tiempo transcurrido desde el momento de levantarse y fumar el primer cigarrillo, se han relacionado con las recaídas. Se ha encontrado que los mejores predictores de abandono del consumo se encuentran el fumar menos cigarrillos al día, mayor tiempo transcurrido desde el momento de levantarse y fumar el primer cigarrillo, empezar a fumar después de los 20 años y haber realizado algún intento serio previo de abandono (Hymowitz et. al.1997; Nides et. al. , 1995; Ockene et. al., 2000).

y de forma indirecta la probabilidad de volver a fumar. (Glasgow, Klesges y O'Neill, 1986; Havassy, Hall y Wasserman, 1991; Carmody, 1992).

Factores motivacionales: Aquí se abordan los motivos por los cuales una persona decide dejar de fumar y la disposición a realizar cambios en su conducta a partir de estos, aunque los hallazgos no son consistentes e investigaciones con metanálisis recientes señalan que no existe evidencia suficiente que indique que la motivación de los usuarios sea un buen predictor de mantenimiento y/o recaída (Hajek, Stead, West, Jarvis, Hartmann-Boyce & Lancaster, 2013)

Adaptado de: (Quesada, Carreras y Sánchez, 2002)

Como se puede observar en la tabla 3 estos factores han sido estudiados como predictores de caída o recaída, y el modo en que dichos factores ambientales e individuales se combinan da lugar a un conjunto de determinantes intrapersonales-ambientales y determinantes-interpersonales que de acuerdo a Marlatt y Gordon (1980) pueden dividirse en ocho categorías principales en las que se puede producir una caída o recaída, estas son:

- **Emociones desagradables:** Se relaciona con emociones como el enojo, la tristeza, el miedo o la ansiedad.
- **Malestar físico:** Por ejemplo si el usuario no pudiera dormir, se sintiera nervioso, tenso o tuviera malestares como dolor de cabeza muscular etc.
- **Emociones agradables:** Por ejemplo si el usuario se sintiera muy alegre, quisiera celebrar o en ocasiones en que siente gran satisfacción y que todo va por buen camino.
- **Prueba de control personal:** Se da cuando la persona decide poner a prueba su capacidad de consumir la droga sin perder el control, si se sintiera seguro de poder beber sólo unas cuantas copas o que pudiera controlar el consumo de drogas

- **Impulsos y tentaciones:** Si el usuario tuviera una fuerte urgencia de consumir la droga recordando lo agradable del sabor, olor y efectos de la sustancia.
- **Conflicto con otros (conflicto interpersonal):** Cuando se atraviesa por peleas, discusiones y situaciones difíciles con otras personas, como la pareja, padres, amigos o en el ambiente escolar o laboral.
- **Presión social:** Se refiere a situaciones donde el usuario puede ser persuadido de consumir por ejemplo, si alguien sus amigos o compañeros de trabajo lo presionaran a beber o utilizar drogas con ellos.
- **Momentos agradables con otros:** Por ejemplo, si el usuario quisiera celebrar con un amigo(a); si me estuviera divirtiendo con un amigo(a) y quisiera sentirse mejor.

De esta clasificación, la evidencia existente apunta a que las emociones desagradables, el conflicto interpersonal y las situaciones de presión social explican casi tres cuartas partes de las recaídas reportadas en la dependencia al alcohol, tabaco y heroína (75%-80%, aunque el porcentaje puede variar de un estudio a otro, la mayoría de los estudios muestran esta tendencia) (Cummings, Gordón & Marlatt 1980; & Marlatt & Gordon 1985, Shiffman, 1982,1986; O'Connell & Martin, 1987; Baer & Lichtenstein, 1988; Becoña, Lista & Frojan, 1989; Bliss, et.al.,1989; O'Connell, 1990; Drobles, Meier & Tiffany, 1994).

Respecto al modo en que dichas variables pueden aparecer precipitando de este modo una recaída Quesada, Carreras y Sánchez (2002) señalan que los modelos explicativos de la recaída en el tabaquismo se han analizado en términos de un proceso acumulativo, en términos de episodios agudos desencadenantes y como una combinación de ambas formas de ocurrencia, estas varían ligeramente entre ellas, sin embargo toman como principal eje de análisis las fluctuaciones en la vulnerabilidad al riesgo de recaída del usuario en determinados momentos, a continuación se resumen estos modelos de acuerdo a estos autores:

1. **Modelo acumulativo:** Señala que existen factores de riesgo que van acumulándose a través del tiempo, los cuales al rebasar un determinado

umbral terminan desencadenando la recaída, un ejemplo de esto puede ser el nivel de estrés o afectos negativos de un usuario, lo cual al incrementarse y experimentarse con mayor frecuencia puede derivar en una recaída.

2. **Modelo episódico:** Este considera la vulnerabilidad a la recaída como algo estable a través el tiempo que se incrementa de manera repentina (no gradualmente como en el modelo anterior) ante determinados eventos desencadenantes de recaída, un ejemplo de esto puede ser, un episodio de craving activado por la exposición ante estímulos ambientales asociados al consumo de tabaco.
3. **Modelo interactivo:** Combina las dos propuestas anteriores señalando la ocurrencia de la recaída debido a niveles de vulnerabilidad o riesgo acumulado gradualmente y/o a la ocurrencia de episodios agudos de deseo de consumo donde la vulnerabilidad a la recaída se exagera, aunque Quesada, Carreras y Sánchez (2002) mencionan que existen pocos trabajos empíricos que utilicen este modelo.

Estos modelos resultan útiles para entender los diferentes momentos en que se puede producir una recaída y los principales factores precipitantes en dicho momento, ya que como señalan Sanz, Camarelles y De Miguel (2006) es posible encontrar entre los reportes de investigación, que durante el proceso de abandono o cesación tabáquica (en los primeros días posteriores al abandono del consumo) la mayoría de las recaídas que se producen tienen un carácter episódico y se relacionan con los síntomas del síndrome de abstinencia; mientras que las recaídas que aparecen después de unos meses del logro de la abstinencia se asocian más con la creciente confianza del usuario en su capacidad de controlar el consumo y/o con situaciones de estrés ante las que no se utilizan estrategias de enfrentamiento efectivas; y finalmente pasado algún tiempo (incluso años) la principal causa de reincidir en el consumo puede ser el hecho de probar un cigarrillo en un acto festivo o de venir experimentando estados de ánimo negativos de manera constante.

De igual modo estos modelos nos estarían sugiriendo que aunque esencialmente hablamos de variables desencadenantes del consumo de tabaco, sería importante considerar que el ex fumador debe disponer de estrategias o habilidades que cumplan con dos funciones básicas para evitar la caída y la recaída, la primer función es la de ayudar al usuario a transitar por experiencias físicas y mentales intensas asociadas al consumo de tabaco, como cuando atraviesa por el síndrome de abstinencia o experimenta un fuerte episodio de craving (debido a estímulos asociados previamente al consumo) o cuando el efecto acumulado de factores como el estrés, el cansancio y las emociones negativas rebasan umbrales intolerables; la segunda función sería el evitar o interrumpir el incremento gradual y la acumulación de la vulnerabilidad al riesgo de recaída debido principalmente a procesos emocionales cotidianos que generan un desgaste o agotamiento (físico y mental) gradual en el usuario.

Actualmente es posible encontrar en la literatura que aborda la adicción a la nicotina el término prevención de recaídas y aunque no hay una definición totalmente clara de este concepto que lo diferencie de un tratamiento de cesación tabáquica prolongado o extendido, se puede encontrar que en general la prevención de recaídas se refiere a las intervenciones que explícitamente tratan de reducir las tasas de recaída después de que una fase de tratamiento agudo se haya completado con éxito, o en algún momento después de la fecha de abandono del consumo de tabaco (Hajek, Stead, West, Jarvis, Hartmann-Boyce & Lancaster, 2013).

En una revisión con metanálisis llevada a cabo por Hajek, Stead, West, Jarvis, Hartmann-Boyce y Lancaster (2013) en la que se retomaron sesenta y tres estudios (aunque solo 41 se conservaron para el metanálisis) se encontró que aunque las intervenciones de prevención de recaídas presentan variaciones de un estudio a otro, las principales estrategias utilizadas han sido farmacológicas, conductuales o combinadas, en modalidad tanto grupal como individual y pueden presentarse como una extensión del tratamiento de cesación, como la adición de un componente de prevención de recaídas dentro del tratamiento. Esta versión de la prevención de recaídas como una extensión del tratamiento de cesación puede

consistir en recibir sesiones adicionales de un tratamiento psicológico en modalidad grupal o individual, o en forma de un uso extendido del medicamento adyuvante de la cesación tabáquica que se esté utilizando.

Otra forma en que se puede presentar la prevención de recaídas es como una intervención independiente dirigida a personas que ya han dejado de fumar (ya sea porque se sometieron a tratamiento formal o porque lo dejaron por otros medios) (Hajek, Stead, West, Jarvis, Hartmann-Boyce & Lancaster, 2013).

En relación a los tratamientos conductuales aplicados como terapia única o en combinación con fármaco, se ha encontrado que el enfoque más utilizado es el de entrenamiento de habilidades, mediante el cual los pacientes aprenden a identificar situaciones de alto riesgo para la recaída y se les proporcionan estrategias cognitivas y de conducta para hacer frente a estas situaciones (Marlatt 1985; Marlatt 2008).

En relación a la efectividad del uso extendido de fármacos adyuvantes para dejar de fumar (sin ser combinados con intervención conductual), se encontró solo en un ensayo, que únicamente la vareniclina ayuda a prolongar el tiempo de abstinencia, en comparación con la Terapia de Reemplazo de Nicotina y el uso de Bupropión (Hajek, Stead, West, Jarvis, Hartmann-Boyce & Lancaster, 2013).

En relación a las intervenciones conductuales y la combinación de tratamientos conductuales y farmacológicos, el metanálisis realizado por Hajek, Stead, West, Jarvis, Hartmann-Boyce y Lancaster (2013), señala de manera clara que actualmente no existe evidencia suficiente que apoye el uso de cualquier intervención conductual (aplicada sola o combinada con algún fármaco) para ayudar a los fumadores que han dejado de fumar exitosamente a evitar la recaída. Los autores consideran que este veredicto es particularmente fuerte para aquellas intervenciones basadas en el entrenamiento de habilidades y en la identificación y resolución de situaciones de tentación o riesgo, enfoque utilizado por la mayoría de los estudios, y que de acuerdo a la evidencia existente no reporta ningún beneficio adicional sobre el mantenimiento de la abstinencia al compararlo con diversos controles; en relación a otras aproximaciones conductuales hay poca investigación.

El motivo en la alta tasa de recaídas registradas en los tratamientos de cesación tabáquica, además del fracaso de las acciones orientadas a la prevención de estas, ha sido motivo de análisis por diversos autores. Estas son algunas de las principales ideas expuestas:

- Las farmacoterapias actuales resultan efectivas para la reducción de los síntomas de abstinencia que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo de nicotina, sin embargo, no tienen un efecto significativo sobre el craving que se manifiesta a largo plazo y que posee una naturaleza fluctuante a través del tiempo (Ferguson & Shiffman, 2009; Havermans, Debaere, Smulders, Wiers, & Jansen, 2003, Morissette, Palfai, Gulliver, Spiegel, y Barlow, 2005, Tiffany, Cox, & Elash, 2000). En este sentido la utilidad de los fármacos debe considerarse solo a corto plazo; de igual modo, ni la TRN, ni el bupropión, ni la vareniclina han mostrado beneficios para la prevención de la ansiedad de consumo inducida por las claves ambientales (Ferguson & Shiffman, 2009; Shiffman et al., 2003), solo la nicotina en forma de chicle ha mostrado generar un alivio momentáneo de esta ansiedad inducida por las claves ambientales una vez que se ha desencadenado dicho episodio (Niaura et al., 2005). Se podría concluir que los tratamientos farmacológicos son efectivos para disminuir las molestias ocasionadas al dejar de fumar, sin embargo no constituyen un tratamiento efectivo por sí mismo para la adicción a la nicotina debido a que no desarticulan la estructura psicológica (principalmente afectiva) de la adicción.
- Como se mencionó anteriormente los principales tratamientos conductuales para dejar de fumar se han centrado en enseñar a los individuos a evitar señales disparadoras del deseo de fumar, fomentar estados afectivos de relajación, desviar la atención del craving, sustituir el consumo de tabaco por otras actividades como principales habilidades y estrategias de afrontamiento (Fiore et al. 2000, Lando, McGovern, Barrios, & Etringer, 1990; Brewer, Elwafi, & Davis 2013). Sin embargo, existen algunos problemas con el uso de la evitación y el escape (distracción)

como ejes principales de dichos entrenamientos, esto debido a que los disparadores del deseo de consumo de tabaco pueden ser prácticamente omnipresentes lo que dificulta la evitación y la distracción de la atención, conductas que además requieren un esfuerzo cognitivo que a menudo genera agotamiento después de experimentar estados afectivos fuertes (Muraven & Baumeister, 2000). Finalmente las sustituciones conductuales eficaces no siempre están disponibles (Brewer, Elwafi, & Davis, 2013).

- Debido a los problemas anteriormente señalados la conducta de fumar, tiende a reestablecerse en la mayoría de las personas al cabo de los 12 meses después de la cesación, en este sentido y de acuerdo al esquema de la figura 4 estas estrategias (escape, evitación, reforzamiento de otras conductas e incluso la exposición a claves condicionadas) que en teoría deberían desarmar el bucle adictivo, no logran hacerlo, ya que únicamente trabajan con las periferias del proceso (evitación de claves) y eluden el núcleo de la estructura psicológica del proceso adictivo, dejándolo intacto y en estado latente para reactivarse en un momento posterior (Bouton & Moody, 2004; Scott & Hiroi, 2010; Brewer, Elwafi, & Davis, 2013).
- Si bien los tratamientos cognitivo-conductuales han mostrado que el entrenamiento en habilidades de enfrentamiento del craving y/o situaciones de riesgo basadas en la evitación o la distracción, están fuertemente correlacionadas con las reducciones en el deseo (Longabaugh & Magill, 2011), este efecto parece manifestarse únicamente a corto plazo, ya que la lógica de los tratamientos tanto farmacológicos como psicológicos y su combinación parece seguir un modelo episódico de la vulnerabilidad al riesgo de consumo (de acuerdo a la clasificación de Quesada, Carreras & Sánchez, 2002) descuidando la naturaleza de la recaída como un proceso, y fracasando en la evitación de la acumulación gradual de dicha vulnerabilidad, producto del agotamiento físico y mental del usuario y del incremento de estados emocionales negativos en tiempo, frecuencia e intensidad.

La evidencia experimental de los eslabones fundamentales del bucle adictivo y la modesta eficacia a largo plazo de los tratamientos actuales proporcionan evidencia convincente de la necesidad de tratamientos innovadores que dismantelen directamente este bucle en su núcleo afectivo en lugar de tratarlo solo "periféricamente" (Brewer, Elwafi, & Davis, 2013; Law & Tang, 1995; Shiffman, 1993).

En esta área de oportunidad Brewer, Elwafi, y Davis (2013) mencionan que al considerar la dinámica del comportamiento adictivo, resulta necesario que cualquier nuevo modelo de tratamiento se dirija no solo a la evitación de claves condicionadas y la distracción del craving, sino que trabaje directamente con los eslabones centrales del bucle adictivo, es decir aquellos procesos que vinculan los afectos negativos y positivos con el deseo incontrolable del consumo (craving), de igual modo estas propuestas deben plantearse la interrupción del bucle adictivo por medio de la incorporación de cadenas conductuales automatizadas al control consciente de los usuarios. En este sentido, estos autores resaltan la importancia de las nuevas intervenciones terapéuticas cognitivo-conductuales de tercera generación, particularmente las terapias basadas en mindfulness o atención plena, como estrategias que pueden lograr dichos objetivos, a continuación se abordan las características de estas propuestas.

5. Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación

Este grupo de terapias emergieron en los años 90's y fueron nombradas así por Hayes (2004), las propuestas terapéuticas que incluye este movimiento son la terapia basada en Mindfulness (a las cuales nos referiremos como terapias basada en atención plena), la terapia de aceptación y compromiso, la psicoterapia analítico funcional, la terapia dialéctico conductual, la terapia de activación conductual, la terapia conductual integrativa para parejas (Pérez-Álvarez, 2012) y más recientemente las terapias centradas en la compasión (Gilbert, 2005).

El nombre de tercera generación o tercera ola obedece a una distinción que indica que si bien, todas las terapias cognitivo-conductuales tienen una base empírica y se fundamentan en los principios del aprendizaje, proponen diferentes

métodos de abordaje Moreno-Coutiño (2012). En este sentido, cuando se habla de la primera generación de estas terapias se hace referencia a la década de los 50's, época en la que la psicología clínica era dominada por el psicoanálisis y en la que como una reacción, surgió una propuesta terapéutica sustentada en el método científico y basada en los principios de la psicología del aprendizaje que partía de dos paradigmas del condicionamiento clásico o pavloviano y el condicionamiento operante o skinneriano (Moreno-Coutiño, 2012; Pérez & Botella, 2006); los métodos de intervención propuestos por esta primera generación de terapias estaban centrados en lograr modificaciones en la conducta de los sujetos por medio del control de estímulos ambientales que permitiera modificar las contingencias que causaban y mantenían o extinguían la conducta directamente observable (Moreno-Coutiño, 2012).

La segunda generación de la terapia de conducta se sitúa en la década de los 70's, época en que la psicología cognitiva agregó el modelo del procesamiento de la información el cual postula que las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas, atribuciones, entre otras) también tienen un papel importante como causales de la conducta y contribuyen al desarrollo de problemas emocionales y conductuales, señalando en este sentido que cada trastorno psicológico implica también un déficit o disfunción cognitiva específica (Hayes, 2004; Pérez, 2006; Moreno-Coutiño, 2012). En esta etapa los métodos de intervención propuestos por la primera ola centradas en el cambio conductual por medio del manejo de contingencias de primer orden se mantiene, sin embargo se agregan al modelo los eventos cognitivos como agentes causales de la conducta, estableciendo de este modo diversas técnicas de modificación del pensamiento como un medio para modificar la conducta; este modelo de tratamiento, continúa dominando hasta el día de hoy en el ámbito de la psicología clínica basada en evidencias (Moreno-Coutiño, 2012).

Como se mencionó anteriormente, la tercera generación de terapias cognitivo conductuales surge en la década de los 90's aunque se daría a conocer ampliamente hasta el 2004, año en el que Hayes (2004) las agrupa bajo esta categoría, que algunos autores considera incluso un eslogan (Pérez-Álvarez,

2012). Este movimiento se ha llamado también, “análisis clínico conductual”, ya que existen autores que consideran que de cierto modo sus métodos se alejan un poco de algunas propuestas del cognitivismo y retoman principios y métodos propios del conductismo de primera generación (Pérez-Álvarez, 2012), de igual modo se ha señalado que este tipo de terapias se distinguen de las generaciones anteriores debido a que entre sus objetivos se plantean abandonar el compromiso de utilizar exclusivamente cambios de primer-orden en el manejo de contingencias; adoptar presupuestos básicos de corte contextualista; utilizar estrategias de cambio más experimentales en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio directas; así como ampliar y modificar de forma considerable el objetivo de tratar o cambiar la conducta, como principal criterio de éxito terapéutico (Hayes, 2004; Moreno-Coutiño, 2012).

El término de terapias contextuales o perspectiva contextual, ha sido utilizado como uno de los principales distintivos de la tercera generación en comparación las dos anteriores. Este nombre que busca distinguir a la tercera ola, podría resultar poco claro ya que es difícil encontrar una teoría o procedimiento en psicología que no se considere contextual o que no tome en cuenta el contexto, sin embargo esta distinción es viable en la medida en que es posible distinguir entre los diversos enfoques propuestos que en realidad no enfocan el contexto a pesar de llamarse contextuales y propuestas que dan un peso mínimo al contexto dentro de sus paradigmas (Pérez-Álvarez, 2012).

El carácter contextual de las terapias de tercera generación viene dado en tres sentidos o dimensiones, las cuales se describen a continuación de acuerdo a Pérez-Álvarez (2012):

- **Medio ambiente:** se refiere al medio en el que se desarrollan las vidas de las personas. un entorno social y cultural que incluye las diversas áreas de la vida cotidiana (familia, relaciones sociales, educación, trabajo, ocio, etc.), con sus normas y valores. En esta dimensión, el termino contexto es muy cercano a conceptos como el “lebenswelt” o “mundo de la vida” de la fenomenología Husserliana el cual alude al ámbito *“de las posibilidades y realizaciones humanas que precede a todas las actividades prácticas... y*

*es fuente de sus respectivos fines... este incluye la conciencia y la subjetividad humanas, y se presenta como correlato del mundo natural... no sería un mundo fáctico, abstracto o mecánico (propio de un conocimiento conceptual, matemático o científico); antes bien, es la condición última y necesaria para la vida del hombre y el desarrollo de su cultura... La Lebenswelt actúa como telón de fondo de la existencia humana, y es una constante implícita que cubre el mundo objetivo de los hechos...*¹ Otro concepto cercano al contextualismo del medio ambiente en la terapias de tercera generación es el concepto del hombre y las circunstancias de la filosofía de Ortega y Gasset (2004) en la que se considera que el ser humano es un ser compuesto de realidades circunstanciales (espacio-temporales e interpersonales) en las que la posibilidad de transformar su propia condición surge de la capacidad de actuar en cada contexto, al considerar que el mismo es en realidad su circunstancia y reduciendo de cierto modo la diferenciación y distancias entre “el yo y los otros”, o “el yo y el mundo”.

- **Relación terapéutica:** Se refiere al contexto proporcionado por la propia psicoterapia, no como un espacio separado o independiente de la vida convencional de las personas en las que se aprende algo que se aplicará después en “la vida real”, sino como lugar y tiempo en el que se pueden tener experiencias correctivas y aprender nuevas formas de entender y cambiar los problemas afectan a la persona.
- **La persona:** El contexto de la persona hace referencias a las explicaciones, valoraciones y maneras de entender los problemas psicológicos que prevalecen en la sociedad de referencia y que uno ha aprendido y considera como naturales; se considera a la persona como un individuo social y verbal con todo un pasado y un estilo de afrontamiento particular. En este sentido las terapias de tercera generación (cada una a

¹ Millone, R. (2007) Lebenswelt husserliana y concepción semántica de las teorías. *Ideas y valores*. 35: pp. 85-94

su modo) tienen como uno de sus objetivos modificar la forma en que cada individuo se relaciona con sus síntomas.

Es importante mencionar, que si bien entre las diversas terapias de tercera generación, algunas pueden dar más peso a alguna de las dimensiones contextuales mencionadas, todas asumen los mismos supuestos (Pérez-Álvarez, 2012).

Actualmente las terapias de tercera generación comprenden una alternativa al modelo más internalista de las terapias cognitivas o cognitivo-conductuales de la segunda generación. La perspectiva internalista de la segunda generación a pesar de utilizarse en la psicología corresponde a un modelo médico del entendimiento de los procesos de la salud-enfermedad el cual enfatiza la idea de los déficit o disfunciones de supuestos mecanismos internos (neurobiológicos, cognitivos o neurocognitivos) dejando en segundo lugar el carácter contextual del problema en cuestión; de este modo en la segunda generación existe una tendencia a considerar las técnicas psicológicas como un remedio específico para cada disfunción que ocurra, de un modo muy similar al modelo de atención psiquiátrico basado en tratamientos farmacológicos en donde la erradicación del síntoma es el principal criterio de éxito terapéutico (Pérez-Álvarez, 2012).

A diferencia del modelo médico internalista de la segunda generación, el modelo contextual de terapia psicológica explicaría un trastorno en términos interactivos, funcionales y contextuales, y no necesariamente como algo que es defectuoso dentro del individuo (en el cerebro o en la mente) o como algo fuera de la sociedad o la cultura, sino más bien en términos de una co-evolución de la historia de la persona y sus circunstancias, es decir, no se considera que el problema este dentro de la persona, sino que la persona está dentro de circunstancias problemáticas. De este modo se entiende se entiende que los trastornos psicológicos son posibilidades de vida, debido a la condición de la existencia humana, enfatizando que el problema que se manifiesta es una posibilidad de ser como cualquier otra en la vida, y que aun cuando esto pueda resultar problemático es posible desplegar nuevas normas o formas de ser (Pérez-Álvarez, 2012).

De acuerdo a estos supuestos, las terapias de tercera generación consideran que la eficacia de un tratamiento debe ser evaluado más en términos de logros personales de acuerdo a los valores de cada persona, que en relación a la reducción de síntomas de una lista (Pérez-Álvarez, 2012). En la tabla 4 se presentan una comparación de los modelos médicos (psiquiátricos y psicológicos de la segunda generación) y el modelo contextual de la tercera generación.

Tabla 4. Comparación entre modelo médico (psiquiátrico y psicológico de segunda generación y el modelo contextual

	<i>Modelo médico</i>		<i>Modelo contextual</i>
	Psiquiatría	Terapia cognitivo y cognitivo conductual de segunda generación	Terapias psicológicas de tercera generación
Explicación de los trastornos	Explicación neurobiológica (estructuras cerebrales y mecanismos neuroquímicos)	Explicación psicológica intrapsíquica (estructuras y procesos cognitivos)	Explicación psicológica interactiva funciona y contextual.
Mecanismo causales	“Fallas internas” Desbalance químico, circuitos defectuosos	“Falla interna” Disfunción o déficit cognitivo (e.g esquema depresivo, déficit de habilidades socio-cognitivas)	No se señala un mecanismo único, sino una posibilidad de la condición humana
Tratamiento	Medicación (antidepresivos, antipsicóticos etc.)	Técnicas específicas para cada déficit o falla (terapia cognitiva para, depresión, pánico, dependencia a una o otra droga etc.)	Aplicación de principios generales: Aceptación y activación.
Criterios de eficacia	Reducción de síntomas	Reducción de síntomas	Logros positivos y expansión de los horizontes personales

Adaptado de: Pérez-Álvarez (2012)

Las terapias de tercera generación ofrecen innovaciones a partir de su entendimiento de la psicopatología y las acciones terapéuticas que desarrolla, este análisis de la psicopatología consiste en identificar los procesos comunes que están en la raíz de los diferentes trastornos y proponer un concepto unificado de la condición psicopatológica, este concepto general ha sido el de inflexibilidad cognitiva y está compuesto por los siguientes seis procesos de acuerdo a Pérez-Álvarez (2012), Hayes et. al (2006) y Hayes et. al (2011):

- 1. Fusión cognitiva:** Se caracteriza por tomar los pensamientos de manera literal, casi como si fueran hechos a los cuales se debe responder, esto

genera sesgos que no permiten observar la realidad tal como es realmente. Al contrario que en la segunda generación de terapias, en esta propuesta no se cuestiona la racionalidad de estos pensamientos, sino que se busca que la persona establezca contacto con este proceso de fusión sin analizarlos o juzgarlos, bajo el principio de que los pensamientos son solo “pensamientos”.

- 2. Evitación experiencial:** Esta es la tendencia a evitar o escapar de las experiencias privadas como pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones corporales, aun cuando la evitación pueda ser perjudicial. Para trabajar con este proceso se propone la aceptación, entendida como una actitud abierta, responsable y flexible ante la experiencia en cuestión. No se debe confundir la aceptación como resignación o resistencia pasiva, la aceptación implica una acción positiva que cambia la función de las experiencias aversivas en una actitud de interés o curiosidad ante lo que se vive como una posibilidad de la vida y más allá del carácter aversivo que esta pueda tener.
- 3. Pérdida de un contacto flexible con el presente:** Este proceso es consecuencia de la fusión cognitiva y de la evitación experiencial y consiste en estar enredado o atorado en el análisis del pasado y/o el futuro (rumiando). Ante este proceso se utilizan técnicas contemplativas como la meditación y otras técnicas propias de la atención plena como un modo de aumentar el contacto flexible con el momento presente.
- 4. Apego a un concepto del “self” (yo):** Este proceso se refiere al conjunto de historias evaluativas que el individuo ha aprendido del contexto social y verbal sobre quién es él, fusionándose con dicha cognición como se mencionó anteriormente perdiendo toda distancia entre el concepto de yo y su contexto presente. Como un modo de atenuar este proceso, se utilizan ejercicios metafóricos y técnicas contemplativas de atención plena que permitan que el individuo establezca una distancia entre dichas historias y conceptos que conforman la representación que tiene de sí mismo y su

realidad inmediata, con la finalidad de que desarrolle un sentido más trascendental de sí mismo.

5. **Problemas de valores:** Estos implican la falta de direcciones y horizontes sobre el sentido de la vida, originados por la ausencia o poca claridad de valores personales o de una ética que indique le permita dar sentido a sus experiencias.
6. **Inacción, impulsividad y persistencia de la evitación:** Estos procesos son el resultado de los procesos anteriores mencionados es la consecuencia de todos los procesos mencionados anteriormente, y en general aluden a la dificultad de actuar conscientemente a partir de valores claros, lo cual aumenta la inflexibilidad cognitiva y conduce al individuo a persistir en la evitación experiencial.

Como se mencionó anteriormente las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación tienen una base empírica y parten de los principios del aprendizaje (condicionamiento pavloviano y operante), es posible distinguir claramente entre las explicaciones y métodos propuestos en cada generación de terapias; de entre las diversas propuestas terapéuticas que conforman la tercera generación, dos resultan de particular interés para la presente investigación, la terapia basada en atención plena y la terapia centrada en la compasión, ambos enfoques se desprende de la filosofía y métodos del budismo y han demostrado su eficacia en múltiples enfermedades (incluyendo la adicción al tabaco y otras drogas) (Moreno-Coutiño, 2012), a continuación se profundiza en este tema.

6. Terapia cognitivo-conductual basada en atención plena y compasión

De manera general la terapia cognitivo-conductual basada en atención plena se puede definir como el conjunto de métodos de tratamiento que implican enfocar la atención en la experiencia del momento presente, incluyendo sentimientos, pensamientos, estados corporales y otros eventos privados, así como el ambiente, sin juzgar o analizar dicha experiencia y adoptando una actitud de apertura, curiosidad y aceptación (Bishop et al., 2004).

Desde que esta terapia comenzó a utilizarse como una intervención para abordar problemas de salud hace más de 20 años, la investigación sobre el tema ha crecido en gran medida, aumentando su popularidad, difusión y utilización, actualmente estas intervenciones psicológicas, son respaldadas por diversos metanálisis que señalan su efectividad para una gama diversa de padecimientos entre los cuales se encuentran los trastornos por el uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas (Goldberg, Del Re, Hoyt, & Davis, 2014), tema particularmente importante para el presente estudio.

Por su parte las terapias centradas en la compasión están basadas tanto en principios de filosofía budista como en una aproximación evolucionista y biopsicosocial de las dificultades psicológicas derivadas de la teoría de la mente, la cual indaga la capacidad de los seres vivos para realizar inferencias sobre los estados físicos y psicológicos de otros seres (Gilbert, 2005, 2009). Desde este enfoque la compasión es entendida como el deseo profundo de aliviar el sufrimiento de otros (Ozawa-de Silva, Dodson-Lavelle, Raison & Negi, 2012; Gilbert, 2005; Goetz, Keltner & SimonThomas, 2010; Gyatso, 2001).

De acuerdo a lo anterior, las terapias centradas en la compasión se han definido como el conjunto de técnicas específicas para desarrollar los diversos aspectos de la compasión por uno mismo y los demás, algunos de estos aspectos son la motivación, sensibilidad, simpatía, paciencia y el no juicio (Gilbert, 2005).

Estos dos enfoques terapéuticos, aunque se pueden encontrar como formas separadas de tratamiento comparten una serie de principios y técnicas que en realidad son complementarias (Ozawa-de Silva, Dodson-Lavelle, Raison & Negi, 2012; Gilbert, 2005). A continuación se revisan los fundamentos de estos enfoques.

6.1 Terapia basada en atención plena

La relación de la psicología con la filosofía budista y sus métodos tiene sus primeros antecedentes en la década de los 60's cuando un cierto número de psicoanalistas se involucraron con la práctica regular del budismo zen, derivando

en algunos escritos de corte psicoanalítico como el texto Budismo Zen y psicoanálisis de Erich Fromm; de igual modo en 1977 la Asociación Americana de Psiquiatría recomienda examinar la eficacia clínica de la meditación; sin embargo el antecedente que marca un antes y después en la incorporación de los conceptos y método del budismo en el ámbito psicoterapéutico es la fundación, en 1979, del Center for Mindfulness, en la Universidad de Massachussets, por Jon-Kabat-Zinn, quien diseñó el primer programa de tratamiento basado en mindfulness para la reducción del estrés (García, 2008).

Kabat Zinn (2003) retomó el concepto de mindfulness como la consciencia que surge de estar atentos intencionalmente al momento presente sin juzgar las experiencias que suceden a cada momento y manteniendo una actitud de interés, curiosidad y aceptación; sin embargo actualmente es posible encontrar diferentes definiciones surgidas del intento por operacionalizar esta conducta con la finalidad de estudiar el fenómeno científicamente.

De este modo aunque aún es posible encontrar diferentes opiniones sobre la mejor definición de atención plena, es posible identificar entre las diversas propuestas terapéuticas una serie de componentes principales de estas intervenciones los cuales aparecen en la mayoría de las definiciones y se describen a continuación de acuerdo a Pérez y Botella (2006) y Vásquez-Dextre (2016):

- I. **Atención al momento presente:** Consiste en centrarse en el momento presente, en lugar de estar pendiente del pasado (rumiaciones) o del futuro (expectativas, temores y deseos). El entrenamiento de este componente se puede llevar a cabo durante la meditación cuando al practicante se centra en la tarea que está llevando a cabo observando al mismo tiempo los propios procesos internos o externos que ocurren durante la meditación.
- II. **Apertura a la experiencia:** Se refiere a la capacidad de observar la experiencia sin interponer el filtro de las propias creencias, por medio de esta práctica se busca el logro de una observación directa de los diversos objetos como si fuera la primera vez, una cualidad que en la filosofía

budista se denomina “mente de principiante”; este componente implica una actitud de apertura tanto a la experiencia positiva como negativa.

- III. **Aceptación o no juicio:** Este componente implica la experimentación de los eventos plenamente y sin luchar o aferrarse a estos. Esto puede lograrse en la medida en que el practicante es capaz de reducir los juicios de valor ante las experiencias que considera positivas o negativas, al comprender que toda experiencia es ocasional y limitada en el tiempo.
- IV. **Dejar pasar:** Este consiste en no dejarse atrapar por ningún pensamiento, sentimiento, sensación o deseo, en no apegarse ni identificarse con ellos al reconocer las experiencias como eventos mentales que no suelen ser reflejos fieles de la realidad o del “yo”; este componente implica el disminuir el sobre-involucramiento de las personas con las experiencias que vive cotidianamente.
- V. **Intención:** Este componente incorpora aquello que la persona persigue cuando práctica atención plena. Algunos autores consideran que este componente implica un cierto grado de contradicción debido a que una de las actitudes que durante varios años se han fomentado en la práctica de la atención plena como psicoterapia, es el no perseguir ningún propósito en especial, sin embargo, se considera un componente de la atención plena ya que los autores mencionan que la práctica siempre está impulsada por un motivo particular del practicante.

Durante los últimos años el uso de la terapia basada en atención plena como psicoterapia clínica en E.U. y Europa ha crecido considerablemente; el enfoque dado a las técnicas extraídas del budismo es práctico y enfatiza su utilidad terapéutica más que los aspectos filosóficos del budismo (Gethin, 2011).

Actualmente existe una gran cantidad de evidencia reunida en diferentes metaanálisis sobre la efectividad de este tipo de terapias en el tratamiento de diversos problemas de salud como, el estrés (Khoury, 2013), el dolor crónico (Lara et. al. 2017) y los trastornos de ansiedad y depresión (Ma & Teasdale, 2004; Hofmann, Sawyer, Witt & Diana Oh 2010; Kuyken et. al. 2016; Klainin-Yobas, Cho & Creedy, 2012; Piet & Hougaard, 201; Teasdale, Segal, Williams et al., 2000)

entre otras condiciones psicológicas y medicas como los trastornos de la conducta alimentaria (Kristeller J & Wolever R. 2011, 2012), pacientes con enfermedad cerebrovascular (Lawrence, 2013) o cáncer (Ledesma & Kumano, 2009); si bien estos estudios, señalan que la evidencia existente es concluyente respecto a la utilidad de las terapias basadas en atención plena, mencionan que es importante realizar más estudios confirmatorios que superen las dificultades metodológicas de algunos ensayos que eran de naturaleza piloto o tenían tamaños de muestra pequeños.

Un área particularmente importante para el presente trabajo es la aplicación de las terapias basadas en atención plena sobre los trastornos por uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas. En una revisión realizada por Chiesa y Serreti (2014) los autores mencionan que la evidencia existente indica que las intervenciones basadas en atención plena pueden ser efectivas para tratar los desórdenes por consumo de sustancias psicoactivas e incluso parecen tener ventajas sobre los tratamientos los tratamientos cognitivo conductuales de primera y segunda generación particularmente en relación al tiempo de mantenimiento de la abstinencia a largo plazo, aunque estos hallazgos deben ser tomados como preliminares.

La posibilidad de desarrollar una actitud de no-juicio y de aceptación por parte de los usuarios de drogas, particularmente ante la experiencia del craving ha sido reconocida cada vez más por su capacidad para mejorar la recuperación de los trastornos de uso de sustancias (Khanna & Gresson, 2013).

La idea de experimentar los impulsos sin necesidad de luchar contra ellos o huir dio lugar a técnicas como el *“urge surfing”* de Marlatt (1985) en la cual, la ansiedad de consumo es conceptualizada como olas en el océano en las que se invita a los individuos a surfear pasando encima o a través de ellas en lugar de ceder ante ellas (Murphy, 2014); a partir de estos ejercicios cognitivos, se desarrolló posteriormente la prevención de recaídas basadas en la atención plena en la cual uno de los objetivos principales es el que los usuarios de drogas desarrollen una mayor conciencia de sus propias experiencias y particularmente

de la secuencia de reacciones que conducen a los individuos al consumo de drogas (Witkiewitz, 2014).

Actualmente se considera que la atención plena representa una alternativa a las estrategias de supresión cognitiva o del pensamiento (estrategia común de la TCC de segunda generación) la cual puede tener incluso el efecto opuesto al deseado resultando en un incremento de pensamientos asociados al consumo de drogas en lugar de su decremento (Wegner, 1994) aumentando la probabilidad de incurrir en el consumo (Erskine 2010; Garland, 2012).

De manera general diversos estudios parecen indicar que esta nueva ola de terapias para el tratamiento de las adicciones trae consigo mejoras a los tratamientos anteriores, sin embargo es importante señalar que las investigaciones existentes aun muestran algunas inconsistencias (Rösner, Willutzki & Zgierska, 2015); de igual modo los ensayos clínicos sobre atención plena y adicciones aun son relativamente recientes y escasos, además de que deben considerarse algunas particularidades al evaluar la efectividad de estos tratamientos, ya que se deben considerar diferencias como el tipo de población, y la sustancia de consumo. A continuación, se presenta un resumen del estado actual de la investigación sobre atención plena como un tratamiento para la dependencia a la nicotina.

6.2 Atención plena y tabaquismo

Para explicar cómo las intervenciones basadas en la atención plena pueden afectar el uso de sustancias, se han propuesto algunas explicaciones, una de las principales señala que la capacidad de "mantenerse en contacto" con las experiencias presentes en lugar de intentar escapar o distanciarse de los sentimientos y sensaciones desagradables, ayuda a los individuos a tener una mayor conciencia y estar alerta de los procesos vinculados al craving y la recaída (Chiesa & Serreti, 2014), de este modo se fortalece la capacidad de los individuos para tolerar emociones o sensaciones abrumadoras, al tiempo que se ralentiza la cadena de procesos automáticos de búsqueda y consumo de sustancias; de este modo las prácticas de atención plena aumentan la oportunidad de interrumpir el

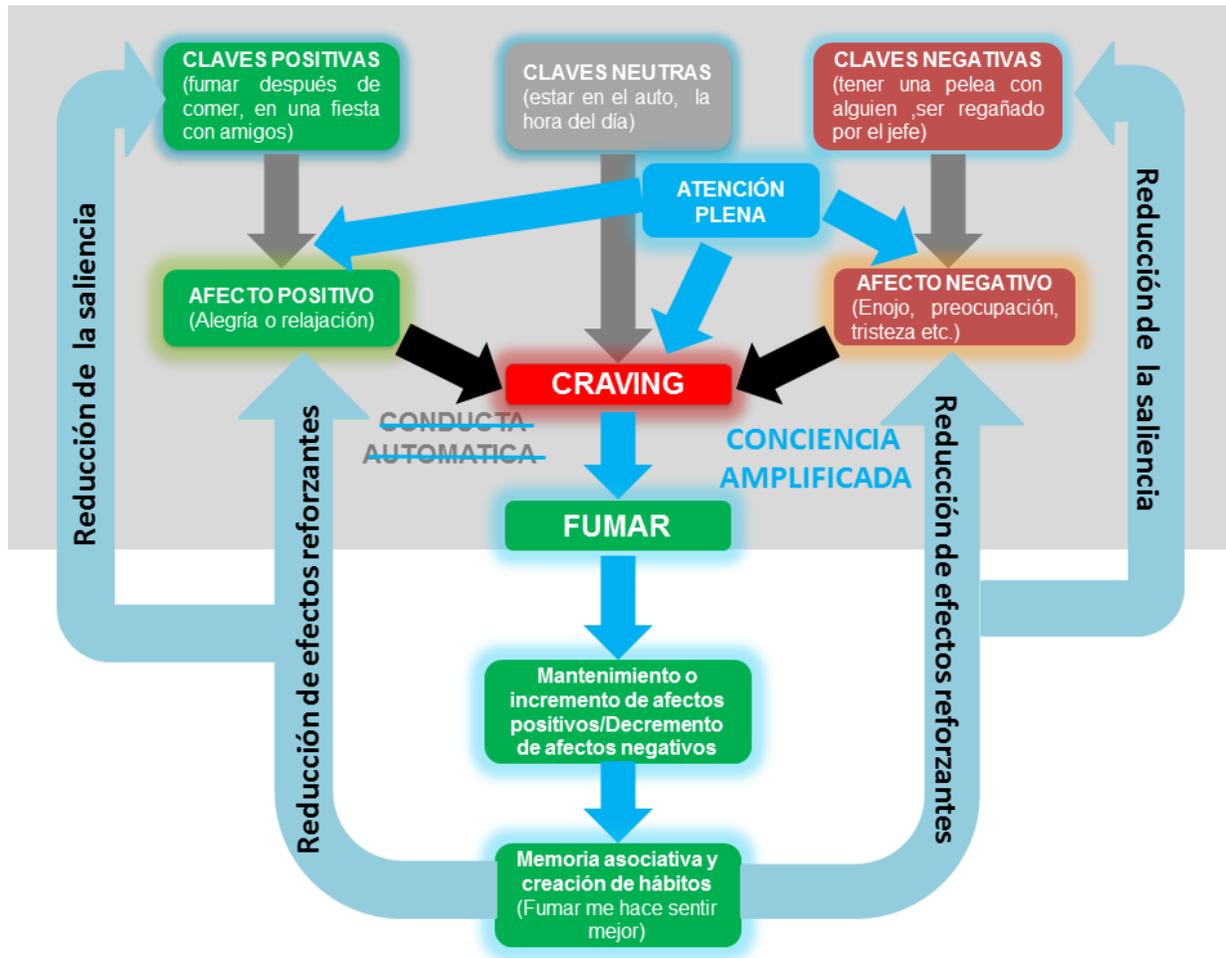
ciclo de reacciones cognitivas, afectivas y psicofisiológicas subyacentes al deseo de consumo (Witkiewitz 2014).

Desde una perspectiva neurocognitiva se cree que la atención plena es un proceso autoregulador de las motivaciones en el que participan la corteza prefrontal y regiones subcorticales, áreas importantes para los procesos de autocontrol ante impulsos fuertes (Heatherton, 2011). De igual modo se considera que estos tratamientos ayudan a disminuir las reacciones ante disparadores ambientales asociados al consumo de drogas producto de una sensibilización neuroadaptativa que tiene como principal centro el sistema mesolímbico (Robinson, 2008).

