



TECNOLÓGICO UNIVERSITARIO DE MÉXICO
INCOORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 3079-25

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**“El terapeuta ante una intervención de cesación
tabáquica en un hospital de tercer nivel”**

PRESENTA

Jazz Olimpia Valdez López

TESIS

**Que para obtener el título de
Licenciada en Psicología**

DIRECTOR DE TESIS

Andrés Edmundo Alcántara Camacho



Ciudad de México; 2022





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mí madre:

A la mujer que más amo y admiro en la tierra, la cual me ha demostrado que nada es imposible, por qué sin importar las circunstancias supo sacarme adelante y siempre tenía una sonrisa para decirme que las cosas iban a estar bien, gracias por cobijarme cuando más lo necesitaba, gracias por contagiarme tú alegría, gracias por cada abrazo que me llenan de infinita paz, quiero que sepas que siempre serás mi mejor ejemplo a seguir y Dios no se equivocó al ponerme en tú camino, por qué ahora sé que el verdadero amor si existe y finalmente Dios fue quién nos llenó de sabiduría, proporcionándonos la calma y la capacidad para estar aquí mami.

Quiero que sepas que el primer día que tome tu mano, supe que nunca más iba estar sola y gracias a ti mami el camino fue más ameno y llevadero; sé que con este par de líneas ni con un libro completo terminaría de agradecerte todo lo que me has dado mami y sin duda alguna sin ti esto no hubiera sido posible, siendo este éxito es más tuyo que mío y que crees mami...Qué juntas lo logramos, así que hoy quiero externar mi gratitud, orgullo, admiración y amor hacia ti.

Con amor y respeto nunca olvides que Te Amo Mucho con todo mi ser mi alma, gracias por ser mi mejor amiga, confidente, cómplice, mi mamá, simplemente mi todo...

A mí abuelo:

Por qué dicen que es más padre el que cría que el que engendra, hoy te doy las gracias por confiar en mí y por todo el apoyo incondicional que me has brindado a lo largo de todos estos años, no tengo manera de externar mi profundo agradecimiento, por qué este logro también es tuyo, ya que nunca dejaste de motivarme cada vez que quería claudicar y sentía que ya no podía más.

Sé que muchas veces fuiste exigente conmigo, pero creo que sin esa disciplina yo no hubiera llegado tan lejos y hoy soy una mujer de bien, aun sé y confío que puedo dar más pero sobre todo gracias por enseñarme a no dudar de mí y por hacerme ver que valgo, por lo tanto nadie puede transgredir mi integridad. Gracias por nunca dejarnos solos, por

cuidar de todos; por qué siempre serás mi mayor ejemplo de que la humildad existe y que sin ella no se puede llegar a ningún lado.

Con cariño y admiración te dedico también mi logro y no olvides que Te Amo Mucho Abuelito.

A mi familia:

Gracias por soportar mis días tristes y mis días felices durante este proceso, ya que sé que no fue fácil lidiar con mis cambios de humor y aun así siempre estuvieron para brindarme su apoyo y por alentarme a seguir adelante, gracias por considerarme muchas veces ejemplo para los más pequeños, quiero que sepan que todos ustedes son mi motivo para seguir adelante y no darme por vencida, pues me doy cuenta que hay quien sigue mis pasos, sé que su amor, cariño y comprensión ha sido incondicional para conmigo, gracias por ser mis conejillos de india muchas veces sin saber si resultaría o no, simplemente confiaron en mí y no tengo palabras para agradecerles eso.

Quiero que sepan que así cómo cuento con ustedes, también pueden contar conmigo sin importar las circunstancias y sin duda alguna sin ustedes esto no hubiera sido posible, comparto mi logro con mi enorme manada y no olviden que los amo con el alma y que son mi orgullo como familia.

A mi asesor:

Cuando lo conocí jamás imaginé que llegaría a ser mi asesor de tesis y un día decidí depositar mi confianza en usted y sin duda alguna no me arrepiento, sé que en un inicio fue complicado entendernos y bastó un par de semanas para hablar el mismo lenguaje.

Sin duda alguna le agradezco, porque sin usted esto no hubiera sido posible, gracias por creer en mí, así como a enseñarme a no darme por vencida, por qué cada vez que sentía que ya no tenía nuevas ideas usted me motivaba para encontrar una nueva y cuestionar la misma, sé que no fue fácil tenerme paciencia debido a que soy rara cómo usted dice, pero aun así no dejo de confiar en mis capacidades, sé que no lo defraude por qué hoy estamos aquí Profe. Y nuestro esfuerzo hoy cobra frutos, de nuevo gracias por los aprendizajes compartidos, gracias por el apoyo que me brindó durante su docencia y por todo el proceso que conlleva la titulación.

Así que le externo con todo respeto mi admiración, gratitud y estima hacia usted, por favor nunca cambie esa actitud de disposición a la hora de compartir sus aprendizajes y experiencias, ya que eso es lo que lo caracteriza.

A la Dra. María Angélica Ocampo Ocampo y a mis pacientes:

Quiero agradecerle por darme la oportunidad de integrarme al equipo , así como darme su confianza en todos los aspectos y sin duda alguna es un gran ejemplo para muchos de los que estuvimos ahí , ya que siempre tenía las palabras certeras para reconstruir a una persona enseñándonos que a base de aprendizaje y modificación de conductas las personas pueden cambiar sus hábitos y pensamientos irracionales llevándolos a ser funcionales en su vida, a su vez quiero darle las gracias por qué siempre estuvo para cada uno de nosotros enseñándonos a trabajar en equipo, nos enseñó el significado de la amistad y del compañerismo. Sin duda alguna existe una admiración hacia usted y su forma de trabajar, me enorgullece haber colaborado con una de las pioneras en el tema, ya que reforzó mis conocimientos, me dio experiencias maravillosas y lecciones de vida también. Gracias por los momentos vividos, por las risas, lágrimas y retroalimentaciones en cuánto a mi trabajo y cómo persona, ya que al final de cuentas me genero aprendizajes. Por lo que le externo mi cariño, respeto, agradecimiento y admiración en toda la extensión de la palabra, ya que sin usted esto no hubiera sido posible.

A los que fueron mis pacientes quiero externarles mi agradecimiento por depositar su confianza en mí, ya que fueron parte fundamental para qué hoy me encuentre aquí, quiero que sepan que aprendí demasiado de ustedes, sin duda mi mejor paga fue siempre su agradecimiento pero sobre todo permitirme ver avances en ustedes, así como el reconocimiento de saber que estaba haciendo bien mi trabajo, gracias por cada historia compartida por qué con cada una de ellas yo aprendían de ustedes, así mismo me dieron el aliciente para seguir desarrollándome y ser una mejor profesionista todos los días, comprometiéndome a reforzar mis conocimientos y encontrar nuevas herramientas que les puedan ser funcionales para la resolución de sus problemáticas.

A mis maestros, amigos y personas importantes que estuvieron durante el proceso:

Por qué a lo largo del proceso hubo personas maravillosas que se presentaron en mi camino y muchos de ellos fueron el motivo por el cual yo decidí estudiar psicología, otros tantos me llenaron de aprendizajes, conocimientos y experiencias; estando eternamente agradecida ya que aportaron su granito de arena para que hoy me encuentre aquí.

Gracias a todos los que me enseñaron a trabajar en equipo, ayudándome a finalizar tareas que parecían interminables, demostrando que si se puede llegar a la meta, por qué al final muchas de las personas me regalaron felicidad y otras tantas llegaron para quedarse. Parte de lo que soy hoy en día, es gracias a mis maestros, amigos, personas importantes que me tuvieron la paciencia además nunca dejaron de brindarme su apoyo y constancia para conmigo. Les agradezco por nunca dejar de creer en mí, por hacerme ver que podía llegar lejos, por alentarme a continuar en esta hermosa carrera y sobre todo dar lo mejor de mí.

Con orgullo, estima, cariño y amor quiero darles las gracias por formar parte de este proceso, así como de mí vida. Por lo que hoy quiero compartir este logro con ustedes y externarles que pueden contar conmigo siempre.

A una persona especial:

Si me hubieran dicho que 12 años después Dios y la vida nos volvería a juntar no lo hubiera creído, no sé si sea casualidad, causalidad o destino, pero aquí estamos. Gracias por enseñarme el verdadero significado de admiración y apoyo, así como querer lo mejor para él otro y lo comprendí por qué al llegar todos los días cansada de trabajo tanto tú cómo yo, me decías “Ya Jazz, la tesis” y aunque pensaba otra vez, o por qué no me deja descansar un ratito; hoy entiendo que lo único que querías es verme crecer y motivarme para perseguir mis sueños.