El entrenamiento en atención plena aplicado a la dependencia a la nicotina tiene el objetivo de reducir la automaticidad de la conducta de fumar y de interrumpir el fortalecimiento del bucle adictivo al dirigirse específicamente al proceso de aprendizaje asociativo con un énfasis en el vínculo entre los afectos positivos-negativos y el craving (Brewer, Elwafi, & Davis, 2013).

Al prestar atención a la propia experiencia, el individuo puede percatarse de que las percepciones y las reacciones afectivas son procesos asociados pero esencialmente distintos y por ende pueden ser separados (Grabovac et al., 2011). Al disociar la experiencia agradable y desagradable de las reacciones habituales de ansia y aversión, la atención cuidadosa a la experiencia del momento presente puede funcionar para traer una ampliación o amplitud de la conciencia que permite nuevas evaluaciones de las situaciones, deteniendo las conductas automáticas (Brewer, Elwafi, & Davis, 2013) (ver figura 5).

Figura 5. Efecto de las estrategias basadas en atención plena sobre el bucle adictivo de la dependencia a la nicotina.



Adaptado de: Judson Brewer (2011) en Brewer, Elwafi y Davis (2013) con permiso el autor.

Como se puede observar en la figura 5, a diferencia de las estrategias cognitivo conductuales de segunda generación (ver figura 4) que enfatizan la evitación, la supresión y la distracción del craving, las estrategias de la atención plena, motivan al usuario a permanecer atento en la experiencia presente (estímulos, afectos y craving); de este modo la práctica consistente de estas estrategias permite detener la conductas automáticas (consumo de tabaco) al apreciar de manera distinta las causas que la originan y poder actuar en consecuencia, incluso si la conducta automática tiene lugar y se produce el consumo de tabaco durante el tratamiento de cesación, esto puede contribuir al logro de la abstinencia en la medida en que dicha conducta se produce en el marco de una conciencia amplificada por la práctica; en este sentido las

estrategias basadas en atención plena ayudan a disociar la experiencia agradable y desagradable de las reacciones afectivas, cognitivas y conductuales habituales, y reduce el sesgo afectivo (memoria asociativa) que alimenta tal reactividad, desmantelando el bucle adictivo desde su núcleo y en su estructura asociativa-afectiva (Brewer, Elwafi, & Davis, 2013).

De este modo la atención plena puede funcionar atenuando las distorsiones emocionales de la percepción de los estímulos, alentando el contacto no evaluativo con la experiencia fenomenológica (Garland, Gaylord, & Park, 2009), permitiendo al usuario "ver las cosas tal como son". Es a través de este "ver las cosas como son" que los pacientes pueden contrarrestar diversas racionalizaciones, motivaciones y otras estrategias inconscientes orientadas a apaciguar el craving por medio del consumo de tabaco, al exponer (haciendo consciente este mecanismo) y atenuar las distorsiones emocionales positivas y negativas (Brewer, Elwafi, & Davis, 2013).

El entrenamiento de la atención plena para el tratamiento de la dependencia a la nicotina ha sido evaluado recientemente y de cierto modo los resultados de la mayoría de los estudios se consideran preliminares aún. Sin embargo, la mayoría de estas investigaciones han mostrado resultados prometedores de las intervenciones en cuanto al abandono del hábito de fumar, la disminución de los deseos de fumar, los síntomas de abstinencia y los efectos positivos sobre la salud mental (Brewer, Elwafi, & Davis, 2013).

Dos revisiones recientes de la literatura con metaanálisis realizadas por Oikonomou, Arvanitis, & Sokolove (2016) y Maglione et. al. (2017) identificaron entre 190 y 207 citas sobre tabaco y atención plena a través de la búsqueda por bases de datos electrónicas, sin embargo de estos resultados las investigaciones que abordan específicamente el consumo de tabaco y la atención plena son relativamente pocos. En la tabla 5 se resumen las principales investigaciones específicas sobre el efecto de las intervenciones basadas en atención plena sobre la conducta tabáquica.

Tabla 5. Investigaciones sobre los efectos del uso de estrategias basadas en atención plena sobre la conducta del consumo de tabaco.

Autor y año	Participantes	Tratamiento	Seguimiento	Principales resultados
Altner (2002)	117, trabajadores de un hospital que fumaban, edad promedio de 38.28 años, 62% eran mujeres	Prevención estructurada de recaídas basada en atención plena + Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN) (8 sesiones de 2.5 hrs) vs guideline + TRN.	15 semanas	Hubo menor recaída en el grupo de tratamiento basado en atención plena, 22.4% vs 46.2%.
Davis, Fleming Bonus & Baker (2007)	N= 18 fumadores.	Programa para reducción del estrés basado en atención plena (MBSR) de Kabat Zin con modificaciones menores para aplicarse como una intervención para el tabaquismo.	7 semanas	56% lograron la abstinencia y la mantuvieron hasta 7 semanas después. Este estudio muestra que el entrenamiento en atención plena es una opción factible con buenos resultados para la cesación tabáquica.
Ussher et al. (2009)	48 fumadores que fumaran más de 10 cigarros por día; edad promedio de 27.8; 35.4% fueron mujeres	Instrucción de Body scan vs ejercicios isométricos vs leer un texto sobre historia natural (10 minutos por cada técnica).	30 minutos después de la intervención	El deseo de fumar fue significativamente menor en las condiciones de ejercicios isométricos y body scan vs el grupo control, esto al ser medido inmediatamente después de la intervención y 5 min después de la intervención A los 30 minutos posteriores, no se encontraron diferencias significativas.
Bowen & Marlatt (2009)	123 estudiantes de psicología fumadores de una Universidad; edad promedio 20.3 años; 73.2% eran hombres.	Instrucciones breves basadas en atención plena y en la estrategia "surfing the urge" de Marlatt & Gordon (1985). Los estudiantes fueron divididos en un grupo control y uno experimental, se presentaban estímulos relacionados con el consumo. El gpo. experimental recibía instrucciones para basadas en atención plena. Al gpo. control se le sugería que empleara cualquier estrategia que quisieran para enfrentar el estímulo.	7 días	La técnica fue efectiva en las respuestas de los estudiantes ante los disparadores, la intervención logro una mayor reducción del consumo de cigarrillos por día (1.55) en comparación con el gpo. Control (.53).

Rogojanski, Vettese & Antony (2011)	61 adultos fumadores de la comunidad en general; edad promedio de 40.3 años; 41% fueron mujeres.	Atención plena vs una estrategia de supresión del pensamiento; duración de la intervención 20 minutos.	7 días	<p>Ambos gpos. tuvieron un incremento de la autoeficacia en el enfrentamiento del craving y una disminución de la cantidad de cigarrillos fumados.</p> <p>Solo los participantes en la condición del atención plena mostraron reducción del afecto negativo, de síntomas depresivos y una reducción marginal en la escala de dependencia..</p>
Westbrook, Creswell, Tabibnia, Judson, Kober & Tindle (2011)	47 fumadores	Entrenamiento breve en atención plena para reducir el craving ante estímulos ambientales que lo desaten.	No se llevó a cabo	<p>Los resultados indicaron que el craving disminuye por medio de la atención plena en comparación con el resto de las instrucciones.</p> <p>De igual modo la actividad cerebral variaba de un estado de atención a otro en zonas asociadas al craving.</p> <p>Esto indica que la atención plena puede funcionar como un regulador de la atención que ayuda a reducir la reactividad subjetiva y neural a los estímulos que causan el craving en fumadores.</p>
Brewer et al. (2011)	88 sujetos fumadores mayores de 18 años	Terapia basada en atención plena en comparación con el programa Freedom From Smoking (FFS) de la American Lung Association., impartidas dos veces por semana en formato grupal.	A las 17 semanas	<p>Los individuos del tratamiento basado en atención plena mostraron diferencias significativas en la reducción del uso de cigarrillos durante el tratamiento y un mayor mantenimiento de dichas ganancias en el seguimiento en comparación al gpo. del FFS.</p> <p>Se demuestra que el entrenamiento basado en atención plena proporciona beneficios mayores que uno de los tratamientos estandarizados actuales para la cesación del tabaco.</p>
Adams et al. (2013)	64 mujeres universitarias del sureste de E.U., edad promedio de 20.03 años	Se comparó un entrenamiento sencillo en atención plena vs silencio, y su efecto al exponer a los participantes ante imágenes que les generaban afecto negativo	No se realizó seguimiento.	<p>El gpo. que recibió instrucciones basadas en atención plena en la condición del estímulo “probándose un traje de baño” no experimentó un incremento de los afectos negativos, en comparación con el gpo. en control.</p> <p>Se obtiene evidencia de que el tratamiento basado en atención plena puede ser utilizado en mujeres fumadoras que enfrentan algún problema de insatisfacción corporal.</p>

Davis et al. (2013)	55 jóvenes adultos fumadores, con abuso de alcohol, edad media de 21.93 años; 70.9% hombres.	Atención plena vs. Tratamiento regular (sesiones de dos horas por cada tratamiento)	2 semanas	Tasas de abstinencia mayores en el gpo de atención plena que en los controles a las dos semanas de seguimiento. Los participantes del grupo control incrementaron el número de bebidas por semana en la fase pre y post del tratamiento en comparación con el grupo en atención plena que no aumento su consumo de alcohol.
Tang et al. (2013)	27 participantes estudiantes	Entrenamiento integrativo cuerpo-mente vs ejercicios de relajación durante dos semanas. 5 horas totales de intervención.	4 semanas	Entre los participantes del entrenamiento en meditación se produjo una reducción significativa del consumo de tabaco mientras que en el grupo control no se encontró ninguna reducción del consumo.
Davis et al. (2014a)	175 participantes mayores de 18 años, que fumaran por lo menos 5 cigarros por día.	Entrenamiento en atención plena (sesiones de 90 min durante cuatro semanas + TRN vs. Programa FFS	24 semanas	Se encontraron diferencias a favor de la condición de atención plena en medidas de impulsos, atención plena, estrés percibido y la evitación experiencial. Aunque no se encontraron diferencias significativas en las tasas de abandono del tabaco.
Davis et al. (2014b)	196 adultos; edad promedio 41 años, 50% fueron hombres	Entrenamiento en atención plena (sesiones de 90 min durante cuatro semanas + TRN vs. quitline + TRN	24 semanas	Entre quienes iniciaron el tratamiento (n=118) las tasas de abstinencia difirieron significativamente en ambas condiciones (38.7% en atención plena vs 20.6% control)
Vidrine.et. al. (2014)	158 sujetos que se preparaban para la cesación del consumo de tabaco.	Medición realizada ex post facto para medir los niveles de atención plena en un grupo que se preparaba para iniciar un tratamiento de cesación tabáquica.	No se llevó a cabo.	Los resultados mostraron que existe una correlación significativa, negativa entre el nivel alto de atención plena y el estrés psicológico y los afectos negativos; y positiva en relación a los afectos positivos. El patrón encontrado sugiere que un mayor nivel de desarrollo de atención plena puede facilitar la cesación del consumo y disminuir la vulnerabilidad a las caídas entre los fumadores que se están preparando para la cesación del consumo.

Singh et al. (2014)	51 fumadores con retraso intelectual; edad media 32.56; 80% fueron hombres	Entrenamiento atención plena de 36 semanas, sesiones diarias de 20 minutos vs tratamiento regular para cesación tabáquica	12 meses	A la semana 40 para quienes completaron el tratamiento, las tasas de cesación fueron del 100% para los participantes en condición de atención plena y de 38.39% para el grupo control. Al año de seguimiento la media de cigarrillos fumados en cada grupo difirió significativamente (media en atención plena 14.34 – 34.14 y media en control, 40.62 – 40.27).
Ruscio et al., 2015	44 participantes de 18 a 65 años que fumaran entre 11 y 20 cigarrillos por día	Cinco meditaciones guiadas, la primera meditación consistió en una técnica de " <i>surfing the urge</i> ". Las otras cuatro meditaciones estaban centradas en la atención de la respiración, del cuerpo, de los pensamientos y la atención de las emociones.	A las dos semanas.	Se reportó una reducción significativa de los afectos negativos, el craving y el consumo de cigarrillos por día, sugiriendo su utilidad como tratamiento para el tabaquismo.
Vidrine et al. (2016)	412 participantes mayores de 18 años que fumaran por lo menos 5 cigarrillos por día	Tratamiento basado en mindfulness para la cesación tabáquica vs <i>Guideline</i> vs Tratamiento cognitivo conductual basado en entrenamiento de habilidades de enfrentamiento	A las 26 semanas	Aunque se detectaron diferencias significativas en el logro de la abstinencia el tratamiento de atención plena y los otros dos tratamientos, el tratamiento basado en atención plena parece proporcionar mayores beneficios al facilitar la recuperación de los participantes de una caída o recaída.

Como se puede observar la mayoría de estos estudios presentan hallazgos exploratorios que buscaban comprobar si era factible utilizar estrategias basadas en atención plena como una intervención para el tabaquismo, encontrando resultados positivos (Davis, Fleming Bonus & Baker, 2007). Posteriormente se exploró si el uso de estas estrategias disminuía específicamente el craving y la conducta de fumar, (Bowen y Marlatt, 2009; Westbrook et. al. 2011; Rogojanski, Vettese & Antony, 2011). De entre los estudios existentes en la literatura internacional Maglione et. al. (2017) retomaron únicamente diez investigaciones (Bowen & Marlatt, 2009; Brewer et al., 2011; Davis et al., 2013; Davis et al., 2014a; Davis et al., 2014b, Rogojanski et al., 2011; Ruscio et al., 2015; Singh et al., 2014; Tang et al., 2013; Vidrine et. al., 2016) para realizar un metaanálisis con la finalidad de valorar la eficacia y seguridad del uso de intervenciones basadas en atención plena sobre la cesación tabáquica, ya sea como monoterapia o en combinación con algún fármaco. Los tratamientos incorporados al análisis, variaban en su duración desde una sola sesión hasta ocho; las intervenciones incluyeron tres estudios que utilizaron el Mindfulness Trainig for Smokers (Davis, Mills, et al., 2013, Davis et al., 2014a, Davis et al., 2014b). Dos estudios utilizaron intervenciones breves basadas en atención plena (Bowen y Marlatt, 2009, Ruscio et al., 2015), descritas como una breve práctica de mindfulness e instrucciones breves basadas en mindfulness. Uno de los estudios utilizó el entrenamiento un entrenamiento en meditación al que llamaron entrenamiento integrador cuerpo-mente (Tang, Tang, & Posner, 2013). Tres de los estudios describieron sus intervenciones como entrenamiento en atención plena, meditación de atención plena y el programa de cesación del tabaquismo basado en la atención plena (Brewer et al., 2011; Rogojanski, Vettese & Antony, 2011; Singh et. al., 2014).

Uno de estos estudios proporciono la intervención de atención plena como monoterapia (Bowen & Marlatt, 2009). Dos ensayos clínicos aleatorizados utilizaron una intervención de atención plena como terapia adyuvante, especificando que todos los participantes recibieron además TRN (Davis et. al., 2014a, Davis et al., 2014b). Dos estudios no dejaron claro si la intervención de

atención plena era monoterapia o terapia adyuvante (Brewer et al., 2011; Singh et al., 2014).

En relación a los tratamientos con los que la atención plena fue comparada, dos estudios compararon la intervención con el programa Freedom From Smoking (FFS) de la American Lung Association (Brewer et al., 2011; Davis, et al., 2014b). En uno de ellos, tanto la atención plena como los grupos de FFS recibieron reemplazo de nicotina (Davis et al., 2014b). Cuatro estudios compararon la atención plena con una intervención alternativa, incluyendo el asesoramiento telefónico (además del reemplazo de la nicotina), el aprendizaje interactivo para los fumadores, el entrenamiento de relajación y las estrategias de supresión (Davis et al. 2014a, Rogojanski, Vettese & Antony, 2011, Tang, Tang & Posner, 2013). Tres de los estudios utilizaron comparadores que no ofrecieron una intervención terapéutica, incluyendo la meditación simulada, pasiva (sin instrucción) y el tratamiento regular, que varió entre los participantes y podría incluir el asesoramiento o el reemplazo de nicotina (Bowen y Marlatt, 2009; Ruscio et al. 2015, Singh et al., 2014).

Los resultados del metaanálisis realizado por Maglione et. al. (2017) indicaron que los efectos de la atención plena sobre el abandono del hábito de fumar no difieren significativamente de los resultados obtenidos por las intervenciones comparativas como la intervención de FFS de la American Lung Association, que se considera un estándar de la atención para el tabaquismo; estos hallazgos coinciden con un metanaálisis previo, realizado por Oikonomou, Arvanitis y Sokolove (2016) quienes, indican que si bien, los datos parecen inclinarse a favor de las intervenciones basadas en atención plena, las diferencias no son estadísticamente significativas; resulta importante mencionar que a pesar del resultado proporcionado por estos autores, ambos mencionan que la calidad y cantidad de estudios existentes actualmente no permite establecer conclusiones definitivas al respecto.

A pesar de la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en estos dos primeros metaanálisis, los autores mencionan que resulta prometedor que las intervenciones basadas en atención plena no sean estadísticamente

diferentes de otros programas de abandono del hábito de fumar considerados el estándar de atención mundial en tabaquismo, incluso a pesar de los pocos estudios existentes, lo cual convierte la investigación de tratamientos basados en atención plena sobre el tabaquismo en una gran área de oportunidad en la que resulta necesario realizar nuevas investigaciones de acuerdo a los criterios señalados por el CONSORT (CONsolidated Standards of Reporting Trials)(Schulz et al., 2010) lo cual permitiría mejorar las limitaciones metodológicas de los estudios realizados previamente y obtener evidencias que puedan proporcionar estimaciones más claras de la eficacia de estas intervenciones (Maglione et. al., 2017; Oikonomou, Arvanitis & Sokolove, 2016).

6.3 El estudio de la compasión en occidente y la terapia centrada en la compasión

Desde una perspectiva evolutiva se considera que la compasión evolucionó con el apego de los mamíferos y el cuidado motivado por la amistad; está arraigada en la capacidad de experimentar sentimientos afiliativos, de ser amado y ser capaz de amar a otros como un elemento indispensable de un proceso adaptativo (Gilbert, 2009).

Desde este punto de vista la compasión como una respuesta ante el sufrimiento de uno mismo y de los demás se puede considerar un elemento fundamental para la adaptación entre diversas especies animales incluyendo al ser humano; la psicología evolutiva tiene sus propias ideas únicas sobre las causas del sufrimiento; por una parte considera que todos los seres vivos son en cierta medida "vehículos para genes", seres creados a partir de la combinación de genes parentales, nacidos para florecer durante un tiempo, reproducirse (utilizando los genes para construir un nuevo "vehículo") y finalmente morir y desintegrarse. En ese viaje de corta duración, repleto de desafíos, dificultades y enfermedades, la evolución ha incorporado en los seres humanos una serie de repertorios conductuales para apoyar la supervivencia propia y del resto de la especie con la finalidad de detectar peligros y tomar medidas defensivas a veces y en otras ocasiones con la finalidad de buscar las cosas que ayuden a sobrevivir

como la comida y la comodidad, los compañeros sexuales y las alianzas. Estas tareas de la vida son facilitadas por diferentes emociones como la ansiedad, el miedo, la paranoia, la ira, la lujuria, así como la alegría, la empatía, el amor y la compasión (Gilbert, 2013).

Desde el punto de vista de la neurociencias y la psicología evolutiva, la compasión es considerada un tipo de respuesta empática ante el sufrimiento, sin embargo, actualmente la investigación ha mostrado que la empatía y la compasión son procesos que sí que bien comparten algunas bases biológicas, están bien diferenciados el uno del otro (Singer & Kilmecki, 2014).

La empatía puede definirse como una capacidad general de resonar con los estados emocionales (tanto positivos como negativos) de otros, tiene una función importante en los procesos de socialización de distintas especies animales incluyendo al ser humano. La posibilidad de experimentar empatía ante emociones positivas es particularmente funcional para el establecimiento de diversas relaciones con otros y en general no suele representar ningún problema para la salud y supervivencia del organismo (Singer & Kilmecki, 2014), sin embargo, la empatía ante la experiencia del dolor o sufrimiento puede tener implicaciones más delicadas si consideramos que esta resonancia con el dolor de otros está regulada por las mismas estructuras cerebrales involucradas en la experiencia directa el dolor, a este fenómeno se le conoce como dolor vicario (Lamm, Decety & Singer, 2011). De acuerdo con esta línea de investigación, una respuesta empática al sufrimiento puede dar lugar a dos tipos de reacciones, la primera ha sido llamada angustia empática y la segunda, compasión (Figura 6).

Figura 6. Compasión y angustia empática como respuesta ante el sufrimiento de otros.



Fuente: Adaptada de Singer & Kilmecki (2014).

La angustia empática se refiere a una fuerte respuesta aversiva y auto-orientada al sufrimiento de los demás, esta respuesta es acompañada por el fuerte deseo de retirarse de la situación de dolor que se está observando como un modo de protegerse de sentimientos negativos excesivos y del dolor vicario. La compasión, por otra parte constituye un sentimiento de preocupación por el sufrimiento de otra persona, que se acompaña de la motivación de ayuda y por consiguiente, se asocia con el acercamiento a los demás y con una motivación prosocial (Singer & Kilmecki, 2014).

La diferencia entre estos dos procesos ha sido comprobada no solo a través del análisis del comportamiento, sino a través de estudios de neuroimagen en los que se ha observado que al recibir un entrenamiento en compasión, el cerebro de las personas incrementa sus activaciones en las áreas tegmental ventral/sustancia nigra, la corteza orbitofrontal mediana, y el cuerpo estriado, este último abarcando el globus pallidus y el putamen; mientras que un entrenamiento centrado en la empatía conduce a activaciones principalmente en la ínsula anterior y en la corteza cingulada media anterior (Singer & Kilmecki, 2014).

Cuando se experimenta crónicamente, la angustia empática da lugar a resultados negativos para la salud, mientras que la compasión al estar basada en sentimientos positivos, orientados hacia el otro y la activación de la motivación y comportamiento prosocial tiene efectos positivos sobre la salud (Singer & Kilmecki, 2014).

Actualmente la investigación ha mostrado que las personas que experimentan compasión están fisiológicamente mejor reguladas y pueden hacer frente de mejor manera a toda una variedad de deseos, fantasías, miedos, enojos, recuerdos traumáticos y situaciones de estrés (Gilbert, 2013; Ozawa-de Silva, Dodson-Lavelle, Raison y Negi, 2012).

Ozawa-de Silva, Dodson-Lavelle, Raison y Negi (2012) mencionan que el estudio de la compasión también se puede considerar científicamente relevante debido a que conlleva el estudio de una dimensión ética del ser humano que actualmente se puede considerar tan importante como la dimensión psicológica y

médica y está relacionada fundamentalmente con el modo en que los seres humanos se relacionan con los otros.

Esta dimensión ética es considerada actualmente un aspecto central en la vida del ser humano debido a su relevancia en las elecciones humanas las cuales están conformadas en gran medida por los valores de cada individuo y el nivel de convicción interna que estos tienen de dichos valores. En este sentido, la compasión como un aspecto ético enfoca la forma en que el ser humano se relaciona con otros y su ambiente considerando específicamente el sufrimiento y su alivio (Ozawa-de Silva, Dodson-Lavelle, Raison & Negi, 2012).

Dado los efectos potencialmente perjudiciales de la angustia empática, en comparación con los potenciales beneficios de la compasión, la posibilidad de desarrollar esta respuesta ante el sufrimiento es algo deseable; a partir de esto y aunado a los hallazgos sobre la plasticidad cerebral de las emociones sociales adaptativas, se han desarrollado métodos de entrenamiento orientados al desarrollo de la compasión, como una forma de aumentar el comportamiento prosocial, aumentar los afectos positivos, la resiliencia y mejorar el funcionamiento fisiológico (Ozawa-de Silva, Dodson-Lavelle, Raison & Negi, 2012; Singer & Kilmecki, 2014).

Actualmente se han diseñado diversos modelos explicativos que intentan describir las dimensiones involucradas en la compasión con la finalidad de desarrollar protocolos de entrenamiento que permitan incrementar esta cualidad en las personas; a pesar de algunas variaciones en la literatura (relativamente nueva) sobre la compasión, parece haber un acuerdo incipiente entre los científicos de que la definición de compasión implica al menos los siguientes aspectos: un aspecto cognitivo (reconocer el sufrimiento en uno mismo u otro), un aspecto afectivo de preocupación o afecto por el otro, un aspecto de aspiración o de motivación (uno quiere aliviar el sufrimiento del otro), un aspecto atencional (su grado de inmersión y enfoque), y un aspecto conductual (una respuesta compasiva, una acción que proviene de la compasión) (Ozawa-de Silva, Dodson-Lavelle, Raison & Negi, 2012; Ekman, 2008; Gilbert, 2005; Lutz et al., 2008; Neff, 2011).

Es importante mencionar que dependiendo del autor que se consulte, uno puede observar que se le da más peso a una u otra dimensión; estrictamente hablando, parece que los dos primeros son los ingredientes o condiciones preestablecidas para la compasión (dimensiones cognitiva y afectiva), ya que uno debe ver el sufrimiento en otro y tener un sentido de preocupación por ese ser para que cualquier nuevo elemento pueda tener lugar. Si ambos están presentes, la generación de compasión es un resultado natural, si falta alguno, la compasión es imposible (Ozawa-de Silva, Dodson-Lavelle, Raison & Negi, 2012).

Uno de los modelos que cuenta con mayor respaldo a partir de la investigación realizada en neurociencias sociales y su apego a los modelos de las tradiciones contemplativas, es el modelo de Bornemann y Singer (2013) quienes describen las siguientes dimensiones:

I. Presencia: La capacidad de atender plenamente al momento presente.

Esta capacidad puede ser analizada en dos sub-componentes;

a) La atención, la cual debe ser dirigida y mantenida de manera voluntaria a la situación inmediata. En la medida en que la atención logra ser sostenida durante períodos de tiempo más largos, los psicólogos cognitivos hablan de una atención vigilante que resuelve el conflicto que se llega a experimentar entre una actividad mental distraída y la experiencia de vida presente. Reconocer si nuestra mente está en la situación actual o más bien preocupada por el pensamiento requiere una función que se ha denominado monitoreo en la psicología cognitiva.

b) La conciencia interoceptiva, es el segundo sub componente de la presencia, esta implica la capacidad de percibir el estado interno del cuerpo, esto puede referirse a la actividad de los órganos internos, la respiración, la tensión muscular y así sucesivamente. Sintonizar las señales del cuerpo es útil para hacernos presentes, porque a diferencia de los pensamientos, que pueden relacionarse con el pasado o el futuro y lugares lejanos, las señales corporales siempre ocurren en el aquí y ahora. En el contexto de la compasión, la

conciencia interna del cuerpo desempeña otro papel importante: establece las bases para el reconocimiento de los sentimientos en nosotros mismos y en los demás.

II. Afecto: Aquí se distinguen tres habilidades que son cruciales para la compasión:

a) Abrir el corazón o generar sentimientos de benevolencia, esto se refiere a la capacidad de un individuo para generar o abrirse a los sentimientos de amor, calidez y benevolencia hacia uno mismo y otros. Esta capacidad está probablemente enraizada en los sistemas biológicos que filogenéticamente evolucionaron para el cuidado de la descendencia (Panksepp, 2006) o "sistema afiliado" (Depue, & Morrone-Strupinsky, 2005).

b) Aceptar y estar en contacto con emociones difíciles, apunta a percibir y aceptar conscientemente la emoción y dirigirse hacia ella con una actitud de curiosidad y cuidado. Hölzel et. al. (2011) han propuesto que los procesos que acompañan a la aceptación, son la conciencia no reactiva de una emoción y puede describirse en términos de terapia cognitivo-conductual como la exposición, la extinción y el reaprendizaje de un comportamiento. Cuando un organismo permanece con una emoción negativa (exposición) sin reaccionar y mientras observa las consecuencias reales del evento desencadenante, puede ajustar su reactividad emocional, conduciendo a un patrón de respuesta nuevo y más adaptable o incluso a la extinción de la respuesta.

c) Motivación prosocial, esta surge y se manifiesta como una actitud general hacia la vida que busca aliviar el sufrimiento de cualquier tipo.

III. Perspectiva: Este dominio más cognoscitivo del modelo, está relacionado con los aspectos de "sabiduría" de la filosofía budista. Esta dimensión se refiere a la capacidad de lograr cierta distancia de los acontecimientos aparentes percibidos por el individuo y añadir "fluidez" al sistema cognitivo,

de este modo es posible separar lo que parece ser realidad en un momento dado, de aquello que está experimentando de un modo directo, y le permite asumir una perspectiva alternativa, esto implica las siguientes tres sub-dimensiones:

- a) **Metacognición**, esta implica la observación de los propios procesos y estados cognitivos, entendido como "conocer sobre el proceso de conocer" o "pensar sobre el pensamiento". De este modo los pensamientos se observan como "eventos naturales" dentro de nosotros mismos, contextualizados entre otros eventos internos o externos (por ejemplo, sentimientos, sensaciones corporales, personas que nos rodean). Los pensamientos no son vistos como idénticos a "quiénes somos", sino más bien como eventos mentales fugaces (de-identificación);
- b) **Toma de perspectiva del "sí mismo", "self" o "yo"**, este proceso se deriva de muchas tradiciones contemplativas que cuestionan la noción de un yo como una entidad independiente, unificada y duradera. La neurociencia moderna se ha unido a esta postura de cuestionar la noción una "auto-entidad", mostrando que no hay un "centro del yo" en el cerebro, sino que el sentimiento del yo se produce por la interacción de muchas regiones del cerebro ampliamente distribuidas (Schneider et. al. 2008). Tal perspectiva puede ayudar a reducir la sobre-identificación con ciertos aspectos de "uno mismo", aumentando la flexibilidad cognitiva y contrarrestando el egoísmo y el narcisismo en nuestra sociedad (Twenge, & Campbell, 2009) asociados con un aumento concomitante en la depresión y la tasa de burn-out (Hasin, Fenton, & Weissman, 2011) como resultado de demandas excesivas, expectativas hacia el yo y altos niveles de autocrítica.
- c) **Toma de perspectiva de los otros**. Esta se refiere a la capacidad de entender los estados mentales de otras personas, como creencias, pensamientos, intenciones o puntos de vista, también se

ha denominado teoría de la mente (Mitchell, 2009). Esta capacidad puede dar lugar a encuentros en los que ambas partes entienden con mayor exactitud las necesidades y preocupaciones del otro, dando lugar a interacciones más satisfactorias.

En la tabla 6 se presenta un resumen de estas dimensiones, los principales procesos psicológicos y las estructuras cerebrales involucrados en este proceso de acuerdo a Bornemann y Singer (2013).

Tabla 6. Componentes de la compasión y sus correlatos cognitivos y neuronales.

Dimensión	Funciones en el cultivo de la compasión	Procesos psicológicos	Correlatos neuronales clave
Presencia	Atención <ul style="list-style-type: none"> Precondición para el cultivo intencional de los estados mentales Remite al individuo al momento presente. Mantiene, estabiliza y clarifica la mente. 	<ul style="list-style-type: none"> Resolución de conflictos y dirigir la atención. Atención vigilante y sostenida Auto-monitoreo 	<ul style="list-style-type: none"> Corteza cingulada anterior Regiones cinguladas anteriores, corteza prefrontal dorsolateral derecha, lóbulo parietal inferior, locus coeruleus, tálamo. Corteza prefrontal anterior.
	Alerta interoceptiva <ul style="list-style-type: none"> Estar consciente de las sensaciones corporales Mantenerse en contacto con las señales corporales internas. 	<ul style="list-style-type: none"> Alerta corporal interoceptiva 	<ul style="list-style-type: none"> Corteza insular
Afecto	Apertura del corazón <ul style="list-style-type: none"> Dirigirse a uno mismo y a los demás de un modo benevolente, cálido y constructivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidado Afiliación Cariño Amor 	<ul style="list-style-type: none"> Núcleo de lecho de las terminales de estriadas, área pre óptica, sustancia gris periacueductal, área tegmental ventral, estriado ventral, cíngulo anterior, corteza orbitofrontal medial.
	Aceptación y pacificación de las emociones difíciles <ul style="list-style-type: none"> Transformación de las emociones negativas. Trabajo con los obstáculos que bloquean la compasión. 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición, extinción y re-condicionamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta ser explorado
	Motivación prosocial <ul style="list-style-type: none"> Involucramiento en acciones prosociales, Aumento de la cooperación 	<ul style="list-style-type: none"> Motivación de acercamiento, acciones altruistas y preparación para la acción. 	<ul style="list-style-type: none"> Globus pallidus y áreas motoras.

	<p>Metacognición</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantenerse alerta de los procesos mentales. Disociar o des-identificar los pensamientos de la experiencia, permitiendo conductas y emociones más flexibles 	<ul style="list-style-type: none"> Entendimiento clásico: “Conocer el proceso de conocer”, “pensar el pensar”. Monitoreo de segundo orden: Defusión cognitiva, des-identificación, monitoreo. 	<ul style="list-style-type: none"> Corteza prefrontal anterior (BA10) Requiere más exploración.
Perspectiva	<p>Perspectiva del “self” o del “yo”</p> <ul style="list-style-type: none"> Permanecer alerta de la construcción del “yo” Incrementar la flexibilidad considerando las construcciones cognitivas auto-referidas Relacionarse con nociones saludables del “yo”. 	<ul style="list-style-type: none"> Interpretación del “yo” como un proceso interdependiente. Reducción del narcisismo 	<ul style="list-style-type: none"> Corteza prefrontal medial, unión temporo-parietal; precuneus, cíngulo posterior. Reducción de la actividad en estructuras corticales línea mediales, aumento de las zonas relacionadas con la empatía (e.g. Ínsula anterior)
	<p>Perspectiva de los otros</p> <ul style="list-style-type: none"> Disociar el “yo” de la perspectiva referida por otros. Mejor entendimiento de los pensamientos, motivaciones y emociones de otros. 	<ul style="list-style-type: none"> Teoría de la mente o toma de perspectiva Superación de los sesgos egocentristas 	<ul style="list-style-type: none"> Unión temporo-parietal. Corteza prefrontal medial, precuneus, cíngulo posterior. Activación más frecuente de esta misma red.

Fuente: Bornemann y Singer (2013)

Los protocolos de entrenamiento en compasión tienen como objetivo ayudar a las personas a aprender las habilidades clave necesarias para desarrollar los aspectos y atributos clave de la compasión, como el cuidado del bienestar, la sensibilidad, la tolerancia al estrés, la empatía y el no juzgar (Gilbert, 2009).

Algunos de los pasos clave involucrados en las sesiones de los entrenamientos en la compasión son el uso de imágenes, el pensamiento compasivo hacia uno mismo y los demás, respondiendo a la autocrítica a través de la compasión de sí mismo y la práctica de la conducta compasiva, a menudo complementado con escritura de cartas o diarios. De igual modo la terapia centrada en la compasión puede ser usada como un marco dentro del cual se pueden desarrollar otras intervenciones psicológicas, y pueden llegar a potenciar los efectos de otros tratamientos una vez que el sistema afiliativo involucrado en este entrenamiento ha sido estimulado (Gilbert, 2009).

Los individuos con una voz interior altamente crítica hacia sí mismos mismo o los demás pueden luchar con otro tipo de terapias, por lo que ayudar a

estas personas a desarrollar una voz interior más compasiva y alentadora puede permitir un mayor compromiso con cualquier otro tratamiento, en este sentido, la terapia centrada en la compasión se propone para ser utilizada como una terapia multimodal, basada en un modelo científico-profesional, en lugar de pertenecer a una sola "*escuela de terapia*" (Gilbert, 2009).

Aunque las intervenciones basadas en la compasión, son relativamente nuevas, se han investigado de manera sistemática en el ámbito aplicado y es posible encontrar estudios que han utilizado estas intervenciones en poblaciones con los siguientes trastornos: esquizofrenia (Laithwaite et al. 2009; Braehler et al. 2013; Mayhew & Gilbert, 2008), sintomatología ansiosa y depresiva (Gilbert & Irons, 2004; Gilbert & Procter, 2006); trastorno bipolar (Laithwaite et al. 2009); desordenes crónicos de personalidad (Lucre & Corten, 2013); acné crónico (Kelly et al. 2009), trastornos alimentarios (Gale et al. 2014), estrés postraumático (Beaumont et al. 2012), lesión cerebral (Ashworth et al. 2011), tabaquismo (Kelly et al., 2010) y un estudio en el que se incluyó una gama diversa de diagnósticos incluyendo depresión, ansiedad, OCD, bipolar, trastornos de la personalidad, ansiedad social y auto-daño deliberado (Judge et al. 2012).

Leaviss y Uttley (2015) realizaron una revisión sistemática en la que mencionan que la evidencia actual, aunque temprana, sugiere que las terapias centradas en la compasión pueden ser más eficaces que ningún tratamiento o tan eficaces como los tratamientos regulares, dirigidos a diversos trastornos psicológicos, de igual modo estas intervenciones ayudan a las personas a funcionar de manera óptima en la regulación de las hormonas de estrés, funcionamiento del sistema inmunológico, procesamiento cortical frontal, creatividad, fomentando estados de bienestar, y resultan particularmente prometedoras en individuos con altos niveles de crítica hacia ellos mismo u otros. Sin embargo, hacen falta ensayos que garanticen la fidelidad de la intervención e incluyan un diseño que sea apropiado para la evaluación de intervenciones complejas e individualizadas.

La creciente incorporación de protocolos de entrenamiento en compasión en el ámbito psicoterapéutico, tiene implicaciones importantes para los

profesionales del área, ya que esto se traduce en un incremento de la necesidad de disponer de métodos de medición confiables que nos permitan evaluar los efectos de las intervenciones utilizadas y como mencionan Martins et. al. (2013) identificar con claridad los niveles de compasión necesarios para producir cambios conductuales.

Actualmente es posible encontrar en la literatura internacional tres escalas psicométricas específicas que han medido compasión en población universitaria (Martins et. al. 2013; Chang, Fresco, & Green, 2014; Sprecher y Fehr 2005); de igual modo es posible encontrar escalas psicométricas que miden constructos asociados a la compasión como la autocompasión (Neff, 2003; Garcia-Campayo et al. 2014), con la diferencia de que la autocompasión se dirige al propio sufrimiento y el deseo de aliviarlo, a diferencia de la compasión, la cual está orientada hacia el sufrimiento de los otros.

La literatura existente sobre compasión suele presentar algunas variaciones en relación a las dimensiones que conforman el constructo. En los estudios existentes que desarrollaron específicamente escalas de compasión, la estructura factorial del constructo ha sido variable; la *Escala de Amor compasivo por los otros cercanos y la humanidad* desarrollada por Sprecher y Fehr (2005) inicialmente fue diseñada para ser una escala de tres factores, sin embargo, se presentó como una escala de un solo factor que incluía reactivos que evalúan ternura ante el sufrimiento, comprensión, ayuda y sacrificio; por su parte Martins et. al. (2013) en su escala obtuvieron una estructura de dos factores, en el primero se indagaban qué cantidad de diversos tipos de apoyo o ayuda a los demás proporcionan las personas (e.g. *¿Cuánto de su tiempo libre dedicaría a trabajar para un extraño que necesita sus habilidades pero no puede pagarlo?*), mientras que el segundo factor indagaba la frecuencia con que se proporcionaba algún tipo de ayuda a otros o cuantas ocasiones se dejaban de emitir conductas que pudieran generar daño a otros (e.g. *¿Cuántas veces te negarías el placer de algo que causa dolor a otros?*); finalmente la escala desarrollada por Chang, Fresco y Green (2014) posee una estructura de dos factores, el primero indaga la

empatía como una reacción afectiva ante la situación de vida de otros y un segundo factor que indagaba el deseo de aliviar el sufrimiento de otros.

Como se puede observar la estructura factorial de las escalas existentes resulta variable, sin embargo, se puede observar que dos de estas escalas coinciden en la incorporación de reactivos que evalúan la existencia de una reacción afectiva ante el sufrimiento (Sprecher & Fehr, 2005; Chang, Fresco y Green, 2014) y todas coinciden en la incorporación de reactivos que evalúan el motivación de ayudar a otros o de aliviar el sufrimiento, particularmente la escala de Martins et. al. (2013) se concentra en la cantidad y frecuencia de formas de ayuda o apoyo muy específicas.

A pesar de la falta de coincidencia en un número específico de factores a través de estos estudios, los resultados obtenidos coinciden de manera general con lo señalado por Ozawa-de Silva, Dodson-Lavelle, Raison y Negi (2012) quienes mencionan que al parecer estrictamente hablando, los principales ingredientes o condiciones preestablecidas para que la compasión tenga lugar, son la capacidad de reconocer el sufrimiento en otros y experimentar una reacción afectiva ante este sufrimiento, de este modo, si ambos están presentes, la compasión, como el deseo de aliviar este sufrimiento es posible, y si falta alguno, la compasión no se produce.

El estudio formal de la compasión en México en el ámbito de la psicoterapia es muy reciente, sin embargo, la posibilidad de que esta pueda producir resultados confiables depende en gran medida de la existencia de una escala psicométrica adecuada para la población mexicana, el cual será uno de los objetivos del presente estudio.

Como se mencionó al principio de este apartado, la compasión comienza con el reconocimiento de una especie de tragedia existencial, el hecho de que, de algún modo, nos encontramos aquí, con una especie de autoconsciencia y sentido del yo, atrapados en los dramas de la evolución, en la mayoría de los casos con un control nulo y un escaso conocimiento de la realidad que simplemente se vive y se muere de acuerdo a ciertos guiones contextuales, genéticos y sociales, sin embargo, a pesar de esta condición, la investigación sobre compasión ha

demostrado que el cerebro no existe solamente para perseguir automáticamente ciertas tareas preestablecidas por medio de ciertos tipos de emoción y pasiones, sino que el cerebro es muy flexible, que puede esculpirse para adaptarse a contextos y nichos sociales particulares, regulando la mente con cualidades positivas y creando cierto tipo de relaciones filiales con otros (Gilbert, 2013).

Desde esta perspectiva y en el marco de los avances científicos actuales tal vez sea demasiado pronto para afirmar que la naturaleza básica del ser humano sea amorosa o compasiva (como si lo afirma la filosofía budista sobre “la mente” de la cual se desprenden muchos de los principios abordados) sin embargo, tampoco es posible afirmar que esta naturaleza sea cruel y violenta por sí misma.

Lo que si queda claro es que cada una de estas condiciones son potenciales que es posible cultivar y transmitir de una generación a otra, de este modo no es muy difícil concluir que vale la pena esforzarse por desarrollar métodos que puedan traer al mundo lo mejor de cada persona, que ayuden al organismo a funcionar de manera óptima, a encontrar gestos de genuina bondad y sentimientos de conexión, con la finalidad de crear una realidad más armoniosa en la cual todos puedan beneficiarse durante la breve lucha que llamamos vida (Gilbert, 2013).

6.4 Atención plena compasiva

Como se revisó en los capítulos anteriores, en los últimos años se ha observado un creciente interés por el estudio científico de las prácticas contemplativas como la atención plena, en gran medida mucha de esta investigación ha enfocado la atención plena como una herramienta, para calmar la mente, enfocarla y reducir los niveles de estrés, depresión, consumo de drogas etc.; de igual modo, actualmente se está prestando creciente atención a los estilos de meditación que cultivan activamente emociones positivas como la compasión debido a los importantes beneficios que esto tiene para la salud, de este modo el uso combinado de la atención plena y la compasión adquiere gran relevancia (Ozawa-de Silva, Dodson-Lavelle, Raison y Negi, 2012).