Gracias por seguir confiando en mí, por hacerme mejor persona todos los días, por quedarte hasta tarde conmigo para que avanzara en mi tesis y sobre todo gracias por enseñarme a trabajar en equipo, por qué ha valido la pena cada sacrificio que hemos dado y mira hoy estoy aquí, por qué sin ti esto no hubiera sido posible. Sin duda alguna

te estaré eternamente agradecida toda la vida por inspirarme a salir de mi zona de confort, así que sigamos disfrutando del proceso.

Te externo con respeto mi admiración, gratitud y amor hacia a ti, por favor nunca pierdas ese toque de humildad y ganas de crecer. Felicidades por qué este logro también es tuyo y quiero compartirlo contigo.

Índice

Resumen	1
Abstrac	2
Introducción	3
Capítulo 1: El tabaco y sus modelos de intervención	5
1.1 El tabaco en números	7
1.1.1 Prevalencia en México	7
1.1.2 Costos	8
1.2 Industria tabacalera	9
1.3 Mortalidad	10
1.4 Nuevas medidas preventivas	11
1.5 Principales enfermedades asociadas	14
1.5.1 Enfermedades mentales asociadas	15
1.6 Programas de intervención en tabaquismo	17
1.7 Modelos médicos y psicológicos de intervención en tabaquismo	19
1.7.1 Las drogas y su acercamiento con los enfoques psicológicos	22
Capítulo 2: Programa de Intervención	32
2.1 Técnicas de intervención en modelo médico- psicológico	35
2.1.1 Modelos psicológicos empleados en el programa	35
2.2 Tratamiento psicológico breve para la cesación del tabaquismo	37
Capítulo 3: Papel del terapeuta y el síntoma	45
3.1 Psicoterapia	45
3.1.1 El paciente	49
3.2 Psicoterapeuta	51
3.3 Relación terapéutica / transferencia	57
3.4 El síntoma	59
Capítulo 4: Metodología	62
4.1 Planteamiento del problema	62
4.1.1 Justificación	62
4.1.2 Pregunta de Investigación	65
4.1.3 Tipo de estudio	65
4.1.4 Tipo de diseño	65
4.1.5 Objetivo general	66

4.1.6	Objetivos Específicos.....	66
4.1.7	Hipótesis.....	66
4.1.8	Variables de estudio.....	66
4.2	Criterios de inclusión.....	67
4.2.1	Criterios de exclusión.....	67
4.2.2	Lugar.....	67
4.2.3	Población.....	67
4.2.4	Muestreo.....	67
4.2.5	Procedimiento.....	68
4.3	Tratamiento.....	68
4.4	Presentación del caso.....	71
4.4.1	Ficha de Identificación.....	71
4.4.2	Características del participante.....	72
4.4.3	Descripción de las sesiones.....	73
	Análisis de resultados.....	95
	Discusión	108
	Conclusiones	120
	Referencias Bibliográficas.....	123
	Anexos	129

Resumen

En el presente trabajo se realizó el análisis del papel que juega el terapeuta ante un tratamiento de cesación tabáquica, mediante la descripción de un caso clínico. Dicha intervención se encuentra basada en el: *“Programa de la Clínica Contra el Tabaquismo Consulta Externa de Neumología y Cirugía de Tórax y su Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel Terapia breve cognitivo- conductual”*. Así mismo hace énfasis en la estructura de la psicoterapia con el objetivo de mencionar las mejores prácticas del terapeuta, a su vez se explicaron los errores terapéuticos mediante la descripción del caso, el cuál utilizó una metodología cualitativa.

Como parte complementaria, se abordó el tema del tabaquismo en México y a nivel mundial, tomando como base el porcentaje en costo, consumo y niveles de mortalidad; en dichas estadísticas se tomaron en cuenta mujeres y hombres. Cabe mencionar que se encontró información sobre las principales enfermedades físicas, psicológicas asociadas al consumo y sus diversos tratamientos que se han implementado para erradicar la adicción desde un modelo médico – psicológico. Resaltando que se tomaron en cuenta las medidas de prevención que actualmente se encuentran vigentes a nivel mundial y en México con el objetivo de que las personas puedan estar informadas y evitar el riesgo de sufrir alguna enfermedad crónica degenerativa.

En dicho estudio sobresalieron diversas categorías de análisis sobre la psicoterapia que son: 1. El paciente, 2. El psicoterapeuta, 3. Relación terapéutica; enfocadas principalmente en el papel que juega el terapeuta y la institución en el tratamiento, así como las limitantes que se presentaron durante el tratamiento, logrando que la paciente dejara de consumir tabaco; sin embargo, se alargó el número de sesiones a causa de errores terapéuticos y de la permisividad de la clínica.

Por último, se tocaron temas importantes cómo son el síntoma, mismo que es considerado como un elemento fundamental para la demanda inicial y dar presencia al problema médico / psicológico, abordando de manera detallada cómo influye el papel del terapeuta ante dicha intervención y sobre la forma en cómo se gesta estarelación terapéutica.

Palabras Clave: terapeuta, tratamiento, tabaquismo, paciente y relación terapéutica.

Abstrac

In the present work, an analysis of the role played by the therapist was carried out when treating smoking cessation, by describing a clinical case. Said intervention is based on the: "Program of the Clinic Against Smoking Outpatient Consultation of Pulmonology and Thoracic Surgery and its Smoking Cessation Program in a Third Level Hospital Brief cognitive-behavioral therapy". Likewise, it emphasizes the structure of psychotherapy in order to mention the best practices of the therapist, in turn, the therapeutic errors were explained by describing the case, which used a qualitative methodology.

As a complementary part, the issue of smoking in Mexico and worldwide was addressed, taking as a basis the percentage in cost, consumption and mortality levels; women and men were taken into account in these statistics. It is worth mentioning that information was found on the main physical and psychological diseases associated with consumption and their various treatments that have been implemented to eradicate addiction from a medical-psychological model. Highlighting that the prevention measures that are currently in force worldwide and in Mexico were taken into account with the aim that people can be informed and avoid the risk of suffering from a chronic degenerative disease.

In this study, various categories of analysis on psychotherapy stood out, which are: 1. The patient, 2. The psychotherapist, 3. Therapeutic relationship; mainly focused on the role played by the therapist and the institution in the treatment, as well as the limitations that arose during the treatment, making the patient stop using tobacco; however, the number of sessions was lengthened due to therapeutic errors and the permissiveness of the clinic.

Finally, important issues were touched on such as the symptom, which is considered a fundamental element for the initial demand and to give presence to the medical / psychological problem, addressing in detail how the role of the therapist influences such intervention and on the way in how this therapeutic relationship is gestated.

Key Words: *therapist, treatment, smoking, patient and therapeutic relationship.*

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo resaltar el papel del terapeuta en un tratamiento de cesación tabáquica. Se llevó a cabo la intervención mediante un modelo médico – psicológico, de acuerdo con el *“Programa de la Clínica Contra el Tabaquismo Consulta Externa de Neumología y Cirugía de Tórax y su Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel Terapia breve cognitivo- conductual”*. En donde el papel del terapeuta encargado de las adicciones se enfoca en proporcionar una terapia ocupacional misma que va encaminada a que la persona que es consumidora de tabaco u otra sustancia se le proporcionen las herramientas necesarias para darles una inserción laboral, educativa o social y de esa forma motivarles al cambio; logrando la modificación de las conductas que resultan aversivas para darle un correcto funcionamiento al consumidor. Cabe mencionar que el papel del terapeuta dentro de las instituciones públicas o privadas encargadas de las adicciones cuenta con una gran demanda en dónde los psicólogos no se dan abasto.

La característica principal de este tipo de paciente es el consumo del tabaco que sigue siendo un factor de riesgo que afecta tanto a hombres como mujeres sin distinguir el nivel socio económico; impactando de manera exponencial en la salud física, psicológica, social, así como su solvencia.

Para analizar dicha problemática e intervención es importante conocer qué es el tabaco, su prevalencia, sus índices de mortalidad, sus medidas de prevención, principales enfermedades físicas y psicológicas asociadas al consumo del tabaco; y el papel del terapeuta, así como el del síntoma ante dicha intervención.

Dentro del marco institucional se realizó una investigación con un diseño cualitativo, dónde se realizaron una serie de entrevistas a la paciente “L”, esto nos permitió identificar como va surgiendo la transferencia entre terapeuta – paciente y la sintomatología que pudiera llegar a presentar al inicio y durante el proceso, además de la aplicación de diversas pruebas psicométricas; mismas que tuvieron un apego al modelo de la Clínica Contra el Tabaquismo Consulta Externa de Neumología y Cirugía de Tórax y su Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel Terapia breve cognitivo- conductual.

A continuación, se presentan los principales temas que se abarcan. En el Capítulo 1. El Tabaco y sus modelos de intervención; se explicará ¿Qué es el tabaco?, su prevalencia, su mortalidad, sus medidas preventivas y sus principales modelos de intervención, en el Capítulo 2. Programa de Intervención; se explicará el modelo de la Clínica Contra el Tabaquismo Consulta Externa de Neumología y Cirugía de Tórax y su Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel Terapia breve cognitivo- conductual y los diversos modelos de intervención psicológica que existen . En el Capítulo 3. Papel del terapeuta y el síntoma; se hablará sobre el papel del terapeuta, el síntoma y los principales puntos que abarca la psicoterapia. Por último, en el Capítulo 4. Metodología; se explicará la parte técnica de dicho trabajo, abarcando desde la justificación, el planteamiento del problema pregunta de investigación, tipo de estudio, tipo de diseño, objetivo general, objetivos específicos, hipótesis, variables de estudios, criterios de inclusión y exclusión, tratamiento y presentación del caso. En el último apartado de trabajo también se encontrará el análisis de resultados, dónde se realizó una consideración sobre la descripción de las sesiones terapéuticas y a su vez se abordara la discusión obtenida de una comparativa del análisis de resultados con el sustento teórico; finalmente se abordaran las conclusiones más relevantes encontradas en dicho trabajo, en la sesiones terapéuticas y en los anexos.

Capítulo 1: El tabaco y sus modelos de intervención

La planta del tabaco es conocida por sus hojas, que secadas y quemadas se inhala el humo que desprenden. Su contenido en nicotina (un alcaloide como la cocaína o la cafeína) provoca la liberación en el cerebro de dopamina (una de las hormonas que controla el humor, la atención y el aprendizaje), lo que da una sensación estimulante y de placer. Pero la nicotina, al bloquear los receptores de acetilcolina, estimula la creación de más receptores que fomentarán la necesidad de volver a fumar. Se sabe que el consumo constante de nicotina llega a crear una dependencia física y psicológica, siendo nocivo para la salud, lo que llevará a la persona al abuso de la sustancia generando una adicción.

La nicotina es un estimulante del sistema nervioso central, responsable de la adicción, originando un sentido de alerta y en ocasiones puede percibirse un estado de relajación, esto es lo que se conoce como *efecto difásico* del tabaco (estimula o relaja), provocando un efecto reforzante para el individuo y, por consiguiente, la adicción. El consumo de nicotina al fumar provoca un aumento en la presión arterial, hay un aumento también en la frecuencia cardiaca, aumenta la concentración de ácidos grasos libres en sangre haciendo más propenso al organismo a un paro cardiaco. Por otro lado, la presencia de Nicotina en el organismo ocasiona un descenso en los niveles de insulina lo que dañaría particularmente a una persona que ya padece diabetes y fuma (Solís, 2002; citado en Ocampo, 2002). El fumador debe mantener unos niveles de nicotina en la sangre (nicotina en plasma) de entre 10 y 35 nano gramos por decilitro.

Esta cifra es independiente del tipo y la cantidad de tabaco que se fuma. “El fumador regula la velocidad y su forma de inhalar para adaptarse a esta pauta de nicotina”, es por ello que hay personas que fuman 20 cigarrillos en un día y otros que lo hacen en tres (Penacho, 2000; citado en Ocampo, 2002). En el núcleo accumbens se produce la dopamina, sustancia química (neurotransmisor) que se encarga de las recompensas y de hacernos sentir placer con las cosas que cotidianamente llevamos a cabo como comer, hacer ejercicio o el sexo. Al llegar a este núcleo, la nicotina lo estimula y genera que la conducta de fumar se haga placentera, con lo que se establece que el fumar se

vuelva a llevar a cabo lo que genera adicción al tabaco. Por otro lado, cuando la nicotina llega al *locus coeruleus*, y al tener una estructura química muy similar a la de la noradrenalina y la acetilcolina (que son las sustancias que se producen de forma natural en esta área del cerebro, y que controlan el movimiento y otras funciones como la atención, la vigilancia y el estrés da una sensación de mejora superficial, haciendo que el fumador sienta que está más atento, o más tolerante al estrés) es aquí también donde se originan los síntomas del síndrome de abstinencia que experimenta la persona al dejar de fumar (Ocampo, 2002).

En cuanto a su descripción física tenemos que la planta del tabaco es una hierba perenne de tamaño medio, entre el medio metro y los dos. Bajo el suelo presenta una raíz principal muy larga, donde se sintetiza la nicotina que viaja hasta las hojas, donde se acumula. El tallo es viscoso debido a las secreciones, siendo este mismo tallo de forma circular y en el extremo terminal aparecen varias ramas con gran densidad foliar. Las hojas miden más de 30 centímetros de largo y tienen forma ovalada tirando a lanceolada, al igual que el tallo también son viscosas al tacto. Debido a la concentración de nicotina en las hojas, despiden un olor un poco narcótico (Contreras, 2013).

Fumar tabaco es una conducta legal cuyos efectos farmacológicos no son incompatibles con las demandas de los roles que desempeñan las personas en su vida cotidiana; por ello, las presiones sociales para abandonar la adicción son menos intensas que en el caso de otras drogas y del alcohol (Calleja, 2012).

Siendo el tabaquismo una enfermedad de carácter crónico degenerativa caracterizada por la adicción a la nicotina, que en sus inicios no presenta ninguna sintomatología, sino ya hasta que la enfermedad se encuentra muy avanzada y su consumo ha denotado otras enfermedades no sólo a nivel respiratorio, ya que también puede generar enfermedades cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, (OMS,2012) se denominan productos de tabaco a todos aquellos que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar,

chupar, masticar o aspirar y principalmente se caracterizan por tener como ingrediente a la nicotina, componente psicoactivo que genera adicción.

1.1 El tabaco en números

Se calcula que hay cerca de 1,100 millones de fumadores en el mundo, de los cuáles casi el 84% de los fumadores viven en países de ingresos bajos o medios” (Khawaja, 2018). El número de fumadores varones ha disminuido un 25 % y el de mujeres un 42 %. Sin embargo, como consecuencia del aumento de la población, el número de fumadores y el número de cigarrillos consumidos se ha incrementado (CCM Salud, 2017).

Cabe mencionar que el mayor productor y consumidor a nivel mundial es el país de China, sin embargo; en los países occidentales el tabaquismo ha presentado una disminución, esto debido a una mayor regulación, monitoreo e impuestos. Como resultado, la industria del tabaco está aumentando su comercialización en los países en desarrollo, en particular, tratando de atraer a los jóvenes (Khawaja, 2018). Lo cuál podría ser un factor predisponente para el incremento de cigarrillos piratas a nivel mundial, que como se sabe estos cigarrillos se crean con desechos de cigarrillos, siendo esto un riesgo para la salud de diversas personas consumidoras y también de las personas que están expuestas a humo de segunda mano.

La prevalencia global del uso de tabaco sin humo es de 0.6%, es menos prevalente en las mujeres (0.4%) en comparación con los hombres (0.9%) acorde a los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016-2017).

1.1.1 Prevalencia en México

En la última Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016-2017); reporta que en México el 17.6% de la población de 12 a 65 años fuma tabaco actualmente. Cifra alarmante ya que su edad de inicio es a una corta edad colando a los adolescentes en una situación de vulnerabilidad, lo que podría llegar a incrementar la tasa de mortalidad en los próximos años; teniendo como principales factores de consumo la supervisión de los padres de familia, nivel socio económico, falta de información, entorno social, entre otros factores.

Dando como resultado que la edad promedio de inicio de consumo de tabaco en México es de 21 años en las mujeres y de 18 años en los hombres; es importante destacar que los fumadores mexicanos fuman en promedio entre 7.4 cigarrillos al día (mujeres 6.4 y en hombres 7.7); cifras que en los últimos años se han visto incrementadas en las mujeres. Cabe mencionar que la prevalencia de ex fumadores en México es del 15.4% (13 millones de mexicanos), de los cuales el 3.4% son ex fumadores diarios y el 12.0% son ex fumadores ocasionales. En México se considera que los lugares públicos reportados con mayor prevalencia de exposición al humo de tabaco de segunda mano (HTSM) por los no fumadores son: bares (52.8%), restaurantes (31.9%), transporte público (26.0%), escuelas (25.4%) y trabajo (15.2%); y sólo un 91.8% de la población de 12 a 65 años apoya la aplicación de la Ley de espacios 100% libres de humo de tabaco (ENCODAT, 2016-2017).