Como se pudo observar durante la revisión de la literatura realizada la atención plena y la compasión están constantemente en contacto, desde el punto de vista de la filosofía budista tradicional estos procesos se consideran cualidades complementarias en el desarrollo del practicante espiritual, si una de las dos no se cultiva adecuadamente, los progresos del practicante pueden ser limitados e incluso, esto podría conducir al practicante budista a cometer errores que lo devolverían al nivel inicial con el que comenzó su práctica de entrenamiento mental, o incluso a un nivel más bajo (Trungpa, 2007; Shantideva, 2008; Patrul Rimpoche, 2012).

Por otra parte desde el enfoque de la ciencia occidental, si bien la atención plena y la compasión se han conformado como enfoques terapéuticos aparentemente independientes, al revisar las propuestas es posible encontrar muy rápidamente, referencias mutuas entre estos constructos y es posible encontrar autores que enfatizan la necesidad y beneficios propios de retomar y combinar explícitamente los entrenamientos en atención plena y compasión para el tratamiento de la depresión, ansiedad y otros trastornos (Allen & Knight, 2005), o autores que enfatizan el modo en que la atención plena contribuye a un contenido consciente de la experiencia con aceptación, paciencia y compasión (Lutz 2008; Travis 2010; Vago 2012).

A continuación se presentan algunos de los principales argumentos que justifican el uso de estos enfoques de manera combinada:

- Pérez y Botella (2006) y Vásquez-Dextre (2016), señalan que el componente de la “intención” presente en el entrenamiento en atención plena podría conducir a un estado de contradicción al practicante debido a que una de las actitudes que durante varios años se han fomentado en la práctica de la atención plena como psicoterapia, es el no perseguir ningún propósito en especial, sin embargo, en la medida en que esta intención puede ser ocupada por la compasión como principal motivación, los resultados de la práctica son positivos tanto para quien practica como para quienes le rodean (Ozawa-de Silva, Dodson-Lavelle, Raison y Negi, 2012).

- Pérez-Álvarez (2012) menciona que uno de los principales problemas que podrían enfrentar las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (particularmente la atención plena, convertida en una especie de moda por su manejo comercial), es no tomar en cuenta que actualmente se experimenta una gran falta de direcciones y horizontes sobre el sentido de la vida, originados por la ausencia o poca claridad de valores personales o de una ética que permita dar sentido a las experiencias. En este sentido la compasión puede servir como base para la estructuración de una ética secular que parte de un elemento común a toda la humanidad, el deseo de no sufrir y experimentar bienestar (Ozawa-de Silva, Dodson-Lavelle, Raison y Negi, 2012; Gyatso, 2001).
- La práctica de la compasión y la atención plena constituye un método mediante el cual se desarrollan habilidades como la concentración, mientras que se cultivan una serie de emociones y actitudes benéficas para la salud física y mental de las personas como la amabilidad, la bondad, la flexibilidad y la paciencia, mismas que ayudan al practicante a contactarse directamente con la experiencia que está viviendo (Grossman, 2013).
- Los protocolos de entrenamiento en la compasión incluyen necesariamente el desarrollo de la capacidad de atender plenamente el momento presente, esto es mencionado por los principales investigadores del tema a nivel mundial (Ozawa-de Silva, Dodson-Lavelle, Raison & Negi, 2012; Bornemann y Singer, 2013; Gilbert, 2009; Davidson & Harrington, 2002).
- Como se mencionó anteriormente la compasión no se manifiesta como un enfoque terapéutico, excluyente de otras prácticas, sino que se presenta como una técnica terapéutica que puede adaptarse y mejorar los resultados de otras intervenciones psicológicas (Gilbert, 2009).
- Mientras que la atención plena contribuye significativamente a la autorregulación emocional, al desarrollo de una mente libre de prejuicios y centrada en el presente, el cultivo de la compasión puede incrementar las experiencias de bienestar y emociones positivas como el amor,

umentando la capacidad humana de experimentar satisfacción (Losa & Simón, 2013; Singer & Kilmecki 2014).

La importancia de enfocar la atención plena y la compasión como dos elementos que juntos pueden potenciar sus efectos, es lo que ha llevado al diseño del entrenamiento basado en atención plena compasiva, la cual se define como la conciencia que surge a través de prestar atención propositivamente al momento presente, sin juzgar la experiencia y generando acciones motivadas en la aspiración de liberarnos a nosotros mismos y a los demás del sufrimiento (Sánchez-Paquini y Moreno-Coutiño, 2017).

El programa de tratamiento basado en atención plena compasiva que se propone en la presente investigación para el tratamiento del tabaquismo, incluye ejercicios de meditación en la respiración con la finalidad de desarrollar la conciencia de la experiencia presente, notando la aparición de diversos eventos mentales (como pensamientos, emociones, sensaciones), sin analizarlos o juzgarlos. Posteriormente se introduce al participante en meditaciones dirigidas enfocadas al entrenamiento de estados compasivos; de igual modo con ayuda de metáforas, preguntas y debates, se involucrará al participante en la identificación de las experiencias de sufrimiento y en las actitudes de juicio y de crítica, mientras se enseñan conceptos clave para la comprensión de estas experiencias en el marco de la atención plena y la compasión, estos conceptos son la interdependencia, la impermanencia, el amor bondadoso, la ecuanimidad y la vacuidad (Sánchez-Paquini y Moreno-Coutiño, 2017).

La atención plena compasiva enfatiza la importancia de entrenar de manera equivalente estos dos procesos con la finalidad de potenciar los efectos del tratamiento, en este caso dirigido a la dependencia a la nicotina, en la sección de procedimiento se describe con mayor detalle la estructura de la intervención.

7. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés, 2015) estima que la adicción al tabaco mata cada año a casi 6 millones de personas, de las cuales más de 5 millones son consumidores del producto y más de 600,000 son fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno. De igual modo la gran cantidad de problemas de salud física y mental que un fumador desarrolla convierten al tabaquismo en un problema de salud pública que continúa representando un reto para los profesionales e investigadores del tema (NIDA, 2010). Actualmente las principales opciones de tratamiento existente para la dependencia a la nicotina son las terapias cognitivo-conductuales de segunda generación, las cuales pueden combinarse con tratamientos farmacológicos que van desde los tratamientos de reemplazo de nicotina hasta el uso de medicamentos adyuvantes para dejar de fumar como el bupropion y el tartrato de vareniclina. En relación a la efectividad de estos tratamientos, se ha observado que aunque la intervención puede ser útil en el momento en que los participantes la reciben, en un periodo de seis a doce meses posteriores al tratamiento, del 75% al 80% de las personas sufren una recaída (NIDA, 2010).

Diversas investigaciones han mostrado que la gran tasa de recaídas en el tabaquismo está fuertemente relacionada con factores emocionales como, el estrés, los afectos negativos y la sintomatología depresiva (Baker, Brandon, & Chassin, 2004; Correa-Fernández et al., 2012; Shiffman, 2005); y se ha encontrado que la cesación del consumo de tabaco está asociada con incrementos en los niveles de afectos negativos y estrés que pueden persistir por meses después del tratamiento (Gilbert et al., 2002). En este sentido resulta importante que se continúen investigando alternativas de tratamiento efectivas que brinden atención a los principales factores asociados a las recaídas y que puedan mejorar los resultados hasta ahora observados, en relación al mantenimiento de la abstinencia y la calidad de vida del paciente.

8. Justificación

Tomando en cuenta el grave problema de salud pública que representa el tabaquismo y la necesidad de contar con estrategias terapéuticas basadas en la evidencia que permitan mejorar los índices de efectividad de los tratamientos de cesación y disminuir las recaídas, es que en el presente estudio se plantea evaluar una intervención basada en atención plena compasiva dirigida a lograr la abstinencia de personas con dependencia a la nicotina, evaluar el índice de abstinencia y medir el tiempo de mantenimiento de la misma, así como el impacto de la intervención sobre la sintomatología depresiva y ansiosa, los afectos positivos y negativos, el craving y el nivel de dependencia a la nicotina.

La finalidad de este estudio no es sólo el logro de la abstinencia, sino la disminución del malestar involucrada en el proceso de cesación, y el mejoramiento de la calidad de vida en la población afectada por la adicción a la nicotina. Por lo que se buscará proporcionar a los fumadores estrategias de regulación emocional que pueden ayudarles a prevenir la recaída y que pueden ser generalizadas a otras situaciones de vida, no vinculadas necesariamente al consumo de sustancias, pero si vinculadas a un estilo de vida saludable.

9. Método

El presente estudio se dividió en diferentes fases definidas por cada uno de los objetivos que se presentan a continuación:

Pregunta general de investigación

¿Cuál es la factibilidad y efectividad de una intervención basada en atención plena y compasión sobre la cesación tabáquica en adultos fumadores de la ciudad de México en comparación con un tratamiento estándar para dejar de fumar?

Objetivo General

Adaptar y evaluar una intervención basada en atención plena y compasión sobre la cesación tabáquica en comparación con un tratamiento estándar para dejar de fumar.

Objetivos específicos

- a) Construir una escala una escala psicométrica de compasión para población adulta de México.
- b) Adaptar el programa de atención plena compasiva en salud para aplicarse como tratamiento de cesación tabáquica.
- c) Evaluar la factibilidad de utilizar un tratamiento basado en atención plena y compasión como tratamiento de cesación tabáquica en población adulta de la Ciudad de México por medio de una aplicación piloto del tratamiento.
- d) Evaluar el efecto de una intervención basada en atención plena y compasión sobre la cesación tabáquica en adultos fumadores de la ciudad de México en comparación con un tratamiento estándar para dejar de fumar.

10. Fase 1. Construcción y validación de una escala psicométrica de compasión para población adulta de México

Un paso importante para lograr el objetivo general del estudio es el desarrollo de una escala psicométrica que permita evaluar compasión en población mexicana. Como se mencionó anteriormente actualmente es posible encontrar en la literatura internacional tres escalas específicas que han medido compasión sin embargo estas fueron evaluadas únicamente en población universitaria (Martins et. al. 2013; Chang, Fresco, & Green, 2014; Sprecher y Fehr 2005); de igual modo es posible encontrar escalas psicométricas que miden constructos asociados a la compasión como la autocompasión (Neff, 2003; Garcia-Campayo et al. 2014), con la diferencia de que la autocompasión se dirige al propio sufrimiento y el deseo de aliviarlo, a diferencia de la compasión, la cual está orientada hacia el sufrimiento de los otros. Finalmente aunque el constructo ha sido explorado previamente, aún existen divergencias en relación a los factores que conforman el constructo aunado a que no existe una escala psicométrica culturalmente válida para población mexicana.

Pregunta de investigación

- ¿Cuáles son las propiedades psicométricas de una escala de compasión en personas de nacionalidad mexicana?

Definición de la variable

- La compasión es la profunda consciencia del sufrimiento de otro ser vivo y el subsecuente deseo o motivación de aliviar este sufrimiento (Singer & Kilmecki, 2014; Bornemann & Singer, 2013; Gilbert, 2005; Goetz, Keltner & Simon-Thomas, 2010; Ozawa-de Silva, Dodson-Lavelle, Raison & Negi, 2012; Gyatso, 2001).

Objetivo:

- Desarrollar una escala de compasión en personas de nacionalidad Mexicana y evaluar sus propiedades psicométricas.

Objetivos específicos:

- Obtener una conceptualización culturalmente válida del constructo compasión, sus principales dimensiones e indicadores empíricos para su posterior utilización en la construcción de una escala psicométrica de compasión.
- Evaluar las propiedades psicométricas de una escala de compasión en población de nacionalidad mexicana.

Método

Tipo y diseño de estudio: Estudio exploratorio, con diseño ex post facto.

Selección de participantes: Por medio de un muestreo no probabilístico intencional, se eligieron 385 hombres y mujeres de la población general. Como criterios de inclusión se consideraron la nacionalidad mexicana, una edad mínima de 16 años y la disposición explícita a participar en el estudio.

Procedimiento para la construcción del instrumento:

- I. Exploración del constructo:** La exploración del constructo se llevó a cabo por diversos métodos, primero por medio de la revisión de la teoría existente acerca de la compasión, posteriormente fue solicitada a cuatro profesionales estudiosos del tópico incorporados al programa de posgrado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México una lista de situaciones donde pudiera evaluarse el constructo; finalmente, también se elaboraron se realizó un análisis de contenido a las respuestas de cincuenta informantes de la población general que respondieron preguntas abiertas sobre el tema.
- II. Delimitación de dimensiones del constructo, construcción de reactivos y jueces:** A partir de este análisis se definieron las dimensiones del constructo y se inició la construcción de reactivos. Una vez elaborada una lista de reactivos. Esos reactivos fueron proporcionados cuatro expertos en el estudio de la compasión para su análisis y sugerencias, a partir de lo cual se realizaron las correcciones pertinentes a los reactivos.

- III. Definición de formato autoaplicable del cuestionario y recolección de datos:** La escala tuvo un formato autoaplicable, y se elaboró una versión de lápiz y papel que podía responderse directamente, así como un formulario digital en la plataforma Google Docs el cual se podía responder cuando el participante recibía una invitación única por correo electrónico, la cual incluía un enlace al formulario para que respondieran el cuestionario en caso de que estuvieran de acuerdo en participar en el estudio.
- IV. Análisis de resultados:** Una vez obtenidos los datos se realizaron análisis de tendencia central para identificar las características de los participantes y se realizaron pruebas estadísticas de acuerdo a las sugerencias de Reyes-Lagunes y García y Barragán (2008), con la finalidad de identificar los reactivos que cubren los requisitos estadísticos pertinentes para formar parte del instrumento, los datos se codificaron y procesaron mediante el paquete SPSS, versión 21. Estos análisis incluyeron análisis de confiabilidad, análisis factorial exploratorio y finalmente un análisis factorial confirmatorio con base en el programa de ecuaciones estructurales (Byrne, 2001; Kline, 2005), mediante la utilización del programa AMOS 24.

Resultados

Desarrollo del instrumento

A partir del análisis de la literatura sobre compasión así como del análisis del contenido de las respuestas proporcionadas por los participantes en el formato de preguntas abiertas, se identificaron tres dimensiones principales del constructo, estas se presentan en la tabla 7 especificando su definición y algunos ejemplos obtenidos del análisis del contenido.

Tabla 7. Dimensiones de compasión identificadas durante la exploración

Dimensión	Definición	Ejemplo
Dimensión cognitiva	Capacidad de reconocer situaciones de sufrimiento, sus causas, efectos o inminencia.	<i>“Estoy consciente de que en este momento alguien en el mundo esta sufriendo”</i>
Dimensión afectiva	Conjunto de reacciones emocionales que se producen en el individuo que esta expuesto al sufrimiento de otro ser vivo directa o indirectamente, generalmente manifestadas como, preocupación por el otro o dolor vicario.	<i>“Me entristece el sufrimiento de los seres humanos”</i>
Dimensión motivacional	Se refiere al deseo de eliminar el sufrimiento de otro ser, a través de proporcionarle, ayuda, protección, cuidado, afecto o cualquier acción que se considere positiva para el otro.	<i>“Cuando me doy cuenta que alguien se siente mal, le ofrezco mi ayuda sin dudarlo”</i>

A partir de este trabajo se obtuvo un listado inicial de 133 reactivos distribuidos en tres dimensiones propuestas, estas fueron: una dimensión cognitiva en la que se incorporaban reactivos encaminados a evaluar la capacidad de las personas para reconocer situaciones de sufrimiento en otros seres vivos; la segunda dimensión contenía reactivos orientados a la evaluación de las reacciones afectivas de las personas ante situaciones de sufrimiento; y la tercera dimensión indagaba el deseo de las personas de aliviar el sufrimiento de otros. A partir de esta primera versión se realizó un piloteo del cuestionario a diez personas a partir del cual se eliminaron 37 reactivos ya que su redacción se consideró poco clara, ambigua o que resultaban redundantes en relación a otros reactivos presentes en la misma dimensión.

Los 96 reactivos restantes fueron sometidos al análisis de tres expertos que evaluaron su relevancia a partir de la definición teórica y las dimensiones propuestas, así como el que se cubrieran las dimensiones por los reactivos incluidos en cada una de ellas. A partir de esta revisión se eliminaron 20 reactivos más que no cumplieron con los criterios de validez establecidos y permanecieron 76 reactivos que fueron incorporaron a una versión del cuestionario para su aplicación en una escala tipo Likert de siete opciones de respuesta que iban de *Nunca a Siempre*.

Características de los participantes

Participaron 385 personas, de los cuales el 70% fueron mujeres, y el 30% hombres; 24% contaba con el nivel básico de educación, y el 76% contaba con estudios profesionales; de igual modo 69% de los participantes reportó tener una práctica espiritual (profesar alguna religión, filosofía, su propia idea de espiritualidad o alguna actividad que considerara una forma de práctica espiritual), mientras que el 31% restante respondió no tener ningún tipo de práctica espiritual.

Del total de personas que respondieron practicar alguna forma de espiritualidad, 64.7% dijeron profesar el catolicismo, 11.2% el cristianismo, 8.9% alguna forma de budismo o alguna práctica que ellos relacionaban con dicha creencia y el 10.1% manifestó llevar otro tipo de práctica que consideraba espiritualidad como el yoga, meditación, o su propia idea de espiritualidad.

La media de edad fue de 37.6 años con una desviación estándar de 12.7. En relación al lugar donde los participantes residían, 228 fueron de la ciudad de México, 65 del estado de México, 43 de Veracruz, 22 de Coahuila y los 28 restantes procedían de diversos estados de la república mexicana.

Resultados de confiabilidad y validez

Después de realizar un análisis de discriminación de reactivos por distribución de frecuencias (se eliminaron ocho reactivos por concentrar más del 50% de respuestas en una sola opción de la codificación), discriminación de reactivos por sesgo y curtosis (se eliminaron dos reactivos por poseer puntajes de curtosis mayores a 2), discriminación de reactivos por diferencias en grupos extremos (a través de una prueba t para muestras independiente se eliminó un reactivo por no discriminar entre grupos extremos).

Con los 66 reactivos obtenidos, se realizó un análisis de confiabilidad por medio de una prueba de alpha de Chronbach a partir de la cual se eliminó un reactivo más cuya correlación elemento-total corregida fue menor de .20, y se solicitó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. El valor de prueba de KMO fue .943, lo que nos lleva a suponer que el tamaño de la muestra tenía suficiente adecuación, y el valor

en la prueba de esfericidad de Bartlett fue igual a 10940.824 (df= 861; $p < 0.001$), estos resultados confirmaron que era factible realizar un análisis factorial exploratorio con los datos obtenidos.

El primer análisis factorial exploratorio con el método de extracción de máxima verosimilitud y una rotación varimax permitió eliminar 31 reactivos que no registraron cargas mayores a .40 o que no se agruparon adecuadamente dentro de un factor con por lo menos tres reactivos; posterior a este proceso los 34 reactivos restantes fueron sometidos nuevamente al análisis de confiabilidad y al análisis factorial exploratorio del que se obtuvo una estructura de 3 factores los cuales recibieron los siguientes nombres: Factor 1 *Motivación para aliviar el sufrimiento*, factor 2 *reacción afectiva ante el sufrimiento* y factor 3 *compasión hacia los animales*.

Posteriormente se realizó un análisis factorial confirmatorio, este se efectuó con base en el programa de ecuaciones estructurales (Byrne, 2001; Kline, 2005), mediante la utilización del programa AMOS 24. A partir de este análisis se eliminaron aquellos reactivos que no tuvieron una carga mayor a .40, de igual modo se analizó la matriz de covarianzas residuales estandarizadas con la finalidad de mejorar el ajuste del modelo eliminando aquellos reactivos cuya covarianza con otros reactivos fuera alta (≤ 2); al final de este proceso se eliminaron 17 reactivos más.

Con los 17 reactivos restantes se volvió a realizar un análisis de alpha de Cronbach y el análisis factorial exploratorio; el alpha total resultante fue de .90, de igual modo la confiabilidad de los tres factores resultantes fue alta, estos coeficientes así como los reactivos de cada factor se presentan en tabla 8, la varianza total explicada fue de 53.59%.

Tabla 8. Sub-escalas, y cargas factoriales obtenidas para los reactivos, y varianza explicada de la Escala de Compasión para población Mexicana

REACTIVOS	Factor			
	1. Motivación para aliviar el sufrimiento	2. Reacción afectiva ante el sufrimiento	3. Compasión hacia los animales	
70. Cuando veo que alguien está pasando un momento difícil le pregunto si puedo ayudarlo	.744			
28. Si veo a alguien pasando un momento difícil, trato de ayudar a esa persona	.733			
64. Cuando alguien está sufriendo suelo ser el primero en intervenir y ayudar	.670			
66. Cuando otros sienten tristeza, trato de confortarlos	.668			
20. Cuando veo que una persona se siente sola siento deseos de ofrecerle mi compañía	.632			
12. Procuro cuidar de las personas	.602			
1. Cuando me doy cuenta que alguien se siente mal le ofrezco mi ayuda sin dudarlo	.590			
36. Si veo que alguien necesita un consejo, trato de decirle algo que le ayude	.578			
60. Dedico parte de mi tiempo libre a ayudar a los demás	.530			
2. Si alguien necesita ayuda económica se la proporciono si tengo la posibilidad	.506			
55. Siento gran tristeza cuando veo a personas sin hogar		.800		
65. Me duele la pobreza en el mundo		.796		
48. Me entristece el sufrimiento de los seres humanos		.731		
24. Siento gran pena por las personas que no tienen que comer		.662		
58. Cuando veo a un animal sufriendo maltrato siento deseos de protegerlo			.798	
54. Si veo a un animal en peligro trato de ayudarlo			.774	
26. Procuro cuidar de los animales			.720	
Varianza explicada:	Total= 53.59%	40.54%	10.94%	9.30%
Consistencia interna:	$\alpha = .90$	$\alpha = .88$	$\alpha = .88$	$\alpha = .84$

Al analizar la correlación inter-factores (tabla 9) fue posible observar que existía una correlación significativa entre los factores ($p < .01$) por lo cual se llevó a cabo un análisis factorial de segundo orden con el método de extracción de factorización de ejes principales mediante el cual se comprobó la existencia de un factor de orden superior, que explico el 44.7% de la varianza.

Tabla 9. Índices de correlación entre los factores de la Escala de Compasión.

Subescala	Motivación para aliviar el sufrimiento	Reacción afectiva ante el sufrimiento	Compasión hacia los animales
Deseo de aliviar el sufrimiento	1.000		
Reacción afectiva ante el sufrimiento	.527**	1.000	
Compasión hacia los animales	.396**	.384**	1.000

**significativos (p<.01)

Posteriormente se realizó un análisis factorial confirmatorio de segundo orden con el objeto de examinar empíricamente la estructura factorial de la escala. Las varianzas de las variables latentes se fijaron en 1. Las varianzas de los términos de error fueron especificadas como parámetros libres. Se empleó el método de estimación de máxima verosimilitud. Los indicadores de bondad de ajuste absoluto obtenidos para la escala fueron: (1) χ^2 entre los grados de libertad (el cociente debería ser < 4.00; a menor índice, mejor ajuste) = 236.837 / 115 = 2.05; (2) índice de ajuste comparativo de Bentler (CFI, Comparative fit index; el valor debería acercarse a 0.90; (cuanto mayor sea el valor, mejor ajuste) = 0.962, y (3) raíz cuadrada media de error de aproximación (RMSEA, Root Mean Square Error of Approximation; para un buen ajuste el valor debería ser \leq 0.05) = 0.05. Los indicadores de ajuste relativo obtenidos los cuales oscilan entre 0 y 1 (\leq 0.90 generalmente es considerado un buen ajuste) fueron: (1) Índice de ajuste normalizado (NFI Normed Fit Index) = .92; (2) Índice de Ajuste Incremental (IFI, Incremental Fit Index) = .96; (3) Índice de Ajuste Comparativo (CFI, Comparative Fit Index) = .96. En suma los indicadores de bondad de ajuste para la Escala de Compasión para población mexicana presentaron niveles adecuados de ajuste a los datos, lo cual confirma la estructura factorial obtenida en el análisis exploratorio.

Discusión

La escala aquí presentada se diseñó a partir de una estructura de tres factores (cognitivo, afectivo y motivacional), sin embargo, de manera muy similar a lo hallado por Sprecher y Fehr (2005) la estructura factorial final de la escala se modificó ligeramente conservando el número de tres factores de primer orden (deseo de aliviar el sufrimiento, reacción afectiva ante el sufrimiento y compasión hacia los animales) al que se agregó un factor de segundo orden llamado compasión total.

De manera general los factores obtenidos en la presente escala coinciden conceptualmente con lo encontrado en estudios como el de Sprecher & Fehr (2005) y Chang, Fresco y Green (2014) quienes obtuvieron factores en los que se incorporaban reactivos que evalúan la reacción afectiva hacia el sufrimiento de otros, así como la motivación de disminuir el sufrimiento.

Otro aspecto importante del presente estudio es el modo consistente en que la motivación de aliviar el sufrimiento (aquí encontrada en el factor 1 por medio de reactivos que evalúan el acercamiento a los otros, la intención y conducta orientada a aliviar el sufrimiento), es el elemento con mayor presencia y peso en la medición de la compasión; esto coincide con lo mencionado por autores como Gilbert & Choden (2013) y Singer y Kilmecki (2014) quienes enfatizan además que este es un elemento que distingue a la compasión de procesos que pudieran parecer similares como la empatía.

Si bien en el desarrollo de la escala se decidió incluir un factor cognitivo que indagaba el reconocimiento del sufrimiento en otros a partir de la sugerencia de Ozawa-de Silva, Dodson-Lavelle, Raison y Negi (2012) (quienes mencionan que el reconocimiento del sufrimiento en otros es un elemento sin el cual la compasión no se produce), este proceso cognitivo parece estar implícito en la reacción afectiva ante el sufrimiento y el motivo que podría explicar su ausencia en la estructura factorial final de la escala, podría ser que dicho proceso ocurre frecuentemente fuera del control consciente de las personas que entran en contacto con el sufrimiento de otros seres vivos, reconociéndose únicamente hasta que se produce una reacción afectiva.

Un elemento que resulta distinto en el desarrollo de la presente escala al compararla con otras, es la incorporación de reactivos que evalúan la compasión hacia los animales; estos reactivos se agruparon en un solo factor; en términos teóricos este es un resultado interesante ya que sugiere que la compasión no es un fenómeno que se limite al ser humano en la interacción que tiene con miembros de su misma especie (nivel en el que se han desarrollado las otras escalas existentes), sino que se extiende a otros seres vivos en la medida en que se reconoce en estos la capacidad de experimentar sufrimiento y la motivación de aliviarlo.

Conclusión

Los resultados obtenidos en la presente investigación nos indican que el instrumento de compasión desarrollado en este estudio es una medida válida y confiable de este constructo en la población mexicana.

Sobresale su similitud con la estructura factorial reportada en otros estudios en los cuales es constante la existencia de un factor que involucra el acercamiento a los otros, la intención de ayudarlos y la emisión de conductas muy específicas orientadas al alivio del sufrimiento, de igual modo la presencia de un factor que evalúa la existencia de reacciones emocionales ante el sufrimiento; y la contribución del presente estudio en el que a los dos factores mencionados se agrega por primera vez un factor que evalúa la compasión hacia los animales.

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentran la posibilidad de generalizar los resultados a poblaciones distintas a la población general, por lo cual su aplicación en grupos con distintas características es un área de oportunidad importante para el desarrollo de futuras investigaciones.

11. Fase 2. Adaptación y validación por jueceo del programa de atención plena compasiva en salud para aplicarse como tratamiento de cesación tabáquica

La intervención utilizada en el presente estudio es una adaptación del Programa de Atención Plena y Compasión en Salud implementada por Sánchez-Paquini y Moreno-Coutiño (2017). Originalmente esta intervención esta planteada como un protocolo general de entrenamiento en atención plena compasiva pensado para ser una intervención flexible aplicable a población sin problemas de salud física o mental o para ser adaptado a diversas poblaciones clínicas, como en este caso.

En este sentido si bien, estudios como el realizado por Davis, Fleming Bonus & Baker (2007) demostraron que una intervención basada en atención plena (como el programa de reducción del estrés de Jon Kabat Zinn) puede ser fácilmente adaptada e implementada para aplicarse como un tratamiento de cesación tabáquica, su implementación debe tomar en cuenta que el objetivo general de la intervención se modifica, por lo cual es necesario realizar un análisis de los componentes de la intervención que permita determinar la factibilidad de su implementación.

Finalmente era importante revisar la estructura general de la intervención de modo que pudiera coincidir en lo general con las intervenciones reportadas como efectivas en la literatura sobre atención plena y tabaquismo.

Objetivo:

Adaptar el programa de Atención Plena Compasiva en Salud para aplicarse como tratamiento de cesación tabáquica.

Método

Para esta etapa del estudio se llevaron a cabo las siguientes fases:

- 1. Análisis de los componentes y estructura general del programa:** En esta etapa se llevó a cabo una revisión de la estructura, sesiones y ejercicios que conforman el programa de atención plena y compasión en

salud, con la finalidad de identificar las posibles modificaciones que se tendrían que llevar a cabo.

2. Elaboración de tabla con posibles modificaciones al programa:

Durante esta etapa el investigador elaboró una lista de posibles modificaciones a las sesiones del programa; señalando también las mediciones que deberían tomarse en cuenta de acuerdo a la población objetivo de la intervención.

3. Jueceo de las modificaciones al programa:

En esta etapa se consultó la propuesta de modificación del programa a un experto tanto en atención plena y compasión como en el tratamiento cognitivo conductual del tabaquismo. Este procedimiento obedece a la necesidad de que a pesar de las modificaciones realizadas, el programa de atención plena y compasión mantenga su esencia como un tratamiento cognitivo conductual de tercera generación, respetando los supuestos básicos de este tipo de tratamientos e incorporando las técnicas y estrategias que dan estructura a la intervención. De igual manera, el juez verifico que las modificaciones propuestas incluyeran estrategias específicas dirigidas al consumo de tabaco considerando considerando las características de la patología.

4. Correcciones y decisión final sobre modificaciones a la intervención:

Posteriormente se realizaron nuevamente modificaciones a partir de las recomendaciones del juez, con la finalidad de definir la versión final del programa para su evaluación de factibilidad por medio de un piloteo del mismo.

5. Definición del conjunto de conocimientos y habilidades del terapeuta en atención plena:

En esta etapa se especificaron el conjunto de conocimientos y habilidades con los que el terapeuta debe cumplir para poder aplicar el tratamiento. Este trabajo tuvo como finalidad definir el perfil del terapeuta como parte de las estrategias de control de variables que en estudios previos sobre el tema han sido señalados como algo que se debe esclarecer con miras a garantizar la fidelidad del programa de tratamiento y la replicabilidad del estudio.

Resultados

A continuación en la tabla 11 se presenta un concentrado de los procesos llevados a cabo durante este proceso, en la primera columna se presentan las sesiones del programa original, y se resumen a grandes rasgos las características de cada sesión, en la segunda columna se presentan las sugerencias de modificación realizadas por el investigador, y en la tercera columna se presenta un resumen de los comentarios del juez.

Tabla 11. Componentes del programa de atención plena compasiva a través del proceso de adaptación como tratamiento de cesación tabáquica y jueceo

Estructura original de sesiones	Modificaciones propuestas	Sugerencias del Juez
<p>Sesión pre intervención: Este es un espacio considerado por el programa que permite que en caso de que el programa se dirija a una población clínica específica se incorpore una sesión psicoeducativa sobre la patología particular; cuando la intervención es dirigida a población sana esta sesión no se imparte,</p>	<p>Sesión pre intervención</p> <p>Inducción al tratamiento y psicoeducación sobre la adicción a la nicotina y su tratamiento: Sesión psicoeducativa en la que se proporciona información a los pacientes sobre el trastorno por consumo de nicotina, sus características y tratamiento. Se abordan daños a la salud, se resuelven dudas y se explica el modo en que el tratamiento planteado los ayudara a dejar de fumar. Se orienta a los pacientes sobre el inicio de la abstinencia programado para la tercera sesión así como en el uso del fármaco adyuvante para dejar de fumar.</p> <p>Inicio: Dinámica de presentación grupal.</p> <p>Ejercicios durante la sesión: Instrucción sobre autoregistro de consumo de tabaco y de práctica del escaneo corporal durante la semana.</p> <p>Cierre: Repaso de conceptos principales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es recomendable iniciar la introducción a la atención plena y compasión de manera breve por lo menos transmitiendo las definiciones principales.
<p>1. Introducción a la atención plena y compasión: Esta es una sesión introductoria en la que se explican al paciente los conceptos de atención plena y compasión, regulación y disregulación emocional y el estrés, las bases fisiológicas de estos procesos, los beneficios documentados de la práctica de la atención plena y compasión y se explica la estructura general de las sesiones del programa.</p> <p>Inicio: Dinámica de presentación grupal.</p> <p>Ejercicios durante la sesión:</p>	<p>1. Introducción a la atención plena y compasión: La sesión conserva en el mismo objetivo, y contenidos de la original, el único cambio significativo es la incorporación del tema del piloto automático el cual antes estaba en la quinta sesión, aunque la sesión es dirigida del mismo modo, se da la oportunidad a los pacientes de adecuar los contenidos a su situación de vida al querer dejar de fumar.</p> <p>Inicio: Postura de siete puntos para meditar en la respiración 10 minutos, repaso de la sesión anterior, revisión de registro de consumo y de práctica y</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retirar tiempo a la psicoeducación sobre estrés y la disregulación emocional y centrarse más en el adecuado entendimiento de los conceptos de atención plena, compasión y piloto automático vinculando el tema con lo explicado la sesión anterior sobre la adicción y sus características. Esta recomendación es pertinente en la medida en que en esta ocasión el programa es dirigido a una patología con características específicas y no solo al proceso de regulación emocional o manejo del estrés.

<p>Meditación sobre la naturaleza de la mente, meditación "la roca a la orilla del mar".</p> <p>Cierre: Repaso de conceptos principales.</p>	<p>retroalimentación.</p> <p>Ejercicios durante la sesión: Se mantienen los mismo ejercicios pero se agrega la meditación con pasas para entrenar el reconocimiento del piloto automático.</p> <p>Cierre: Repaso de conceptos principales. Se solicita la práctica de la meditación de la roca a la orilla del mar como tarea diaria.</p>	
<p>2. Bases de la atención plena compasiva: En esta sesión se orienta al paciente en los fundamentos de la práctica de la atención plena compasiva, guiándolo a través de la dinámica de los procesos mentales, las reacciones habituales y juicios, el apego, la aversión, así como las diferencias entre una mente entrenada y una no entrenada.</p> <p>Inicio: Repaso de la sesión anterior.</p> <p>Ejercicios durante la sesión: Meditación en las sensaciones, en la impermanencia, en la observación de los procesos mentales de apego-aversión y la postura de siete puntos para meditar en la respiración y en el manejo del deseo.</p> <p>Cierre: Repaso de conceptos principales y registro de practica.</p>	<p>2. Bases de la atención plena compasiva: En general se conserva la estructura general del contenido de la sesión. Sin embargo una parte de la sesión se dedica a preparar a los pacientes para el inicio de la abstinencia, de este modo, gran parte de los temas pueden abordarse por medio de ejemplos, que surgen de las inquietudes de los pacientes sobre el inicio de la abstinencia.</p> <p>Inicio: Se inicia con 10 min. de meditación en silencio en la postura de siete puntos, se repasan conceptos de la sesión anterior, se exploran expectativas sobre inicio de la abstinencia.</p> <p>Ejercicios durante la sesión: De igual manera se conservan los mismos ejercicios de la sesión original agregando nuevamente el ejercicio con pasas y enfatizando el modo en que se puede realizar una meditación breve para superar los deseos de consumo en situaciones de <i>craving</i>, en este sentido se agrega también una dinámica para la identificación de los disparadores del deseo de consumo.</p> <p>Cierre: Repaso de conceptos principales. Se solicita la práctica de la meditación en la respiración como práctica diaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado en general.
<p>3. La realidad sobre el sufrimiento: Esta sesión tiene el objetivo de explicar al participante el concepto sufrimiento desde la atención plena como una condición de la vida que se enfrenta constantemente debido a las características de la realidad.</p> <p>Inicio: Repaso de la sesión anterior y práctica durante la semana.</p> <p>Ejercicios durante la sesión: Meditación caminando, ejercicio en el desapego, Meditación en Metta y en la observación de la realidad.</p> <p>Cierre: Repaso de conceptos principales y registro de practica.</p>	<p>3. La realidad sobre el sufrimiento: Se mantienen esencialmente la misma estructura y contenido de la sesión.</p> <p>Inicio: Postura de siete puntos para meditar en la respiración, revisión de su experiencia a partir del inicio de la abstinencia, revisión de registro de consumo y de práctica de atención plena.</p> <p>Ejercicios durante la sesión: Se retira meditación caminando y se conservan los demás ejercicios.</p> <p>Cierre: Repaso de conceptos principales. Se solicita la práctica de la meditación para superar los deseos intensos como práctica diaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Importante dedicar algo de tiempo al uso de estrategias breves de enfrentamiento del deseo en la vida cotidiana, sin que dependan de una grabación con una meditación formal. Un ejemplo de esto es el ejercicio <i>SOBER</i> o <i>ZONA SOBRÍA</i> del programa de prevención estructurada de recaídas basado en atención plena de Marlatt.
<p>4. Características de la realidad: Esta sesión tiene el objetivo de orientar al paciente en el análisis de</p>	<p>4. Características de la realidad Se conserva en esencia el mismo contenido temático de la sesión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuado en general.

sus experiencias vitales a través de los conceptos que desde la atención plena se utilizan para explicar las características de la realidad. Para esto se psicoeduca sobre los conceptos de causa-efecto, impermanencia, interdependencia y vacuidad.

Inicio: Repaso de la sesión anterior y práctica durante la semana.

Ejercicios durante la sesión: Dinámica con fichas de domino, meditación en la impermanencia, meditación con una "vela", análisis sobre la composición de los fenómenos.

Cierre: Repaso de conceptos principales y registro de practica.

Inicio: Postura de siete puntos para meditar en la respiración 10 minutos, revisión de su experiencia a partir del inicio de la abstinencia, revisión de consumo-abstinencia en los días previos y de práctica de atención plena.

Ejercicios durante la sesión: Se excluyen los ejercicios con fichas de domino y con la vela, se sustituye este tiempo de práctica con más meditación en silencio y para manejar los deseos intensos, procurando una retroalimentación detallada al grupo.

Cierre: Repaso de conceptos principales. Se solicita la práctica de la meditación para superar los deseos intensos como práctica diaria.

5. Práctica de la atención plena y compasión en la vida cotidiana:

Tiene el objetivo de enseñar al participante la diferencia entre práctica formal e informal de atención plena, y se enfoca en enseñar prácticas de atención plena y compasión informales que pueden desarrollarse en actividades y tareas de la vida cotidiana (e.g. al comer, bañarse, caminar etc.), se instruye sobre el piloto automático y como reducirlo.

Inicio: Repaso de la sesión anterior y práctica durante la semana.

Ejercicios durante la sesión: Meditación para reconocer el piloto automático, meditación con apoyo del frasco de la mente, meditación de la escucha profunda y el discurso amable, meditación en la compasión.

Cierre: Repaso de conceptos principales y registro de practica.

5. Práctica de la atención plena y compasión en la vida cotidiana:

Se mantiene en esencia el mismo contenido temático de la sesión.

Inicio: Postura de siete puntos para meditar en la respiración 10 minutos, revisión del consumo-abstinencia durante la semana y de la práctica de atención plena.

Ejercicios durante la sesión: Se mantienen esencialmente los mismos ejercicios, se repite el ejercicio con pasas para el piloto automático.

Cierre: Repaso de conceptos principales. Se solicita la práctica de la meditación en la compasión diariamente.

- Adecuado en general.

6. Comunicación atenta y compasiva:

Tiene el objetivo de orientar al paciente a incorporar la compasión y atención plena como parte de sus habilidades interpersonales.

Inicio: Repaso de la sesión anterior y práctica durante la semana.

Ejercicios durante la sesión: Meditación en el amor bondadoso, en la empatía, ejercicio en parejas donde se ejercita la escucha compasiva y se invita al participante a mostrar, paciencia, tomar perspectiva y actuar compasivamente y meditación sobre la práctica del perdón.

Cierre: Repaso de conceptos principales y registro de practica.

6. Comunicación atenta y compasiva:

El contenido temático es esencialmente el mismo.

Inicio: Postura de siete puntos para meditar en la respiración 10 minutos, revisión del consumo-abstinencia durante la semana y de la práctica de atención plena.

Ejercicios durante la sesión: Se conservan todos los ejercicios, excepto la dinámica en parejas debido a que la dinámica grupal de la sesión permite ya practicar la escucha atenta y compasiva.

Cierre: Repaso de conceptos principales. Se solicita la práctica de la meditación en amor bondadoso diariamente.

- Adecuado en general.

7. Acciones que favorecen el bienestar:

A partir de la revisión del concepto de compasión, se orienta al

7. Acciones que favorecen el bienestar:

El contenido temático es esencialmente el mismo.

- Adecuado en general.

participante a la identificación actitudes y acciones compasivas que pueden mejorar su regulación emocional, relaciones personales y calidad de vida, para ello se retoman los conceptos de paciencia, generosidad, ética, esfuerzo gozoso, concentración y sabiduría, invitando al participante a definir el modo en que estas cualidades pueden practicarse en la vida cotidiana.

Inicio: Repaso de la sesión anterior y práctica durante la semana.

Ejercicios durante la sesión: Ejercicios verbales y escritos sobre las acciones que favorecen el bienestar.

Cierre: Repaso de conceptos principales y registro de practica.

Inicio: Postura de siete puntos para meditar en la respiración 10 minutos, revisión del consumo-abstinencia durante la semana y de la práctica de atención plena.

Ejercicios durante la sesión: Se conservan todos los ejercicios de la sesión.

Cierre: Repaso de conceptos principales. Se solicita continuar con la práctica de la meditación en amor bondadoso diariamente.

8. Atención plena compasiva aplicada a la vida cotidiana: Tiene por objetivo que el participante identifique situaciones de práctica de atención plena en su vida cotidiana y el modo de practicar. Incluye un repaso de lo principales conceptos revisados durante la intervención e invita a los participantes a reconocer sus implicaciones en situaciones de su vida cotidiana, se trabajan mecanismos de reapreciación, contemplación y acciones compasivas.

Inicio: Repaso de la sesión anterior y práctica durante la semana.

Ejercicios durante la sesión:
Identificación: Repaso de algunos de los conceptos del tratamiento, ejercicios escritos de toma de perspectiva y selección de actividades cotidianas para practicar.

Cierre: Repaso de conceptos principales y registro de practica.

8. Atención plena compasiva aplicada a la vida cotidiana, piloto automático y prevención de recaídas: Se modifica el titulo original, al contenido temático original se agrega un psicoeducación sobre lo que es la caída y recaída en el consumo de tabaco, el papel del piloto automático y el deseo en este proceso y la práctica cotidiana de la atención plena y compasión como método de prevención.

Inicio: Postura de siete puntos para meditar en la respiración 10 minutos, revisión del consumo-abstinencia durante la semana y de la práctica de atención plena.

Ejercicios durante la sesión: Se conservan todos los ejercicios de la sesión, se agrega un ejercicio que permite a los participantes identificar fortalezas y debilidades en los meses por venir así como el modo en que enfrentara situaciones de riesgo por medio de la atención plena y compasión.

Cierre: Repaso de conceptos principales. Se solicita al paciente elegir la meditación formal que más le haya agradado y practicarla diariamente además llevar a cabo de manera consistente una práctica informal diaria.

- Adecuado en general. Bien por la inclusión del apartado sobre prevención de recaídas.

9. Mantenimiento de la práctica “Viviendo con atención plena y compasión”: Tiene el objetivo de que los participantes realicen un plan de práctica constante de la atención plena y compasión e invita al participante a mantener un plan de práctica formal e informal basado en acciones compasivas, a partir de las experiencias vividas durante el taller.

Inicio: Repaso de la sesión anterior y práctica durante la semana.

9. Mantenimiento de la práctica: Viviendo con atención plena y compasión.

El contenido temático es esencialmente el mismo. En gran medida se orienta a la práctica continua como estrategia de mantenimiento de la abstinencia.