Se considera que el tiempo que tarda un fumador en encender su primer cigarro del día es un indicador de la dependencia (física) a la nicotina o bien la persona puede gestar una dependencia psicológica, se recomienda que la suspensión tabáquica sea primero eliminando el cigarro más placentero del día para generar una más eficiencia en el tratamiento de la cesación de tabaco. Más de 1.8 millones de fumadores mexicanos de 12 a 65 años de edad (12.3%) fumaron su primer cigarro dentro de los primeros 30 minutos después de levantarse (ENCODAT, 2016-2017).

1.1.2 Costos

Entre los fumadores actuales de 12 a 65 años, el 48.1% realizó la compra de cigarrillos por unidad (suetos), lo que representa a 6.6 millones de fumadores mexicanos. Una persona que consume tabaco gasta en promedio al año, cinco mil ciento diez pesos en cajetillas, y el sector salud destina 80 mil 655 millones de pesos en atención a males relacionados con esta adicción. El impacto económico anual del tabaquismo en México asciende a 136 mil 865 millones de pesos (ENCONDAT 2016-2017).

Esta cifra es resultado de sumar 80 mil 655 millones de pesos que eroga el sistema de salud nacional cada año para la atención de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo, y que cada uno de los 11 millones de fumadores que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) estima que hay en el país.

De acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud (2012), los países de alto ingreso destinan entre 6 y 15 por ciento de sus gastos médicos anuales a la atención de enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

El tabaco cuesta a la economía mundial 200.000 millones de dólares cada año, de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) de México. Por ejemplo, la población adulta mexicana de entre 18 y 65 años invierte un promedio de seis días de salario mínimo al mes en tabaco, alrededor de 390 pesos mexicanos (19 dólares americanos). British American Tobacco estima que el mercado mundial del tabaco vale unos US \$770.000 millones (Khawaja, 2018).

Teniendo en cuenta que el promedio de gasto mensual en cigarros entre todos los fumadores de 12 a 65 años es de \$282.80 y este gasto es menor en las mujeres (\$239.40) en comparación con los hombres (\$297.10) (ENCODAT, 2016-2017).

Según la Nacional Contra las Adicciones o en sus siglas CONADIC (2012) en nuestro país, un fumador activo consume siete cigarros diarios, lo que se traduce en 127.75 cajetillas al año que, multiplicado por 40 pesos que cuesta en promedio cada una, provoca un desembolso anual de cinco mil ciento diez pesos.

1.2 Industria tabacalera

Las dos firmas más grandes que controlan el mercado de la venta de cigarros en nuestro país son Philip Morris International Inc., con 65 por ciento, y British American Tobacco, con 35 por ciento. Siendo las empresas tabacaleras las principales en beneficiarse, principalmente en sus ingresos.

La industria tabacalera obtuvo ganancias por 35 mil millones de dólares en 2010, monto equivalente a los ingresos obtenidos en conjunto por Coca-Cola, Microsoft y McDonald's. Al mismo tiempo, seis millones de personas murieron a consecuencia de enfermedades asociadas con el tabaquismo, reveló el *Atlas mundial del tabaco 2012*. (Cruz, 2012).

A pesar de las medidas que ha implementado el gobierno federal para inhibir el consumo de cigarro en nuestro país, como prohibir fumar en lugares cerrados, incremento en los impuestos a los cigarros y la puesta en marcha de los pictogramas y leyendas de

advertencia en las cajetillas sobre los riesgos de fumar, las ganancias de las empresas van en aumento.

Tan solo en 2011, los ingresos de América Latina y Canadá de Philip Morris International Inc. se incrementaron 8.1 por ciento, para ubicarse en tres mil trescientos mdd, según su reporte financiero anual. En contraste, el volumen de cigarros enviados a la región decreció 4.8 por ciento, principalmente por México, país que incrementó los impuestos a este tipo de productos (Valverde, 2012).

En 2010, la empresa gastó 393 millones de dólares en marketing y ventas en el plano internacional. Según el INEGI, en México se producen 43 mil 700 millones de cigarros. De hecho cada cinco minutos se produce un millón de cigarros (Cruz, 2012).

La Encuesta Nacional de Consumo (ENCODAT, 2016-2017), reporta que el 71.3% de la población de 12 a 65 años apoya la Ley que aumenta el impuesto al tabaco. Entre los fumadores actuales, el apoyo a esta ley es del 53.3%.

1.3 Mortalidad

El tabaquismo es considerado la epidemia del presente siglo y constituye la principal causa de muerte evitable en el mundo (OMS, 2009). Según estimaciones de la OMS (2008), en el siglo XX ocurrieron 100 millones de defunciones por enfermedades atribuibles al tabaco; durante el siglo XXI, el tabaco podría matar a mil millones de personas, 70% de ellas en países en vías de desarrollo. La mitad de estas muertes corresponderán a personas adultas de mediana edad, quienes habrán perdido más de veinte años de su vida. El tabaco mata a las personas en la cúspide de su vida productiva, privando a las familias de su sustento y a las naciones de su fuerza de trabajo sana (OMS, 2010).

La misma OMS señala que en México existen 10.9 millones de fumadores pasivos, aquellos que inhalan humo de tabaco en sus hogares por vivir con consumidores de la planta, también denominados segunda mano.

El consumo de tabaco provoca más de 7 millones de muertes prematuras anuales, cifra que incluye 600 mil muertes causadas por la exposición al humo de tabaco de segunda mano (HTSM). Al mismo tiempo, el tabaquismo es factor de riesgo de 6 de las

8 principales causadas de muerte a nivel global, y ocasiona 1 de cada 6 fallecimientos por Enfermedades no Transmisibles (ENT). (ENCODAT, 2016- 2017).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008) y la Organización Mundial del Comercio (OMC, 2008), destacan que en México, la adicción al tabaco provoca la muerte de 60 mil personas al año, el equivalente a que diariamente pierdan la vida 165 personas. Agregan que el fumar representa un factor de riesgo de mortalidad y causa problemas de cardiopatía isquémica, enfermedades cerebro-vasculares, infecciones de las vías respiratorias, además de cáncer de tráquea, bronquios y pulmones, entre otros padecimientos.

El 31 de Mayo se celebra el Día Mundial sin Tabaco, fecha designada por la Asamblea Mundial de la Salud. No obstante, las cifras de bajas humanas que se relacionan con fumar van en aumento.

La OMS (2012) destaca que, de continuar con la tendencia actual, en 2030 el consumo de tabaco quitaría la vida a más de ocho millones de personas al año, donde cuatro de cada cinco defunciones se registrarán en países de ingresos bajos y medios.

Por último ,de acuerdo con una investigación del Pan American Journal of Public Health (2016), el tabaquismo representa la primera causa de mortalidad prevenible; según esta investigación para el periodo 2010 - 2050, habrá un saldo de 400 millones de muertes relacionadas con el tabaco en todo el mundo; sin embargo, el 80 por ciento de estas muertes se producirán en países de bajos y medianos ingresos. Entre los principales factores que inciden en el mayor número de muertes relacionadas con el tabaco en adultos, se encuentran la 14 enfermedad cardiaca coronaria y no coronaria, la EPOC, neumonía e influenza, cáncer de pulmón y otras nueve neoplasias.

1.4 Nuevas medidas preventivas

A partir del 25 de septiembre de 2010, las cajetillas de cigarros no solamente tienen la advertencia de que fumar es nocivo para la salud, sino que además tienen pictogramas con fotografías que se relacionan con problemas de cáncer e incluso con la advertencia de aborto en caso de que fume la mujer embarazada (Valverde, 2012).

El 1 de enero de 2011 se empezó a aplicar un impuesto de siete pesos por cajetilla, adicional al 160 por ciento que tienen que pagar los fumadores por concepto del Impuesto Especial a Producción y Servicios (IEPS). A raíz de las restricciones para fumar, el consumo de cigarrillos ha disminuido cuatro por ciento anual, según la industria tabacalera (Valverde, 2012). El tabaquismo tiene un costo tanto en términos sociales como económicos para las familias y para el Estado, en este último sentido, cobra relevancia el costo para la hacienda pública: su magnitud se estima de 81 mil 132 mdp para 2017, en las finanzas del Gobierno Federal; cifra que representa 2.8 por ciento de los ingresos tributarios y 58.3 por ciento de los ingresos obtenidos por el Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS) no petrolero, por lo que se considera como uno de los padecimientos prevenibles más costosos para el erario público (Centro de Estudios de las finanzas públicas, 2018).