Inicio: Postura de siete puntos para meditar en la respiración 10 minutos, revisión del consumo-abstinencia durante la semana y de la práctica de

- Adecuado en general.

<p>Ejercicios durante la sesión: Actividad escrita sobre las aspiraciones y metas acorto y mediano plazo, considerando la práctica de lo aprendido en el plan de trabajo, estableciendo de este modo un compromiso para mantener la práctica en lo subsecuente.</p> <p>Cierre: Repaso de conceptos principales y registro de practica.</p>	<p>atención plena.</p> <p>Ejercicios durante la sesión: Se conservan todos los ejercicios de la sesión.</p> <p>Cierre: Repaso de conceptos principales. Se solicita al paciente elegir la meditación formal que más le haya agradado y practicarla diariamente además llevar a cabo de manera consistente una práctica informal diaria.</p>
--	---

De manera general las modificaciones realizadas a la intervención original pueden considerarse menores, caracterizándose únicamente por la omisión de algunos ejercicios escritos o contenidos temáticos para dedicar más tiempo actividades de meditación formal y de enfrentamiento de los deseos. De igual manera se incorporan aspectos psicoeducativos sobre la adicción a la nicotina en la primera sesión y sobre prevención de recaídas en la penúltima sesión. Otras consideraciones importantes que diferencian la intervención de cesación tabáquica de la intervención original de atención plena compasiva son:

- a) La impartición de las sesiones de terapia se llevó a cabo dos veces por semana en comparación con el programa original que se imparte una vez por semana. Esto se debio a la dinámica de trabajo establecida en el escenario de investigación.
- b) El programa contempla la entrega de una serie de ejercicios en audio para la práctica en casa, en el programa original esto se llevaba a cabo en una plataforma digital en internet que permitía el registro del paciente y el acceso al material. Para facilitar este proceso, en el programa de cesación se creó un grupo de *wats app* que permitía hacer llegar el material a los pacientes de manera directa.
- c) El programa de cesación tabáquica incorporó a su estructura una serie de estudios médicos pertinentes para los usuarios de tabaco de acuerdo a los lineamientos del escenario de investigación.

Entre los elementos significativos que de acuerdo al análisis del experto era importante respetar de la intervención original se encuentran las siguientes:

- a) A pesar de orientar la intervención para la cesación tabáquica, fue importante mantener el programa en general como un entrenamiento de atención plena y compasión, sin convertir al consumo de tabaco en el protagonista del contenido temático o los ejercicios en cada sesión, todo esto de acuerdo a la propuesta de los modelos transdiagnostico en psicología clínica.
- b) Salvo el contenido psicoeducativo sobre tabaquismo y la sesión de prevención de recaídas, se debe respetar en general la inclusión de los ejercicios y temas que componen el programa original, desarrollados y probados previamente en población sana y clínica.

Finalmente las consideraciones del experto para lograr satisfacer las necesidades clínicas de un paciente con dependencia a la nicotina a través del programa de atención plena y compasión fueron:

- a) Procurar brindar la adecuada psicoeducación al paciente sobre el trastorno adictivo por consumo de nicotina.
- b) Explicar el modo en que el tratamiento propuesto funciona para dejar de fumar de acuerdo a la literatura existente sobre el tema.
- c) Dedicar un tiempo específico durante cada sesión a la práctica de ejercicios aquellos ejercicios enfocados al manejo de emociones negativas
- d) Dedicar un tiempo específico durante cada sesión a la revisión y práctica de estrategias enfrentamiento de los deseos intensos.
- e) Proporcionar orientación clara sobre el modo en que las estrategias desarrolladas pueden ser implementadas en la vida cotidiana como parte de una práctica informal de atención plena y compasión.

Una vez definida la versión final del programa, se realizó un análisis del conjunto de conocimientos y habilidades con los que debe contar el terapeuta o facilitador de las sesiones del programa de tratamiento. A continuación se presentan los resultados de este análisis.

Perfil del terapeuta del programa de Atención Plena Compasiva para dejar de fumar

Como parte de proceso de revisión y adaptación de la intervención en atención plena compasiva como tratamiento para dejar de fumar, un elemento fundamental fue definir las características y perfil mínimos del terapeuta del programa. Para ello se definieron los siguientes puntos como parte del perfil del terapeuta:

1. El terapeuta debe contar con una formación específica en tratamientos psicológicos basados en atención plena.
2. El terapeuta debe haber recibido una capacitación específica en el programa de “Atención Plena Compasiva en Salud” mostrando un dominio teórico-metodológico del enfoque y del programa.
3. El terapeuta debe estar familiarizado con los conceptos, alegorías y metáforas procedentes de la filosofía budista que permean la implementación de las terapias basadas en atención plena y compasión.
4. Como regla general el terapeuta debe llevar cotidianamente una práctica de atención plena formal o informal que le permita tener una experiencia vivencial sólida de la práctica meditativa.
5. El terapeuta debe tener formación especializada en el tratamiento psicológico de las adicciones o para trabajar con población fumadora el terapeuta debe poseer por lo menos formación específica y experiencia en el tratamiento de la dependencia a la nicotina.
6. El terapeuta debe tener experiencia en la facilitación de grupos de terapia.
7. Para la aplicación del programa en población fumadora, es requisito indispensable que el terapeuta no fume, tenga dependencia a alguna otra sustancia, y que en general no atraviese por alteraciones significativas en su salud mental al momento de implementar el tratamiento.

A partir de estas consideraciones se retomó el trabajo realizado por Díaz (2019) quien estableció y evaluó el método de formación de los terapeutas del programa original de Atención Plena Compasiva en Salud. A partir del análisis del trabajo de Díaz (2019) se definieron los siguientes elementos que definen el perfil del terapeuta en atención plena compasiva para dejar de fumar en tres áreas o dominios principales, el conocimiento de los fundamentos teóricos del modelo de Atención Plena Compasiva aplicado a población fumadora, las habilidades de enseñanza aprendizaje con que debe contar el terapeuta y finalmente las habilidades terapéuticas:

A) Conocimiento de los fundamentos teóricos del modelo de Atención Plena Compasiva (APC) aplicado a población fumadora:

El terapeuta....

1. Conoce y domina conceptos básicos sobre la adicción a la nicotina
2. Conoce y explica claramente las alternativas de tratamiento farmacológico para dejar de fumar
3. Es capaz de resolver dudas sobre las características de la adicción como un problema de salud
4. Conoce y es capaz de aplicar los principios de la APC
5. Conoce y describe los conceptos de las sesiones del programa
6. Conoce las actividades vivenciales vinculadas a los conceptos del programa
7. Es capaz de resolver dudas haciendo uso de los conceptos del programa

B) Habilidades de enseñanza-aprendizaje

El terapeuta...

1. Cuenta con todos los materiales de la sesión
2. Brinda apropiadamente las instrucciones de cada actividad
3. Proporciona información adecuada de cada componente de la sesión
4. Señala los puntos importantes de los conceptos
5. Guía apropiadamente la actividad
6. Genera/respeto las reglas del grupo

7. Motiva a la participación del grupo
8. Realiza lluvia de ideas
9. Mantiene el liderazgo de la sesión
10. Utiliza un tono de voz apropiado
11. Puntualiza el tema
12. Ajusta las estrategias a cada participante
13. Favorece la asistencia del grupo
14. Guía las prácticas de meditación de la sesión
15. Promueve la práctica en casa
16. Explica la práctica en casa
17. Describe el registro en casa y su importancia

C. Habilidades terapéuticas

El terapeuta...

1. Brinda la bienvenida
2. Genera reflexiones con los participantes
3. Resume
4. Maneja las resistencias regresando al tema de cada sesión
5. Maneja las resistencias reflexionando ante una acción compasiva del participante
6. Maneja la resistencia reflexionando sobre una situación dónde el participante se sintió juzgado en algún momento de su vida
7. Retoma ejemplos de los participantes
8. Parafrasea
9. Apoya las interrupciones
10. Utiliza las metáforas de la sesión
11. Hace uso del humor
12. Se observa una relación cercana entre el terapeuta y los participantes
13. Llama a los participantes por su nombre
14. Se adapta al contexto, situaciones o necesidades del grupo
15. Favorece que los participantes apliquen las estrategias

16. Es sensible a los participantes
17. Escucha las participaciones del grupo
18. Mantiene su atención en cada momento de la sesión
19. Sonríe
20. Respeta los tiempos de las actividades
21. Lleva un ritmo de la sesión adecuado
22. Utiliza paradojas

Finalmente todas las características del terapeuta aquí descritas conforman una lista de cotejo que permite evaluar la fidelidad del trabajo terapéutico durante cada una de las sesiones del programa, proporcionando consistencia al procedimiento, este formato puede consultarse en el apartado de anexos en el anexo 1.

Discusión y conclusión

Los resultados del proceso de adaptación del programa de atención plena compasiva en salud para ser aplicado como una intervención para dejar de fumar nos permiten concluir que el carácter transdiagnostico de los tratamientos basados en atención plena facilita su adaptación y aplicación a diferentes poblaciones clínicas, aunque en su origen el programa no haya sido diseñado específicamente para estas.

La lógica subyacente del proceso de adaptación del programa desde el enfoque transdiagnostico permite al profesional realizar variaciones a las sesiones (agregando contenidos psicoeducativos y reorganizando tiempos de las actividades) siempre y cuando en la estructura final de la intervención no se omitan los elementos que dirigidos a mejorar la regulación emocional, enfrentar impulsos y deseos, entrenar las habilidades específicas de atención plena y respetar la esencia compasiva de la intervención.

El énfasis colocado en el presente proyecto a la descripción puntual del perfil del terapeuta resulta de una necesidad que de manera general permea la investigación de los tratamientos basados en atención plena en los que es frecuente la exigencia de esclarecer que es lo que se hace durante las sesiones y

desde luego el estilo terapéutico de quien interviene. Estas exigencias tienen que ver por una parte con la necesidad de contar con reportes confiables que nos permitan ver cuales son las características y el estilo de interacción del terapeuta que podría estar contribuyendo al resultado final de los reportes de investigación; y desde luego el clarificar este aspecto se vincula también con la posibilidad de replicar las metodologías utilizadas en la investigación con miras a la estandarización de los métodos de tratamiento de las terapias de tercera generación.

De igual manera, la propuesta de trabajo clínico contenida en la presente investigación procura tomarse el perfil del terapeuta muy en serio por las implicaciones que esto puede tener en el proceso clínico, sobre todo en lo relacionado con la experiencia vivencial y la práctica personal del terapeuta, la cual es igual de importante que el aprendizaje teórico y decisivo para la adecuada implementación del tratamiento.

Kabat-Zinn (2003) menciona que sin la base de la práctica personal y sin asumir qué es lo que uno está enseñando, los intentos de intervención basados en atención plena corren el riesgo de convertirse en meras caricaturas de atención plena, perdiendo su esencia más básica y transformadora.

Esta afirmación se refiere a que es importante que el terapeuta tenga experiencia supervisada en la práctica de diferentes tipos de meditación, ya sea como parte de una formación específica en el programa de tratamiento o como parte de retiros y practicas meditativas sin importar si estas se han desarrollado en un entorno más tradicional siempre y cuando hayan sido supervisadas por maestros con una formación y experiencia verificables en la práctica que desarrollen.

Esto resulta fundamental ya que el proceso de meditación involucra una dinámica interna encubierta, que no es observable directamente y en la cual frecuentemente resulta difícil, valorar la experiencia e interpretación individual de la práctica. Por ello, aunque el terapeuta posea una formación teórico-conceptual amplia, si su práctica meditativa es limitada, no será capaz de reconocer los diferentes matices que suelen presentarse en los pacientes, que en su mayoría no

han tenido un contacto previo ni familiarización con la meditación (Bowen, Chawla & Marlatt, 2011).

La ausencia de una práctica personal de meditación o estrategias de atención plena constituyen una limitante del terapeuta en su capacidad para responder a las diferentes dudas, ideas erróneas o falsas expectativas sobre meditación que surgen frecuentemente en practicantes novatos, por ejemplo, cuando se piensa que la práctica debe producir necesariamente sentimientos de paz o estados de relajación, y de no ser así o incluso si se experimentan dificultades e incomodidades, se llega a pensar que es porque se está haciendo mal o la técnica no funciona.

Ante estas situaciones, un terapeuta con una práctica personal sólida, puede anticipar las expectativas, creencias y dificultades de los participantes, explorando estas experiencias e incorporándolas al proceso terapéutico, recurriendo para ello a sus propias experiencias y no solamente a lo que de manera superficial e indirecta se puede aprender en libros sobre el tema o en una práctica breve que no se sostiene en la vida cotidiana (Bowen, Chawla & Marlatt, 2011).

Es por lo anterior que el presente esfuerzo de adaptación del programa de tratamiento y descripción detallada del perfil del terapeuta es relevante aunque pueda ser considerado solo un paso intermedio para el logro de un fin de mayor complejidad como la evaluación de factibilidad del programa la cual se llevó a cabo en la siguiente fase del proyecto.

12. Fase 3. Evaluación de factibilidad del tratamiento basado en atención plena y compasión como tratamiento de cesación tabáquica: Aplicación piloto del tratamiento

Objetivo: Evaluar la factibilidad de utilizar una intervención basada en atención plena compasiva como tratamiento para dejar de fumar.

Hipótesis

- **Hi:** Es factible utilizar una intervención basada en atención plena compasiva como tratamiento para dejar de fumar.
- **Ho:** No es factible utilizar una intervención basada en atención plena compasiva como tratamiento para dejar de fumar.

Método

Tipo y diseño del estudio

- Estudio cuasi-experimental, con un diseño pre test – post test, con grupo de comparación.

Lugar del estudio

- Clínica de Ayuda Para Dejar de Fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” (INER).

Participantes

14 usuarios de los servicios de la Clínica de Ayuda Para Dejar de Fumar del INER, de 18 a 65 años que fumen por lo menos 5 cigarrillos diarios y reporten estar motivados para dejar de fumar.

Criterios de inclusión y exclusión

- **Inclusión:** Hombres o mujeres de 18 a 65 años que fumen por lo menos 5 cigarrillos por día y reporten estar motivados para dejar de fumar.

- **Criterios de exclusión:** Trastornos psiquiátricos severos comorbidos al consumo de tabaco, dependencia a cualquier otra sustancia psicoactiva, que consuman más de 4 copas de alcohol 4 veces por semana, haber recibido tratamiento de cesación del consumo de tabaco en los últimos 90 días antes de iniciar el estudio, estar en algún tratamiento psicológico o psiquiátrico al momento de la evaluación y en el caso de las mujeres serán criterios de exclusión, estar embarazadas o en etapa de lactancia.

Instrumentos

A continuación se listan las escalas psicométricas que serán utilizadas para evaluar a los participantes del estudio, es posible revisar la versión utilizada de estas escalas en el apartado de anexos:

- **Subescalas de ansiedad y depresión del “Inventario de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida” (IMADIS) de Jurado et. al. (2017, en prensa):** Inventario del cual se retomaron las subescalas de ansiedad y depresión. Ambas subescalas mostraron una buena consistencia interna (alpha de Chronbach de .96 para ansiedad y .95 para depresión). El análisis factorial confirmatorio mostro buenos índices de ajuste y una estructura de tres factores para ambas subescalas (anexo 2).
- **Escala de Atención Plena MAAS (López-Maya et. al. 2015):** Escala de 15 reactivos que mide la frecuencia con la que las personas experimentan estados de atención plena. La escala posee una consistencia interna de .89 y un buen ajuste factorial que arrojó una estructura de un solo factor (anexo 3).
- **Escala afectos positivos y negativos (validado por Robles y Páez 2003):** Escala de 20 reactivos y cinco opciones de respuesta que evalúa la intensidad con la que se han experimentado afectos positivos o negativos durante la última semana (afectos como estado) o generalmente afectos como rasgo). La consistencia interna para el factor de afectos positivos fue .85-.90 y para las de AN .81-.85; y la validez estructural factorial

coincidieron con las ya documentadas por los autores de la versión original (anexo 4).

- **Escala de Craving al tabaco (Villalobos-Gallegos, Marín-Navarrete, Templos-Nuñez, & Rosendo-Robles, 2012):** Escala de 12 reactivos que evalúa la urgencia del consumo de nicotina en usuarios con dependencia. Se obtuvo la consistencia interna y se realizó un análisis de discriminación de reactivos; posteriormente se realizó un análisis factorial con rotación ortogonal con un método de componentes principales. Los resultados arrojaron 12 reactivos en tres factores, que explican 76% de la varianza total y un alfa de Chronbach=0.92 (anexo 5).
- **Test de fagerstrom de dependencia a la nicotina (validado por Moreno-Coutiño & Villalobos-Gallegos, 2017):** Escala que tiene por objetivo determinar el nivel de dependencia a la nicotina por medio de una clasificación de baja, media o severa. Se compone de 12 reactivos, (Estudios anteriores reportan una consistencia interna entre .55 y .74 y estabilidad alrededor de 0.58 y 0.91). La validación más reciente para población mexicana realizada por Moreno-Coutiño y Villalobos-Gallegos, (2017) reportó un coeficiente de alpha de Chronbach de .55 (anexo 6).
- **Cuestionario de Cinco Facetas de la Conciencia Plena” (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ-M) (validado por Meda, Herrero, Blanco-Donoso, Moreno-Jiménez & Palomera, 2015):** Recoge a través de 39 items cinco habilidades de conciencia plena. La validación mostro que la escala es válida y confiable para su aplicación en población mexicana (anexo 7).
- **Escala de Compasión para Población Mexicana (López-Tello & Moreno- Coutiño, 2019):** Escala de auto-reporte conformada por 17 reactivos que evalúa la compasión de las personas ante el sufrimiento de otros. Mostro coeficientes de confiabilidad altos (.93) y el análisis factorial confirmatorio, mostro una estructura de tres factores con índices adecuados de bondad de ajuste (anexo 8).

- **Escala de satisfacción de vida de Diener (SWLS) (Prados, Gutierrez & Medina, 2015):** Escala de cinco reactivos que mostró buena consistencia interna y un adecuado ajuste observado después del análisis factorial confirmatorio que arrojó una estructura de un solo factor (anexo 9).
- **Inventario de Depresión de Beck (Jurado et al. 1998):** Cuestionario de 21 afirmaciones que evalúa la severidad de los síntomas de depresión. Es una de las escalas más utilizadas tanto en muestras clínicas como no clínicas. En su adaptación a población mexicana, mostro una consistencia interna de .87 y una validez concurrente con la escala de Zung de $r=70$. (anexo 10)
- **Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001):** Escala de 21 síntomas que evalúa la severidad de la ansiedad, ampliamente utilizada en poblaciones clínicas y no clínicas. En su adaptación para población mexicana mostro una consistencia interna de .87 y una adecuada validez convergente con los puntajes del IDARE ($r=.60$, en ansiedad estado; $r=.59$ en ansiedad rasgo) (anexo 11).

Procedimiento

I. Contacto institucional y solicitud de permiso para la realización del estudio: Durante esta etapa se estableció el contacto con el personal a cargo de la Clínica de Ayuda Para Dejar de Fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” (INER) y se investigaron los procesos necesarios para la autorización del estudio en la clínica. De igual modo, se analizó la viabilidad de este y se acordó con el personal de la clínica el procedimiento que se llevaría a cabo durante la investigación. Posteriormente se elaboró un protocolo del estudio de acuerdo a los formatos requeridos específicamente por el comité de ética del instituto donde se describió el procedimiento que se llevaría a cabo; una vez terminado el protocolo fue enviado para su aprobación el comité.

II. Invitación a participar en el piloteo del tratamiento: Una vez autorizado el piloteo, se invitó a participar en el estudio de factibilidad a los pacientes que

solicitaban atención en la clínica para dejar de fumar y que cumplieran los criterios de inclusión. Una vez que los participantes aceptaban ingresar al estudio, se llevaban a cabo los siguientes procedimientos:

1. Lectura y firma del consentimiento informado (anexo 12).
2. **Evaluación Pre tratamiento:** En esta etapa serán aplicados todos los cuestionarios y escalas psicométricas mencionados anteriormente.
3. **Asignación a grupo de tratamiento.** Por medio de una aleatorización por bloques pareados en la que se controló el número de cigarrillos fumados por día y la puntuación obtenida en el cuestionario de Fagerström se asignó a los participantes a uno de los dos grupos de tratamiento del estudio. Este procedimiento fue realizado por una persona que no tuvo contacto las fases anteriores del estudio y los nombres de los participantes fueron reemplazados por un folio que impedía su identificación.
4. **Fase de tratamiento:** Durante esta fase del estudio se proporcionó tratamiento de cesación tabáquica a los participantes de acuerdo al grupo al que fueron asignados previamente. A continuación se describe brevemente el tratamiento de cesación tabáquica para cada condición:
 - **Grupo control:** Recibió el “Programa Cognitivo Conductual” de la Clínica para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en modalidad grupal en combinación con Bupropion como tratamiento farmacológico adyuvante para dejar de fumar. El programa de tratamiento estuvo conformado por 10 sesiones, impartidas dos veces a la semana con una duración de 90 a 120 minutos cada una. Este tratamiento fue impartido por los psicólogos especialistas de la clínica. Las sesiones del programa de tratamiento fueron:
 - I. **Introducción:** El objetivo de la sesión es realizar una presentación del grupo sus expectativas motivaciones experiencias.
 - II. **Línea base (evaluación):** En esta sesión se realiza un análisis funcional de la conducta de consumo con ayuda de un autoregistro.
 - III. **Abstinencia:** En esta sesión se programa el inicio de la abstinencia del consumo, se proporcionan recomendaciones específicas al

usuario para mantenerse sin fumar y enfrentar algunos síntomas de abstinencia.

- IV. Daños a la salud:** Esta sesión es impartida por un médico que expone los daños y consecuencias del consumo de tabaco, resolviendo las dudas e inquietudes de los pacientes al respecto.
 - V. Rehabilitación pulmonar:** Aunque originalmente esta sesión fue pensada como una sesión donde especialista enseñaba ejercicios para mejorar la capacidad pulmonar a los pacientes. Actualmente esta sesión se imparte como un componente de análisis funcional de situaciones de riesgo y elección de estrategias de enfrentamiento.
 - VI. Relajación muscular:** Esta sesión tiene el objetivo de enseñar a los pacientes técnicas específicas de relajación, por medio de imaginación y técnicas de relajación sistemática.
 - VII. Publicidad y tabaquismo:** En su etapa inicial esta sesión analizaba el uso tendencioso de la imagen del fumador en la publicidad, actualmente esta sesión se imparte como un componente de análisis funcional de situaciones de riesgo y elección de estrategias de enfrentamiento.
 - VIII. Cambios metabólicos:** Esta sesión suele ser impartida por un médico o nutriólogo que proporciona psicoeducación en materia de nutrición.
 - IX. Prevención y recaída:** En esta sesión se explora el concepto de recaída, se identifican las principales situaciones de riesgo en el futuro y se eligen estrategias de enfrentamiento.
 - X. Análisis y conclusiones:** En esta sesión se realiza un convivio en el que se exploran los logros del tratamiento y se proporciona orientación a los pacientes para que continúen asistiendo mensualmente a las reuniones de exfumadores.
- **Grupo en condición experimental:** Este grupo recibió el programa de Atención Plena Compasiva en Salud en modalidad grupal en combinación con Bupropion como tratamiento farmacológico adyuvante para dejar de

fumar. El programa se conforma de 10 sesiones de 90 a 120 minutos cada una, y se impartió dos veces por semana. La abstinencia del consumo se programó para la tercera sesión del programa por medio de un proceso de reducción progresiva del consumo de nicotina que inició desde la primera sesión. La temática de las sesiones del programa de tratamiento se presenta a continuación:

- I. Inducción al tratamiento y psicoeducación sobre la adicción a la nicotina y su tratamiento:** Se explican las características y reglas del tratamiento. El objetivo central de la sesión es psicoeducar a los pacientes sobre el consumo de tabaco, la adicción, consecuencias y características del tratamiento, de igual manera se proporciona instrucción específica sobre el modo en que el fármaco adyuvante para dejar de fumar debe ser utilizado.
- II. Introducción a la atención plena y compasión:** Esta sesión tiene por bjetivo introducir a los pacientes en la práctica de la atención plena compasiva por medio de la psicoeducación sobre los conceptos y la práctica inicial de algunos de los ejercicios de la terapia.
- III. Bases de la atención plena compasiva:** En esta sesión se entrena a los pacientes en la identificación del origen de los pensamientos, emociones y sensaciones desde la perspectiva de la atención plena compasiva.
- IV. La realidad sobre el sufrimiento:** En esta sesión se entrena a los pacientes para reconocer el sufrimiento psicológico como una condición existente en la vida de los seres vivos que surge de la percepción distorsionada de la realidad producida por el apego y la aversión; entrenándolos en la identificación de las acciones que permiten prevenir su aparición.
- V. Características de la realidad:** Esta sesión tiene por objetivo que el paciente comprenda la influencia de la ley de causa y efecto, la

impermanencia, la interdependencia y el vacío de los fenómenos, aplicados a distintas experiencias de vida.

- VI. Práctica de la atención plena y compasión en la vida cotidiana:** Se retoma el análisis de los procesos mentales procurando fortalecer la identificación de momentos en que la mente está rumiando o funcionando bajo piloto automático; se introduce el concepto de meditación formal e informal como medios para disminuir la rumiación y aumentar los comportamientos conscientes a lo largo del día.
 - VII. Comunicación atenta y compasiva:** Esta sesión tiene el objetivo de orientar al paciente a incorporar la compasión y atención plena como parte de sus habilidades interpersonales.
 - VIII. Acciones que favorecen el bienestar:** Esta sesión tiene por objetivo que le paciente defina un conjunto de conductas motivadas por la compasión que pueda practicar en su vida cotidiana.
 - IX. Atención plena compasiva aplicada a la vida cotidiana, piloto automático y prevención de recaídas:** Tiene por objetivo que el participante identifique situaciones de práctica de atención plena en su vida cotidiana y el modo de practicar. Se incorpora un repaso de los diferentes temas y ejercicios revisado durante la terapia, introduciéndolos a partir de la revisión del tema de prevención de recaídas.
 - X. Mantenimiento de la práctica: Viviendo con atención plena y compasión:** En esta sesión los pacientes realizan una revisión de sus progresos, expectativas sobre el futuro y son retroalimentados respecto a cualquier inquietud relacionada con el tabaquismo. Se procura que cada participante tenga claro un plan de práctica de atención plena y compasión en la vida cotidiana.
- 5. Evaluación post tratamiento:** En esta etapa se realizó una evaluación por medio de las escalas psicométricas aplicadas en la evaluación pre tratamiento, de igual manera se verificó la abstinencia por medio de la

evaluación de las concentraciones de monóxido de carbono en exhalación tomando como punto de corte una puntuación igual o menor a 6 ppm para determinar la abstinencia del consumo de tabaco.

- 6. Análisis de los datos:** Posteriormente se creará una base de datos con la información recolectada durante el estudio de implementación y se realizarán diferentes análisis estadísticos para determinar si existieron diferencias en cada grupo antes y después del tratamiento y si existieron diferencias entre los grupos control y experimental en diferentes momentos del estudio. A continuación se presentan los principales resultados del estudio.

Resultados

Características de los participantes

Las características de los participantes del estudio pueden observarse en la tabla 12. Como se puede observar, el grupo control estuvo conformado por cuatro hombres y dos mujeres, de los cuales la mayoría contaban con estudios profesionales y tenían un promedio de edad de 41.8 años; por otro lado el grupo experimental estuvo conformado por 2 hombres y tres mujeres con un promedio de edad de 39.2 años de los cuales todos contaban con estudios profesionales.

Tabla12. Características generales de los pacientes

Características de los participantes		
N= 11		
	Grupo control (n= 6)	Grupo experimental (n=5)
Sexo	Masculino: 4 Femenino: 2	Masculino: 2 Femenino: 3
Nivel educativo	Secundaria: 1 Bachillerato: 1 Estudios profesionales: 4	Secundaria: 0 Bachillerato: 0 Estudios profesionales: 5
Promedio de edad	41.8 (sd 8.9)	39.2 (sd 8.1)
Cigarros fumados por día	21 (sd 9)	14 (sd 6)
Dependencia a la nicotina medida por test de Fagerström	3.5 (sd 2.4)	4.2 (1.3)

El promedio de cigarrillos fumados por día en el grupo control fue de 21 con una desviación estándar de 9, mientras que en el grupo experimental el promedio fue de 14 con una desviación estándar de 6; en relación al puntaje de dependencia medido por medio del test de Fagerström el promedio del grupo control fue de 3.5 puntos con una desviación estándar de 2.4, mientras que el grupo experimental tuvo un puntaje promedio de 4.2 con una desviación estándar de 1.3.

Con la finalidad de analizar si el proceso de aleatorización por bloques pareados fue efectivo al controlar estas dos variables de modo que estuvieran balanceadas en ambos grupos, se realizó una comparación de medias por medio de una prueba U de Mann-whitney para muestras independientes comprobando que no existieron diferencias en el promedio tanto del número de cigarrillos por día ($u=8, z=-1.308, p=.191$) como del puntaje de dependencia a la nicotina ($u=14, z=-.186, p=.853$) de ambos grupos de tratamiento.

Logro de abstinencia tabáquica

La abstinencia de los participantes fue verificada por medio de una evaluación de la concentración de monóxido de carbono en la exhalación tomando como criterio principal de abstinencia la obtención de una concentración igual o menor a 6 ppm en la medición. De acuerdo a este criterio se observó que de los 6 participantes del grupo control 5 (83%) lograron la abstinencia tabáquica y uno no lo consiguió (17%), mientras que de los 5 participantes del grupo experimental 4 (80%) lograron la abstinencia mientras que uno (20%) no lo consiguió.

Tabla 13. Logro de la abstinencia en cada grupo de tratamiento

	Tratamiento usual (n=6)	Tratamiento experimental (n=5)
Logró dejar de fumar	5 (83%)	4 (80%)
No logró dejar de fumar	1 (17%)	1 (20%)

A partir de este resultado se realizó una chi cuadrada para analizar si existían diferencias entre grupos respecto al logro de la abstinencia, encontrando

que no existieron diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento en relación al logro de la abstinencia al final del tratamiento ($\chi^2 = .413$, gl 1, $p = .521$).

Comparaciones intra grupos

Respecto a las diferentes medidas utilizadas durante las evaluaciones realizadas, a continuación se presenta un análisis comparativo de cada grupo contra si mismo en las etapas pre tratamiento y pos tratamiento en cada una de estas variables retomando únicamente los casos que lograron dejar de fumar.

Tabla 14. Comparación de medidas pre-tratamiento y post-tratamiento del grupo que recibió tratamiento de atención plena y compasión.

Grupo experimental				
Cuestionario	Evaluación Pre \bar{x},(sd)	Evaluación Post \bar{x},(sd)	Prueba de rangos de Wilcoxon Z	Significancia asintótica (bilateral) P
Craving	54.2 (5.2)	18.6 (5.4)	-2.032	.042*
Afecto positivo estado	39.2 (6.4)	37.8 (8.3)	.406	.684
Afecto negativo estado	19.2 (8.8)	16.2 (10.6)	-1.841	.066
Afecto positivo rasgo	43 (5)	39.2 (4.9)	-1.826	.068
Afecto negativo rasgo	17.6 (8.3)	15.8 (6.6)	-1.633	.102
BAI	5 (5.2)	3.8 (4.3)	-1.511	.131
BDI	5.2 (.8)	5 (5.2)	-2.271,	.786
IMADIS Ansiedad	28 (2.8)	29 (6.5)	-2.271	.786
IMADIS Depresión	22 (4.3)	24.8 (10.8)	-6.777	.498
Compasión	83 (8.1)	81 (14.3)	-4.405	.686
MAAS	65 (15.1)	65 (12.6)	-3.365	.715
FFMQ	66.8 (14.6)	69.2 (14.72)	-8.813	.416
Satisfacción de vida	21.4 (3.2)	21.4 (3.5)	.000	1.00

*Significativo al .05

Para realizar la comparación se llevó a cabo una análisis de prueba de rangos de Wilcoxon, al analizar los resultados de la tabla 14 se puede observar que al comparar las medidas pre y post tratamiento del grupo experimental, únicamente se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes de *craving* al tabaco. Es importante mencionar que durante el análisis de los datos fue posible identificar en el grupo de tratamiento experimental un *outlier* en la evaluación post tratamiento que registraba una puntuación alta en la evaluación de depresión medida por medio de la sub escala del IMADIS y en el afecto negativo evaluado como estado; al identificarlo se llevó a cabo el análisis de comparación de medias retirando el *outlier* encontrando que, si bien la media total

de variables clínicas como el afecto negativo, la ansiedad y la depresión disminuyen esto no se traduce en diferencias estadísticamente significativas a la hora de realizar el análisis de comparación para medidas repetidas, por lo cual se decidió reportar el análisis con la presencia del *outlier*.

A continuación en la tabla 15 se reportan las medidas del grupo control que recibió el tratamiento usual.

Tabla 15. Comparación de medidas pre-tratamiento y post-tratamiento del grupo que recibió el tratamiento usual.

Grupo control				
	Evaluación Pre	Evaluación Post	Diferencias	Significancia
	\bar{x},(sd)	\bar{x},(sd)	Prueba de rangos de Wilcoxon	asintótica (bilateral)
			Z	P
Craving	48.8 (5.9)	17.6 (5.2)	-2.201	.028*
Afecto positivo estado	37.5 (7.1)	41.1 (6.7)	-1.892	.058
Afecto negativo estado	27 (11.22)	15.7 (4.27)	-1.604	.109
Afecto positivo rasgo	37.8 (7.8)	39.5 (7)	-1.051	.293
Afecto negativo rasgo	19.5 (9.8)	16.8 (15.8)	-.184	.854
BAI	8.8 (5.2)	6.8 (6.7)	-.946	.344
BDI	6.8 (4.8)	4.6 (3.9)	-1.063	.288
IMADIS Ansiedad	32.1 (3)	33 (6.3)	-.316	.752
IMADIS Depresión	23 (5)	23.3 (4)	-.105	.916
Compasión	94.1 (9.19)	88.3 (15.3)	-1.367	.172
MAAS	68.8 (15)	73 (12.9)	-.946	.344
FFMQ	61.5 (14)	68.1 (7.6)	-1.472	.141
Satisfacción de vida	23 (1)	22 (2.8)	-.954	.340

*Significativo al .05

Al analizar los datos de la tabla 15 es posible observar que se presentaron diferencias significativas en el craving al tabaco ($z= 2.201$, $p .028$).

Comparaciones entre grupos

Una vez realizada las comparaciones intragrupos se realizó un análisis de los resultados comparando las medidas post tratamiento de ambos grupos. Para esto se llevó a cabo un análisis por medio de la prueba U de Mann Whitney, los datos pueden consultarse en la tabla 16.

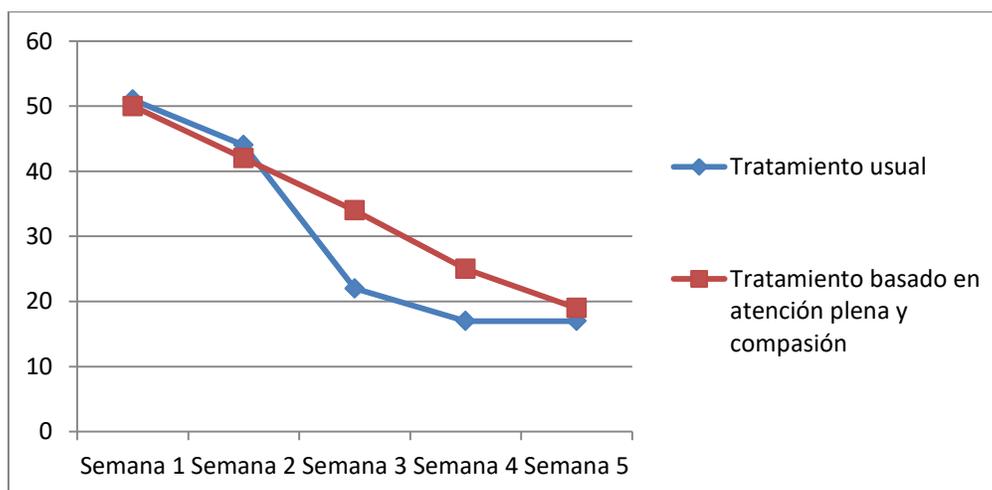
Tabla 16. Comparación de puntajes post tratamiento del grupo control y el grupo experimental.

	Grupo control \bar{x} ,(sd)	Grupo experimental \bar{x} ,(sd)	Prueba <i>U</i> de Mann Whitney	Significancia asintótica bilateral <i>P</i>
Craving a la nicotina	17.6 (5.2)	18.6 (5.4)	13	.711
Afecto positivo estado	41.1 (6.7)	37.8 (8.3)	10	.407
Afecto negativo estado	15.75 (4.2)	16.2 (10.6)	11	.407
Afecto positivo rasgo	39.5 (7)	39.2 (4.9)	13	.713
Afecto negativo rasgo	16.8 (15.8)	15.8 (6.6)	11	.460
BAI	6.8 (6.7)	3.8 (4.3)	15	.310
BDI	4.6 (3.9)	5 (5.2)	9.5	1
IMADIS Ansiedad	33 (6.3)	29 (6.5)	10.5	.409
IMADIS Depresión	23.3 (4)	24.8 (10.8)	13	.712
Compasión	88.3 (15.3)	81 (14.3)	12	.584
MAAS	73 (12.9)	65 (12.6)	9.5	.313
FFMQ	68.1 (7.6)	69.2 (14.72)	14	.855
Satisfacción de vida.	22 (2.8)	21.4 (3.5)	14	.854

Al comparar las evaluaciones de ambos grupos es posible observar que no existieron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables medidas.

Posteriormente se retomaron las medidas de craving realizadas semanalmente a cada grupo desde el inicio hasta el final del tratamiento, es decir durante 5 semanas. A continuación en la figura 7 se presentan gráficamente las medidas registradas de ambos grupos.

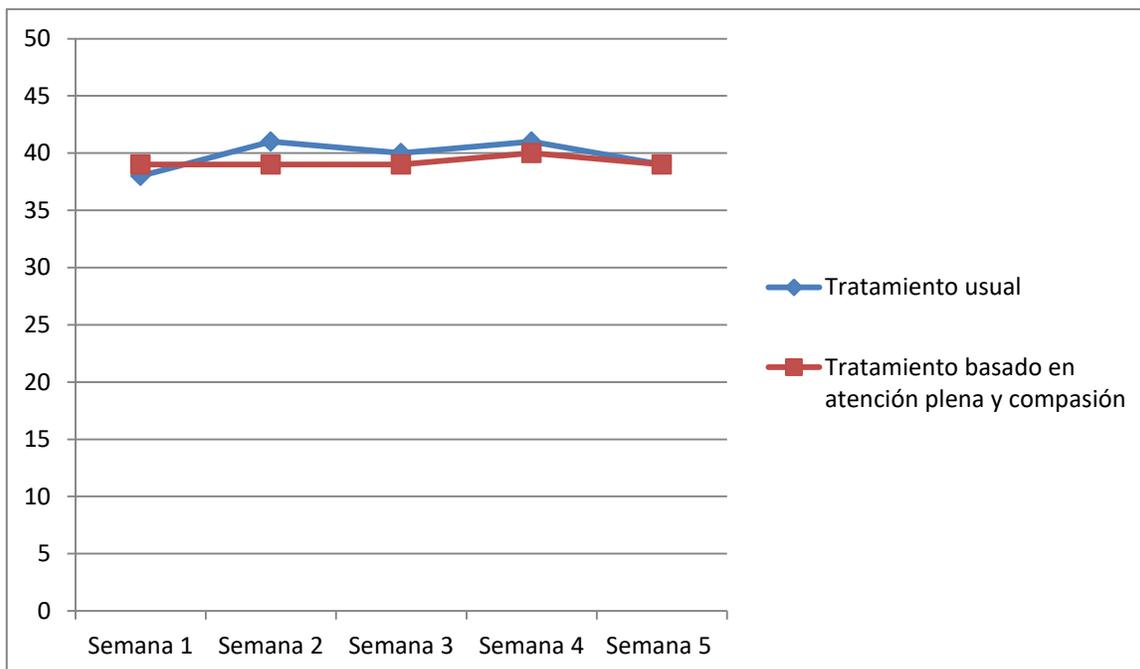
Figura 7. Puntuaciones de craving a través de cinco semanas de tratamiento para dejar de fumar.



Como se puede apreciar en la figura 7, ambos grupos de tratamiento tuvieron una reducción clara de las puntuaciones promedio de craving evaluado semanalmente, al observar las curvas es posible ver que el grupo control tuvo una disminución más pronunciada del craving a partir de la semana 3 en comparación con la curva del grupo experimental, aunque al final en la quinta semana la puntuación de ambos fue muy cercana.

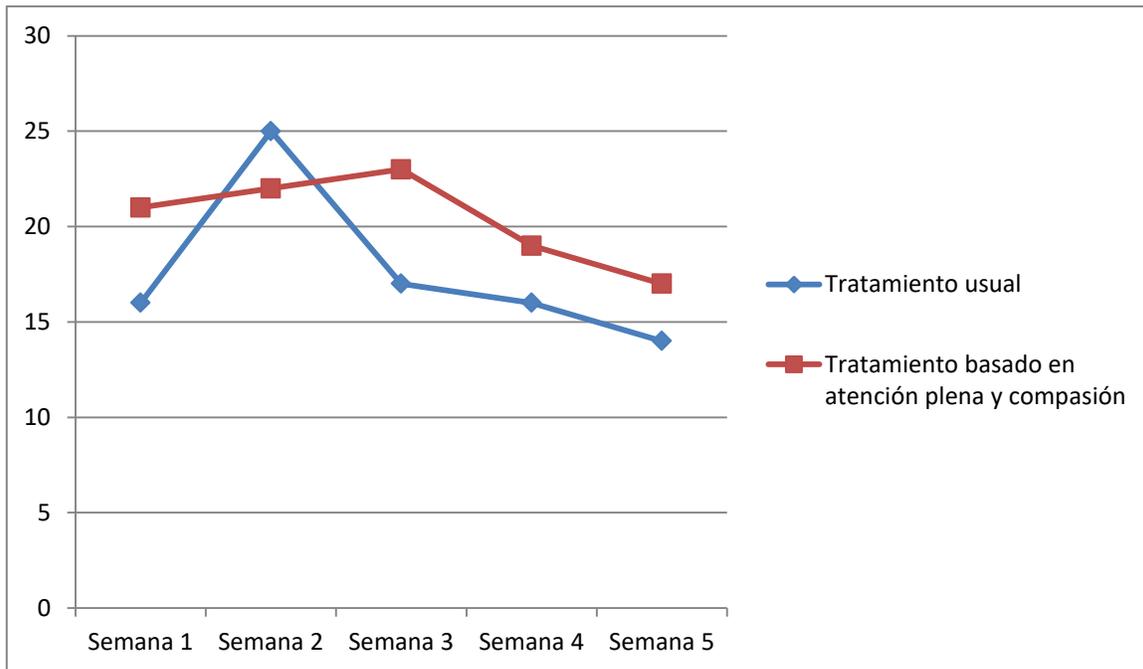
De igual manera se analizaron gráficamente las evaluaciones semanales de afecto positivo y negativo medidos como estado (es decir en los últimos 7 días), en la figura 8 se presentan los datos.

Figura 8. Puntuaciones de afecto positivo a través de cinco semanas de tratamiento para dejar de fumar.



Al analizar esta gráfica es posible observar que en ninguno de los dos grupos se registro una variación importante del afecto positivo a través del tratamiento. Finalmente en la figura 9 se presentan los datos correspondientes a las medidas de afecto negativo a través de 5 semanas de tratamiento.