Bajo estos lineamientos la OMS, en el año 2008, lanzó la iniciativa MAPOWER que resume las estrategias que se deben implementar para el control del tabaco a nivel internacional. Los seis puntos de estrategia consisten en:

- Monitoring: Vigilar el consumo de tabaco y las medidas de prevención.
- Protecting: Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco
- Offering: Ofrecer ayuda para el abandono del consumo de tabaco
- Warning: Advertir de los peligros del tabaco
- Enforcing: Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio
- Raising: Aumentar los impuestos al tabaco (Bello, 2011).

El banco mundial y otras instituciones coinciden con que las medidas más eficaces para reducir el consumo de tabaco son las políticas que reducen la demanda de los productos derivados del tabaco. Ellas son:

1. Aumento de impuestos al tabaco
2. Prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio de tabaco
3. Informar a los consumidores mediante campañas en los medios de comunicación y en todos los envases de la acción colateral del uso de tabaco
4. Restringir el consumo de tabaco en los lugares públicos y de trabajo
5. Apoyar a los fumadores que quieren dejar la adicción

6. Controlar el contrabando

Cabe mencionar que existen pequeñas modificaciones dentro de los diversos convenios marco entre los países y esto va en función de las necesidades principales que tenga cada uno. Desde la entrada en vigor del Convenio Marco para el Control del Tabaco de Mundial de la Salud (CMCT de la OMS) en el año 2005 a la fecha, dos terceras partes de la población mundial se encuentra protegidas por al menos una de las medidas costo- efectivas de control con base en la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016-2017).

El consumo de cigarros se ha trasladado a los cigarros ilegales, debido al bajo costo que representan, pues una cajetilla de 20 piezas se consigue entre ocho y 20 pesos. Sin duda alguna la adición al cigarro no solamente representa dolor físico y emocional para quienes padecen enfermedades relacionadas con el tabaquismo, sino también un costo importante para el sector público que son los encargados de atender las enfermedades relacionadas al consumo de tabaco. Es por eso que la OMS recomienda ofrecer servicios de cesación tabáquica como parte de la atención primaria en salud. El consejo médico o de un proveedor de salud, las líneas telefónicas de ayuda y el acceso a terapia farmacológica son los tres pilares mínimos a incluirse en los programas de cesación. Algunas intervenciones aprovechan las nuevas tecnologías, como el uso de mensajería móvil, y han tenido éxito en fortalecer los programas e incrementar las tasas de cesación (ENCODAT, 2016-2017).

Como dato importante la Cámara de Diputados de la Ciudad de México estableció el artículo 26°, el cuál menciona “Queda prohibido a cualquier persona consumir o tener encendido cualquier producto del tabaco en los espacios 100% libres de humo de tabaco, así como en las escuelas públicas y privadas de educación básica y media superior” dando lugar al texto vigente de la Ley General para el Control del Tabaco (Secretaría de Servicios Parlamentarios, 2018).

1.5 Principales enfermedades asociadas

Principales sustancias: Al aspirar el humo del tabaco, el cuerpo humano absorbe más de 7 mil sustancias de las cuales 400 son tóxicas, 45 cancerígenas y 12 son gases mortales. Las principales sustancias que contiene un tabaco (**Figura 1**).



Principales sustancias que contiene el tabaco, las cuales resultan nocivas para la salud Jackymh, (2015)
¿Quién consume a quién? Evita el tabaquismo [Figura 1]

El consumo habitual del tabaco desencadena al menos 29 tipos de cáncer, según el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2012).

Fumar tabaco aumenta más de 2.5 veces el riesgo de muerte por enfermedad isquémica del corazón, aumenta más de 20 veces el riesgo de muerte por cáncer de pulmón y por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Los niños nacidos que fuman durante el embarazo tienen muerte súbita del lactante. En la región de las Américas, el tabaquismo fue responsable del 18% de las muertes por ENT y del 84% de las muertes por cáncer de pulmón, bronquios y de tráquea (ENCODAT, 2016- 2017).

Se sabe que el consumo de tabaco está principalmente asociado con las enfermedades de vías respiratorias como son: cáncer de pulmón, lengua, faringe, laringe, boca, aunque también se encuentra relacionado con el cáncer de colon, de piel, vejiga,

estómago, útero, próstata, problemas gastrointestinales, entre otras enfermedades; así como puede producir abortos espontáneos, bebés con malformaciones o peor aún, bebés que nazcan con el síndrome de abstinencia.

Debido a que las sustancias viajan alrededor de todo el cuerpo mediante la sangre, esta se ve contaminada con diversas sustancias y es por eso que se encuentra muy asociado el consumo con las enfermedades cardiovasculares, principalmente hipertensión arterial y diabetes, ya que la consistencia de la sangre se vuelve espesa generando que las arterias se tapen, dificultando la frecuencia cardiaca. Aunque se sabe que existen efectos inmediatos, inclusive para los fumadores de segunda mano, como puede ser la cefalea, náuseas, mareos, irritación en los ojos, garganta y nariz.

1.5.1 Enfermedades mentales asociadas

Dentro de las principales consecuencias que tiene el consumo de tabaco, están las enfermedades físicas como se han planteado, también están las llamadas enfermedades mentales, dentro de estas, tenemos a la depresión, que también es considerada una enfermedad crónica recurrente que afecta la vida familiar y reduce la capacidad de adaptación social. La OMS (2007) estima que entre 60 y 80 por ciento de las personas con trastorno depresivo pueden ser tratadas mediante terapia breve y el uso de antidepresivos; sin embargo, sólo entre el 25 y 10 % de las personas que padecen este trastorno reciben tratamiento. Este trastorno es ya la principal causa de invalidez en el mundo, siendo 121 millones de personas las que padecen esta enfermedad y se estima que para el año 2020 será la segunda causa de baja laboral en los países desarrollados.

En los últimos años se ha reportado una fuerte asociación entre el tabaquismo y la depresión. Se sabe que los fumadores con historia de depresión son más susceptibles a fumar (Glassman, Helzer y Lovey, 1990, citado en Moreno, 2012) y que los síntomas depresivos que se manifiestan durante la abstinencia son reversibles con la reintroducción del cigarro (Stage, Glassman y Covey, 1996, citado en Moreno, 2012). Al mismo tiempo, este tipo de pacientes tienen mayores probabilidades de mantenerse en abstinencia al ser tratados en el manejo de su estado de ánimo (Reidl, 2012).

Datos que resultan relevantes debido a que ,actualmente, la cifra de mayor de mayor consumo cómo se mencionó anteriormente se encuentra entre la población de un nivel

medio o bajo, pero los datos que se arrojan respecto a la depresión reflejan que ,en los próximos años, el consumo en los países desarrollados se podría igualar, por lo que hay que hacer hincapié en cuanto a la depresión ya aunque podría ser un factor predisponente para el consumo de tabaco generando una incapacidad a nivel mundial , lo cual podría llegar a incrementar el costo de un adicto a nivel mundial.

Como menciona el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM–V) otra enfermedad mental asociada es la ansiedad que es considerada como una preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses (APA, 2013).

El hábito de fumar y la ansiedad están directamente relacionados; el cigarrillo puede provocar ansiedad o empeorar los síntomas nerviosos. Existe esa mala creencia de que el cigarrillo es una cura para la ansiedad, y hay personas que al someterse a dietas de adelgazamiento, tienen al tabaco cómo su producto top para mantener el apetito y la ansiedad regulada. La verdad es que el cigarrillo puede inhibir en cierto sentido el apetito a corto plazo, pero a la larga, lo único que hará es empeorar la circulación, debilitar las células y destruir el sistema de desintoxicación del cuerpo, lo que da como resultado más grasa y más celulitis.

Existe lamentablemente una conexión entre los trastornos de ansiedad y el consumo de tabaco. Según un estudio publicado en el sitio de Swiss Medical (2015), el 50% de las personas que sufren de un trastorno de ansiedad generalizada son fumadores. Se describe esta dinámica como “ansiedad- tabaco- ansiedad”, es decir, que las personas con ansiedad fuman mucho y los fumadores sufren de ansiedad o pueden desarrollar un trastorno por este hábito. Es por esto que el cigarro jamás va a servir para calmar la ansiedad de manera definitiva, ya que una vez que se termina de aspirar el humo, al ansiedad vuelve y se intensifica por esa necesidad de fumar otro cigarrillo nuevamente (Spuhr, 2015).