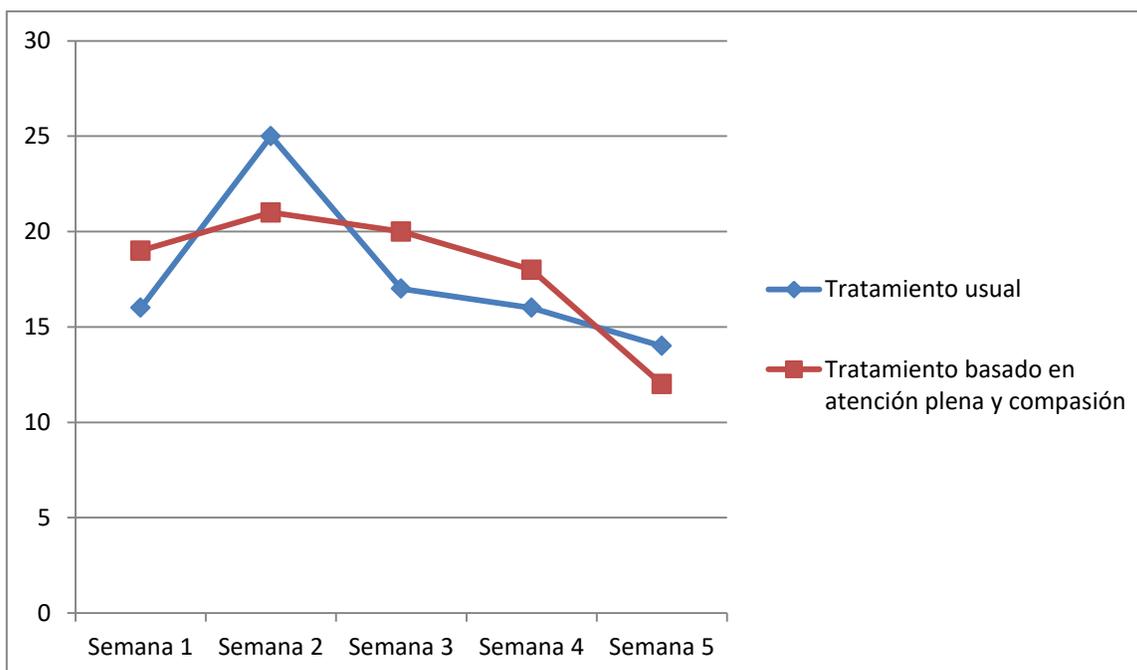
Figura 9. Puntuaciones promedio de afecto negativo a través de cinco semanas de tratamiento para dejar de fumar.



Al observar estos datos es posible identificar que en el grupo control existió una tendencia en el aumento del afecto negativo en la semana 2 antes del inicio de la abstinencia, el cual se redujo en la semana 3 y mantuvo una tendencia a la baja hasta llegar a la quinta semana; en comparación, el grupo experimental registro puntuaciones más estables en el afecto negativo con una tendencia al aumento en la semana 3 y una reducción importante también en la semanas subsecuentes. Al observar la gráfica parece ser que el afecto negativo fue menor en el grupo control, sin embargo, al considerar la existencia del *outlier* alto en el grupo experimental, se decidió realizar nuevamente la gráfica sin este sesgo, el resultado se puede observar en la figura 10.

En la figura 10 es posible identificar que sin la presencia del *outlier* la trayectoria del afecto negativo en cada semana tiene una tendencia más estable hacia el final del tratamiento, registrando puntajes menores de afecto negativo en la quinta semana, al comparar con los puntajes del grupo control.

Figura 10. Puntuaciones promedio de afecto negativo a través de cinco semanas de tratamiento para dejar de fumar.



Estos resultados son analizados en el apartado de discusión y conclusiones que se presentan a continuación.

Discusión

Los resultados de este estudio de implementación del tratamiento basado en atención plena y compasión coinciden en general con estudios como el realizado por Davis, Fleming, Bonus y Baker (2007) que demuestran que es factible utilizar un programa basado en atención plena con modificaciones menores como una intervención eficaz para dejar de fumar, lo cual se puede constatar en el logro de la abstinencia 80% de los participantes que recibieron el tratamiento.

El éxito en el logro de la abstinencia de los participantes del presente estudio coinciden en lo general con lo reportado por Oikonomou, Arvanitis y Sokolove (2016) y Maglione et. al. (2017) quienes en sus revisiones de la literatura señalan que de manera general la efectividad de la mayoría de las intervenciones

basadas en atención plena no difiere significativamente de la efectividad de los tratamientos usualmente proporcionados.

Entre los resultados más importantes del presente estudio de factibilidad, se encuentra la reducción significativa de los niveles de craving al comparar las medidas pre tratamiento y pos tratamiento, lo cual coincide en general con los efectos observados de intervenciones basadas en atención plena aplicadas en otros estudios (Ruscio et al., 2015, Bowen y Marlatt, 2009; Westbrook et. al. 2011; Rogojanski, Vettese y Antony, 2011), esto es particularmente importante dado que el craving es un componente central en la cadena conductual que existe en el consumo tal como mencionan Brewer, Elwafi y Davis (2013), estos resultados son positivos para la intervención experimental si tomamos en cuenta que uno de los principales requisitos que cualquier tratamiento de cesación tabáquica debe tener es la capacidad de reducir el craving significativamente.

Otro aspecto relevante es la disminución progresiva del afecto negativo medido como estado a través del tratamiento lo cual coincide en lo general con lo reportado en estudios como el de Rogojanski, Vettese & Antony (2011), Adams et al. (2013), Vidrine.et. al. (2014) y Ruscio et al., (2015); en este aspecto resulta importante hacer notar al comparar la trayectoria de estos puntajes en ambos grupos, que si bien en ambos se registra un incremento del afecto negativo al iniciar la abstinencia tabáquica en la segunda semana de tratamiento, el incremento en el grupo control fue más agudo que en el experimental, aunque también tuvo una disminución más abrupta en la siguiente semana.

Otro elemento importante observado en los resultados es que a pesar de la ausencia de diferencias estadísticamente significativas, existen algunas diferencias clínicas a favor de la intervención basada en atención plena, esto coincide con lo reportado en la revisión Oikonomou, Arvanitis y Sokolove (2016), en un estudio con una muestra mayor sería importante profundizar en este tema.

De manera general los resultados obtenidos en el estudio de implementación coinciden con los principales hallazgos reportados hasta ahora por la literatura internacional.

Conclusión

Los resultados de esta fase, nos permiten concluir que es viable la utilización de un tratamiento basado en atención plena para dejar de fumar, el cual es por lo menos igual de efectivo que una intervención estándar previamente evaluada. En general no es necesario realizar más modificaciones o adaptaciones al programa de intervención.

De igual manera es posible observar que el tratamiento basado en atención plena compasiva tuvo un efecto importante en la reducción del craving en las medidas pre tratamiento y postratamiento.

Las comparaciones entre grupos de las demás mediciones realizadas permiten observar que de momento no existen diferencias significativas en puntuaciones de ansiedad, depresión, afectos o alguna otra, aunque es demasiado pronto para establecer una conclusión contundente al respecto, ya que de hecho esta no era la finalidad inicial de esta fase del estudio.

En la aplicación subsecuente del tratamiento será de gran relevancia explorar las relaciones y posibles diferencias clínicas entre ambos grupos.

13. Fase 4. Evaluación de efecto de una intervención basada en atención plena y compasión sobre la cesación tabáquica en adultos fumadores en comparación con un tratamiento estándar para dejar de fumar

Objetivo

Evaluar la efectividad de una intervención basada en atención plena y compasión sobre la cesación tabáquica en adultos fumadores de la ciudad de México en comparación con un tratamiento estándar para dejar de fumar.

Hipótesis

- **Hi:** Existirán diferencias entre los grupos con tratamiento de atención plena compasiva y los grupos del tratamiento regular en el logro de la abstinencia y en el tiempo de mantenimiento de la misma, así como en las evaluaciones pre, post y seguimientos del nivel de craving, dependencia a la nicotina, y sintomatología ansiosa y depresiva.
- **Ho:** No existirán diferencias entre los grupos con tratamiento de atención plena compasiva y los grupos del tratamiento regular en el logro de la abstinencia ni en el tiempo de mantenimiento de la misma, así como en las evaluaciones pre, post y seguimientos del nivel de craving, dependencia a la nicotina, y sintomatología ansiosa y depresiva.

Método

Tipo y diseño del estudio

- Estudio cuasi-experimental, con un diseño pre test – post test, con grupo de comparación.

Lugar del estudio

- Clínica de Ayuda Para Dejar de Fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” (INER).

Participantes

64 usuarios de los servicios de la Clínica de Ayuda Para Dejar de Fumar del INER, mayores de 18 que fumen por lo menos 5 cigarrillos diarios y reporten estar motivados para dejar de fumar. El tamaño de muestra para cada uno de los 4 grupos que formarán parte del estudio se calculó por medio de las siguientes fórmulas:

- Fórmula para medidas repetidas de acuerdo a Diggle et al., (2002):

$$N = \frac{2(Z\alpha + Z\beta)^2 (1 + (n - 1)\rho)}{n[(\mu_1 - \mu_2)/\sigma]^2}$$

$$N = \frac{2(1.96 + .842)^2(1 + (3 - 1).6)}{3[.6/1]^2} = 31.98$$

- Fórmula para comparación de dos grupos en un solo punto del tiempo de acuerdo a Fleiss (1986):

$$N = \frac{2(Z\alpha + Z\beta)^2}{[(\mu_1 - \mu_2)/\sigma]^2}$$

$$N = \frac{2(1.96 + .842)^2}{(.7)^2} = 32.04$$

Criterios de inclusión y exclusión

- **Inclusión:** Hombres o mujeres mayores de 18 años que fumen por lo menos 5 cigarrillos por día y reporten estar motivados para dejar de fumar.
- **Criterios de exclusión:** Trastornos psiquiátricos severos comorbidos al consumo de tabaco, dependencia a cualquier otra sustancia psicoactiva, que consuman más de 4 copas de alcohol 4 veces por semana, haber recibido tratamiento de cesación del consumo de tabaco en los últimos 90 días antes de iniciar el estudio, estar en algún tratamiento psicológico o psiquiátrico al momento de la evaluación y en el caso de las mujeres serán criterios de exclusión, estar embarazadas, en etapa de lactancia o en etapa de menopausia al momento del estudio.

Instrumentos

A continuación se listan las escalas psicométricas que se utilizaron para evaluar a los participantes del estudio, es posible revisar la versión utilizada de estas escalas en el apartado de anexos del documento:

- **Subescalas de ansiedad y depresión del “Inventario de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida” (IMADIS) de Jurado et. al. (2017, en prensa):** Inventario del cual se retomaron las subescalas de ansiedad y depresión. Ambas subescalas mostraron una buena consistencia interna (alpha de Chronbach de .96 para ansiedad y .95 para depresión). El análisis factorial confirmatorio mostro buenos índices de ajuste y una estructura de tres factores para ambas subescalas (anexo 2).
- **Escala de Atención Plena MAAS (López-Maya et. al. 2015):** Escala de 15 reactivos que mide la frecuencia con la que las personas experimentan estados de atención plena. La escala posee una consistencia interna de .89 y un buen ajuste factorial que arrojó una estructura de un solo factor (anexo 3).
- **Escala afectos positivos y negativos (validado por Robles y Páez 2003):** Escala de 20 reactivos y cinco opciones de respuesta que evalúa la intensidad con la que se han experimentado afectos positivos o negativos durante la última semana (afectos como estado) o generalmente afectos como rasgo). La consistencia interna para el factor de afectos positivos fue .85-.90 y para las de AN .81-.85; y la validez estructural factorial coincidieron con las ya documentadas por los autores de la versión original (anexo 4).
- **Escala de Craving al tabaco (Villalobos-Gallegos, Marín-Navarrete, Templos-Nuñez, & Rosendo-Robles, 2012):** Escala de 12 reactivos que evalúa la urgencia del consumo de nicotina en usuarios con dependencia. Se obtuvo la consistencia interna y se realizó un análisis de discriminación de reactivos; posteriormente se realizó un análisis factorial con rotación ortogonal con un método de componentes principales. Los resultados

arrojaron 12 reactivos en tres factores, que explican 76% de la varianza total y un alfa de Chronbach=0.92 (anexo 5).

- **Test de fagerstrom de dependencia a la nicotina (validado por Moreno–Coutiño & Villalobos-Gallegos, 2017):** Escala que tiene por objetivo determinar el nivel de dependencia a la nicotina por medio de una clasificación de baja, media o severa. Se compone de 12 reactivos, (Estudios anteriores reportan una consistencia interna entre .55 y .74 y estabilidad alrededor de 0.58 y 0.91). La validación más reciente para población mexicana realizada por Moreno–Coutiño y Villalobos-Gallegos, (2017) reportó un coeficiente de alpha de Chronbach de .55 (anexo 6).
- **Cuestionario de Cinco Facetas de la Conciencia Plena” (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ-M) (validado por Meda, Herrero, Blanco-Donoso, Moreno-Jiménez & Palomera, 2015):** Recoge a través de 39 items cinco habilidades de conciencia plena. La validación mostro que la escala es válida y confiable para su aplicación en población mexicana (anexo 7).
- **Escala de Compasión para Población Mexicana (López-Tello & Moreno- Coutiño, 2019):** Escala de auto-reporte conformada por 17 reactivos que evalúa la compasión de las personas ante el sufrimiento de otros. Mostro coeficientes de confiabilidad altos (.93) y el análisis factorial confirmatorio, mostro una estructura de tres factores con índices adecuados de bondad de ajuste (anexo 8).
- **Escala de satisfacción de vida de Diener (SWLS) (Prados, Gutierrez & Medina, 2015):** Escala de cinco reactivos que mostró buena consistencia interna y un adecuado ajuste observado después del análisis factorial confirmatorio que arrojó una estructura de un solo factor (anexo 9).
- **Inventario de Depresión de Beck (Jurado et al. 1998):** Cuestionario de 21 afirmaciones que evalúa la severidad de los síntomas de depresión. Es una de las escalas más utilizadas tanto en muestras clínicas como no clínicas. En su adaptación a población mexicana, mostro una consistencia

interna de .87 y una validez concurrente con la escala de Zung de $r=70$. (anexo 10)

- **Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001):** Escala de 21 síntomas que evalúa la severidad de la ansiedad, ampliamente utilizada en poblaciones clínicas y no clínicas. En su adaptación para población mexicana mostro una consistencia interna de .87 y una adecuada validez convergente con los puntajes del IDARE ($r=.60$, en ansiedad estado; $r=.59$ en ansiedad rasgo) (anexo 11).

Procedimiento

I. Contacto institucional y sometimiento del protocolo de investigación a evaluación del comité científico y de ética del INER: Posteriormente al establecimiento del contacto institucional y al tener completamente definida la metodología a seguir en el estudio, se elaboró un protocolo del estudio de acuerdo a los formatos requeridos específicamente por el comité científico y de ética del instituto donde se describió el procedimiento que se llevaría a cabo; una vez terminado el protocolo fue enviado para su aprobación el comité y el proyecto fue aprobado una par de meses después.

II. Convocatoria para participar en el proyecto principal: Una vez finalizado el piloteo del tratamiento, se realizó una convocatoria en la que se invitó a participar en el estudio a todos los pacientes que acudieron a la clínica de ayuda para dejar de fumar del INER a solicitar tratamiento, cuando mostraban interés se les explicaba de manera individual en que consistía el proyecto y se realizó la lectura del consentimiento informado (anexo 12). En caso de que el participante cumpliera con alguno de los criterios de exclusión mencionados anteriormente o no estuviera dispuesto a participar, se le informó sobre esta situación y se le notificó que su evaluación continuaría de acuerdo a los procedimientos regulares de la clínica, recordándole que a pesar de su exclusión del estudio recibiría la atención especializada que necesitaba. En caso de estar de acuerdo con los

procedimientos descritos y una vez firmado el consentimiento informado se les agendo una cita para realizar la evaluación pre tratamiento.

III. Evaluación pre tratamiento: En esta etapa se realizó una entrevista estructurada en la que se indagó la situación de salud general de cada participante, de igual manera se aplicaron las escalas psicométricas mencionadas anteriormente en el punto **10.4.7** del presente documento. Adicionalmente se realizó a todos los participantes incluidos en el estudio una prueba de medición de concentración de monóxido de carbono en exhalación.

IV. Asignación aleatoria a grupo:

Una vez que los participantes fueron evaluados se llevó a cabo una aleatorización por bloques pareados, para esto, se repartió a los participantes en dos bloques con igual número de participantes cada uno (siete en cada bloque), en los bloques los participantes se ordenaron por pares procurando que cada par estuviera equilibrado en el número de cigarrillos consumidos por día y en la puntuación obtenida en el cuestionario de Fagerström, una vez realizado este proceso, se llevó a cabo la asignación una distribución en dos grupos de cada par por medio de una aleatorización simple.

Este proceso fue realizado con la ayuda de un profesional que no tuvo contacto en ningún momento con la características del protocolo, con los participantes ni con el proceso de evaluación realizado previamente, cada participante fue identificado únicamente por medio de un código y de igual manera cada grupo de asignación fue identificado únicamente por un código, es decir, la persona que realizó la aleatorización fue ciega tanto a los participantes, sus características y al grupo al que cada participante era asignado. Por último es importante mencionar que también tanto el investigador como los terapeutas participantes durante el proceso de evaluación y tratamiento fueron ciegos al proceso de aleatorización.

V. Tratamiento: Durante esta fase del estudio se proporcionó tratamiento de cesación tabáquica a los participantes de acuerdo al grupo al que fueron asignados previamente. A continuación se describe brevemente el tratamiento de cesación tabáquica para cada condición:

- **Grupo control:** Recibió el “Programa Cognitivo Conductual” de la Clínica para dejar de fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en modalidad grupal en combinación con Bupropion como tratamiento farmacológico adyuvante para dejar de fumar. El programa de tratamiento estuvo conformado por 10 sesiones, impartidas dos veces a la semana con una duración de 90 a 120 minutos cada una. Este tratamiento fue impartido por los psicólogos especialistas de la clínica. Las sesiones del programa de tratamiento fueron:
 1. **Introducción:** El objetivo de la sesión es realizar una presentación del grupo sus expectativas motivaciones experiencias.
 2. **Línea base (evaluación):** En esta sesión se realiza un análisis funcional de la conducta de consumo con ayuda de un autoregistro.
 3. **Abstinencia:** En esta sesión se programa el inicio de la abstinencia del consumo, se proporcionan recomendaciones específicas al usuario para mantenerse sin fumar y enfrentar algunos síntomas de abstinencia.
 4. **Daños a la salud:** Esta sesión es impartida por un médico que expone los daños y consecuencias del consumo de tabaco, resolviendo las dudas e inquietudes de los pacientes al respecto.
 5. **Rehabilitación pulmonar:** Aunque originalmente esta sesión fue pensada como una sesión donde especialista enseñaba ejercicios para mejorar la capacidad pulmonar a los pacientes. Actualmente esta sesión se imparte como un componente de análisis funcional de situaciones de riesgo y elección de estrategias de enfrentamiento.
 6. **Relajación muscular:** Esta sesión tiene el objetivo de enseñar a los pacientes técnicas específicas de relajación, por medio de imaginación y técnicas de relajación sistemática.

- 7. Publicidad y tabaquismo:** En su etapa inicial esta sesión analizaba el uso tendencioso de la imagen del fumador en la publicidad, actualmente esta sesión se imparte como un componente de análisis funcional de situaciones de riesgo y elección de estrategias de enfrentamiento.
 - 8. Cambios metabólicos:** Esta sesión suele ser impartida por un médico o nutriólogo que proporciona psicoeducación en materia de nutrición.
 - 9. Prevención y recaída:** En esta sesión se explora el concepto de recaída, se identifican las principales situaciones de riesgo en el futuro y se eligen estrategias de enfrentamiento.
 - 10. Análisis y conclusiones:** En esta sesión se realiza un convivio en el que se exploran los logros del tratamiento y se proporciona orientación a los pacientes para que continúen asistiendo mensualmente a las reuniones de ex fumadores.
- **Grupo en condición experimental:** Este grupo recibió el programa de Atención Plena Compasiva en Salud en modalidad grupal en combinación con Bupropion como tratamiento farmacológico adyuvante para dejar de fumar. El programa se conforma de 10 sesiones de 90 a 120 minutos cada una, y se impartió dos veces por semana. La abstinencia del consumo se programó para la tercera sesión del programa por medio de un proceso de reducción progresiva del consumo de nicotina que inició desde la primera sesión. La temática de las sesiones del programa de tratamiento se presenta a continuación:
 - 1. Inducción al tratamiento y psicoeducación sobre la adicción a la nicotina y su tratamiento:** Se explican las características y reglas del tratamiento. El objetivo central de la sesión es psicoeducar a los pacientes sobre el consumo de tabaco, la adicción, consecuencias y características del tratamiento, de igual manera se proporciona instrucción específica sobre el modo en que el fármaco adyuvante para dejar de fumar debe ser utilizado.
 - 2. Introducción a la atención plena y compasión:** Esta sesión tiene por objetivo introducir a los pacientes en la práctica de la atención plena

compasiva por medio de la psicoeducación sobre los conceptos y la práctica inicial de algunos de los ejercicios de la terapia.

- 3. Bases de la atención plena compasiva:** En esta sesión se entrena a los pacientes en la identificación del origen de los pensamientos, emociones y sensaciones desde la perspectiva de la atención plena compasiva.
- 4. La realidad sobre el sufrimiento:** En esta sesión se entrena a los pacientes para reconocer el sufrimiento psicológico como una condición existente en la vida de los seres vivos que surge de la percepción distorsionada de la realidad producida por el apego y la aversión; entrenándolos en la identificación de las acciones que permiten prevenir su aparición.
- 5. Características de la realidad:** Esta sesión tiene por objetivo que el paciente comprenda la influencia de la ley de causa y efecto, la impermanencia, la interdependencia y el vacío de los fenómenos, aplicados a distintas experiencias de vida.
- 6. Práctica de la atención plena y compasión en la vida cotidiana:** Se retoma el análisis de los procesos mentales procurando fortalecer la identificación de momentos en que la mente está rumiando o funcionando bajo piloto automático; se introduce el concepto de meditación formal e informal como medios para disminuir la rumiación y aumentar los comportamientos conscientes a lo largo del día.
- 7. Comunicación atenta y compasiva:** Esta sesión tiene el objetivo de orientar al paciente a incorporar la compasión y atención plena como parte de sus habilidades interpersonales.
- 8. Acciones que favorecen el bienestar:** Esta sesión tiene por objetivo que le paciente defina un conjunto de conductas motivadas por la compasión que pueda practicar en su vida cotidiana.
- 9. Atención plena compasiva aplicada a la vida cotidiana, piloto automático y prevención de recaídas:** Tiene por objetivo que el participante identifique situaciones de práctica de atención plena en su

vida cotidiana y el modo de practicar. Se incorpora un repaso de los diferentes temas y ejercicios revisado durante la terapia, introduciéndolos a partir de la revisión del tema de prevención de recaídas.

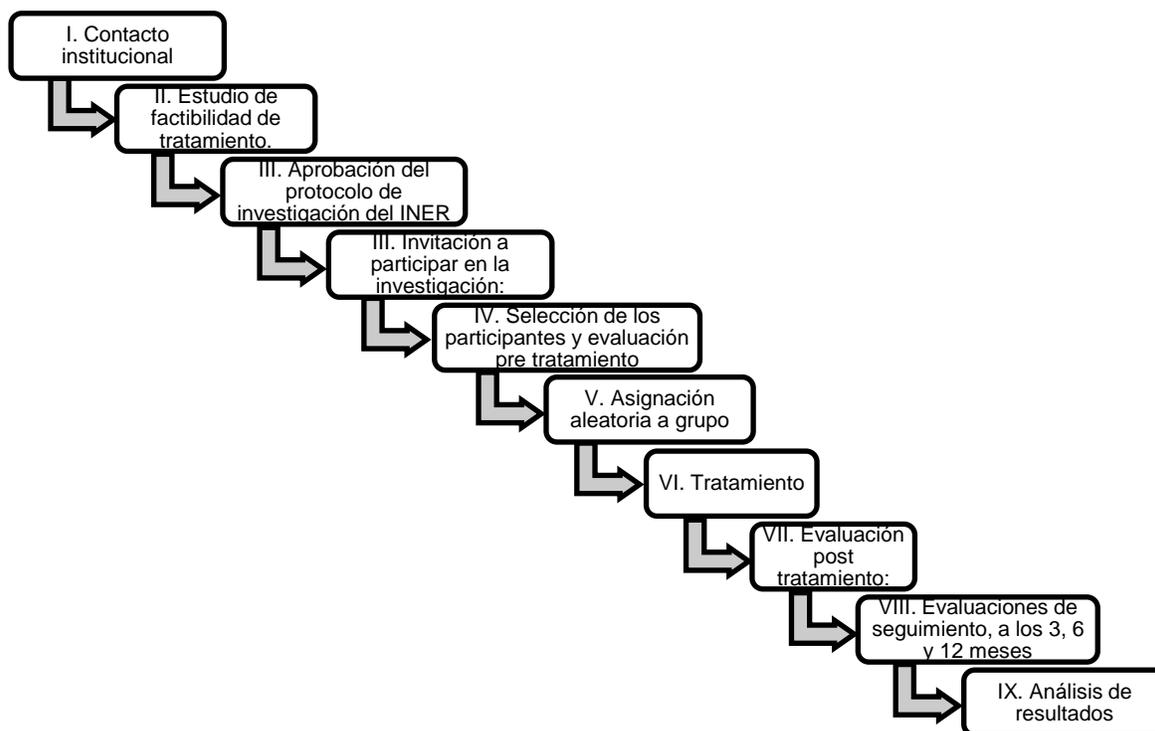
10. Mantenimiento de la práctica: Viviendo con atención plena y compasión: En esta sesión los pacientes realizan una revisión de sus progresos, expectativas sobre el futuro y son retroalimentados respecto a cualquier inquietud relacionada con el tabaquismo. Se procura que cada participante tenga claro un plan de práctica de atención plena y compasión en la vida cotidiana.

VI. Evaluación post tratamiento: En esta etapa se realizó una evaluación por medio de las escalas psicométricas aplicadas en la evaluación pre tratamiento, de igual manera se verifico la abstinencia por medio de la evaluación de las concentraciones de monóxido de carbono en exhalación tomando como punto de corte una puntuación igual o menor a 6 ppm para determinar la abstinencia del consumo de tabaco.

VII. Evaluaciones de seguimiento: Se realizarán a los 3 y 6 meses después del término del tratamiento. Estas evaluaciones consistirán en una entrevista semiestructurada de seguimiento y en la aplicación de los mismos instrumentos psicométricos de la evaluación pre y post, además de la obtención de medidas de monóxido de carbono en exhalación.

VIII. Análisis de los datos: Posteriormente se creará una base de datos con la información recolectada durante el estudio de implementación y se realizarán diferentes análisis estadísticos para determinar si existieron diferencias en cada grupo antes y después del tratamiento y si existieron diferencias entre los grupos control y experimental en diferentes momentos del estudio. A continuación un diagrama con las etapas principales del estudio.

Figura 11. Diagrama del procedimiento



Resultados

Características de los participantes

El diagrama de flujo de los participantes de este estudio puede consultarse en el anexo 13. Las características de los participantes del estudio pueden observarse en la tabla 17. Como se puede observar, el grupo control estuvo conformado por 21 hombres y 10 mujeres, de los cuales la mayoría contaban con estudios profesionales y tenían un promedio de edad de 50 años con una desviación estándar de 13 años; por otro lado el grupo experimental estuvo conformado por 16 hombres y 15 mujeres con un promedio de edad de 39.2 años de los cuales la mayoría contaban con estudios profesionales.

Tabla 17. Características generales de los pacientes

Características de los participantes		
N= 62		
	Grupo control (n= 31)	Grupo experimental (n=31)
Sexo	Masculino: 21 Femenino: 10	Masculino: 16 Femenino: 15
Nivel educativo	Secundaria: 6 Bachillerato: 7 Estudios profesionales: 18	Secundaria: 4 Bachillerato: 7 Estudios profesionales: 20
Edad promedio	50 (sd 13.1)	47 (sd 11.9)
Cigarros fumados por día	17 (sd 7)	17 (sd 9.5)
Puntaje test de Fagerström	5.2 (1.9 sd)	4.8 (sd 2)
Años de consumo	31 (sd 12)	31 (sd 10)
Intentos previos para dejar de fumar	2 (sd 2)	3 (sd 2)
Tratamientos previos para dejar de fumar	.4 (sd .5)	.6 (.8)

El promedio de cigarros fumados por día en el grupo control fue de 17 con una desviación estadar de 7, mientras que en el grupo control el promedio fue de 17 con una desviación estándar de 9; en relación al puntaje de dependencia medido por medio del test de Fagerström el promedio del grupo control fue de 5.2 puntos con una desviación estándar de 1.9, mientras que el grupo experimental tuvo un puntaje promedio de 4.8 con una desviación estándar de 2.

Con finalidad de analizar si el proceso de aleatorización por bloques pareados fue efectivo al controlar las variables de puntaje de dependencia y número de cigarros por día, de modo que estuvieran balanceadas en ambos grupos, se realizó una comparación de medias por medio de una prueba t de student para muestras independientes comprobando que no existieron diferencias en el promedio tanto del número de cigarros por día ($t= -.193$, $p= .848$) como del puntaje de dependencia a la nicotina ($t=.942$, $p= .350$) de ambos grupos de tratamiento.

Logro y mantenimiento de la abstinencia tabáquica

La abstinencia de los participantes fue verificada por medio de una evaluación de la concentración de monóxido de carbono en la exhalación tomando

como criterio principal de abstinencia la obtención de una concentración igual o menor a 6 ppm en la medición. De acuerdo a este criterio se observó que de los 31 participantes del grupo control 18 (58.06%) lograron la abstinencia tabáquica y 13 no lo consiguió (41.94%), mientras que de los 31 participantes del grupo experimental 26 (83.72%) lograron la abstinencia mientras que 5 (16.28%) no lo consiguió (tabla 18).

Para analizar los datos de abstinencia través del tiempo realizo un modelo lineal mixto para las variables intervención y el tiempo (evaluaciones post-tratamiento, seguimiento a tres y seis meses) como variables independientes y el logro de la abstinencia tabáquica como variable dependiente se observó que existe una mayor probabilidad del logro de la abstinencia en el grupo que recibió el tratamiento basado en APC ($OR= 4.33$, $p. 0.025$, $IC95\% 1.2-15$). Esto se corroboró al analizar el logro de la abstinencia únicamente en la etapa post tratamiento encontrando que de los 31 participantes del grupo control 18 (58.1%) dejaron de fumar y 13 no lo consiguieron, mientras que de los 31 participantes del grupo experimental 26 (83.7%) lograron la abstinencia mientras que cinco no.

Dichas diferencias disminuyen a través del tiempo ya que no se observaron en el seguimiento a tres meses ($OR= 1.13$, $p. 0.93$, $IC .07-17.2$) encontrando que en el grupo experimental se perdieron seis casos de los 26 participantes que lograron la abstinencia y de los 20 casos restantes 15 (75%) mantuvieron la abstinencia y 5 (25%) volvieron a fumar mientras que en el grupo control de los 18 participantes que lograron la abstinencia 6 (33%) recayeron y 12 (67%) mantuvieron la abstinencia. Finalmente en el seguimiento a seis meses hubo una pérdida significativa de participantes que no acudieron a su cita y únicamente fue posible recuperar a diez de cada condición de tratamiento encontrando que de los diez participantes de cada condición que acudieron al seguimiento todos mantenían la abstinencia.

Posteriormente se ajustó un modelo en el que se incorporaron como covariables las diferentes medidas psicométricas del estudio con la finalidad de observar en qué grado estas contribuyeron en el logro de la abstinencia, entre los datos a resaltar se encontró que los altos niveles de *craving* se asocian con una

menor probabilidad de lograr la abstinencia ($OR= 0.94$, $IC95\%$.89-.99, $p. 0.039$), al igual que los puntajes altos de afecto negativo estado ($OR= 0.87$, $IC95\%$.78-.97, $p. 0.017$), de igual manera se pudo identificar que menores niveles de ansiedad se asocian con una mayor probabilidad del logro de la abstinencia ($OR= 1.19$, $IC95\%$ 1.03-1.39, $p. 0.017$). Los datos de ambos modelos mixtos (ajustado con y sin covariables) se pueden observar en la tabla 18.

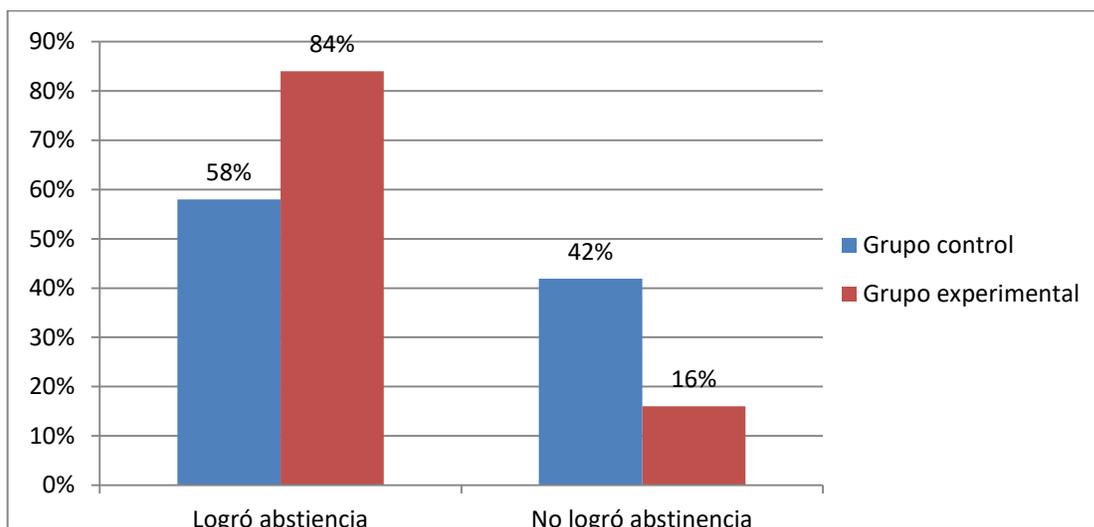
Tabla 18. Logro de la abstinencia en cada grupo de tratamiento

Post tratamiento		Seguimiento a 3 meses			Seguimiento a 6 meses	
No logro abstinencia	Odds Ratio	Mantuvo la abstinencia	No mantuvo la abstinencia	Odds Ratio	Mantuvo la abstinencia	No mantuvo la abstinencia
13	$OR\ crudo= 4.33$ ($p. 0.025$, $IC95\%$ 1.2-15)*	15	5	$OR\ crudo= 1.13$ ($p. 0.93$, $IC\ 95\%$.07-17.2)	10	0
5	$OR\ ajustado= 4.68$ ($p. 0.034$, $IC95\%$ 1.1-19)*	12	6	$OR\ ajustado= .82$ ($p. 899$ $IC\ 95\%$ 9-133,)	10	0

*= $P < 0.05$. el OR ajustado fue por craving, afecto negativo como estado y ansiedad.

Con la finalidad de confirmar las diferencias postratamiento en el logro de la abstinencia se realizó una chi cuadrada para analizar si existían diferencias entre grupos respecto al logro de la abstinencia, encontrando que hubo diferencias estadísticamente significativas en relación al logro de la abstinencia de acuerdo al tratamiento recibido ($\chi^2= 3.836$, $gl\ 1$, $p\ .05$). En la figura 12 se puede apreciar la representación gráfica del logro de la abstinencia pos tratamiento de acuerdo a la condición experimental.

Figura 12. Logro de la abstinencia de acuerdo a cada grupo de tratamiento



Respecto al mantenimiento de la abstinencia en el seguimiento a los tres meses posteriores al final de la intervención, en el tratamiento basado en atención plena se perdieron 6 casos de los 26 participantes que lograron la abstinencia, fue posible seguir 20 (75%) casos de los cuales 15 mantuvieron la abstinencia mientras que 5 (25%) recayeron en el consumo; del grupo control de los 18 participantes que lograron la abstinencia 6 (33%) recayeron en el consumo de tabaco y 12 (67%) mantuvieron la abstinencia. Aunque el porcentaje de mantenimiento de la abstinencia fue mayor el grupo que recibió el tratamiento basado en atención plena, al analizar los datos estadísticamente no se registraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en mantenimiento de la abstinencia durante el seguimiento a tres meses.

En relación al mantenimiento de la abstinencia a los 6 meses posteriores al término del tratamiento fue posible observar que las diferencias entre grupos desaparecen con 10 participantes que mantienen la abstinencia en cada condición de tratamiento, sin embargo, debido a la pérdida de participantes para este seguimiento resulta complicado identificar si verdaderamente esto está relacionado con el tratamiento recibido.

Comparaciones intra-grupo

Respecto a las diferentes medidas utilizadas durante las evaluaciones pre y post tratamiento, a continuación se presenta un análisis comparativo de cada grupo contra sí mismo en cada una de las variables medidas. A continuación se pueden observar los resultados del análisis del grupo control separando los casos de quienes lograron dejar de fumar y quienes no lo lograron (tabla 19).

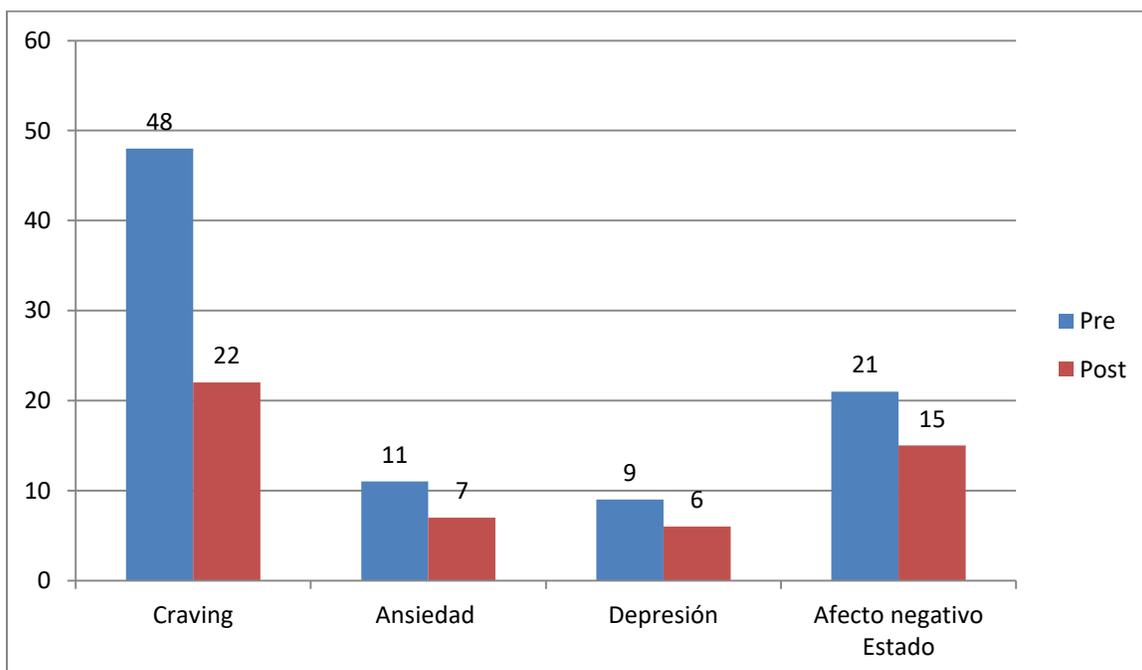
Tabla 19. Comparación de medidas pre y post tratamiento para el grupo control retomando únicamente los casos que lograron dejar de fumar.

GRUPO CONTROL				
Cuestionario	Evaluación Pre \bar{x},(sd)	Evaluación Post \bar{x},(sd)	Prueba de t de student para muestras relacionadas	Significancia asintótica (bilateral) <i>P</i>
Craving	48.06 (8.90)	22.72 (10.79)	6.323	.000
Afecto positivo estado	36.59 (8.02)	37.35 (7.29)	-4.405	.691
Afecto negativo estado	21.94 (7.27)	15.82 (3.61)	3.398	.004
Afecto positivo rasgo	35.88 (8.10)	37.76 (7.22)	-9.01	.381

Afecto negativo rasgo	22.24 (8.49)	18.88 (6.54)	1.289	.216
BAI	11.44 (6.25)	7.44 (4.44)	2.258	.037
BDI	9.56 (5.40)	6 (2.95)	3.576	.002
IMADIS Ansiedad	35.17 (9.72)	34.33 (7.01)	.424	.677
IMADIS Depresión	27.28 (5.32)	25.33 (6.77)	1.449	.166
Compasión	89.44 (17.90)	87.50 (18.11)	.697	.495
MAAS	66.11 (13.42)	66 (15.68)	.036	.971
FFMQ	61.17 (11.03)	63.72 (10.74)	-1.085	.293
Satisfacción de vida	19.67 (4.64)	20.44 (3.94)	-.945	.358

El análisis de los datos del grupo control muestra que existieron cuatro variables en las que se observaron diferencias estadísticamente significativas a partir de la intervención, estas son el craving al tabaco ($t= 6.323$, $p.000$), afecto negativo estado ($t= 3.398$, $p .004$), ansiedad evaluada por medio del inventario de Beck ($t= 2.258$, $p.037$) y depresión evaluada por medio del inventario de Beck ($t=3.576$, $p .002$). A continuación se presentan estas diferencias en la figura 13 en la que se comparan los promedios de estas variables en las evaluaciones pre y pos tratamiento.

Figura 13. Puntajes promedio de las evaluaciones pre y pos tratamiento de las variables que registraron diferencias significativas entre los usuarios que lograron la abstinencia en el grupo experimental



De igual manera se llevó a cabo una comparación de las medidas de los participantes del grupo control que no lograron dejar de fumar comparando sus puntuación antes y después del tratamiento, para esto se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, sin embargo, no se observaron diferencias significativas.

Posteriormente se analizaron los resultados de las evaluaciones pre y post tratamiento del grupo experimental retomando unicamente los datos de los participantes que lograron dejar de fumar, los resultados del análisis se presentan se presentan en la tabla 20.

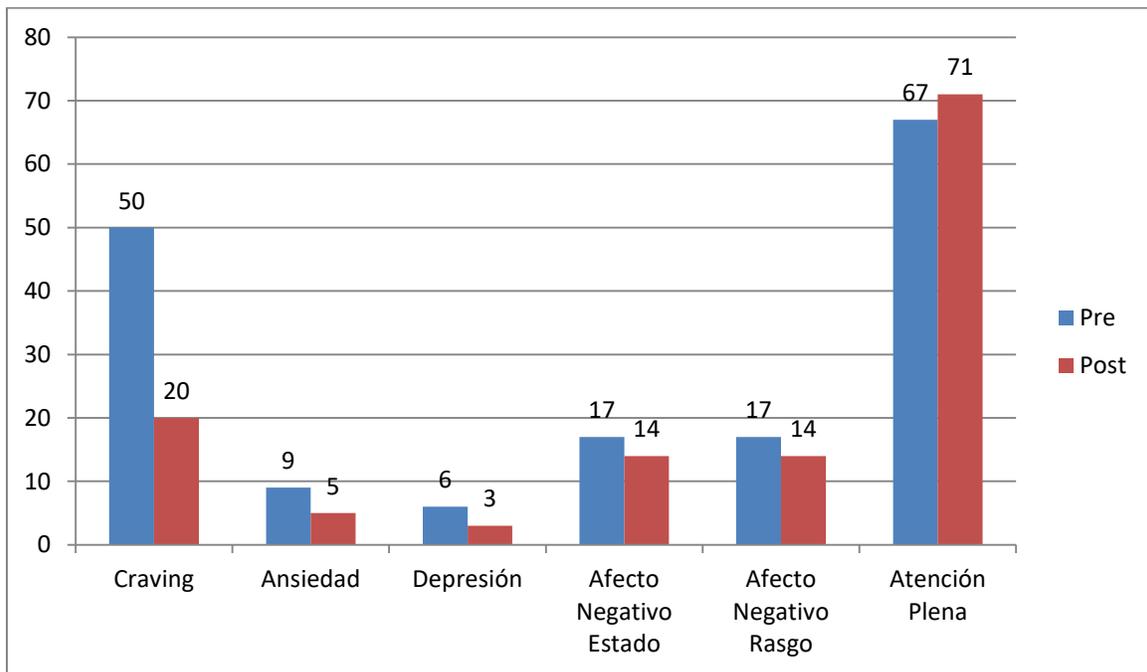
Tabla 20. Comparación de medidas pre y pos tratamiento para el grupo experimental retomando únicamente aquellos casos que lograron la abstinencia.