Se puede añadir que los pacientes que presentan comorbilidad entre trastornos mentales y el uso de sustancias representan un reto especial para los clínicos debido a que la adicción a las sustancias limita el uso de fármacos para el tratamiento del trastorno psiquiátrico y aumenta el riesgo de recaídas en pacientes con dependencia a sustancias

(Medina- Mora, 2005; citado en Moreno, 2012). Sin embargo, esta limitante no se presenta en el caso de la comorbilidad entre la depresión y el tabaquismo, ya que el tratamiento farmacológico puede favorecer ambos trastornos.

1.6 Programas de intervención en tabaquismo

En la actualidad existe consenso que las intervenciones de cesación del tabaquismo deben tener dos componentes: psico-social y farmacológico. Ambos deberían incluirse en el apoyo a cualquier persona que solicite ayuda para dejar de fumar.

Las estrategias psico-sociales, que mayoritariamente tienen un enfoque cognitivo-conductual, están destinadas a que el fumador reconozca su adicción, sus características personales, modifique pautas de comportamiento, desarrollando estrategias y habilidades para lograr y mantenerse en abstinencia, lo que habitualmente significa cambiar rutinas y estilos de vida, es decir aprender a "vivir sin tabaco" (Bello, 2011).

a) *Tratamiento simultaneo contra el tabaquismo y la depresión*

Objetivo general:

Evaluar el tratamiento pre-abstinencia con terapia de reemplazo de nicotina (TRN) y bupropión, terapia cognitivo- conductual y cigarros bajos en nicotina sobre la sintomatología depresiva mínima- leve y el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo de fumadores severos, mediante la comparación de tres condiciones experimentales distintas.

Objetivos específicos:

- 1) Evaluar el tratamiento pre-abstinencia y utilizando parches de nicotina transdérmicos, cigarros bajos en nicotina y terapia psicológica cognitivo-conductual.
- 2) Evaluar el tratamiento pre- abstinencia utilizando bupropión, cigarros bajos en nicotina y terapia psicológica cognitivo- conductual.
- 3) Evaluar el tratamiento pre- abstinencia utilizando parches de nicotina transdérmicos, bupropión, cigarros bajos en nicotina y terapia psicológica cognitivo- conductual (Reidl, 2012, p.17).

b) *Programa de tratamiento psicológico para dejar de fumar de la AECC*

El procedimiento usado por los profesionales encargados de ejecutar este programa de tratamiento es conocido como reducción progresiva o gradual de la ingesta de nicotina y alquitrán, desarrollado por Fox y Brown 1979 (Citado en Garrido, 2011) y mejorado unos años más tarde por Fox y Axelrod en 1983 (Citado en Gil Roales-Nieto, 2003; Citado en Garrido, 2011), añadiendo un componente más reduciendo el número de cigarrillos fumados en aquellas personas que no fueran capaces de mantenerse totalmente abstinentes al finalizar el programa.

La filosofía de actuación de este programa se basa en el objetivo de facilitar el abandono del consumo de tabaco consiguiendo reducir al mínimo posible los síntomas derivados del síndrome de abstinencia tras la retirada de la nicotina, por lo que principalmente se propone el cambio en el tipo de cigarrillo fumado hacia otros con menor contenido en nicotina (López Ríos, Gil Roales-Nieto & Ayllón, 2001; citado en Garrido, 2011). Lo que se pretende es llegar a un nivel de nicotina en sangre estable para conseguir posteriormente un abandono total del consumo de tabaco. Sin embargo, cuando esto no es posible se puede usar como modelo alternativo la reducción del número de cigarrillos consumidos, aunque existe el riesgo de que cada uno de los cigarrillos llegue a ser mucho más reforzante si no se realiza un control adecuado del proceso.

La eficacia del tratamiento se debe principalmente a tres componentes: 1) una estrategia de reducción progresiva de la ingesta de nicotina; 2) el autorregistro del consumo de cigarrillos; y 3) una estrategia adicional de reducción progresiva del número de cigarrillos fumados por día para quienes no alcancen la abstinencia con la aplicación de los dos componentes anteriores (Garrido, 2011).

c) *Programa de intervención breve para adolescentes que inician consumo de alcohol y otras drogas*

Objetivo general: Promover la disposición para ingresar al programa de intervención breve para adolescentes que consumen alcohol y otras drogas. Con una duración de 90 minutos.

Objetivos particulares:

1. Retroalimentar al adolescente sobre su patrón de consumo de alcohol y otras drogas, sus situaciones de riesgo, las áreas en que presenta riesgos y aquellas en las que presenta factores protectores.
2. Informar al adolescente acerca de las consecuencias a corto y largo plazo del consumo del alcohol y otras drogas.
3. Identificar y definir el problema, así cómo elaborar opciones para resolverlo conjuntamente con el adolescente.
4. Dar a conocer a los adolescentes las características del programa de intervención breve (Martínez, 2008).

1.7 Modelos médicos y psicológicos de intervención en tabaquismo

A continuación en la Tabla 1, se presentan los diferentes modelos que se han presentado en México desde los años 50's hasta los 2000's. Tomado del Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel (Schwartz JL 1969, 1977, 1990; citado en Ocampo 2002) y el cual se mantiene vigente actualmente

Tabla 1.

“Cronología de Intervenciones Tabáquicas”

1950	1980
1960-1970	1990-2000
<ul style="list-style-type: none">• Métodos educativos• Métodos basados en medicamentos<ul style="list-style-type: none">- Ansiolíticos- Antidepresivos- Estimulantes• Planes de cinco días• Discusiones de grupo• Condicionamiento• Autoayuda de terapia de grupo	<p>Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel</p> <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Programas de autoayuda• Sustitutos de nicotina• Hipnosis• Masticación de chicle con nicotina• Capacitación y prevención de recaídas

- Hipnosis

- Programas en medios masivos para la comunidad en general
- Manuales de autoayuda
- Intervenciones clínicas mínimas
- Intervenciones clínicas intensivas
 - Entrenamiento en solución de problemas
 - Fumar rápido y otras técnicas aversivas
 - Desvanecimiento de nicotina (reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán)
 - Apoyo social
- Intervenciones farmacológicas
 - Chicle de nicotina
 - Parche de nicotina
 - Inhalador de nicotina
 - Spray nasal de nicotina
 - Bupropión
 - Nortriptilina
 - Clonidina
 - Vareniclina
- Programas de salud pública a gran escala
 - Programas basados en los medios de comunicación
 - Programas en el lugar de trabajo
 - Programas comunitarios

Dentro de los fármacos más utilizados para dejar de fumar Allende (2007) señala los siguientes:

- *Clonidina*; medicamento que ayuda con la abstinencia y con el craving (deseo imperante por fumar); como efectos colaterales puede tener hipotensión arterial y

una pérdida pasajera del conocimiento acompañada de una paralización de movimientos del corazón y respiración.

- *Acetato de plata*: Sustancia de uso local que, al entrar en contacto en la boca con el humo del tabaco, produce un sabor desagradable.
- *Lobelina*: Sus propiedades farmacológicas son similares a las de la nicotina, los estudios realizados hasta la fecha han aportado resultados poco favorecedores.
- *Vacunas*: La nicotina es una molécula pequeña con poca inmunogenicidad, por ello se ha de asociar a una proteína para que el organismo desarrolle anticuerpos frente al conjunto, los llamados anticuerpos-antinicotina. Esta vacuna bloquearía las partículas de nicotina en el organismo con el objetivo de que no lleguen al cerebro ni en las embarazadas a la placenta. La estrategia tiene dos posibles vías de acción, el método tradicional de la vacuna, que provoca la producción de anticuerpos en el organismo, o su inoculación directa.
- *Terapia sustitutiva de nicotina (TSN)*. Se aconseja su uso en fumadores de más de 10 cigarrillos/día y que no presenten contraindicaciones. Consigue duplicar la tasa de abstinencia a los 6 y 12 meses, con respecto al tratamiento con placebo. Sus resultados mejoran cuando se acompaña de una intervención de apoyo (consejo médico y/o terapia de apoyo). Se utilizan fundamentalmente parches, que liberan de 8-30 mg de nicotina, con una duración media de 9 semanas, (tasa de abstinencia de 17 % en un año) chicles (9 unidades diarias durante 3 meses (tasa de abstinencia de 8%).
- *Bupropión hidrocloreuro (Anfebutamona)*: Es un antidepresivo, inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina, que bloquea la unión de la nicotina a las subunidades $\beta 2$ de los receptores nicotínicos. Se recomienda en una dosis inicial de 150 mg durante 6 días y a partir de entonces, en 150 mg, dos veces al día; la duración del tratamiento total es de 7 a 9 semanas.
- *Rimonabant*: Es un antagonista de los receptores cannabinoides CB 1, que se encuentra en fase experimental. El efecto de Rimonabant parece ser bloquear, de modo indirecto, la liberación de dopamina.
- *Vareniclina*: Es un agonista del receptor nicotínico que se une a sus subunidades $\alpha 4$ y $\beta 2$, compitiendo por el receptor con la misma nicotina. El compuesto activa

al receptor de tal modo que disminuye la ansiedad asociada a la necesidad física por falta de la sustancia.