GRUPO EXPERIMENTAL				
Cuestionario	Evaluación Pre \bar{x},(sd)	Evaluación Post \bar{x},(sd)	Prueba de t de student para muestras relacionadas	Significancia asintótica (bilateral) <i>P</i>
Craving	50.50 (8.97)	20.12 (9.50)	15.186	.000
Afecto positivo estado	36.96 (8.08)	38.38 (6.55)	-.984	.334
Afecto negativo estado	17.85 (7.27)	14.38 (5.83)	2.575	.016
Afecto positivo rasgo	38.62 (7.64)	39.04 (7.34)	-.281	.781
Afecto negativo rasgo	17.96 (7.84)	14.04 (4.58)	2.859	.008
BAI	9.19 (6.25)	5.31 (4.69)	3.050	.005
BDI	6.69 (3.21)	3.77 (3.74)	4.067	.000
IMADIS Ansiedad	34.04 (6.45)	31.81 (6.08)	1.546	.135
IMADIS Depresión	24.12 (5.18)	23.15 (6.42)	.856	.400
Compasión	87.31 (20.04)	88 (15.56)	-.183	.856
MAAS	67.58 (11.66)	71.69 (11.54)	-2.079	.048
FFMQ	66.77 (9.30)	68.35 (8.56)	-1.037	.310
Satisfacción de vida	20.31 (4.19)	21 (3.61)	-.783	.441

Como se observa en la tabla 20 en el grupo experimental existieron seis variables en las que se observaron diferencias estadísticamente significativas a partir de la intervención basada en atención plena compasiva, estas son el craving a la nicotina ($t= 15.186$, $p .000$), el afecto negativo estado ($t= 2.575$, $p .016$), el afecto negativo rasgo ($t= 2.859$, $p .008$), la ansiedad medida por medio del inventario de Beck ($t=3.050$, $p .005$), los síntomas de depresión medidos por medio del inventario de Beck ($t= 4.067$, $p .000$) y los puntajes de atención plena medidos por medio del MAAS ($t=-2.079$, $p.048$). A continuación se presentan estas

diferencias en la figura 14 en la que se comparan los promedios de estas variables en las evaluaciones pre y pos tratamiento.

Figura 14 Comparación de medidas pre y pos tratamiento para el grupo experimental retomando únicamente aquellos casos que lograron la abstinencia en las variables que mostraron diferencias significativas.



De igual manera se llevó a cabo una comparación de las medidas de los participantes del grupo experimental que no lograron dejar de fumar comparando sus puntuación antes y después del tratamiento, para esto se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, sin embargo, no se observaron diferencias significativas.

Como se puede observar las diferencias pre y post tratamiento fueron similares en ambos grupos, excepto por dos variables que fueron significativas en el grupo experimental pero no el grupo control, estas variables fueron el afecto negativo rasgo y la atención plena medida por medio del MAAS.

Comparaciones entre grupos

Posteriormente se realizó una comparación de las diferentes medidas entre ambos grupos separando a quienes lograron la abstinencia y quienes no lo lograron a partir de la intervención. Este análisis permitió identificar que entre quienes lograron dejar de fumar en ambas condiciones de tratamiento no se registraron diferencias significativas en la etapa pre tratamiento en ninguna de las variables medidas. Los resultados de la comparación entre grupos en la etapa pre tratamiento pueden observarse en las tablas 21 y 22.

Tabla 21. Comparación de medidas pre tratamiento entre ambas condiciones experimentales únicamente retomando los casos de quienes lograron dejar de fumar.

	Grupo control n=26	Grupo experimental n=18	Prueba <i>t</i> de student para muestras independientes	Significancia bilateral <i>P</i>
Craving	48.06 (sd 8.90)	50.50 (sd 8.97)	-.893	.378
Afecto positivo estado	36.59 (sd8.02)	36.96 (sd 8.97)	-.149	.883
Afecto negativo estado	21.94 (sd7.27)	17.85 (sd 7.27)	1.805	.080
Afecto positivo rasgo	35.88 (sd 8.1)	38.62 (sd 7.64)	-1.106	.277
Afecto negativo rasgo	22.24 (sd 8.49)	17.96 (sd 7.84)	1.662	.106
BAI	11.44 (sd 6.25)	9.19 (sd 6.25)	1.175	.247
BDI	9.56 (sd 5.40)	6.69 (sd 3.21)	2.015	.055
IMADIS Ansiedad	35.17 (sd 9.72)	34.04 (sd 6.45)	.431	.670
IMADIS Depresión	27.28 (sd 5.32)	24.12 (sd 5.18)	1.958	.058
Compasión	89.44 (sd 17.90)	87.31 (sd 20)	.371	.713
MAAS	66.11 (sd 13.42)	67.58 (sd 11.66)	-.376	.710
FFMQ	61.17 (sd 11.03)	66.77 (sd 11.66)	-1.764	.087
Satisfacción de vida	19.67 (sd 4.64)	20.31 (sd 4.19)	-.468	.642

De igual manera se realizó una comparación entre ambos grupos retomando las medidas pretratamiento de los participantes que no lograron dejar de fumar; para ello se llevó a cabo una prueba de U de Mann Whitney, a partir de la cual se observó que en la etapa pretratamiento había diferencias significativas en los puntajes de depresión medidos por medio de la escala de Beck ($Z = -2.283$, $p = .023$), estas diferencias mostraban un puntaje mayor de depresión en los participantes del grupo experimental ($\bar{x} = 13.60$) en comparación con el grupo control ($\bar{x} = 7.31$). Estos datos pueden observarse en la tabla 22.

Tabla 22. Análisis de diferencias entre grupos de las medidas pre tratamiento únicamente retomando los casos de quienes no lograron dejar de fumar.

	Grupo control n=13	Grupo experimental n=5	Prueba <i>U</i> de <i>Mann Whitney</i>	Significancia bilateral <i>P</i>
Craving	52.08 (sd 7.01)	41 (sd 13.45)	17	.125
Afecto positivo estado	30.77 (sd 7.24)	37 (sd 5.09)	15.5	.092
Afecto negativo estado	21.85 (sd 7.66)	17.60 (sd 4.39)	20.5	.236
Afecto positivo rasgo	30.54 (sd 8.89)	38.80 (sd 4.43)	13	.054
Afecto negativo rasgo	22.69 (sd 9.48)	16.80 (sd 6.22)	18	.151
BAI	7.69 (sd 6.70)	9.60 (sd 2.60)	22.5	.322
BDI	7.31 (sd 5.02)	13.60 (sd 2.40)	9.5	.023
IMADIS Ansiedad	38.85 (sd 7.60)	33.20 (sd 5.16)	17	.126
IMADIS Depresión	27.85 (sd 7.71)	27 (sd 4.41)	30	.805
Compasión	89.15 (sd 12.28)	76.60 (sd 8.96)	14	.068
MAAS	63.69 (sd 13.37)	62 (sd 13.54)	30.5	.844
FFMQ	60.77 (sd 7.83)	56 (sd 8.06)	21	.256
Satisfacción de vida	19.23 (sd 4.12)	19 (sd 5.83)	30.5	.842

Continuando con el análisis comparativo de quienes lograron dejar de fumar en ambas condiciones, pero ahora en las medidas pos tratamiento, se registró una diferencia estadísticamente significativa en el afecto negativo rasgo ($t= 2.398$, $p. 023$), con un tamaño del efecto medido a través del coeficiente d de Cohen de $.7$, los puntajes registrados para esta variable indican un menor puntaje de afecto negativo rasgo en la condición de atención plena compasiva. De igual manera se observó una diferencia significativa en los puntajes de depresión ($t= 2.205$, $p. 041$) registrando un puntaje promedio de depresión menor en el grupo experimental que en el grupo control. Estos datos pueden observarse en la tabla 23.

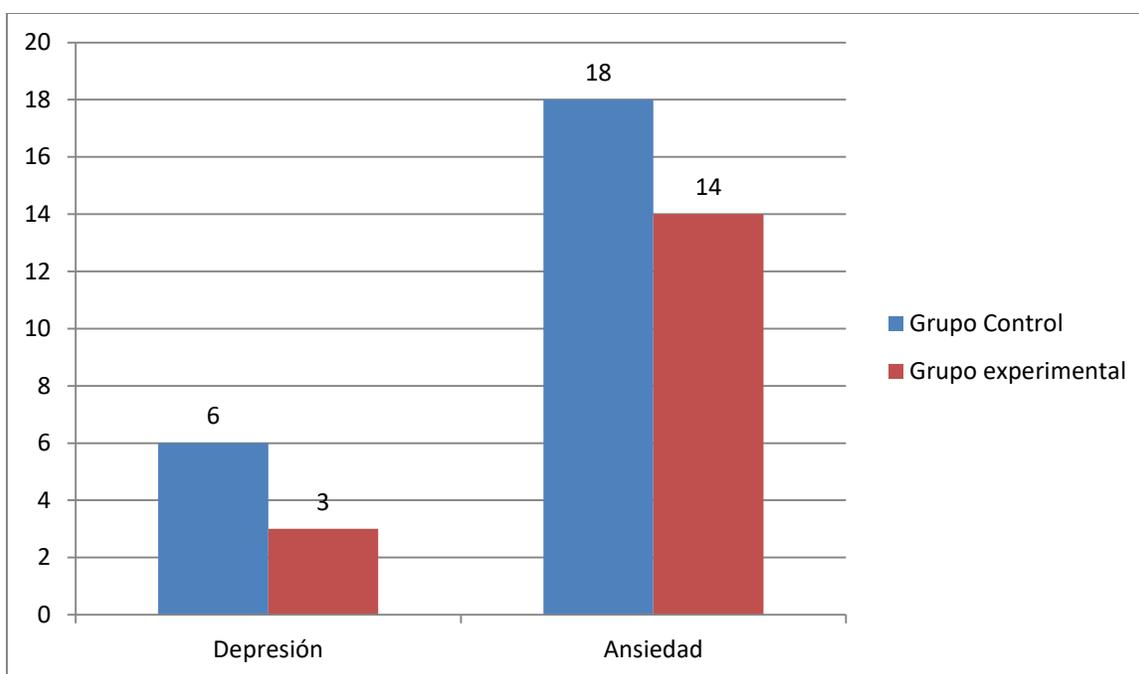
Tabla 23. Comparación de medidas post tratamiento entre ambas condiciones experimentales únicamente retomando los casos de quienes lograron dejar de fumar.

	Grupo control n=18	Grupo experimental n=26	Prueba <i>t</i> de <i>student</i> para muestras independientes	Significancia bilateral <i>P</i>
Craving	22.72 (sd 10.79)	20.12 (sd 9.50)	.827	.414
Afecto positivo estado	38 (sd 7.59)	38.38 (sd 6.55)	-.175	.862
Afecto negativo estado	15.50 (sd 3.76)	14.38 (sd 5.83)	.771	.445
Afecto positivo rasgo	38.39 (sd 7.49)	39.04 (sd 7.34)	-.285	.777
Afecto negativo rasgo	18.39 (sd 7.49)	14.04 (sd 4.58)	2.398	.023
BAI	7.44 (sd 7.44)	5.31 (sd 4.69)	1.531	.134
BDI	6 (sd 2.95)	3.77 (sd 3.74)	2.205	.041
IMADIS Ansiedad	7.44 (sd 4.44)	5.31 (sd 4.69)	1.239	.224
IMADIS Depresión	25.33 (sd 6.77)	23.15 (sd 6.42)	1.072	.291

Compasión	87.50 (sd 18.11)	88 (sd 15.56)	-.095	.925
MAAS	66 (sd 15.68)	71.69 (sd 11.54)	-1.313	.199
FFMQ	63.72 (sd 10.74)	68.35 (sd 8.56)	-1.522	.138
Satisfacción de vida	20.44 (sd 3.94)	21 (sd 3.61)	-.475	.638

A continuación se representan gráficamente las variables de depresión y afecto negativo rasgo que presentaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la evaluación pos tratamiento (Figura 15).

Figura 15. Puntuaciones promedio de ambas condiciones de variables de depresión y afecto negativo rasgo de la evaluación pos tratamiento de las



Posteriormente se realizó la comparación de medidas entre ambos grupos retomando únicamente los datos de los participantes que no lograron la abstinencia, este análisis no arrojó ninguna diferencia significativa entre los grupos, estos datos se pueden observar en la tabla 24.

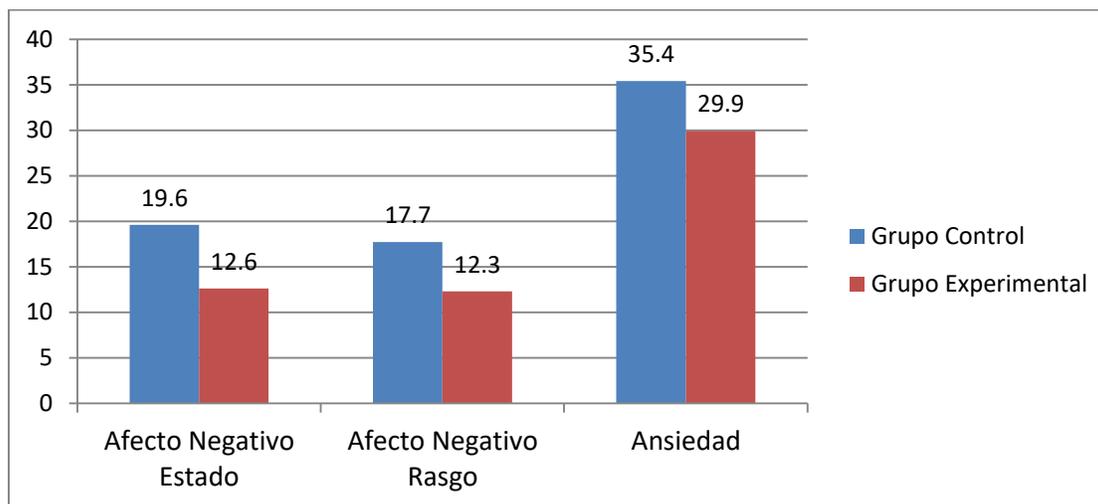
Tabla 24. Análisis de diferencias entre grupos de las medidas pos tratamiento únicamente retomando los casos de quienes no lograron dejar de fumar.

	Grupo control n=12	Grupo experimental n=4	Prueba <i>U</i> de <i>Mann Whitney</i>	Significancia bilateral <i>P</i>
Craving	29.50 (sd 16.48)	34 (sd 16.37)	20	.627
Afecto positivo estado	36 (sd 7.32)	34.25 (sd 5.73)	20.50.	.671
Afecto negativo estado	18.83 (sd 9.64)	18.25 (sd 7.08)	21.5	.761
Afecto positivo rasgo	33.92 (sd 8.45)	32 (sd 8.52)	21	.715
Afecto negativo rasgo	17.67 (sd 8.42)	16.75 (sd 6.55)	23.5	.951
BAI	5.75 (sd 4.43)	8.25 (sd 8.61)	22.5	.855
BDI	5.42 (sd 4.01)	7.25 (sd 4.99)	15.5	.299
IMADIS Ansiedad	34.08 (sd 9.1)	35 (sd 6.05)	21.5	.761
IMADIS Depresión	24.17 (sd 5.6)	26.50 (sd 3.51)	17.5	.428
Compasión	82.17 (sd 15.80)	76.50 (sd 22.81)	19	.544
MAAS	64.42 (sd 15.33)	65 (sd 4.89)	19	.544
FFMQ	62.25 (sd 7.85)	60.75 (sd 8.09)	21.5	.761
Satisfacción de vida	20.5 (sd 3.98)	17.50 (sd 2.88)	13	.177

Posteriormente al explorar las posibles diferencias existentes entre ambos grupos en el seguimiento 3 meses después de finalizar el tratamiento se encontró que la única diferencia significativa fue la sintomatología de ansiedad evaluada por medio de el cuestionario IMADIS ($U= 28.5$, $p .023$) encontrando que el grupo control tenía una mayor puntuación de ansiedad.

Finalmente al analizar las diferentes entre grupos con aquellos participantes que pudieron ser evaluados 6 meses después de concluido el tratamiento fue posible identificar diferencias estadísticamente significativas en el afecto negativo estado ($U= 21.5$, $p .030$), el afecto negativo rasgo ($U= 19$, $p .016$) y los síntomas de ansiedad evaluados por medio del IMADIS ($U=29$, $p .031$), en la figura 16 se pueden observar los puntajes promedio de cada grupo en estas variables.

Figura 16. Puntuaciones promedio de ambas condiciones de tratamiento en las variables de afecto negativo estado, rasgo y ansiedad en la evaluación de seguimiento a seis meses.



De acuerdo a estos datos, si bien, las diferencias entre grupos en el mantenimiento de la abstinencia a los seis meses de seguimiento desaparecen, es posible observar el mantenimiento de diferencias significativas en variables clínicas importantes, encontrando que el grupo tratado por medio de atención plena compasiva continua siendo el más beneficiado.

Discusión

El primer resultado importante a discutir son las diferencias estadísticamente significativas en el logro de la abstinencia, las cuales en el presente estudio se inclinaron a favor de la intervención basada en atención plena compasiva (83% contra 58% de logro de abstinencia en el grupo control), esto es relevante ya que si bien la mayoría de los estudios que comparan intervenciones de este tipo suelen mostrar un porcentaje mayor de éxito en el logro de la abstinencia post tratamiento en quienes reciben una intervención basada en atención plena (Bowen & Marlatt, 2009; Brewer et al., 2011; Davis et al., 2013; Davis et al., 2014a; Davis et al., 2014b, Rogojanski et al., 2011; Ruscio et al., 2015; Singh et al., 2014; Tang et al., 2013; Vidrine et. al., 2016) hasta ahora únicamente el estudio de Davis et al., 2014b había mostrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento.

A partir de este resultado resulta importante responder a dos preguntas, 1. ¿Cuáles son las variables que parecen estar involucradas en el proceso de cambio a partir de la intervención en cada condición experimental? y 2. ¿Cuáles son las principales diferencias clínicas entre ambas condiciones de tratamiento que podrían explicar los resultados en el logro de la abstinencia?.

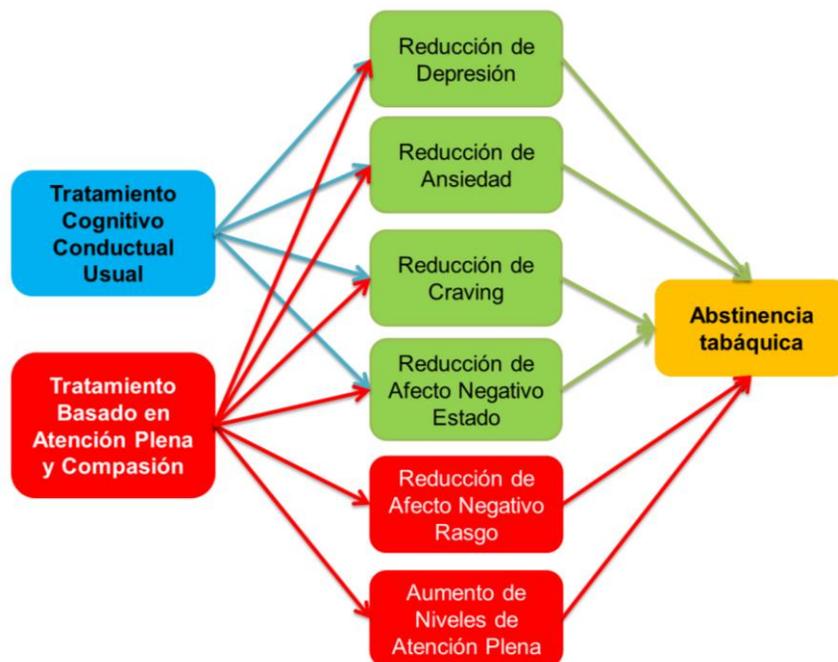
En relación con la primera pregunta sobre las variables involucradas en el proceso de cambio de cada condición experimental, durante el análisis fue posible identificar que tanto el grupo experimental como el grupo control registraron una reducción estadísticamente significativa del *craving*, afecto negativo estado (evaluado en los últimos siete días como un evento transitorio), la sintomatología depresiva y la sintomatología de ansiedad, es decir, estas variables parecen estar involucradas en el proceso de cambio a partir de la implementación de ambas intervenciones.

Estos datos registrados en el grupo experimental coinciden en general con los resultados de diferentes estudios; la reducción del *craving* se había observado previamente en estudios como los de Ruscio et al., 2015, Bowen y Marlatt (2009), Westbrook et. al. (2011), Rogojanski, Vettese y Antony (2011); la reducción del afecto negativo coincide con lo reportado por Rogojanski, Vettese y Antony (2011), Adams et al. (2013), Vidrine.et. al. (2014) y Ruscio et al., (2015); la reducción de la sintomatología depresiva es similar a lo reportado por Rogojanski, Vettese & Antony (2011).

Si bien estas coincidencias son importantes y nos permiten determinar que ambos tratamientos tienen la capacidad de afectar por lo menos las mismas variables clínicas, el análisis intra-grupos nos permitió observar que el tratamiento basado en atención plena y compasión también tiene la capacidad de reducir el afecto negativo rasgo (es decir, percepción del afecto negativo como una característica o tendencia del temperamento del individuo) y aumentar los puntajes de atención plena. Estos cambios reportados únicamente en el grupo experimental constituyen indicadores importantes que nos ayudan a generar hipótesis para responder empezar a comprender porque estas intervenciones son eficaces y cuáles son las variables que podrían estar determinando la existencia de

porcentajes mayores de abstinencia en comparación los resultados de intervenciones cognitivo conductuales de segunda generación. A continuación se esquematizan las variables involucradas en el proceso de cambio de conducta en cada condición de tratamiento (figura 17).

Figura 17. Variables involucradas en el proceso de cambio de conducta para dejar de fumar en cada condición de tratamiento.



Por una parte el incremento significativo de las puntuaciones de atención plena del grupo experimental y la ausencia de este incremento en el grupo control, coincide con investigaciones como la de Vidrine et. al. (2014) quien además menciona que la atención plena se relaciona directamente con una mayor efectividad de los tratamientos de cesación tabáquica; estos autores mencionan que de acuerdo a la evidencia existente un mayor nivel de atención plena facilita la cesación del consumo de tabaco y disminuye la vulnerabilidad a las caídas entre los fumadores que se están preparando para la cesación.

Por otra parte si bien ambos grupos mostraron reducciones en el afecto negativo evaluado en los últimos siete días (estado), únicamente el grupo experimental mostró una reducción significativa del afecto negativo evaluado como una característica o tendencia inherente a su temperamento (rasgo); la reducción

de esta variable en el presente estudio indica que las intervenciones basadas en atención plena compasiva no solo reducen el afecto negativo que se experimenta en lo inmediato, sino que en general mejoran la percepción que el individuo tiene sobre el estilo afectivo que lo caracteriza en general. Vale la pena mencionar que el afecto negativo rasgo es también una variable que difiere significativamente en las comparaciones entre grupos al terminar el tratamiento y durante el seguimiento pos tratamiento de 6 meses, lo cual convierte esta variable en un elemento importante que debe continuar investigándose para mejorar la comprensión sobre el efecto de las intervenciones basadas en atención plena y compasión en población fumadora.

Este hallazgo es particularmente importante cuando se analiza lo reportado por Creswell, Way, Eisenberger y Lieberman (2007), quienes enfatizaron la relación existente entre la reducción del afecto negativo y diferentes niveles de atención plena cuando los individuos son expuestos a claves disparadoras de estos afectos, esto es relevante si consideramos que las emociones negativas se encuentran entre los disparadores más frecuentes de craving durante el proceso de cesación y durante la etapa de mantenimiento de la abstinencia. De este modo el afecto negativo rasgo fue particularmente importante dentro de los mecanismos de cambio involucrados en la cesación tabáquica por medio de una intervención basada en atención plena compasiva.

De igual manera la reducción del afecto negativo rasgo en relación a variables como el *craving*, la sintomatología ansiosa y depresiva, el logro de la abstinencia y los puntajes de atención plena, en el grupo de experimental parece ir de acuerdo al análisis realizado por Brewer, Elwafi y Davis (2013) cuando señalan que estas intervenciones se dirigen específicamente al vínculo entre los afectos positivos-negativos y el *craving*, ya que cuando se incrementa la atención plena el individuo puede percatarse de que las percepciones y las reacciones afectivas son procesos asociados pero esencialmente distintos y por ende pueden ser separados (Grabovac et al., 2011) permitiendo nuevas evaluaciones de las experiencias en general.

El por qué específicamente el afecto negativo evaluado como rasgo disminuye a partir de la intervención basada en atención plena compasiva podría explicarse por medio de lo expuesto por Garland, Gaylord y Park (2009) cuando mencionan que la atención plena puede atenuar las distorsiones emocionales de la percepción, alentando el contacto no evaluativo con la experiencia fenomenológica, permitiendo al usuario “ver las cosas tal como son”, es decir, logrando una percepción más objetiva de las experiencias en las que es posible separar las emociones de los eventos que se están desarrollando en el presente. Esto implica que si bien el afecto negativo puede continuar presente en la vida cotidiana de las personas, su percepción de estos afectos se ha modificado de un modo que les permite reducir el impacto general que estos pueden tener, reconociendo que como menciona Kabat-Zinn (2003) las emociones son solo emociones, no un reflejo fiel de la realidad y mucho menos un rasgo que pueda definir por completo la vida o identidad de un ser humano.

Otro elemento de análisis que es importante retomar a partir de la reducción significativa del afecto negativo rasgo y estado en el grupo experimental es el énfasis que las estrategias centradas en la compasión colocan en el sufrimiento como una condición de la realidad que para regular debe ser reconocida, contemplarse y ser aceptada (no luchar, evitar, ni aferrarse o ser focalizada); este abordaje de la experiencia displacentera permite al individuo que incluso en situaciones desagradables, de dolor o malestar, pueda mantener la calma y disociar el displacer de la percepción de sí mismo y su vida en general (Gilbert 2009; Gilbert, 2013).

Estos argumentos pueden aplicarse igualmente a las diferencias significativas entre grupos en los niveles de afecto negativo rasgo y depresión pos tratamiento (mostrando una menor sintomatología en el grupo de atención plena compasiva). Estas diferencias son particularmente relevantes si tomamos en cuenta que entre los principales disparadores del *craving* se encuentran las emociones negativas o desagradables y las situaciones de conflicto (Brewer, Elwafi, & Davis, 2013), siendo también responsables de cerca del 70% de las recaídas que pueden llegar a presentarse en la población problemas de adicción

(Cummings, Gordón & Marlatt 1980; & Marlatt & Gordon 1985, Shiffman, 1982,1986; O´Connell & Martin, 1987; Baer & Lichtenstein, 1988; Becoña, Lista & Frojan, 1989; Bliss, et.al.,1989; O´Connell, 1990; Drobles, Meier & Tiffany, 1994).

La importancia de estas variables se comprueba durante la evaluación de seguimiento llevada a cabo 12 semanas después de concluido el tratamiento donde a pesar de que se pierden algunos de los casos, aún existe un porcentaje mayor de mantenimiento de la abstinencia en el grupo experimental (75%) en comparación con el grupo control (67%) lo cual coincide en general con los hallazgos del los metanálisis realizados por Maglione (2017) y Oikimonu et al. (2016); de igual manera aunque las diferencias en la sintomatología depresiva y el afecto negativo rasgo durante el seguimiento a tres meses desaparecen, a los seis meses después del tratamiento estas diferencias se presentan nuevamente entre los participantes que dejaron de fumar en cada condición de tratamiento favoreciendo al grupo experimental.

Conclusión

Esta fase del estudio nos permite concluir que un tratamiento basado en atención plena compasiva ayuda de manera efectiva a que personas con dependencia a la nicotina logren dejar de fumar, de manera particular muestra que las personas que son tratadas con este enfoque tienen una mayor probabilidad de lograr la abstinencia y registran mayores beneficios en su salud mental en comparación con pacientes que reciben un tratamiento cognitivo-conductual de segunda generación para dejar de fumar.

Los beneficios registrados en la salud mental de los participantes es algo que tiene la posibilidad de impactar en el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo, lo cual se comprueba en el seguimiento a 12 semanas del presente estudio y aunque en el seguimiento a 6 meses no se manifestó con la misma fuerza, es probable que esto no este relacionado directamente con la intervención recibida, sino con el tipo de variables que suelen impactar en la perdida de sujetos en investigaciones clinicas que realicen seguimientos post tratamiento. Por ello una de las áreas de mejora que es importante tomar en cuenta para futuros estudios,

es la posibilidad de contar con grupos más grandes y seguimientos por lo menos a 12 meses.

Las implicaciones de las diferencias en variables como el afecto negativo, la depresión, ansiedad y atención plena, permite hipotetizar que la capacidad de regulación emocional por medio de estas técnicas es fundamental en el logro de las metas clínicas. Los resultados de la investigación parecen indicar que una de las diferencias principales entre una intervención cognitivo conductual de segunda generación y un tratamiento basado en atención plena tiene que ver con como es que las personas tratadas con atención plena modifican la percepción sobre su tendencias afectivas en su vida en general (no solo en relación al consumo de tabaco), percibiéndose como personas menos aflictivas o con menos afectos negativos. En este mismo sentido la importancia de que los participantes del grupo experimental registren menos puntuaciones de afecto negativo rasgo a través de las diferentes mediciones, radica en que parece que estos participantes han desarrollado una mayor conciencia de las experiencias displacenteras como una condición de la realidad de todo ser vivo debe enfrentar, lo cual le permite regular de manera distinta los desafíos y el malestar circunstancial que cualquier persona puede enfrentar en su vida cotidiana en cualquier momento y trascender estos eventos gracias a la comprensión de la experiencia y al efecto regulador de la meditación.

Entre las principales aportaciones que se agregan al éxito terapéutico de la intervención, se encuentran que a través de las diferentes fases que concluyen con el estudio comparativo, se especifican los componentes que conformaron el programa de tratamiento y se describe detalladamente el perfil del terapeuta, es decir, las diversas habilidades y conocimientos involucrados en su trabajo clínico, aspectos que a través de investigaciones precedentes han sido colocados en un segundo plano y que debido a esto en revisiones posteriores han sido señalados como fundamentales para la consistencia interna de las investigaciones y su replicabilidad, en este sentido la contribución del presente estudio en el escenario de la investigación internacional cobra gran relevancia, ya que se suma a los

esfuerzos existentes por estandarizar el trabajo clínico de las intervenciones basadas en atención plena y los terapeutas que proporcionan estos tratamientos.

La investigación sobre atención plena en México es relativamente joven y entre las principales preguntas que es importante responder se encuentra aquella que cuestiona por los mecanismos mediante los cuales estas intervenciones tienen efecto, si bien el presente no es un estudio explicativo, los resultados aquí descritos indican que para responder esta pregunta es importante continuar investigando la relación que existe entre la atención plena, los afectos negativos, la ansiedad y los síntomas de depresión, variables que al ser afectadas por la intervención en el presente estudio parecen haber favorecido el logro de cambios conductuales en los participantes.

Es importante mencionar que el presente estudio tuvo diversas debilidades, entre ellas la más importante es la relación y distancia que existió entre el investigador y la implementación del estudio; si bien el proyecto no contó con las condiciones y recursos necesarios para pretender ser un Ensayo Clínico Controlado y Aleatorizado (ECCA), una de las limitaciones que tuvo considerando las recomendaciones del CONSORT fue que el investigador participó directamente en el trabajo de campo y la recolección de los datos, lo cual inevitablemente agrega un grado de sesgo al reporte que debe ser considerado por el lector.

14. Conclusión general

A partir del reporte de resultados de las diferentes fases de la presente investigación es posible concluir que el objetivo general y los objetivos específicos planteados se han alcanzado satisfactoriamente.

La primera fase del proyecto centrada en el desarrollo de una escala psicométrica sobre compasión, fue capaz de proveer un instrumento psicométrico con evidencia de validez para medir el constructo en población mexicana pensado para evaluar los niveles de compasión antes y después de una intervención basada en atención plena compasiva.

El comportamiento de los puntajes de compasión a partir de la implementación de una intervención que hiciera énfasis en este constructo se

encontraba entre las principales variables de interés del presente proyecto de investigación y entre los principales hallazgos de este estudio se encuentra la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en esta medición. Entre las posibles explicaciones de esto se encuentran las siguientes:

1. Es probable que el efecto mediador de la compasión para dejar de fumar tenga un peso relativo mucho menor que el de variables como el afecto negativo, la depresión, ansiedad y la atención plena.
2. Existen datos de investigaciones previas (Gilbert et al., 2011^a; Gilbert et al. 2011b; Gilbert et al. 2013; Gilbert et al. 2014) que indican que la compasión es un constructo que genera miedos y desagrado en la población. Es probable que este fenómeno genere resistencias en la población mexicana que dificulten el incremento rápido y significativo de esta característica en la población.
3. A partir del punto anterior es probable que cualquier intervención que aspire a incrementar los niveles de compasión deba proporcionarse tomando en cuenta las siguientes recomendaciones:
 - a. Tener la compasión como conducta objetivo del programa, no únicamente como una respuesta moderadora del cambio.
 - b. Tener un instrumento que permita identificar el nivel de miedos o resistencias a la compasión que podría existir en un grupo, de manera que antes de iniciar el trabajo terapéutico centrado en incrementar los niveles de compasión, se trabaje en reducir las resistencias y miedos al constructo.
 - c. Diseñar un programa de tratamiento de mayor duración o de mayor intensidad, situación que en el presente proyecto no fue posible ya que solo se trabajó durante 5 semanas con los participantes, esta recomendación puede establecerse con base en el comportamiento de los datos sobre compasión en el presente estudio ya que fue posible observar una tendencia al incremento de los niveles de compasión del grupo experimental al terminar el tratamiento, lo cual permite hipotetizar que esta tendencia habría continuado hasta

registrar niveles estadísticamente significativos de haber proporcionado la intervención durante mas tiempo.

Cabe mencionar que esta investigación es la primera aproximación al estudio de la atención plena y compasión en población fumadora en México, por lo cual es importante continuar investigando la relación entre estas variables.

Durante la segunda fase del proyecto se desarrollo el análisis y adaptación del programa de atención plena y compasión en salud para ser utilizado como una intervención para dejar de fumar, haciendo énfasis en la descripción detallada de los componentes del programa y de las habilidades y conocimientos con los que el terapeuta debe cumplir. Esto permitió que durante la fase tres del proyecto se realizara un análisis de implementación concluyendo que era factible la utilización del tratamiento como un método de cesación tabáquica en población adulta mexicana.

Finalmente durante cuarta fase de la investigación se realizó un estudio comparativo con un número más amplio de participantes que permitiera evaluar los efectos de la intervención en diferentes variables clínicas a través de un seguimiento de tres y seis meses posteriores a la finalización de la intervención. Los resultados de esta fase permitieron concluir que el tratamiento basado en atención plena compasiva no solo es un tratamiento eficaz para dejar de fumar sino que tiene mayor impacto en el logro de la abstinencia tabáquica y proporciona mayores beneficios a la salud mental de las personas que reciben el tratamiento.

Finalmente es importante mencionar que los resultados del presente estudio deben ser considerados como emergentes y no como evidencias definitivas sobre el tema, dentro del cual aún existen muchas líneas de investigación abiertas.

15. Referencias

- Abrams DB, Orleans CT, Niaura RS, Goldstein MG, Prochaska JO & Velicer W (1996) Integrating individual and public health perspectives for treatment of tobacco dependence under managed health care: a combined stepped-care and matching model. *Annals of Behavioral Medicine* 18(4) 290-303.
- Abrams DB, Niaura R, Brown RA, Emmons KM, Goldstein MG & Monti PM (2003). *The tobacco dependence treatment handbook: A guide to best practices*. New York: The Guildford Press.
- Abrams A. & Niaura R. (1987) Social Learning Theory. En H. T. Blane y K. E. Leonard (Eds.) *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. New York: Guilford Press.
- Adams, C. E., L. Benitez, J. Kinsaul, M. Apperson McVay, A. Barbry, A. Thibodeaux, and A. L. Copeland (2013) Effects of Brief Mindfulness Instructions on Reactions to Body Image Stimuli Among Female Smokers: An Experimental Study. *Nicotine and Tobacco Research*, Vol. 15, No. 2, pp. 376–384.
- Ainsworth K., Smith S.E., Zetterstrom T.S., Pei Q., Franklin M. & Sharp T. (1998) Effect of antidepressant drugs on dopamine D1 and D2 receptor expression and dopamine release in the nucleus accumbens of the rat. *Psychopharmacology (Berl)*. 140 470-477
- Alba, Luz Helena, Murillo, Raúl, & Castillo, Juan Sebastián. (2013). Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. *Salud Pública de México*, 55(2), 196-206. Recuperado en 01 de noviembre de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200012&lng=es&tlng=es.
- Allen, N.B., & Knight, W.E.J. (2005). Mindfulness, compassion for self, and compassion for others. Implications for understanding the psychopathology and treatment of depression. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 239–262). London: Routledge.
- Altner, N., "Mindfulness Practice and Smoking Cessation: The Essen Hospital Smoking Cessation Study (Easy)," *Journal for Meditation and Meditation Research*, Vol. 1, 2002, pp. 9–18.

- Ana M, Losa G. & Simón V. (2013) Afrontar el sufrimiento a través de *mindfulness* y la compasión. II Jornada de Humanización y Ética en Atención Primaria. 17, pp. 1-63
- Annis H., & Davis C. (1988) Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial. En: Baker, T., & Cannon, D., Eds. *Assessment and Treatment of Addictive Disorders*. New York: Praeger. pp. 88-112.
- Annis H., & Davis. C., (1991). Relapse Prevention. *Alcohol, Health and Research World*. 15 (3): pp. 204-212
- Armendares, P.E. y L.M. Reynales. 2006. Expansión de la industria tabacalera y contrabando: retos para la salud pública en los países en desarrollo. *Salud Pública de México*. 48 (1): 183-189
- Ashworth F., Gracey F. & Gilbert P. (2011). Compassion focused therapy after traumatic brain injury: theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*. 12, 128–139
- Audrain-McGovern, J., Rodriguez, D., & Kassel, J. D. (2009). Adolescent smoking and depression: evidence for self-medication and peer smoking mediation. *Addiction*, 104(10), 1743-1756.
- Baer J. & Lichtenstein, E. (1988). Classification and prediction of smoking relapse episodes: An exploration of individual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56(1)104-110
- Baer J., Kamarck T., Lichtenstein, E. & Ransom C. (1989). Prediction of smoking relapse: analyses of temptations and transgressions after initial cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57(5):623-627
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction Motivation Reformulated: An Affective Processing Model of Negative Reinforcement. *Psychological Review*, 111(1), 33-51
<http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.111.1.33>
- Bandiera, F. C., Loukas, A., Wilkinson, A. V., & Perry, C. L. (2016). Associations between tobacco and nicotine product use and depressive symptoms among college students in Texas. *Addictive behaviors*, 63, 19–22.
 doi:10.1016/j.addbeh.2016.06.024

- Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist*, 54(7), 462-479. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.54.7.462>
- Barrera-Gutierrez., Diaz-Ayala y Moreno-Coutiño, (2017) Escalas de Felicidad Subjetiva-Duradera (SA-DHS) y Felicidad Subjetiva-Fluctuante (SFHS).En prensa.
- Beaumont EA, Galpin AJ, Jenkins PE (2012). 'Being kinder to myself': a prospective comparative study, exploring posttrauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either cognitive behaviour therapy or cognitive behaviour therapy and compassionate mind training. *Counselling Psychology Review* 27, 31–43.
- Becoña-Iglesias, E. (2003). Tabaco, ansiedad y estrés. *Salud y Drogas*, 3, 70-92.
- Becoña, E., Lista, M.J. Y Frojan, M. (1989). ¿Por qué los sujetos recaen en los tratamientos de dejar de fumar?. *Un estudio exploratorio. Revista Española de Drogodependencias* 14(1):29-37
- Becoña E. & Miguez M. (2004) Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*. (1),1, pp. 99-112
- Benowitz N. (1996) Pharmacology of nicotine: addiction and therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 36, PP. 597-613.
- Bevins, R. A., & Palmatier, M. I. (2004). Extending the Role of Associative Learning Processes in Nicotine Addiction. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(3), 143-158. <http://dx.doi.org/10.1177/1534582304272005>
- Bishop, M., Lau, S., Shapiro, L., Carlson, N.D., Anderson, J., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., and Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230–241
- Blasco, J., Martínez-Raga, J., Carrasco, E. y Dida-Attas, J. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*, 20, 365-376
- Bliss R., Garvey A., Heinold, J. & Hitchcock, J. (1989). The influence of situation and coping on relapse crisis. Outcomes after smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57(3): 443-449

- Boyadjieva N. & Sarkar D. (1997) The secretory response of hypothalamic betaendorphin neurons to acute and chronic nicotine treatments and following nicotine withdrawal. *Life Sci.* 61 pp. 59-66.
- Bouton ME & Moody EW. Memory processes in classical conditioning. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 2004; 28(7):663–674
- Bowen, S., & A. Marlatt (2009) “Surfing the Urge: Brief Mindfulness-Based Intervention for College Student Smokers,” *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol. 23, No. 4, December 2009, pp. 666–671.
- Bonermann, B., & Singer T., (2013) A Cognitive Neuroscience Perspective. The ReSource Model of Compassion. En: Singer, T. & Bolz M., *Compassion. Bridging Practice and Science.* Max Planck Society, Munich, Germany pp. 179-191
- Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology* 52, 199–214.
- Brewer, J. A., Sinha, R., Chen, J. A., Michalsen, R. N., Babuscio, T. A., Nich, C., ... Rounsaville, B. J. (2009). Mindfulness Training and Stress Reactivity in Substance Abuse: Results from A Randomized, Controlled Stage I Pilot Study. *Substance Abuse : Official Publication of the Association for Medical Education and Research in Substance Abuse*, 30(4), 306–317. <http://doi.org/10.1080/08897070903250241>
- Brewer J, Mallik S, Babuscio T, Nich C, Johnson HE, Deleone CM Rounsaville BJ. (2011) Mindfulness training for smoking cessation: Results from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence.* 119(1–2):72–80
- Brewer, J., Elwafi, H., & Davis, J. (2013) Craving to quit: Psychological model and neurobiological mechanisms of mindfulness training as treatment for addictions. *Psychology of Addictive Behaviors.* 27(2), 366-379
- Breslau, N. (1995). Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet*, 25, 95-101.
- Breslau, N., Novak, S. P. & Kessler, R. C. (2004). Daily smoking and the subsequent onset of psychiatric disorders. *Psychol Med*, 34, 323-333.
- Breslau N, Kilbery MM. & Andreski P (1991) Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. *Arch Gen Psychiat.* 48:1069-74.