- *Inhibidores del enzima CYP2A6*: Esta es una enzima que presenta polimorfismo que impide el metabolismo de la nicotina, se potencia su acción y se consigue que se fume menos. Esto ha llevado a postular que los inhibidores de este enzima podrían ser utilizados en el tratamiento del tabaquismo como un abordaje de reducción de daños (Allende, 2007).

1.7.1 Las drogas y su acercamiento con los enfoques psicológicos

Debido a que no hay propiamente una intervención en tabaquismo se concibe la participación desde las adicciones y los modelos que propiamente las abordan. Los cuáles se describen a continuación.

Abordaje cognitivo conductual en tabaquismo

En sus inicios entre los 60's y 70's se utilizaron técnicas conductuales cuyo objetivo era la abstinencia. En los 80's se introducen técnicas cognitivas y psicosociales.

Se apunta a la abstinencia y también a la prevención de recaídas. Se habla de 3 intervenciones:

1. Técnicas aversivas (retención de humo o fumar rápido) o, terapia implosiva (consiste en preparar al sujeto para los estímulos del medio, mediante la eliminación del reforzamiento primario), terapia racional – emotiva y técnicas operantes (Dolmoun, 2012).
2. Reducción gradual de nicotina, alquitrán y prevención de recaídas.
3. Estrategias de autocontrol

Esta intenta, describir, explicar y modificar los trastornos del comportamiento, centrándose en emitir respuestas adaptativas ante los estímulos que causaban respuestas inadaptativas (desaprender- aprender). El cognitivo conductual hace uso de técnicas de sensibilización sistemática, e inclusive, se puede hacer uso de la relajación muscular (Dolmoun, 2012).

En cuanto a la relación que tiene el conductismo y las drogas, se dice que el primer consumo puede estar motivado por diversas razones, influyendo factores personales, interpersonales, la edad del individuo, su historia previa que da pauta a un aprendizaje e inclusive influyen factores sociales y ambientales.

Todas esas variables no explicarían en sí misma el hecho de que se dé o no un consumo ni que un primer consumo se convierta en un comportamiento habitual, pero sí funcionan como variables disposicionales que aumentan la probabilidad de que si se da la situación de ofrecimiento o disponibilidad de la droga, se decida consumir o no. A partir de ese primer consumo, el que éste se mantenga o no dependerá de que se vuelvan a dar las circunstancias favorables y de las consecuencias positivas que se experimentan en esa primera ocasión.

Cuanto más positiva y reforzante sea esa primera experiencia, mayor probabilidad habrá de volver a emitir la conducta de consumir (Rocha, 2011).

Desde la de conducta cognitiva se proponen tres tipos de intervención derivados de diferentes modelos de aprendizaje: las técnicas de exposición a pistas derivadas del condicionamiento clásico, los programas de entrenamiento en habilidades o prevención de recaídas basados en los principios del aprendizaje social y de los programas de manejo de contingencias, derivados de los principios del condicionamiento operante. Estos tres abordajes no deben entenderse como estrategias excluyentes o independientes sino como técnicas complementarias que deben integrarse dentro de los programas de tratamiento disponibles (García, 2008).

Abordaje psicoanalítico en tabaquismo

La intervención psicoanalítica es una forma de psicoterapia hablada que le permite al consultante mediante la exploración de su inconsciente y mundo interno, traer a la conciencia e identificar los motivos o emociones que nos mueven a actuar o comportarnos de determinada manera. Sólo así, se podrán gestionar mejor en la vida disminuyendo el malestar en general. La tarea del psicoanalista es deshacer esa madeja psíquica que provoca el sufrimiento o ansiedad en el consultante, decodificar sus contenidos ocultos, metabolizarlos y disminuirlos.

Desde la perspectiva psicoanalítica se dice que se fuma para tapar algo que es desconocido y genera una tensión interna. En donde se cree que se fuma para liberar una tensión cargada de angustia y ansiedad. Traer a la conciencia los motivos por los que se fuma es doloroso y puede llevar un tiempo. Evitando hacerlo, se echa un cigarro a la boca la persona para descargar sin tener que profundizar, sin tener que mirar de frente a las causas.

La falta de poder identificar las causas verdaderas que provocan ese malestar ansiógeno son las que llevan a la conducta adictiva (compulsiva) de fumar. Aparece la ansiedad y se fuma para mitigarla. No hay espacio ni tiempo de reflexión, es automático y cada vez se necesitará una dosis mayor por la tolerancia a la sustancia. Fumar para reducir esa tensión sin reflexionar en el camino que la dispara. Se queda atrapado en el círculo “vicioso” del síntoma del fumar (Ruiz, 2016).

Por lo tanto, fumar se convierte así en un síntoma que pone de manifiesto que algo que no está del todo bien, subyace en el interior del fumador, que es lo que se conocería cómo la problemática real del sujeto. El acto de fumar es en realidad es la respuesta a una ansiedad interna, frecuentemente difusa. Su consiguiente necesidad de descargarla, de echarla fuera de nuestro psiquismo, lleva a fumar al objeto de liberarse y equilibrarse. Por lo que la ansiedad se introduce al organismo cuando se asocia de manera inconsciente, sin darse uno cuenta, en dónde se producirá un efecto que durará poco y al poco tiempo se necesitará otro cigarrillo.

Cabe mencionar que no se trabaja con el consultante en el síntoma “de fumar” directamente a diferencia de otras terapias; sin embargo, éste puede averiguar los motivos por los que fuma y decidir luego qué hacer con ello libremente. Si no se exploran las causas que generan la ansiedad, si no se traen a la conciencia, el círculo vicioso de fumar para tratar de resolver la ansiedad se convierte en una respuesta repetitiva que lejos de resolver, acrecienta un síntoma en perjuicio para la salud general. El tabaco controla cada acceso de ansiedad o angustia que asoma, dirige nuestra vida. El cigarro es un símbolo manifiesto de algo inconsciente que subyace latente en el psiquismo, algo escondido a lo que no se quiere mirar, salvo que se trabaje con ayuda (Ruiz, 2016).

Por lo que se obtienen contenidos debajo del acto de fumar, los cuáles se describen a continuación:

- Una ansiedad primitiva que se instaló hace tiempo en nuestra infancia durante los cuidados maternos y la protección. El cigarro aparece como un sustituto para nutrirnos, darnos afecto y generar sensaciones de placer alrededor de la boca análogamente al pecho que amamantó al bebé.
- Una emoción cargada de miedo, culpa, displacer por desear algo que no nos conviene, contrario a la razón y a lo que se espera de nosotros. Fumar como metáfora nos hace libres y en ese estado, las barreras internas desaparecen. Exhalamos el humo liberado con él los obstáculos propios del ser y las emociones contenidas.
- Un vacío en el estómago que anuda la garganta, que produce soledad. Con cada cigarro se pretende rellenar ese hueco en el estómago que supone el estar solos. Uno se llena compulsivamente de humo.
- Una excitación que se libera fumando. Fumar por placer. Queremos más goce, más activación, más inspiración a costa de más pitillos, sustancia excitadora. En contra de ser libres, el resultado es una mayor dependencia nociva para la salud. (Ruiz, 2016).

Ante estos contenidos se puede añadir que el origen de las drogas en el psicoanálisis se debe a que Freud era un consumidor habitual de cocaína, que en aquel entonces era legal y estaba disponible en farmacias. La cocaína no solo influyó en el psicoanálisis, también tuvo sus aporte en el descubrimiento del verdadero camino al inconsciente" en los sueños, y la terapia basada en eso y hasta influyó en la propia disciplina intelectual (Scott, 2017).

Anteriormente masticar hojas de coca había sido un elemento esencial en la vida diaria de las gentes de los Andes durante varios milenios, pero no fue hasta 1855 que Freidrich Gaedcke la sintetizo por primera vez y la llamo *erythroxyline*. Ya para mediados de la década de 1880 había adquirido un nombre menos llamativo de "cocaína", se habían perfeccionado los procesos de purificación y las empresas farmacéuticas que lo fabricaban la empezaron a promocionar como una "cura para todo" (Scott, 2017).