- Breslau, N., & Johnson, E. O. (2000). Predicting smoking cessation and major depression in nicotine-dependent smokers. *American journal of public health, 90(7)*, 1122–1127. doi:10.2105/ajph.90.7.1122
- Brodbeck, J., Bachmann, M. S., Brown, A. & Znoj, H. J., (2014) Effects of depressive symptoms on antecedents of lapses during a smoking cessation attempt: an ecological momentary assessment study. *Addiction*. 109 pp.1363–1370
- Brown, R. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Wagner, E. F. (1996). Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 35(12), 1602-1610
- Caraveo, J., Colmenares, E. & Saldívar, G. (1999). Estudio epidemiológico de los trastornos depresivos”. *Salud Mental*, 22(2), 7-17.
- Caraveo, Jorge J., & Colmenares, Eduardo (2002). Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico . *Salud Mental*, 25(2), undefined-undefined. [fecha de Consulta 1 de Noviembre de 2019]. ISSN: 0185-3325. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=582/58222502>
- Charlton, A. 2004. Medicinal uses of tobacco in history. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 97 (6):292- 296.
- Cardenas L, Tremblay LK, Naranjo CA, Herrmann N, Zack M. & Busto U.E. (2002) Brain reward system activity in major depression and comorbid nicotine dependence. *J Pharmacol Exp Ther* 2002; 302: 1265-71
- Carter, B. L. and Tiffany, S. T. (1999), Meta-analysis of cue-reactivity in addiction research. *Addiction*, 94: 327-340. doi:[10.1046/j.1360-0443.1999.9433273.x](https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.9433273.x)
- Cahill K, Stead L & Lancaster T. (2007) Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. DOI: [10.1002/14651858.CD006103.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006103.pub2)
- Cahill K., Stevens S., Perera R., & Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: [10.1002/14651858.CD009329.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009329.pub2).
- Carmody, T. (1992). Preventing relapse in the treatment of nicotine addiction: Current issues and future directions. *Journal of Psychoactive Drugs*. 24(2):131-158

- Carrascoza C. (2007). *Terapia Cognitivo Conductual para el Tratamiento de las Adicciones. Fundamentos conceptuales y procedimientos clínicos*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México D.F
- Chiesa A, Malinowski, P. (2011) Mindfulness based approaches: are they all the same?. *Journal of Clinical Psychology*, **67**(4):1–21.
- Chiesa A, & Serretti A. (2014) Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance Use and Misuse*. 49:492–512.
- Cohen, S. & Lichtenstein, E. (1990) Partner behaviors that support quitting smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58(3): 304-309
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). *The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70. doi:10.1177/1529100614531398
- Cox, L. S., Tiffany, S. T., & Christen, A. G. (2001). *Evaluation of the brief questionnaire of smoking urges (QSU-brief) in laboratory and clinical settings. Nicotine & Tobacco Research*, 3(1), 7–16. doi:10.1080/14622200020032051
- Cook, J. W., Spring, B., McChargue, D., & Hedeker, D. (2004). *Hedonic capacity, cigarette craving, and diminished positive mood. Nicotine & Tobacco Research*, 6(1), 39–47. doi:10.1080/14622200310001656849
- Curry S. & McBride, C. (1994) Relapse prevention for smoking cessation: Review and Evaluation of Concepts and Interventions. *Annual Review of Public Health*. 15: 345-366
- Curry S., & Marlatt, G. (1985). Unaided quitters' strategies for coping with temptations to smoke. En: Shiffman S y Wills TA (Eds.) *Coping and Substance Use*. New York: Guilford Press. pp. 243-265
- Curtin J, McCarthy D, Piper M, Baker T. Handbook of implicit cognition and addiction. Sage Publications, Inc; 2006. Implicit and explicit drug motivational processes: A model of boundary conditions; pp. 233–250.
- Covey, L.S., Glassman, A.H., Stetner, F., (1990) Depression and depressive symptoms in smoking cessation. *Compr Psychiatry*. 31,350–354

- Conklin, C. A., Clayton, R. R., Tiffany, S. T., y Shiffman, S. (2004) Introduction to concepts and measurement of the emergence of tobacco dependence: The Tobacco Etiology Research Network. *Addiction*, 99 (1), 1-4.
- Cummings, C., Gordon, J. and Marlatt, G. (1980) Relapse: Prevention and Prediction. In: Miller, W.R., Ed., *The Addictive Behaviors: Treatment of Alcoholism, Drug Abuses, Smoking and Obesity*, Pergamon Press, New York, 291-321
- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2007). *Neural Correlates of Dispositional Mindfulness During Affect Labeling*. *Psychosomatic Medicine*, 69(6), 560–565. doi:10.1097/psy.0b013e3180f6171f
- Dani JA, Radcliffe KA, Pidoplichko VI. Variations in desensitization of nicotinic acetylcholine receptors from hippocampus and midbrain dopamine areas. *Eur J Pharmacol* 2000; 393(1-3):31-38.
- Davidson, R., & Harrington, A. (Eds.). (2002). *Visions of compassion: Western scientists and Tibetan Buddhists examine human nature*. New York, NY: Oxford University Press.
- Davis JM, Fleming MF, Bonus KA, Baker TB. (2007) A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers. *BMC complementary and alternative medicine*. 7:2. [PubMed: 17254362]
- Davis, J. M., D. M. Mills, K. A. Stankevitz, A. R. Manley, M. R. Majeskie, and S. S. Smith, (2013) "Pilot Randomized Trial on Mindfulness Training for Smokers in Young Adult Binge Drinkers," *BMC Complementary and Alternative Medicine*, (13) p. 215.
- Davis, J. M., S. B. Goldberg, M. C. Anderson, A. R. Manley, S. S. Smith, & T. B. Baker (2014a) "Randomized Trial on Mindfulness Training for Smokers Targeted to a Disadvantaged Population," *Substance Use and Misuse*. 49, (5) pp. 571–585. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/10826084.2013.770025>
- Davis, J. M., A. R. Manley, S. B. Goldberg, S. S. Smith, and D. E. Jorenby, (2014b) "Randomized Trial Comparing Mindfulness Training for Smokers to a Matched Control," *Journal of Substance Abuse Treatment*. 47, (3), pp. 213–221.
- De Micheli, A. y R. Izaguirre-Ávila. 2005. Tabaco y tabaquismo en la historia de México y de Europa. *Revista de Investigación Clínica*. 57 (4): 608-613.

- De Granda J., Solano, S., Jareño J., Pérez A., Barrueco M. & Jiménez C. (2006) De la neurobiología de la adicción a la nicotina al tratamiento del tabaquismo. *Progresos terapéuticos. Prev Tab. 8(3): 116-128*
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2001). The relationship between tobacco use, substance-use disorders and mental health: results from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Nicotine & Tobacco Research, 3(3), 225-234.*
- Depue, R. A., & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behavioral and Brain Sciences, 28(3), 313–395.*
- Díaz, J.L. (2007) *La conciencia viviente*. México, D.F., Fondo de Cultura Económica, 625 pp., Segunda edición 2008. ISBN 978-968-16-8352-8.
- Di Clemente C. & Prochaska J. (1982). Self change and therapy change of smoking behavior a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviour 7 (2), 133-42.*
- Dierker, L., & Donny, E. (2008). The role of psychiatric disorders in the relationship between cigarette smoking and DSM-IV nicotine dependence among young adults. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, 10(3), 439–446.* doi:10.1080/14622200801901898
- Diggle, P.J.; Heagerty, P.; Liang, K.Y.; Zeger, S.L. (2002) *Analysis of Longitudinal Data*. Oxford University Press; New York, NY:
- Dongil-Collado, E. (2008). Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés, 14, 265-288.*
- Donovan, D. (1996) Assessment issues and domains in the prediction of relapse. *Addiction. Volume 91, (12) 29–36*
- Donovan, D. & Marlatt, G. (1993) Recent Developments in Alcoholism: Behavioral Treatment. *Recent Developments in Alcoholism. Vol. 11: 397 – 411*
- Drobes D., Meier, E. & Tiffany S. (1994). Assessment of the effects of urges and negative affect on smokers' coping skills. *Behavior Research Therapy. 32(1): 165-174.*

- El-Guebaly N, Cathcart J, Currie S, Brown D & Gloster S. (2002) Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders. *Psychiatr Serv*; 53: 1166-70.
- Eriksen, M., Mackay, J., Schluger, N., Islami, F. & Drope, J. (2015). *The Tobacco Atlas (5th Edition)*. Atlanta, Georgia: American Cancer Society.
- Erskine JA, Georgiou GJ, Kvavilashvili L. I suppress, therefore I smoke: effects of thought suppression on smoking behavior. *Psychological Science* 2010;**21**(9): 1225–30.
- Ekman, P. (2008). *Emotional awareness: overcoming the obstacles to psychological balance and compassion: A conversation between the Dalai Lama and Paul Ekman* (1st ed.). New York: Times Books.
- Fernández-Espejo E. (2002) Bases neurobiológicas de la drogadicción. *Rev Neurol*; 34: 659-64.
- Ferguson S. & Shiffman S. (2009) The relevance and treatment of cue-induced cravings in tobacco dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 36(3):235–243.
- Fiore M.C., Bailey W.C., Cohen, S.J., Dorfman S.F., Goldstein M.G., Gritz E, et al. (2002) *Treating tobacco use and dependence*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services., Public Health Service; 2000.
- Fiore M., Jaén C., Baker T., et al. (2008) *Treating Tobacco Use and Dependence: Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Fowler, J. S., Logan, J., Wang, G. J., & Volkow, N. D. (2003). Monoamine oxidase and cigarette smoking. *Neurotoxicology*. 24(1), 75-82.
- Fluharty M., Taylor A., Grabski M. & Munafò M. (2017) The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research*, (19), 1, pp. 3-13
- Feldner, M. T., Vujanovic, A. A., Gibson, L. E. y Zvolensky, M. J. (2008). Posttraumatic stress disorder and anxious and fearful reactivity to bodily arousal: a test of the mediating role of nicotine withdrawal severity among daily smokers in 12-hr nicotine deprivation. *Exp Clin Psychopharmacol*, 16, 144-155.
- Fleiss J.L. (1986) *The design and analysis of clinical experiments*. New York Wiley

- Gale C, Gilbert P, Read N, Goss K (2014). An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 21, 1–12.
- García, C., (2008) La práctica del «estar atento» (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Aten Primaria*. 40(7):363-6
- García-Leiva, P., Domínguez, J.M. y García, C. (2009). Evaluación del estrés postraumático en mujeres víctimas de malos tratos. *Ansiedad y Estrés*, 15, 29-38.
- Garland EL, Carter K, Ropes K, Howard MO. Thought suppression, impaired regulation of urges, and Addiction-Stroop predict affect-modulated cue-reactivity among alcohol dependent adults. *Biological Psychology* 89;1:87–93
- Garvey, A., Bliss, R., Hitchcock, J., Heinold, J. & Rosne, B. (1992). Predictors of smoking relapse among self-quitters: A report from the normative aging study. *Addictive Behaviors* 17:367-377
- Germer, C. K., & Siegel, R. D. (2012). *Wisdom and compassion in psychotherapy*. New York, NY: Guilford.
- Gilbert, P., & Choden. (2013). *Mindful compassion*. London, UK: Constable-Robinson.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (New edition.). London: Routledge.
- Gilbert P (2009) *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. Constable-Robinson
- Gilbert, P., (2009) Introducing compassion-focused therapy *Advances in Psychiatric Treatment* , 15 (3) 199-208; DOI: 10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Ravis, A. (2011a). *Fears of compassion: Development of three self-report measures. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(3), 239–255. doi:10.1348/147608310x526511
- Gilbert, P., McEwan, K., Gibbons, L., Chotai, S., Duarte, J., & Matos, M. (2011b). *Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(4), 374–390. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02046.x

- Gilbert, P., McEwan, K., Catarino, F., Baião, R., & Palmeira, L. (2013). *Fears of happiness and compassion in relationship with depression, alexithymia, and attachment security in a depressed sample*. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 228–244. doi:10.1111/bjc.12037
- Gilbert, P. et al (2014) 'Fears of Compassion in a Depressed Population Implication for Psychotherapy' *Journal of Depression and Anxiety*, S2 (01)
- Gilbert, P., (2013) *The Flow of Life. An Evolutionary Model of Compassion*. En: Singer, T. & Bolz M., *Compassion. Bridging Practice and Science*. Max Planck Society, Munich, Germany pp. 127-149
- Gilbert P. & Irons C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory* 12, 507–516.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivas, A. (2010). Fears of compassion: development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy*. 84 (3), 239-255. Disponible en línea: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22903867>
- Gilbert P. & Procter S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 13, 353–379.
- Glassman A.H., Helzer J.E., Covey L.S., Cottler L.B., Stetner F., Tipp J.E., & Johnson J. (1990) Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA*. 264: 1546-9.
- Glasgow, R., Klesges, R. & O'Neill, H. (1986). Programming social support for smoking modification: an extension and replication. *Addictive Behaviors*. 11(4):453-457
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An Evolutionary Analysis and Empirical Review. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351–374 Disponible en línea: <http://doi.org/10.1037/a0018807>
- Goodman, E., & Capitman, J. (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics*, 106(4), 748-755.
- Goodspeed, T.H. 1954. *The Genus Nicotiana*. *Chronica Botânica*, Waltham, Mass
- Goldberg, S., Del Re, A., Hoyt, W., & Davis, J., (2014) The Secret Ingredient in Mindfulness Interventions? A Case for Practice Quality Over Quantity. *Journal of Counseling Psychology*. 61 (3): 491–497

- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., ... Kaplan, K. (2004). *Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders*. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 807. doi:10.1001/archpsyc.61.8.807
- Grobe JE, Perkins KA. Behavioral factors influencing the effects of nicotine. En: Piasecki M, Newhouse PA editors. *Nicotine in psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press, 2000; p. 59-81
- Grossman, P. (2013) Kindness and Compassion as Integral to Mindfulness Experiencing the Knowable in a Special Way. En: Singer, T. & Bolz M., *Compassion. Bridging Practice and Science*. Max Planck Society, Munich, Germany pp. 127-149
- Gulliver, S., Hyghes, J., Solomon, L. & Dey, A. (1995). An investigation of self-efficacy, partner support and daily stresses as predictors of relapse to smoking in self-quitters. *Addiction* 90:767-772
- Gyatso, T., (2010) *La meditación paso a paso*. España: Grijalbo
- Gyatso, T. (2004) *Adiestrar la mente*. España: Ediciones Dharma
- Gyatso T. (2001) *An Open Heart: Practising Compassion in Everyday Life* (ed N Vreeland). Hodder & Stoughton.
- Gyatso, T. (H.H. the XIV Dalai Lama) (2001). *Ethics for the new millenium*. New York: Riverhead Trade.
- Hajek P., Stead L., West R., Jarvis M., Hartmann-Boyce J. & Lancaster T. (2013) Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 8. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD003999.pub4.
- Hall, S. M., Muñoz, R. F., Reus, V. I., Sees, K. L., Duncan, C., Humfleet, G. L., & Hartz, D. T. (1996). Mood management and nicotine gum in smoking treatment: A therapeutic contact and placebo-controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 1003-1009. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.1003>
- Hasin, D. S., Fenton, M. C., & Weissman, M. M. (2011). Epidemiology of depressive disorders. *Textbook in Psychiatric Epidemiology* (pp. 289–309): John Wiley & Sons, Ltd.

- Hartmann-Boyce J., Lindsay F., Stead, Cahill K., & Lancaster T. (2013) *Efficacy of interventions to combat tobacco addiction*. Cochrane update of 2013 reviews. 109, (9) 1414–1425. DOI: 10.1111/add.12633
- Havermans R., Debaere S., Smulders F., Wiers R., Jansen A. (2003) Effect of cue exposure, urge to smoke, and nicotine deprivation on cognitive performance in smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*. 17(4): 336–339
- Havassy, B., Hall, S. & Wasserman, D. (1991). Social support and relapse: commonalities among alcoholics, opiate users and cigarette smoking. *Addictive Behaviors* 16(5):235-246
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford
- Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J.L., and Pistorello, J. (2011). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 10.1016/j.beth.2009.08.002
- Hayes, S.C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., and Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25
- Heather N., Rollnick S., & Winton, M. (1983) Comparison of objective and subjective measures of alcohol dependence as predictors of relapse following treatment. *British Journal of Clinical Psychology* 22: 11-17
- Heatherton TF & Wagner DD. (2011) Cognitive neuroscience of self-regulation failure. *Trends in Cognitive Sciences*;15: 132–9.
- Hernandez-Lopez M., Luciano M., Bricker J., Roales-Nieto J. & Montesinos F. (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(4):723–730. [PubMed: 20025380]
- Heppner, W. L., Spears, C. A., Correa-Fernández, V., Castro, Y., Li, Y., Guo, B., ... Wetter, D. W. (2016). Dispositional Mindfulness Predicts Enhanced Smoking Cessation and Smoking Lapse Recovery. *Annals of Behavioral Medicine*: A

Publication of the Society of Behavioral Medicine, 50(3), 337–347.
<http://doi.org/10.1007/s12160-015-9759-3>

Herrero, F. J. y Moreno, J. (2004). Tratamientos combinados del tabaquismo: psicológicos y farmacológicos. *Adicciones*, 16, 285- 301.

Huston-Lyons, D., & Kornetsky, C. (1992). Effects of nicotine on the threshold for rewarding brain stimulation in rats. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 41(4), 755-759. [http://dx.doi.org/10.1016/0091-3057\(92\)90223-3](http://dx.doi.org/10.1016/0091-3057(92)90223-3)

Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JIE, & Dahlgren LA. (1986) Prevalence of smoking among psychiatry outpatients. *Am J Psychiat.* 143: 993-7.

Hughes, J.R. (2007) Depression during tobacco abstinence. *NicotineTob.Res.* 9, 443–446.

Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. (2005) Nortriptyline for smoking cessation: a review. *Nicotine Tobacco Research.* 7(49) 1-9

Hymowitz N., Cummings K., Hyland A., Lynn W., Pechacek & Hartwell, T. (1997) Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. ***Tobacco Control*** 6(5):57-62

Hatsukami, D., Ebbert, J., Anderson, A., Lin, H., Le, C. & Hecht, S. (2007). Smokeless tobacco brand switching: A means to reduce toxicant exposure? *Drug and Alcohol Dependence*, 87, 217-224

Hosseinzadeh Asl, Navidreza et al.(2014) Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Co-Morbid Depression in Drug-Dependent Males. *Archives of Psychiatric Nursing.* Volume 28 , Issue 5 , 314 - 318

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537–559

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2017) **Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco.** Reynales- Shigematsu LM. Zavala-Arciniega L, Paz-Ballesteros WC, Gutiérrez-

Torres DS, García-Buendía JC, Rodríguez-Andrade MA, Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM;

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2016). Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2015. México. Secretaría de salud-Comisión Nacional Contra las Adicciones. Disponible en:
http://omextad.salud.gob.mx/contenidos/encuestas/gats2015/ENCUESTA_GATS_2015.pdf

Jiménez, L. ; Bascaran M ; Garcíaportilla, M.; Saíz, P. ; Bosusoño, M.; Bobes J. (2004) La nicotina como droga. *ADICCIONES*. 16 (2) Recuperado el 21 de agosto de 2013 de:
http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2004/2004_Jimenez_Nicotina.pdf

Jochelson, K. (2006). Clearing the air: debating smoke-free policies in psychiatric units. UK: King's Fund.

Judge L, Cleghorn A, McEwan K, Gilbert P (2012). An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy* 5, 420–429

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31

Kabat-Zinn, J. (2003). "Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future". En *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 144-156.

Kalivas, P.W., Churchill, L., Klitenick, M.A. (1993) GABA and enkephalin projection from the nucleus accumbens and ventral pallidum to the ventral tegmental area. *Neuroscience*. 57, 1047-1060.

Kandel, D. B., & Davies, M. (1986). Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 43(3), 255-262.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800030073007>

- Kamarck, T. & Lichtenstein, E. (1988). Program adherence and coping strategies as predictors of success in an smoking treatment program. *Health Psychology*. 7(6): 557-74
- Karan LD, Rosecrance JAL. Addictive capacity of nicotine. En: Piasecki M, Newhouse PA editors. *Nicotine in psychiatry*. Washington, DC, American Pshyhiatric Press, 2000; p. 83-107.
- Kassel JD, Yates M, Brown RA. Baseline reaction time predicts 12-month smoking cessation outcome in formerlydepressed smokers. *Psychol Addict Behav* 2007; 21(3):415-419.
- Kessler, R. C., & Üstün, T. B. (Eds.). (2008). *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders* (pp. 1-580). New York: Cambridge University Press.
- Kelly, C., & McCreddie, R. (2000). Cigarette smoking and schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(5), 327-331.
- Kelly AC, Zuroff DC, Foa CL & Gilbert P (2010). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 29, 727–755
- Kelly AC, Zuroff DC & Shapira LB (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: the treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*. 33, 301–313.
- Khanna, S., & Greeson, J. M. (2013). A narrative review of yoga and mindfulness as complementary therapies for addiction. *Complementary therapies in medicine*, 21(3), 244–252. doi:10.1016/j.ctim.2013.01.008
- Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, Chapleau MA, Paquin K & Hofmann SG. (2013) Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 33(6):763-71
- Khoury B, Sharma M, Rush S, et al. (2015) Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2015; 78(6):519-28.
- Klainin-Yobas P, Cho MA, Creedy D. (2012) Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 49(1):109-21.

- Kober, H., Kross, E.F., Mischel, W., Hart, C.L. y Ochsner, K.N. (2010). Regulation of craving by cognitive strategies in cigarette smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 106, 52-55.
- Kristeller J & Wolever R. (2011) Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eat Disor.* 2011; 19:49– 61.
- Kristeller J & Wolever R. (2012) Sheets V. Mindfulness-based eating awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A randomized clinical trial. *Mindfulness*.2012; 3(4).
- Kumari, V., & Postma, P. (2005). *Nicotine use in schizophrenia: The self medication hypotheses Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(6), 1021–1034. doi:10.1016/j.neubiorev.2005.02.006
- Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, Hayes R, Huijbers M, Ma H, Schweizer S, Segal Z, Speckens A, Teasdale JD, Van Heeringen K, Williams M, Byford S, Byng R, Dalgleish T. (2016) Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive RelapseAn Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*. 73(6):565–574.
- Lancaster T. & Stead LF. (2017) Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub3. Disponible en: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001292.pub3/abstract>
- Laithwaite H, O'Hanlon M, Collins P, Doyle P, Abraham L, Porter S, Gumley A (2009). Recovery after psychosis (RAP): a compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 37, 511–526
- Lando HA, McGovern PG, Barrios FX, Etringer BD. (1990) Comparative evaluation of American Cancer Society and American Lung Association smoking cessation clinics. *Am J Public Health*. 80(5):554–559
- Langdon, K.J., Leventhal, A.M., Stewart, S., Rosenfield, D., Steeves, D., & Zvolensky, M.J., (2013) Anhedonia and anxiety sensitivity: prospective relationships to nicotine withdrawal symptoms during smoking cessation. *J.Stud.AlcoholDrugs*. 76, 469–478.

- Lamm, C., Decety, J., and Singer, T. (2011). Metaanalytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *Neuroimage* 54, 2492–2502.
- Lara Hilton, MPH1 & Susanne Hempel, PhD1 & Brett A. Ewing, MS1 & Eric Apaydin, MPP1 & Lea Xenakis, MPA1 & Sydne Newberry, PhD1 & Ben Colaiaco, MA1 & Alicia Ruelaz Maher, MD1 & Roberta M. Shanman, MS1 & Melony E. Sorbero, PhD1 & Margaret A. Maglione, MPP1 (2017) Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Ann. Behav. Med.* 51:199–213
- Lazev, A. B., Herzog, T. A., & Brandon, T. H. (1999). Classical conditioning of environmental cues to cigarette smoking. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 7(1), 56-63 <http://dx.doi.org/10.1037/1064-1297.7.1.56>
- Lavolette, S., van der Kooy, D. (2004) The neurobiology of nicotine addiction: bridging the gap from molecules to behaviour. *Nat Rev Neurosci* 5, 55–65 doi:10.1038/nrn1298
- Lawton K. (1999) *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 34*. Department of health and human services Public Health Service Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment Rockwall II.
- Law M. & Tang J. (1995) An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Archives of Internal Medicine*. 155(18):1933–1941. [PubMed: 7575046]
- Leknes, S. & Tracey, I. (2008) A common neurobiology for pain and pleasure. *Nat Rev Neurosci* 9, 314–320 doi:10.1038/nrn2333
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927–945. <http://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
- Ledesma, D., & Kumano, H. (2009). *Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis*. *Psycho-Oncology*, 18(6), 571–579. doi:10.1002/pon.1400
- Leighton, T.D. (2003). *Faces of compassion: Classic Bodhisattva archetypes and their modern expression*. Boston: Wisdom

- Leventhal, A.M., Ramsey, S.E., Brown, R.A., La Chance, H.R., Kahler, C.W. (2008) Dimensions of depressive symptoms and smoking cessation. *Nicotine Tob Res.* 10,507–517.
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A. y Bernstein, A. (2008). Anxiety sensitivity and smoking motives and outcome expectancies among adult daily smokers: replication and extension. *Nicotine Tob Res*, 10, 985-994.
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A. Johnson, K. y Gregor, K. (2009). Perceived physical health and heart-focused anxiety among daily adult cigarette smokers: Associations with affect-relevant smoking motives and outcome expectancies *Cogn Behav Ther*, 1-13.
- Lichtenstein, E., Weiss, S., Hitchcock, J., Leveton, L., , K. & Prochaska, J. (1986) Patterns of smoking relapse. *Health Psychology* 5:29-40
- Litman, G. (1986). Alcoholism survival: The prevention of relapse. En W. Miller & N. Heather (Eds). *Treating Addictive Behaviors*. (pp. 391-405). New York: Plenum Press
- Lindson-Hawley N., Thompson T. & Begh R. (2015) Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.
- Longabaugh R, Magill M. Recent Advances in Behavioral Addiction Treatments: Focusing on Mechanisms of Change. *Current Psychiatry Reports*. 2011; 13(5):382–389
- López T., A & Moreno C., A.B. (2019). Escala de Compasión (ECOM) para población mexicana. *Psicología y Salud*, 29(1), 25-32..
- López-Maya E., Hernández-Pozo MR., Méndez-Segundo L., Gutiérrez-García J., Araujo-Díaz D., Nuñez-Gazcón A., Cervantes-Sampayo L., Nava-Alcántara S., Bautista L., & Hölzel K. (2015). Psychometric Properties of the Mexican Version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 9(1), 13-27. Retrieved February 06, 2020, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862015000100002&lng=en&tlng=en.
- Lucre KM, Corten N (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy* 86, 387–400

- Lutz A, Slagter HA, Dunne JD, Davidson RJ. Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences* 2008;**12**(4):163–9
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., & Davidson, R.J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise, *PLOS ONE* 3, no. 3: doi:10.1371/journal.pone.0001897.
- Ma S & Teasdale J. (2004) Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol.* 72:31-40.
- McCarthy, D. E., Curtin, J. J., Piper, M. E., & Baker, T. B. (2010). Negative reinforcement: Possible clinical implications of an integrative model. In J. D. Kassel (Ed.), *Substance abuse and emotion* (pp. 15-42). Washington, DC, US: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/12067-001>
- Mae, C., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I. & Dongil, E., (2009) Ansiedad y Tabaco. *Intervención Psicosocial.* (18) 3, pp. 213-231
- Maglione M., Ruelaz A., Ewing B., Colaiaco B., Newberry S., Kandrack R., Shanman R., Sorbero M, & Hempel S., (2017) Efficacy of mindfulness meditation for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors* 69 (2017) 27–34
- Maldonado R. (2010) *La adicción a la nicotina: el sistema cannabinoide como nueva diana terapeutica.* Laboratorio e Neurofarmacología Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida Universidad Pompeu Fabra Barcelona
- Mañas, I., Franco, C., Faisey, M., (2009) Mindfulness and psychology: Foundations and terms in Buddhist psychology. *Web de Medicina y Psicología.*
- Marlatt G. & Gordon J. (1980) Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En: Davidson, P.& Davidson, S., Eds. *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles.* New York: Brunner / Mazel. pp. 410-452
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford.
- Marlatt GA, Gordon JR. In: Behavioral Medicine: Changing health lifestyles. Davidson PO, Davidson SM, editor. New York: Brunner/Mazel; 1980. Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change; pp. 410–452.

- Marlatt G., Donovan D., (2008) *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours*. 2nd Edition. New York: Guilford Press
- Marshall, E. C., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Gibson, L. E., Gregor, K. y Bernstein, A. (2008) Evaluation of smoking characteristics among community- recruited daily smokers with and without posttraumatic stress disorder and panic psychopathology. *J Anxiety Disord*, 22, 1214-1226.
- Martínez, M. 1979. Catálogo de Nombres Vulgares y Científicos de Plantas Mexicanas. 1ª. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
- Mayhew SL, & Gilbert P (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: a case series report. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 15, 113–138.
- McGehee, D.S., Heath, M.J., Gelber, S., Devay, P., Role, L.W., (1995) Nicotine enhancement of fast excitatory synaptic transmission in CNS by presynaptic receptors. *Science*. 269, 1692-1696.
- McIntyre K., Lichtenstein E., & Mermelstein R. (1983) Self-efficacy and relapse in smoking cessation: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51(4): 632-633
- Meda, R., Herrero, M., Blanco-Donoso, L., Moreno-Jiménez, B., & Palomera, A., (2015) Propiedades psicométricas del “cuestionario de cinco facetas de la conciencia plena” (five facet mindfulness questionnaire, ffmq-m) en México. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 23 (3) pp. 467-487
- Méndez M., Urdapilleta E. & Sansores R. (2010) Historia, trayectoria y alcances de los tratamientos para dejar de fumar en México. En: Medina-Mora ME (Coord.), *Tabaquismo en México ¿cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año?* México: Colegio Nacional. pp. 575-607
- Meneses-González, F., M. Márquez-Serrano, J. Sepúlveda-Amor y M. Hernández-Ávila. 2002. La industria tabacalera en México. *Salud Pública de México*. 44 (1):161-169.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, M. C., Rojas, E., Fleiz, C., ... & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Estudio de los trastornos mentales en México: resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental. En: Rodríguez J., Kohn R., Aguilar-Gaxiola S. (Eds.) *Epidemiología de la salud mental en Latinoamérica y el Caribe*. Washington, DC: PAHO (Organización Panamericana de la Salud), 79-89.

- Mermelstein, R. & Lichtenstein, E. (1983). Slips versus relapses in smoking cessation. *Western Psychological Association paper meeting*. San Francisco
- Miller NS, Gold MS (1994) Dissociation of “conscious desire” (craving) from and relapse in alcohol and cocaine dependence. *Annals of Clinical Psychiatry*;6(2):99–106.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Mitchell, J. P. (2009). Inferences about mental states. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364(1521), 1309–1316.
- Moreno A. & Coutiño B. (2012) *Nicotiana tabacum L., USOS Y PERCEPCIONES*. *Etnobiología* 10 (2), Recuperado el 21 de agosto de 2013, de: <http://www.asociacionetnobiologica.org.mx/mx2/images/documents/revista%2010-2/Moreno-Coutino%20y%20Coutino%20Bello.pdf>
- Moreno-Coutiño, AB & Medina Mora, ME (2008) Tabaquismo y depresión. *Salud Mental*. 31 (5)
- Moreno-Coutiño, A. (2012) Terapias Cognitivo-Conductuales de Tercera Generación (TTG): la Atención Plena / Mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-17.
- Moreno-Coutiño, A., & Villalobos-Gallegos, L. (2017). *Psychometric Properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Sample of Mexican Smokers*. *Journal of Addictions Nursing*, 28(1), 27–33. doi:10.1097/jan.000000000000156
- Morissette, S. B., Tull, M. T., Gulliver, S. B., Kamholz, B. W., & Zimering, R. T. (2007). Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: a critical review of interrelationships. *Psychological bulletin*, 133(2), 245
- Moreno J. & Herrero F. (2000) Factores asociados al éxito en programas para dejar de fumar. *Adicciones* 12(1): 35-36
- Moser A, & Annis H. (1996) The role of coping in relapse crisis outcome: a prospective study of treated alcoholics. *Addiction*. 91 (8):1101-13.

- Morissette SB, Palfai TP, Gulliver SB, Spiegel DA, Barlow DH. (2005) Effects of transdermal nicotine during imaginal exposure to anxiety and smoking cues in college smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*. 19(2):192–198
- Muñoz M., Sanjuan R., Fernández-Santaella, M., Vila J. & Montoya P., (2011) Aspectos neuropsicológicos del craving por la nicotina. *Adicciones*. 23 (2) pp. 111 123
- Muraven, M., & Baumeister, R. F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin*, 126(2), 247-259.
- Murphy, C. M., & MacKillop, J. (2014). Mindfulness as a strategy for coping with cue-elicited cravings for alcohol: an experimental examination. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 38(4), 1134–1142. doi:10.1111/acer.12322
- Niaura R., Shadel WG, Britt DM, Abrams DB. (2002) Response to social stress, urge to smoke, and smoking cessation. *Addict Behav.* 27(2) pp. 241-50.
- Niaura R, Sayette M, Shiffman S, Glover ED, Nides M, Shelanski M, Sorrentino J. (2005) Comparative efficacy of rapid-release nicotine gum versus nicotine polacrilex gum in relieving smoking cueprovoked craving. *Addiction*. 100(11):1720–1730
- Niaura, R. (2008). Nonpharmacologic Therapy for Smoking Cessation: Characteristics and Efficacy of Current Approaches. *American Journal of Medicine*, 121, S11-S19
- NIDA (2010) *Adicción al tabaco*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco>
- Nides M., Gonzales D., Tashkin D., Rakos, R., Murray, R., Bjornson-Benson, W., Lindgren P. & Conett, J. (1995). Predictors of initial smoking cessation and relapse though the first 2 years of the Lung Health Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63(1):60-69.
- Nikaya, M. (2500 A.C.). *Satipatthana Sutta, Sutta n°10. El Sutra de los fundamentos de la atención*. Recuperado de <http://www.librosbudistas.com/descargas/SATI.htm>
- Neff K. (2003) Self-compassion. An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2: 85–102.
- Neff, K. (2011). *Self-Compassion*. Hodder & Stoughton.

- O'Connell, K. & Martin E. (1987). Highly tempting situations associated with abstinence, temporary lapse and relapse among participants in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55:367-371
- O'Connell, K. (1990) Smoking cessation: research on relapse crisis. *Annual Review of Nursing Research* 8:83-100
- O'Connell K., Gerkovich, M., Cook, M., Shiffman S., Hickox, M. & Kakolewski K. (1998). Coping in real time: using Ecological Momentary Assessment techniques to assess coping with the urge to smoke. *Research in Nursing and Health* 21(6):487- 497
- Ockene, J., Emmons, K., Mermelstein, R., Perkins, K., Bonollo, D., Voorhees, C. & Hollis, J. (2000). Relapse and maintenance issues for smoking cessation *Health Psychology* 19 (1): 17-31
- Oikonomou M., Arvanitis M., & Sokolove R. (2016). Mindfulness training for smoking cessation: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of health psychology*, doi: 1359105316637667
- Olausson, P., Jentsch, J. D., & Taylor, J. R. (2004). *Nicotine enhances responding with conditioned reinforcement. Psychopharmacology*, 171(2), 173–178. doi:10.1007/s00213-003-1575-y
- Ozawa-de Silva B., Dodson-Lavelle B., Raison C. & Negi L., (2012) Compassion and Ethics: Scientific and Practical Approaches to the Cultivation of Compassion as a Foundation for Ethical Subjectivity and Well-Being. *Journal of Healthcare. Science and the Humanities*. Volume II, No. 1
- Organización Mundial de la Salud, WHO (2015) INFORME OMS SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE TABAQUISMO. Recuperada de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181425/WHO_NMH_PND_15.5_spa.pdf;jsessionid=E1AB3C7D9670BAD9D281FBD0ED24C3FD?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2013) Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas Américas.
- Ossip-Klein D., Bigelow G., Parker S., Curry S., Hall S.M. & Kirkland S. (1986). Task Force 1: Classification and assessment of smoking behavior. *Health Psychology* 5: 3-11
- Ortega y Gasset J (2004). *Obras completas*, Vol. I. Ed. Taurus/Fundación, p. 757.

- Panksepp, J. (2006). The core emotional systems of the mammalian brain: The fundamental substrates of human emotions. In J. Corrigan, H. Payne, & H. Wilkinson (Eds.), *About a body: Working with the embodied mind in psychotherapy*. Hove, UK & New York: Routledge
- Pascual, P.F. y S. Vicéns. 2004. Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco. *Adicciones*. 16 (2):13-24.
- Parrott AC. (1999) Does cigarette smoking cause stress? *Am Psychol* 1999; 54: 817-20.
- Parrott AC & Garnham NJ (1998) Comparative mood states and cognitive skills of cigarette smokers, deprived smokers and nonsmokers. *Human Psychopharmacol*. 13: 367-76
- Pichon-Riviere A, Reynales-Shigematsu L M, Bardach A, Caporale J, Augustovski F, Alcaraz A, Caccavo F, Sáenz de Miera-Juárez B, Muños-Hernández J A, Gallegos-Rivero V, Hernández-San Román E. (2013) *Carga de Enfermedad Atribuible al Tabaquismo en México*. Documento Técnico IECS N° 10. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires. Disponible en: <http://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Carga-de-enfermedad-tabaquismo-Mexico-AGO2013-IECS-Doc-Tec-N%C2%B0-10-1.pdf>
- Pérez-Álvarez M. (2012) Third-generation therapies: Achievements and challenges, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol 12 (2), pp 291-310.
- Pérez M. & Botella L. (2006) Conciencia plena (*mindfulness*) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *REVISTA DE PSICOTERAPIA*. (17) pp. 77-120
- Pérez N. & Pérez H. (2007) NICOTINA Y ADICCIÓN: UN ENFOQUE MOLECULAR DEL TABAQUISMO. *Rev haban cienc méd* v.6 n.1
- Perkins, K. A., Karelitz, J. L., Conklin, C. A., Sayette, M. A., & Giedgowd, G. E. (2010). Acute negative affect relief from smoking depends on the affect situation and measure but not on nicotine. *Biological psychiatry*, 67(8), 707–714. doi:10.1016/j.biopsych.2009.12.017
- Phillips, A., & Taylor, B. (2009). *On kindness*. London, UK: Hamish Hamilton Press.
- Piasecki M. Smoking, nicotine, and mood. En: Piasecki M, Newhouse PA editors. *Nicotine in psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000. p. 131-47.

- Piet J, Hougaard E. (2011) The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.*; 31(6):1032-40.
- Pierzchala, K., Houdi, A.A. (1987) Van Loon, G.R. Nicotine-induced alterations in brain regional concentrations of native and cryptic Met- and Leu-enkephalin. *Peptides*. 8, 1035-1043.
- Pidoplichko VI, DeBiasi M, Williams JT, Dani JA. Nicotine activates and desensitizes midbrain dopamine neurons. *Nature* 1997; 390(6658):401- 404.
- Pontieri, F.E., Passarelli, F., Calo, L. & Caronti, B. (1998) Functional correlates of nicotine administration: similarity with drugs of abuse. *J Mol Med*. 76 193-201.
- Pontieri, F.E., Tanda, G., Orzi, F. & Di Chiara, G. (1996) Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity to those of addictive drugs. *Nature*. 382 255-257.
- Poirier, M. F., Canceil, O., Baylé, F., Millet, B., Bourdel, M. C., Moatti, C., ... & Attar- Lévy, D. (2002). Prevalence of smoking in psychiatric patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 26(3), 529-537.
- Poorolajal J, Darvishi N (2016) Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 11(7): e0156348. doi:10.1371/journal.pone.0156348
- Padrós Blázquez, F., Gutiérrez Hernández, C., & Medina Calvillo, M. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(02), 223-232. doi:<http://dx.doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04>
- Prochaska J, DiClemente C. Transactional therapy: toward a more integrative model of change. En: *Psichoterapy: theory, research and practice* 1982; 19:276-288
- Quesada, M. Carreras, J.M., & Sánchez, L. (2002) Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *ADICCIONES*. 14 (1) pp. 65-78
- Rahman, M., Nakamura, K., Seino, K., & Kizuki, M. (2015). Do Tobacco Smoking and Illicit Drug/Alcohol Dependence Increase the Risk of Mental Disorders Among Men? Evidence from a National Urban Bangladeshi Sample. *Perspectives in psychiatric care*, 51(1), 16-27.

- Ramos-Cejudo, J. y Cano-Vindel, A. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de trastorno por ansiedad generalizada: el componente metacognitivo. *Ansiedad y Estrés*, 14, 305- 319.
- Regalado J. (2010) Tratamiento Médico del Tabaquismo. En: Medina-Mora ME (Coord.), *Tabaquismo en México ¿cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año?* México: Colegio Nacional. pp. 449-489
- Revel, JF. & Ricard, M., (1998) El monje y el filósofo. Ediciones Urano. España
- Ricard, M. & Xuan, T., (2001) El infinito en la palma de la mano. Del big bang al despertar. Ediciones Urano. España.
- Rimpoché, Sogyal (2012). *La gran paz natural*. Recuperado de: <http://www.budismotibetano.net/portal/index.php/tesoros-del-dharma-textos-34/enseas-textos-52/273-la-gran-paz-natural-por-sogyal-rimpoch>. (2012).
- Ringu Tilku Rinpoche & Mullen, K. (2005). The Buddhist use of compassionate imagery in Buddhist mediation. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 218–238). London: Brunner-Routledge.
- Ricard, M. (2005). *En defensa de la felicidad*. Barcelona, España: Urano.
- Rinpoche, Patrul. (2012) Las Palabras de mi Maestro Perfecto. Barcelona, España: Editorial Kairos.
- Rubio, H. & Rubio, A. (2006) Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo. *REVISTA DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS*. 19(4); 297-300
- Ribeiro, E.B., Bettiker, R.L., Bogdanov, M. & Wurtman, R.J. (1993) Effects of systemic nicotine on serotonin release in rat brain. *Brain Res*. 621 311-318.
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2003). *Addiction. Annual Review of Psychology*, 54(1), 25–53. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145237
- Robinson TE & Berridge KC. (2008) Review. The incentive sensitization theory of addiction: some current issues. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*. 363(1507):3137–46.
- Robles, R. & Páez, F. (2003) Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*. 26 (1) pp. 69-75

- Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F. (2001) Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Rev Mex Psicol*;18:211-8.
- Rogojanski, J., L. C. Vettese, & M. M. Antony (2011) "Coping with Cigarette Cravings: Comparison of Suppression Versus Mindfulness-Based Strategies," *Mindfulness*, Vol. 2, No. 1, March 2011a, pp. 14–26.
- Romo-Nava, R. & Patiño-Durán, L. R. (2012). Ciclo vital y salud mental. En De la Fuente, J. R. y Heinze, G. (Eds). *Salud Mental y medicina psicológica*. México: McGraw Hill.
- Rösner S, Willutzki R, Zgierska A. Mindfulness-based interventions for substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 6. Art. No.: CD011723. DOI: 10.1002/14651858.CD011723
- Ruscio, A. C., C. Muench, E. Brede, and A. J. Waters, "Effect of Brief Mindfulness Practice on Self-Reported Affect, Craving, and Smoking: A Pilot Randomized Controlled Trial Using Ecological Momentary Assessment," *Nicotine Tobacco Research*, April 11, 2015. Disponible en: <http://ntr.oxfordjournals.org/content/early/2015/04/23/ntr.ntv074.full.pdf>
- Sánchez-Paquini, E. M. y Moreno-Coutiño, A. (En prensa). Efectos del tratamiento de atención plena y compasión sobre ansiedad, calidad de vida y asma. *Psicología y Salud*, 27(2)
- Sanz B., Camaralles F. & De Miguel J. (2006) Manejo de las recaídas en la deshabitación tabáquica. *Rev Clin Esp*. 206(3):150-2
- Sansores RH, Espinosa AM. (1999) Programa Cognitivo-Conductual de la Clínica para dejar de Fumar. México: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
- Sansores R., Ramírez-Venegas A., Espinosa-Martínez M. & Sandoval R., (2002) Tratamientos para dejar de fumar, disponibles en México. *Salud Pública de México*. 44, (1)
- Salín-Pascual RJ, Rosas M, Jiménez-Genchi A, Rivera-Meza BL & Delgado-Parra V. (1996) Antidepressant effect of transdermal nicotine patches in nonsmoking patients with major depression. *J Clin Psychiat*. 57: 387-9
- Saloma, G.A. 2003. Tres historias en torno a la industria del tabaco: España, México y Cuba. De la manufactura artesanal a la maquinación. *Cuicuilco*, 10 (23) 20

- Scott D, Hiroi N. (2010) Emergence of dormant conditioned incentive approach by conditioned withdrawal in nicotine addiction. *Biological Psychiatry*. 68(8):726–732
- Schneider, F., Bermpohl, F., Heinzl, A., Rotte, M., Walter, M., Tempelmann, C., Wiebking, C., Dobrowolny, H., Heinze, H. J., & Northoff, G. (2008). The resting brain and our self: Self-relatedness modulates resting state neural activity in cortical midline structures. *Neuroscience*, 157(1), 120–131.
- Seig, L. 1963. The spread of tobacco: a study in cultural diffusion. *The Professional Geographer*.10 (1): 17-21
- Shantideva (2008) *La Práctica del Bodhisatva. Una traducción del Bodicharyavatara*. Alicante: Ediciones: Dharma
- Shiffman S. (1993) Smoking cessation treatment: any progress?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993; 61:718–718. [PubMed: 8245269]
- Shiffman S., Hickox M., Paty, J., Gnys, M., Kassel, JD. & Richards D, (1996a). Progression from a smoking lapse to relapse: prediction from abstinence violation effects, nicotine dependence, and lapse characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64(5): 993-1002.
- Shiffman S., Paty, J., Gnys, M., Kassel, J., & Hickox, M. (1996b). First lapses to smoking: withinsubjects analysis of real-time reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64(2): 366-379.
- Shiffman S., Hickcox M., Paty J., Gnys M., Richards T. & Kassel, J. (1997). Individual differences in the context of smoking relapse episodes. *Addictive Behaviors* 22(6): 797-811
- Shiffman, S. (1982) Relapse following smoking cessation: A situational analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50:71-86
- Shiffman, S. (1986) A cluster analytic classification of smoking relapse episodes. *Addictive Behaviors* 11:295- 307.
- Shiffman S, Shadel WG, Niaura R, Khayrallah MA, Jorenby DE, Ryan CF, Ferguson CL. (2003) Efficacy of acute administration of nicotine gum in relief of cue-provoked cigarette craving. *Psychopharmacology (Berl)*. 166(4):343–350

- Shiffman, S., & Waters, A. J. (2004). Negative Affect and Smoking Lapses: A Prospective Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 192-201. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.192>
- Suhler CL, Churchland PS. Control: conscious and otherwise. *Trends in Cognitive Sciences*. 2009;13(8):341–347. doi: 10.1016/j.tics.2009.04.010.
- Shytle RD & Silver AA (1996) Sanberg PR. Nicotine, tobacco and addiction. *Nature*. 384(6604):18-19
- Singer, T. & Kilmecki, O. M. (2014) Empathy and compassion. *Current Biology*. 24 (18) 875-878. Disponible en línea: [http://www.cell.com/current-biology/abstract/S0960-9822\(14\)00770-2](http://www.cell.com/current-biology/abstract/S0960-9822(14)00770-2)
- Singh, N. N., Lancioni, G. E, Myers, R. E., Karazsia, B. T., Winton, A. S. & Singh, J., (2014) “A Randomized Controlled Trial of a Mindfulness-Based Smoking Cessation Program for Individuals with Mild Intellectual Disability,” *International Journal of Mental Health and Addiction*. 12,(2) pp. 153–168.
- Simkin, D. & Black, N., (2014). *Child and Adolescent Psychiatric Clinics* , Volume 23 , Issue 3 , 487 - 534
- Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al. (2004) Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. DOI: [10.1002/14651858.CD000146.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000146.pub2)
- Sistema Integrado de Información Taxonómica. 2010. *Nicotiana tabacum*, ficha informativa. Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad. Disponible en: <http://www.conabio.gob.mx/malezasdemexico/solanaceae/nicotiana> (verificado 18 de agosto de 2011)
- Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D., CONSORT Group (2010). CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ (Clinical research ed.)*, 340, c332. [doi:10.1136/bmj.c332](https://doi.org/10.1136/bmj.c332)
- Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, AC. (2005) Guías Mexicanas para el Tratamiento del Tabaquismo. Un Consenso Nacional de Expertos. *NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX*. 64 (2)
- Stead LF, Carroll AJ, & Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.:

CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub3. Disponible en:
<http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001007.pub3/abstract>

Stead L. & Lancaster T. (2012) Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. Art. No.: CD009670. DOI: 10.1002/14651858.CD009670.pub2.

Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. (2016) Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.*, Issue 3. Art. No.: CD008286. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub3.

Stefan G. Hofmann, Alice T. Sawyer, Ashley A. Witt, and Diana Oh (2010) The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *J Consult Clin Psychol.* 78(2): 169–183

Tang, Y. Y., Tang, R., & Posner, M. I. (2013). Brief meditation training induces smoking reduction. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(34), 13971–13975.

Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., Aveyard, P., (2014) Change in mental health after smoking cessation: systematic review and metaanalysis. *BMJ.* 348,1151

Taylor, A. E., Fluharty, M. E., Bjørngaard, J. H., Gabrielsen, M. E., Skorpen, F., Marioni, R. E., ... & Linneberg, A. (2014a). Investigating the possible causal association of smoking with depression and anxiety using Mendelian randomisation metaanalysis: the CARTA consortium. *BMJ open*, 4(10), e006141.

Teasdale J, Segal Z, Williams J, et al. (2000) Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol.* 70:275-287.

Tempa G. (1990) *Lam Rim. El Camino Gradual a la Iluminación.* Alicante, España: Ediciones Dharma

Thurman, R., (2014) *El libro tibetano de los muertos.* Barcelona, España: Editorial Kairos

Tiffany ST, Cox LS, Elash CA. (2000) Effects of transdermal nicotine patches on abstinence-induced and cue-elicited craving in cigarette smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 68(2):233–240. [PubMed: 10780123]

- Tiffany ST & Conklin CA (2000) A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction*;95(8s2):145–153
- Tonnessen P., Carrozzi L., Fagerstrom K., Gratiou C, Jiménez- Ruiz C., & Nardini S. *et al.* (2007). Task Force recommendations: smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority. *European Respiratory Journal*. 29: 390-417. **DOI:** 10.1183/09031936.00060806
- Travis F, Shear J. Focused attention, open monitoring and automatic self-transcending: Categories to organize meditations from Vedic, Buddhist and Chinese traditions. *Consciousness and Cognition* 2010;**19**(4):1110–8.
- Trungpa, C. (2007) *Nuestra Salud Innata. Un enfoque de la psicología budista.* Barcelona, España: Editorial Kairos
- Trousselarda, M., Steiler D., Claveriea, D., Caninia, F. (2014) L’histoire de la Mindfulness à l’épreuve des données actuelles de la littérature: questions en suspens. *L’Encéphale* (2014) 40, 474—480
- Tsoh, J.Y., Humfleet, G.L., Muñoz, R.F., Reus, V.I., Hartz, D.T., Hall, S.M., (2000) Development of major depression after treatment for smoking cessation. *Am. J. Psychiatry*. 157, 368–374
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2009). *The narcissism epidemic: Living in the age of entitlement.* New York: Free Press.
- Ussher, M., R. West, R. Doshi, and A. K. Sampuran, “Acute Effect of Isometric Exercise on Desire to Smoke and Tobacco Withdrawal Symptoms,” *Human Psychopharmacology*. 21, (1) pp. 39–46. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hup.744/epdf>
- Ussher, M., M. Copley, S. Playle, R. Mohidin, and R. West, “Effect of Isometric Exercise and Body Scanning on Cigarette Cravings and Withdrawal Symptoms,” *Addiction*, Vol. 104, No. 7, July 2009, pp. 1251–1257
- Vago DR, Silbersweig DA. Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in human neuroscience* 2012;**6**:296

- Vásquez-Dextre E. (2016) Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Rev Neuropsiquiatr.* 79 (1) Gethin, R., (2011) On Some Definitions of Mindfulness. *Contemporary Buddhism.* 12: (1)
- Vidal-Fernández, J., Ramos-Cejudo y Cano-Vindel, A. (2008). Perspectivas cognitivas en el tratamiento de la fobia social: estudio de un caso clínico. *Ansiedad y Estrés*, 14, 289-303
- Vidrine, J. I., Businelle, M. S., Reitzel, L. R., Cao, Y., Cinciripini, P. M., Marcus, M. T., ... Wetter, D. W. (2015). Coping Mediates the Association of Mindfulness with Psychological Stress, Affect, and Depression Among Smokers Preparing to Quit. *Mindfulness*, 6(3), 433–443. <http://doi.org/10.1007/s12671-014-0276-4>
- Vidrine, J. I., Spears, C. A., Heppner, W. L., et al. (2016). Efficacy of mindfulness-based addiction treatment (MBAT) for smoking cessation and lapse recovery: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(9), 824–838
- Villatoro-Velázquez J., Medina-Mora M., Fleiz-Bautista C., Téllez-Rojo M., Mendoza-Alvarado L., Romero-Martínez M et al. (2012) Encuesta nacional de adicciones 2011. México: INPRFM.
- Villalobos-Gallegos, L., Marín-Navarrete, R., Templos-Nuñez, L., & Rosendo-Robles, A. (2012). Nicotine craving questionnaire (CCN): psychometric properties on Mexican population. *Salud mental*, 35(4), 273-277.
- Wegner DM, Zanakos S. Chronic thought suppression. *Journal of Personality* 1994;62(4):616–40
- Westbrook, C., Creswell, J. D., Tabibnia, G., Julson, E., Kober, H., & Tindle, H. A. (2013). Mindful attention reduces neural and self-reported cue-induced craving in smokers. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(1), 73–84. <http://doi.org/10.1093/scan/nsr076>
- Wood, C. M. (2008). Doce sesiones de tratamiento cognitivo conductual en un caso de trastorno de pánico con Agorafobia. *Ansiedad y Estrés*, 14, 239-251.
- World Health Organization & Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) Glosario de términos de alcohol y drogas.. Disponible en: <http://www.msc.es/alcoholJovenes/profSanitarios/docClave.htm>

- Wojcik, J. (1988). Social learning predictors of the avoidance of smoking relapse. *Addictive Behaviors* 13:177-180
- Witkiewitz K, Bowen S, Harrop EN, Douglas H, Enkema M, Sedgwick C. (2014) Mindfulness-based treatment to prevent addictive behavior relapse: theoretical models and hypothesized mechanisms of change. *Substance Use & Misuse* 49:513–24
- Zinser, M. C., Baker, T. B., Sherman, J. E., & Cannon, D. S. (1992). Relation between self-reported affect and drug urges and cravings in continuing and withdrawing smokers. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4), 617-629. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.101.4.617>
- Zinser, J. (2010). Historia y evolución del tabaquismo. En: Medina-Mora ME (Coord.), *Tabaquismo en México ¿cómo evitar 60,000 muertes prematuras cada año?* México: Colegio Nacional. pp. 13-34
- Ziedonis, D., Hitsman, B., Beckham, J.C., Zvolensky, M.J., Adler, L.E., Audrain-McGovern, J., Breslau, N., Brown, R.A., George, T.P., Williams, J., Clahoun, P.S., Riley, W.T., 2008. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders
- Zvolensky, M.J., Bakhshaie, J., Sheffer,C., Perez,A., & Goodwin,R.D., (2015) Major depressive disorder and smoking relapse among adults in the United States: a10-year, prospective investigation. *Psychiatry Res.* 226,73–77
- Zvolensky, M. J., Kotov, R., Antipova, A. V. y Schmidt, N. B. (2003). Cross cultural evaluation of smokers' risk for panic and anxiety pathology: A test in a Russian epidemiological sample. *Behav Res Ther*, 41, 1199-1215
- Zvolensky, M. J., Baker, K. M., Leen-Feldner, E., Bonn-Miller, M. O., Feldner, M. T. y Brown, R. A. (2004). Anxiety sensitivity: Association with intensity of retrospectively-rated smoking-related withdrawal symptoms and motivation to quit. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33, 114–125.

16. ANEXOS

Anexo 1. Lista de conocimientos de habilidades terapéuticas del Modelo de Atención Plena Compasiva para dejar de fumar

A) Conocimiento de los fundamentos teóricos del modelo de Atención Plena Compasiva (APC) aplicado a población fumadora:	1.SI	2.NO	N/A
El terapeuta...			
8. Conoce y domina conceptos básicos sobre la adicción a la nicotina			
9. Conoce y explica claramente las alternativas de tratamiento farmacológico para dejar de fumar			
10. Es capaz de resolver dudas sobre las características de la adicción como un problema de salud			
11. Conoce y es capaz de aplicar los principios de la APC			
12. Conoce y describe los conceptos de las sesiones del programa			
13. Conoce las actividades vivenciales vinculadas a los conceptos del programa			
14. Es capaz de resolver dudas haciendo uso de los conceptos del programa			
B) Habilidades de enseñanza-aprendizaje	1.SI	2.NO	N/A
El terapeuta...			
18. Cuenta con todos los materiales de la sesión			
19. Brinda apropiadamente las instrucciones de cada actividad			
20. Proporciona información adecuada de cada componente de la sesión			
21. Señala los puntos importantes de los conceptos			
22. Guía apropiadamente la actividad			
23. Genera/respeto las reglas del grupo			
24. Motiva a la participación del grupo			
25. Realiza lluvia de ideas			
26. Mantiene el liderazgo de la sesión			
27. Utiliza un tono de voz apropiado			
28. Puntualiza el tema			
29. Ajusta las estrategias a cada participante			
30. Favorece la asistencia del grupo			
31. Guía las prácticas de meditación de la sesión			
32. Promueve la práctica en casa			
33. Explica la práctica en casa			
34. Describe el registro en casa y su importancia			
C. Habilidades terapéuticas	1.SI	2.NO	N/A
23. Brinda la bienvenida			
24. Genera reflexiones con los participantes			
25. Resume			

26. Maneja las resistencias regresando al tema de cada sesión			
27. Maneja las resistencias reflexionando ante una acción compasiva del participante			
28. Maneja la resistencia reflexionando sobre una situación dónde el participante se sintió juzgado en algún momento de su vida			
29. Retoma ejemplos de los participantes			
30. Parafrasea			
31. Apoya las interrupciones			
32. Utiliza las metáforas de la sesión			
33. Hace uso del humor			
34. Se observa una relación cercana entre el terapeuta y los participantes			
35. Llama a los participantes por su nombre			
36. Se adapta al contexto, situaciones o necesidades del grupo			
37. Favorece que los participantes apliquen las estrategias			
38. Es sensible a los participantes			
39. Escucha las participaciones del grupo			
40. Mantiene su atención en cada momento de la sesión			
41. Sonríe			
42. Respeta los tiempos de las actividades			
43. Lleva un ritmo de la sesión adecuado			
44. Utiliza paradojas			

Anexo 2. Subescalas de ansiedad y depresión del “Inventario de Ansiedad, Depresión e Ideación Suicida” (IMADIS) de Jurado et. al. (2017, en prensa)

ANSIEDAD

Instrucciones: Por favor conteste marcando con una “X” la opción que represente su estado actual o el estado con el que mejor se identifique, sin que se deba a alguna causa médica.

	Nunca	De vez en cuando	Usualmente	Muy a menudo	Siempre
1. He tenido dificultad para concentrarme.					
2. Me pongo nervioso cuando estoy con un grupo de personas.					
3. Me molesta tener temblores y sacudidas.					
4. Experimento sofocos o escalofríos.					
5. Hablar con extraños me atemoriza.					
6. Me dan miedo las fiestas y acontecimientos sociales.					
7. Me molesta ruborizarme delante de la gente.					
8. Me pone tenso y nervioso que me presenten a otras personas.					
9. Evito hacer cosas o hablar con la gente por temor al ridículo.					
10. Me siento cómodo en un grupo grande de gente.					
11. Sufro mareos.					
12. Se me dificulta expresar desacuerdo o desaprobación a personas que no conozco demasiado.					
13. Me siento seguro de mí mismo.					
14. Se me dificulta mirar a los ojos a alguien que no conozco demasiado.					
15. Me siento inquieto.					
16. Me siento fatigado					
17. Mi sueño no es satisfactorio.					
18. Me zumban los oídos.					
19. Me es difícil tragar el alimento.					
20. Los vellos de mi piel se levantan (“piel de gallina”).					
21. Estoy molesto por homigueos o temblores en las manos.					

DEPRESIÓN

Instrucciones: Por favor conteste marcando con una "X" la opción que represente su estado actual o el estado con el que mejor se identifique.

	Nunca	De vez en cuando	Usualmente	Muy a menudo	Siempre
1. Me he divertido mucho durante las últimas dos semanas.					
2. Disfruto del sexo..-					
3. Estoy satisfecho con mi vida.					
4. Disfruto de la vida.					
5. Pienso que mi vida ha sido un fracaso.					
6. Siento que he sido mala persona.					
7. Duermo sin descansar.					
8. Me siento cansado todo el tiempo.					
9. Necesito hacer un esfuerzo extra para comenzar a hacer algo.					
10. Me siento con falta de energía y fuerza.					
11. Creo que tengo un aspecto horrible.					
12. Me siento deprimido.					
13. Nada me hace feliz.					
14. Me siento sin esperanza.					
15. Me siento como si fuese a ser castigado.					

Anexo 3. Escala de Atención Plena MAAS (López-Maya et. al. 2015)

Instrucciones: A continuación se presentan un conjunto de afirmaciones sobre su experiencia cotidiana. Utilizando la escala de 1-6, indique con qué frecuencia pasa por cada situación actualmente. Por favor, responda de acuerdo a lo que realmente refleja su experiencia en lugar de lo que usted piensa que su experiencia debe ser. Trate cada situación independientemente de las otras.

	1. Casi siempre	2. Muy Frecuentemen	3. Frecuentemen	4. Infrecuenteme	5. Muy infrecuenteme	6. Casi Nunca
1. Puedo sentir una emoción y no estar consciente de ella hasta tiempo después.						
2. Rompo o derramo cosas por descuido, al no poner atención, o porque estoy pensando en otra cosa.						
3. Se me hace difícil permanecer concentrado en lo que está sucediendo en un momento dado.						
4. Tiendo a caminar rápidamente para llegar a donde tengo que ir, sin poner mucha atención a lo que ocurre alrededor						
5. Tiendo a no percibir la tensión física o el nivel de incomodidad a que estoy sometido, hasta que realmente son evidentes.						
6. Se me olvidan los nombres de las personas, inmediatamente después de que me presentan a alguien.						
7. Parece como si estuviera funcionando de manera «automática» sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.						
8. Me apresuro a hacer mis tareas sin realmente prestarles mucha atención.						
9. Me concentro tanto en la meta que quiero alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo para conseguirla.						
10. Realizo trabajos automáticamente, sin ponerle mucha atención a lo que hago.						
11. Escucho a mi interlocutor con un oído, mientras hago otra cosa simultáneamente.						
12. Llego a un lugar en «piloto automático» y luego me pregunto qué iba a hacer en ese lugar.						
13. Me preocupo por cosas que pueden ocurrir en el futuro o por asuntos del pasado.						
14. Hago cosas sin ponerles mucha atención.						
15. Como entre comidas sin estar consciente de que estoy comiendo.						

Anexo 4. Escala afectos positivos y negativos (validado por Robles y Páez 2003).

Escalas de Afectividad Positiva y Negativa

PANAS

Instrucciones: Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique cómo se ha sentido usted durante LA ULTIMA SEMANA. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas:

1	2	3	4	5
Muy poco o nada	Algo	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

Ejemplo: Si se presenta la palabra *triste*, y en LA ULTIMA SEMANA usted se ha sentido extremadamente *triste*, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5

motivado _____	irritable _____
molesto (a disgusto) _____	alerta _____
emocionado _____	avergonzado _____
de malas _____	inspirado _____
firme _____	nervioso _____
culpable _____	decidido _____
temeroso _____	estar atento _____
agresivo _____	inquieto _____
entusiasmado _____	activo _____
estar orgulloso _____	inseguro _____

Instrucciones: Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique cómo se siente GENERALMENTE, esto es, cómo se siente regularmente. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas:

1	2	3	4	5
Muy poco o nada	Algo	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

Ejemplo: Si se presenta la palabra triste, y en GENERAL O REGULARMENTE usted se siente extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5

motivado _____	irritable _____
molesto (a disgusto) _____	alerta _____
emocionado _____	avergonzado _____
de malas _____	inspirado _____
firme _____	nervioso _____
culpable _____	decidido _____
temeroso _____	estar atento _____
agresivo _____	inquieto _____
entusiasmado _____	activo _____
estar orgulloso _____	inseguro _____

Anexo 5. Escala de Craving al tabaco (Villalobos-Gallegos, Marín-Navarrete, Templos-Nuñez, & Rosendo-Robles, 2012)

Instrucción: A continuación se te presentaran una serie de ideas relacionadas con fumar contestarás que tan de acuerdo estas con ellas con respecto los últimos 7 días de la siguiente manera:

Completamente
en desacuerdo

Completamente
en acuerdo

Pensé que el cáncer era una enfermedad terrible	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	--------------

El ejemplo anterior significa que estoy de *Completamente de acuerdo* que **durante la semana pasada** pensé que el cáncer era una enfermedad terrible.

Durante la semana pasada...

Completamente
en desacuerdo

Completamente
en acuerdo

Imaginaba que la ansiedad se apoderaría de mi si no fumaba	1	2	3	4	5
Consideré que estaría feliz hasta que prendiera un cigarro	1	2	3	4	5
Supuse que me desesperaría si pasaba horas sin fumar	1	2	3	4	5
Fue complicado soportar los deseos de fumar	1	2	3	4	5
Tuve muchas ganas de prender un cigarrillo	1	2	3	4	5
Las ganas de fumar fueron diarias	1	2	3	4	5
Mis deseos de fumar fueron constantes	1	2	3	4	5
Los deseos de fumar fueron intensos	1	2	3	4	5
En mi mente estuvo la idea "con este cigarro me sentiré desestresado(a)"	1	2	3	4	5
Creí que fumar me haría sentir relajado (a)	1	2	3	4	5
Pensé que sentiría placer con el cigarro	1	2	3	4	5
Creí que prender un cigarro me haría sentir tranquilo	1	2	3	4	5

Anexo 6. Test de fagerstrom de dependencia a la nicotina (validado por Moreno–Coutiño & Villalobos-Gallegos, 2017)

INSTRUCCIONES: Este instrumento tiene la finalidad de obtener información sobre su consumo de tabaco. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y elija la opción que considere más pertinente.

1. Consumo de tabaco: (1) Fumo diario

(2) Fumo, pero no diario

(3) Ex fumador (< de 1 año)

(4) Ex fumador (> de 1 año), No. de años: _____

2. ¿Durante cuántos años ha fumado en forma regular? _____ años

3. Marca de cigarros que fuma regularmente: _____

4. ¿Cuántos cigarros en promedio fuma al día? _____

1	2	3
De 1 a 9	De 10 a 19	Más de 20

5. Número de minutos que pasan desde que se despierta por las mañanas y enciende su primer cigarrillo:

0	1	2	3
Más de 60 min.	De 31 a 60 min.	De 6 a 30 min.	Menos de 5 min.

6. ¿Tiene problemas para dejar de fumar en lugares donde está prohibido, tales como iglesias, bibliotecas, cines, etc.?

0	1
No	Si

7. ¿Qué cigarro le molestaría más dejar de fumar, el primero de la mañana ó todos los demás?

0	1
Todos los demás	El primero de la mañana

8. ¿Fuma más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?

0	1
No	Si

Anexo 7. Cuestionario de Cinco Facetas de la Conciencia Plena” (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ-M) (validado por Meda, Herrero, Blanco-Donoso, Moreno-Jiménez & Palomera, 2015

A continuación le presentamos una serie de afirmaciones sobre su estado interior. Por favor valore con qué frecuencia le sucede.

1. Nunca	2. Rara vez	3. Algunas veces	4. A menudo	5. Muy a menudo
----------	-------------	------------------	-------------	-----------------

Factor	Núm.	Ítem						
CONCIENCIA PLENA	Ausencia de Reacción	1	Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos/as	1	2	3	4	5
		2	Puedo ver mis sentimientos sin perderme en ellos	1	2	3	4	5
		3	En situaciones difíciles, puedo hacer una pausa, sin reaccionar de inmediato	1	2	3	4	5
		4	Normalmente, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiantes, puedo notarlos sin reaccionar a ellos/as.	1	2	3	4	5
		5	Normalmente, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiantes, me siento tranquilo poco después	1	2	3	4	5
		6	Normalmente, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiantes, soy consciente de lo que está pasando sin sentirme dominado por ellos/as	1	2	3	4	5
	Ausencia de Juicio	7R	Hago juicios acerca de si mis pensamientos son buenos o malos	1	2	3	4	5
		8R	Me desapruedo a mi mismo cuando tengo ideas irracionales	1	2	3	4	5
		9R	Por lo general, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiantes, me juzgo como bueno o malo, dependiendo de su contenido.	1	2	3	4	5
	Actuación Consciente	10R	Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
		11R	No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo.	1	2	3	4	5
		12R	Me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
		13R	Me es difícil permanecer centrado/a en lo que está sucediendo en el presente.	1	2	3	4	5
	Descripción de la	14	Normalmente, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiantes, tomo nota de ellos/as y los/as dejo pasar	1	2	3	4	5
		15	Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas.	1	2	3	4	5

	16R	Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento.	1	2	3	4	5
	17	Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras.	1	2	3	4	5
	18	Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5
	19	Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle.	1	2	3	4	5

R= Calificación Inversa

Anexo 8. Escala de Compasión para Población Mexicana (López-Tello & Moreno-Coutiño, 2019)

En el presente cuestionario se presentan 17 frases. Por favor lea cuidadosamente cada una de las oraciones de la columna “Reactivos” y marque con un **tache** el recuadro que corresponda a la opción de respuesta que mejor describa su forma de pensar, sentir y actuar en cada situación descrita. Recuerde que solo puede marcar una opción de respuesta por cada reactivo.

Reactivos	Nunca	Casi nunca	Rara vez	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	Siempre
1. Cuando veo que una persona se siente sola siento deseos de ofrecerle mi compañía.							
2. Si veo a alguien pasando un momento difícil, trato de ayudar a esa persona.							
3. Cuando alguien está sufriendo suelo ser el primero en intervenir y ayudar.							
4. Cuando otros sienten tristeza, trato de confortarlos.							
5. Procuero cuidar de los animales .							
6. Procuero cuidar de las personas.							
7. Cuando me doy cuenta que alguien se siente mal le ofrezco mi ayuda sin dudarlo.							
8. Si veo que alguien necesita un consejo, trato de decirle algo que le ayude.							
9. Dedico parte de mi tiempo libre a ayudar a los demás.							
10. Si alguien necesita ayuda económica se la proporciono si tengo la posibilidad.							
11. Siento gran tristeza cuando veo a personas sin hogar.							
12. Me duele la pobreza en el mundo.							
13. Me entristece el sufrimiento de los seres humanos.							
14. Siento gran pena por las personas que no tienen que comer.							
15. Cuando veo a un animal sufriendo maltrato siento deseos de protegerlo.							
16. Si veo a un animal en peligro trato de ayudarlo.							
17. Cuando veo que alguien está pasando un momento difícil le pregunto si puedo ayudarlo(a).							

Anexo 9. Escala de satisfacción de vida de Diener (SWLS) (Prados, Gutierrez & Medina, 2015).

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada frase rodeando con un círculo el número apropiado (sólo uno por afirmación). Por favor, sé sincero con tu respuesta.

		Muy en desacuerdo		Neutro		Muy de acuerdo
1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5

Anexo 10. Inventario de Depresión de Beck (Jurado et al. 1998).

INSTRUCCIONES: En este cuestionario se encuentran 21 grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente y escoja la oración que mejor describa la manera en que se sintió la semana pasada o inclusive el día de hoy. Para ello, encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

No. de reactivo	Reactivos
1	0.No me siento triste 1. Me siento triste 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2	0. No siento que me estén castigando 1. Siento que me podrían castigar 2. Creo que me van a castigar 3. Siento que se me ha castigado
3	0. En general tengo esperanzas en mi futuro 1. Me siento sin esperanzas por mi futuro 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
4	0. No estoy desilusionado/a de mi mismo/a 1. Estoy desilusionado/a de mi mismo/a 2. Estoy disgustado/a conmigo mismo/a 3. Me odio
5	0. No me siento como un fracasado/a 1. Siento que he fracasado más que las personas en general 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos 3. Siento que soy un completo fracaso como persona
6	0. No siento que sea peor que otras personas 1. Me critico a mi mismo/a por mis debilidades o errores 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas 3. Me culpo por todo lo malo que sucede
7	0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía tenerla antes 1. No disfruto de las cosas como antes 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada 3. Estoy insatisfecho/a o aburrido/a con todo

8	<p>0. No tengo pensamientos suicidas</p> <p>1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo</p> <p>2. Me gustaría suicidarme</p> <p>3. Me suicidaría si tuviera oportunidad</p>
9	<p>0. No me siento culpable</p> <p>1. Me siento culpable gran parte del tiempo</p> <p>2. Me siento culpable casi todo el tiempo</p> <p>3. Me siento culpable todo el tiempo</p>
10	<p>0. No lloro más de lo normal</p> <p>1. Lloro más que antes</p> <p>2. Actualmente lloro todo el tiempo</p> <p>3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que tengo ganas</p>
11	<p>0. No me siento irritable</p> <p>1. Me enojo o me irrito más fácilmente que antes</p> <p>2. Me siento irritado todo el tiempo</p> <p>3. Ya no me irrito por las cosas por las que me irritaba antes</p>
12	<p>0. Mi apetito es igual que siempre</p> <p>1. Mi apetito no es tan bueno como antes</p> <p>2. Mi apetito está muy mal ahora</p> <p>3. No tengo nada de apetito</p>
13	<p>0. No he perdido interés en la gente</p> <p>1. Estoy menos interesado en la gente que antes</p> <p>2. He perdido mucho interés en la gente</p> <p>3. He perdido todo el interés en la gente</p>
14	<p>0. No he perdido mucho peso últimamente</p> <p>1. He perdido más de 2 kilos</p> <p>2. He perdido más de 5 kilos</p> <p>3. He perdido más de 8 kilos</p> <p>¿Estoy tratando de perder peso comiendo menos? Sí ___ No ___</p>
15	<p>0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho</p> <p>1. Dejo para después varias decisiones que necesito tomar</p> <p>2. Ahora se me hace más difícil tomar decisiones</p> <p>3. No puedo tomar decisiones</p>
16	<p>0. No estoy más preocupado/a por mi salud que antes.</p> <p>1. Estoy preocupado/a por mis problemas de salud física como dolores, malestar estomacal o dificultad para respirar</p> <p>2. Estoy preocupado/a por problemas de mi salud física y se me hace difícil pensar en algo más</p> <p>3. Estoy tan preocupado/a por mis problemas de salud física que no puedo pensar en nada más</p>

<p>17</p>	<p>0. No siento que me vea peor de cómo me veía antes 1. Estoy preocupado/a por verme viejo/a o poco atractivo/a 2. Siento que hay cambios definitivos en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo/a 3. Creo que me veo feo/a</p>
<p>18</p>	<p>0. Tengo el mismo interés que siempre he tenido en el sexo 1. Tengo menos interés en el sexo que antes 2. Ahora tengo mucho menos interés en el sexo 3. He perdido completamente el interés por el sexo</p>
<p>19</p>	<p>0. Puedo trabajar tan bien como antes 1. Necesito esforzarme más para empezar a hacer algo 2. Me tengo que obligar para hacer algo 3. No puedo hacer ningún trabajo</p>
<p>20</p>	<p>0. Puedo dormir tan bien como antes 1. Ya no duermo tan bien como antes 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir 3. Me despierto muchas horas antes de lo de costumbre, y no puedo volverme a dormir</p>
<p>21</p>	<p>0. No me canso más de lo de costumbre 1. Me canso más fácilmente que antes 2. Con cualquier cosa que haga me canso 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa</p>

Anexo 11. Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).

INSTRUCCIONES: En el recuadro de abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante **la última semana, inclusive hoy**, marcando con una x según la intensidad de la molestia.

REACTIVO	POCO O NADA	MÁS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
1. Entumecimiento, hormigueo de una o varias partes de su cuerpo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3. Debilitamiento de las piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Manos temblorosas				
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Debilidad				
20. Ruborizarse				
21. Sudoración (no debida al calor)				

Anexo 12. Consentimiento Informado

Título del protocolo	Efecto de una intervención basada en atención plena compasiva sobre la cesación del consumo de tabaco: un estudio comparativo.
Patrocinador	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” (INER).
Sitio de Investigación	Departamento de Investigación en Tabaquismo y EPOC Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER).

INTRODUCCIÓN

Por medio del presente documento se le está invitando a participar en un estudio de investigación ya que actualmente usted es fumador y está interesado en entrar al programa de la clínica de ayuda para dejar de fumar. Antes de que pueda decidir si toma o no parte en este estudio, nos gustaría explicarle el propósito del mismo así como los posibles riesgos y lo que se espera de usted.

SU PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA

Una vez que haya comprendido el estudio, y si está de acuerdo en formar parte de él, se le pedirá que firme este consentimiento y se le dará una copia. Es importante que sepa lo siguiente:

- Su participación en el estudio es totalmente voluntaria.
- Puede salir de este estudio en cualquier momento, sin perder los beneficios de su atención médica regular.

Este estudio está autorizado por el Comité de Ciencia y Bioética en Investigación del INER. El INER es una institución gubernamental cuya misión, entre otras, es hacer investigación y dar asistencia médica de excelencia. El INER está ubicado en la Calzada de Tlalpan 4502, Col. Sección XVI, Del Tlalpan, CP: 14080, México, D. F

¿POR QUÉ SE ESTÁ HACIENDO EL ESTUDIO?

Este estudio se está realizando para evaluar la efectividad de un nuevo tratamiento psicológico para dejar de fumar, en donde se analizará la facilidad de los participantes en el logro y mantenimiento de la abstinencia.

¿CUÁNTO TIEMPO ESTARÁ USTED EN EL ESTUDIO?

El tratamiento proporcionado consiste en 9 o 10 sesiones de terapia (dependiendo, del grupo de tratamiento al que se le asigne) con una duración de 90 a 120 minutos cada sesión, e impartidas dos veces por semana. Al concluir el tratamiento, se le dará seguimiento personal a los seis meses, para esto se le contactará telefónicamente y se le asignará una cita en la clínica en donde se le realizará una entrevista de seguimiento con una duración aproximada de una hora, con la finalidad de saber cómo se ha sentido después del tratamiento y si ha logrado mantener la abstinencia después del tratamiento.

¿SE ME HARÁN EXÁMENES CLÍNICOS?

Dado que el tabaco es uno de los principales riesgos de enfermedades respiratorias y cardiovasculares, es necesario descartar riesgos médicos, poner en resguardo su integridad física y evitar ofrecerle un tratamiento por debajo de lo que usted necesite, es indispensable realizar varios estudios. Cada estudio se llevará a cabo por profesional médico:

- 1) Estudios de sangre: En una sola muestra de sangre se medirá glucosa, urea (BUN) y creatinina) y perfil de lípidos (colesterol total, triglicéridos, HDL colesterol, LDL colesterol, fosfolípidos, apolipoproteína A, apolipoproteína B.
- 2) Espirometría: Se utilizará una boquilla que va conectada a un instrumento llamado espirómetro, y su objetivo es medir la cantidad de aire que usted exhala y qué tan rápidamente lo hace, con la espirometría se puede evaluar un amplio rango de enfermedades pulmonares.
- 3) Electrocardiograma: Permitirá observar la actividad eléctrica del corazón. A usted se le solicitará que se acueste. El proveedor de atención médica limpiará varias zonas en los brazos, las piernas y el tórax y luego le fijará en ellas pequeños parches llamados electrodos. La cantidad de parches empleados puede variar.
- 4) Radiografía de tórax: Se le pedirá que se ponga de pie al equipo de rayos X. Le solicitarán que contenga la respiración cuando se toma la radiografía. Usualmente se toman dos imágenes. Usted tendrá que pararse primero de frente a la máquina y luego de lado.
- 5) Cooximetría: Se medirá el Monóxido de carbono (CO) en aire espirado. A través de una boquilla debe realizar una inspiración profunda y mantener una apnea de 15 segundos, después procederá a una espiración lenta, prolongada y completa. Esperaremos unos segundos hasta que el indicador del cooxímetro se estabilice y marqué el número exacto de ppm de CO.
- 6) Escalas psicológicas: Se le aplicarán cuatro instrumentos auto-aplicables de lápiz y papel que en caso de no poder leerlos y responderlos usted mismo, se le proporcionará asistencia en todo momento. Los instrumentos serán:
 - Cuestionario de Cinco Facetas de la Conciencia Plena” (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ-M)
 - Escala de ansiedad y depresión (IMADIS).
 - Escala afectos positivos y negativos (PANAS).
 - Escala de Craving al tabaco.
 - Escala de compasión (ECOM)
 - Escala de Felicidad Subjetiva-Duradera (SA-DHS) y Subjetiva-Fluctuante (SFHS)

¿EN QUE CONSISTE LO QUE TENGO QUE HACER?

Su participación consistirá en asistir a 10 sesiones de terapia grupal y realizar las tareas para casa acordadas en el tratamiento.

¿CUÁL SERÁ EL PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO?

Después de leer y firmar el presente documento, el estudio seguirá el siguiente procedimiento:

- 1) Se le tomarán los datos en una entrevista inicial que ayudarán a saber si es candidato o no del estudio. Se le aplicarán 7 cuestionarios (descritos en el apartado anterior).
- 2) Se agendará la cita para los exámenes clínicos.
- 3) Tendrá una entrevista médica de retroalimentación de resultados.
- 4) Será asignado al azar a uno de dos grupos de tratamiento psicológico en modalidad grupal.
- 5) Asistirá dos veces a la semana a sus sesiones de tratamiento grupal.
- 6) Al finalizar el tratamiento, será evaluado nuevamente con la aplicación de los 7 cuestionarios mencionados anteriormente y recibirá una retroalimentación de resultados del tratamiento por el terapeuta encargado del grupo.
- 7) A los seis meses después de haber finalizado el tratamiento se le contactará por teléfono para asignarle una cita en la que se aplicará una entrevista de seguimiento junto con las escalas psicológicas mencionadas anteriormente.

Al firmar este consentimiento también nos autoriza a obtener información de su registro médico relacionada a este estudio.

¿CUÁLES SON LOS RIESGOS O MOLESTIAS DE ESTE ESTUDIO?

Aunque se utilizarán estudios que no han mostrado molestias graves, se tienen en cuenta los siguientes riesgos:

Estudios	Riesgos	Alternativa
Exámenes de sangre	Molestias en las vías de la toma de sangre, sangrado excesivo, desmayo o sensación de mareo, o hematoma en el área de la punción	Se le referirá con un especialista para su chequeo y se evaluará la permanencia o no en el estudio
Espirometría	No se han reportado riesgos	
Electrocardiograma	El proceso no implica ningún riesgo o complicación, es un sistema completamente pasivo de captación de una señal eléctrica, por lo que no causa dolor.	

Radiografía de tórax	El examen en sí no es un procedimiento doloroso. Usted puede experimentar incomodidad por la baja temperatura en la sala de examen y por el frío de la placa de registro. Las personas que sufren de artritis o lesiones en la pared torácica, los hombros o los brazos pueden sentir incomodidad al tratar de mantenerse inmóviles durante el examen. Si usted tiene sospecha de embarazo es importante que lo notifique.	El técnico lo asistirá a encontrar la posición más cómoda posible que igualmente garantice la buena calidad de la imagen de diagnóstico.
Cooximetría	No se han reportado riesgos	
Exámenes psicológicos	No se han reportado riesgos	

De igual modo es posible que durante el tratamiento experimente algunas molestias propias del síndrome de abstinencia por nicotina, esto puede incluir algunos síntomas de ansiedad, intranquilidad, dolor de cabeza, cansancio leve e irritabilidad entre otros, los cuales suelen disminuir y desaparecer con el paso del tratamiento.

Finalmente en caso de que reporte molestias significativas se evaluará la conveniencia de su permanencia en el estudio. Es importante resaltar que su participación no agrega ningún costo a su atención médica. El costo de la atención médica habitual no está cubierto por el estudio, pero los gastos del tratamiento psicológico grupal y del tratamiento farmacológico para dejar de fumar serán cubiertos por el INER. Si las molestias experimentadas no son debidas a los procedimientos del estudio, el costo de este tratamiento se le cargará a usted o su compañía de seguros. El estudio no puede darle una compensación o pagar por cualquier atención que derive de lesiones no relacionadas con los procedimientos del estudio. Ante cualquier duda sobre las posibles molestias a las que pudiera estar expuesto durante el estudio, puede comunicarse con el investigador principal del estudio, Mtra Leonor Alejandra García Gómez al Departamento de Investigación en Tabaquismo tel. 54-87-17-00 exts. 5166, 5331.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE ESTE ESTUDIO?

Se le facilitará dejar de fumar y mantenerse en abstinencia, disminuirán los riesgos a su salud asociados al consumo de tabaco, mejorará su estado emocional e incrementará su calidad de vida. Además, usted podrá consultar a los especialistas encargados del tratamiento ante cualquier duda que tenga en relación a su progreso. Usted como paciente no obtendrá beneficio económico (remuneración), sin embargo,

todos los gastos del tratamiento serán cubiertos por la institución. Su participación ayudará a mejorar los tratamientos actuales para el tabaquismo.

¿QUÉ SUCEDE SI USTED NO QUIERE ESTAR EN EL ESTUDIO O CAMBIA DE OPINIÓN MÁS ADELANTE?

Si decide que no quiere participar en el estudio, todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento habituales se le ofrecerán sin ninguna restricción. Su atención médica no depende de entrar en el estudio. Si usted decide participar, también puede retirarse en cualquier momento. Retirarse de este estudio no afectará su atención médica ni tendrá ninguna sanción. Puede seguir asistiendo al tratamiento sin formar parte del estudio.

¿CÓMO SE ENCUENTRA PROTEGIDA SU PRIVACIDAD?

Se resguardará todos sus datos para proteger la privacidad de su información y para evitar el uso indebido de esta. Usted será identificado por un código y sólo el equipo de investigación tendrá acceso a su información personal. En cuanto a la videograbación, una vez que sea evaluada la terapeuta, serán eliminadas de la base de datos.

El Comité de Ciencia y Bioética en Investigación del INER ha revisado y aprobado esta carta de consentimiento. Sus expedientes médicos y de investigación pueden ser revisados por el comité de ética del INER. Además, el personal de investigación del Departamento de Investigación en Tabaquismo y la Clínica de EPOC del INER de donde usted egresó, se asegurará de que personas no relacionadas con este estudio no tengan acceso a sus registros médicos mientras se recopilan datos personales sobre usted. Conservarán sus archivos en un gabinete cerrado en un lugar seguro y manejará su información personal con sumo cuidado. Esto también ayudará a proteger su privacidad.

¿QUÉ SUCEDE SI USTED TIENE DUDAS O PREGUNTAS?

En caso de dudas o preguntas acerca de este estudio, puede comunicarse con el investigador principal del estudio, Mtra Leonor Alejandra García Gómez al Departamento de Investigación en Tabaquismo tel. 54-87-17-00 exts. 5166, 5331. O si lo desea también se puede comunicar con la Dra. Rocío Chapela Mendoza presidente del Comité de Ética en Investigación, del INER, teléfono 54 87 17 00 ext. 5254 y 5110.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO

Tengo el documento de la forma de consentimiento informado. Me han explicado los métodos y procedimientos que me realizarán en este estudio. He hablado directamente con _____ quien ha respondido a mi satisfacción todas mis preguntas respecto a este estudio. Todas mis dudas han sido aclaradas.

Doy mi consentimiento de participación en esta investigación y sé bien que puedo cancelarla o retirarme en cualquier momento que yo lo quisiera. Sé que esto no tendría repercusiones en mi atención médica como paciente de este Instituto. Recibo una copia firmada y fechada de este consentimiento. Al firmar este consentimiento, no he

renunciado a alguno de los derechos legales a los que tendría como paciente en un estudio de investigación.

Nombre y firma del paciente

Fecha

Nombre y firma	Dirección	Fecha
<u>Testigo 1</u>	Relación con el paciente:	
<u>Testigo 2</u>	Relación con el paciente:	

Nombre y firma del Investigador:

Teléfono de contacto:

Anexo 13. Diagrama de flujo de los participantes del estudio comparativo en la fase 4 del proyecto.