Estos datos resultan impactantes para muchos, ya que el origen de las drogas en el psicoanálisis tiene fundamento en la droga conocida como cocaína, droga que permitió que el padre del psicoanálisis experimentara diversas sensaciones placenteras que lo llevaron a ampliar sus diversas teorías, se sabe que Freud era un gran consumidor de tabaco y que murió de enfermedades asociadas (cáncer) con su excesivo consumo e inclusive se podría llegar hablar que el tabaco solo formaba parte de la vida de este autor como un sustituto de la cocaína.

Abordaje humanista en tabaquismo

Las adicciones y el tabaquismo desde la Logoterapia concibe al el ser humano desde siempre entra en contacto con el azar de la existencia, ante el cual, puede construir a pesar o a partir de las circunstancias; sin embargo, la vida en dichos momentos contempla diferentes caminos de curso, algunos de los cuales facilitan estados de vulnerabilidad que impiden esas manifestaciones del mundo y de lo posible, pues la dimensión espiritual se ve restringida por múltiples condicionamientos introyectados en la vida vivida. Al restringirse la dimensión espiritual debido a la poca actualización que se le ha dado a dichos recursos la persona se encuentra en un estado de vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de adicción.

Visto desde la fenomenología existencialista entendemos que se está interesado por la experiencia de las personas, dejando que las expresiones resultantes hablen por sí mismas, es decir que cuándo la persona se centra y trata de pensar en cómo es su propia situación existencial. La adicción influye en el género, en factores socioeconómicos, histórico- culturales, psicológicos y psiquiátricos, es por esto que se recomienda antes de intervenir con un tratamiento que a las mujeres se les de talleres de autoestima, ya que ellas necesitan más trabajo de expresión emocional y están menos interesadas en la pertenencia de un grupo (Cañón, 2013).

En un principio, la mayoría de las personas que consumen drogas inician por imitación de sus pares o modelos. El proceso de imitación inicia por 2 procesos, la observación y el desempeño. En un principio, el sujeto almacena la información y configura un mapa

cognitivo. En cuanto al principio del desempeño, la eficiencia del desempeño se encuentra determinada en gran medida por el refuerzo de la nueva conducta.

En el génesis de las conductas adictivas, el modelamiento juega un papel fundamental en la transmisión de actitudes desadaptativas al consumo de drogas y también en la construcción de formas de evitación de experiencias emocionales que resultan amenazantes para la persona. Estos hábitos enajenantes que viven las personas en la actualidad afectan sus procesos espirituales, relacionales y sus vínculos afectivos (Díaz, 2016).

Las adicciones no son causa de la frustración existencial del hombre, sino síntomas de su deshumanización, entonces concluimos que en verdad lo que el ser humano necesita es una rehumanización. El ser en vías de rehumanizarse descubre que es persona gracias a una teoría muy natural y sencilla que situaría el problema central de su vida en su ámbito más puramente filosófico (real e ideal), es decir en el sentido o sin sentido de su existencia. El cambio de mentalidad, el paso de la deshumanización a la rehumanización, una vez que la persona ha abandonado sus adicciones y sus irracionalidades correspondientes, genera un pensamiento nuevo en todas las áreas de la vida, hasta el punto de que un día puede llegar a decir: 'He nacido de nuevo' (Cañas, 2013).

Cabe mencionar que este tipo de enfoques se utiliza con gran frecuencias en las clínicas privadas encargadas de atender adicciones, en dónde al adicto se le trabaja desde un ser espiritual y pueda tener una restructuración de pensamiento e ideas.

Abordaje Familiar Sistémico en tabaquismo

La Terapia Familiar Funcional (FFT) es un enfoque basado en la conducta de terapia familiar orientada a sistemas, que tiene como objetivo alterar los patrones familiares mal adaptados que mantienen los problemas de la persona identificada como problema. El tratamiento tiene como objetivo cambiar las interacciones familiares negativas y usa intervenciones conductuales para reforzar las formas positivas de respuesta y las estrategias más eficaces de resolución de problemas dentro de la familia. Se encontró que la FFT reduce más significativamente el consumo de drogas hasta los 15 meses. La intervención FFT está ampliamente introducida en las clínicas de salud mental y de

atención a los jóvenes en todo el país y en Europa, lo que demuestra una esperanza considerable en transportar los esfuerzos por aumentar el uso de prácticas basadas en la evidencia (Espinoza, 2017).

La Terapia Familiar Multidimensional es un tratamiento ambulatorio integrador que mezcla terapia familiar, terapia individual, asesoramiento sobre drogas, y enfoques de intervención múltiple orientados a sistemas. Las intervenciones de terapia familiar multidimensional trabajan en cuatro dominios, apuntando a los cambios en el adolescente; aspectos del desarrollo intrapersonal y relacional, los padres (funcionamiento individual de los padres, así como de la educación de los hijos), el entorno familiar (modelos transaccionales de la familia), y los sistemas extrafamiliares de influencia sobre el adolescente y la familia (por ejemplo, trabajar con las escuelas y el sistema judicial para menores). Las intervenciones en etapas tempranas que tienen como objetivo desarrollar múltiples alianzas con adolescentes, padres, y miembros influyentes de los sistemas extrafamiliares han dado sus frutos con altas tasas de retención. Los jóvenes en terapia familiar multidimensional mostraron una mayor disminución en el consumo de marihuana que los jóvenes que recibían tratamiento grupal de iguales y tenían más probabilidades de abstenerse del consumo de drogas y no reportar problemas de drogas durante los 12 meses de seguimiento. Estos estudios han demostrado los efectos clínicamente significativos de la terapia familiar multidimensional sobre el consumo de drogas por jóvenes y los problemas relacionados, en comparación con otros tratamientos de vanguardia, bien articulados y cuidadosamente monitorizados (Espinoza, 2017).

La Intervención Familiar ayuda a retener a los pacientes en los programas de tratamiento más que los tipos de intervenciones comunes porque los abordajes familiares consiguen aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento. La baja tasa de abandono en las intervenciones que se basan en el trabajo familiar es especialmente importante en adicciones ya que la adhesión al tratamiento, es decir, la permanencia en el mismo hasta su finalización, es una de las mayores dificultades con las que se tropieza en la intervención con estos pacientes, dicha terapia consigue mejorar de forma significativa el funcionamiento en la familia (comunicación,

ambiente, flexibilidad, disminución de conflictos, etc.) y la normalización e incorporación social (Espinoza, 2017).

Las relaciones padre-hijo en las familias de personas con problemas de adicción son descritas por éste como muy negativas, con una disciplina ruda e incoherente, donde se pueden observar dos tipos de padres, un “hombre de paja” autoritario y violento pero fácilmente controlado por la madre; los hermanos del varón con problemas de adicción suelen tener una relación más positiva con el padre, en el caso de las mujeres están en abierta competencia con las madres, mientras sus padres se caracterizan por ineptos, indulgentes, sexualmente agresivos y a menudo con problemas de alcoholismo (Stanton y Cols, 2006 citado en Castillo, Pérez, Rabago, 2018). “Las relaciones diádicas de las personas que presentan problemas de adicción son una repetición del núcleo familiar originario, con roles y patrones de interacción similares a los vistos en el progenitor de sexo opuesto. Estos se presentan como individuos dependientes e inadaptados, pero cuando intentan huir al matrimonio o abandonar la familia, se desencadena una crisis familiar, por lo que retoma una conducta de fracaso y la crisis familiar se disipa” (Castillo, Pérez, Rábago, 2018, p.6).

En este enfoque se convoca al paciente, a los familiares más cercanos o significativos así como aquellas personas que se encuentran dentro del entorno de la persona adicta. El adicto generalmente niega el problema que tiene, encubriendo su dependencia o adicción y es aquí donde la familia colabora aportando información del paciente, ayudando además al diseño de una adecuada línea de intervención. A su vez la familia, actuará como un colaborador que acompañará en todo momento al paciente, principalmente en las primeras etapas de la desintoxicación, y actuará como agente protector de recaídas (Brick, Cuellar, 2018).

Así como existen diferentes formas y teorías psicológicas para abordar el problema de la adicción al tabaco, se han creado diferentes instituciones y clínicas especializadas en adicciones, entre las cuales trabajan también con la adicción al tabaco dentro de las más grandes en México se encuentran la clínica Monte fénix y Oceánica, además de la propia Secretaría de Salud (SSA), en este apartado se exponen de forma muy general el abordaje que estas clínicas privadas tienen y en el siguiente capítulo se presenta el programa que la SSA maneja.

Abordaje médico de acuerdo a la Clínica Monte Fénix

Ofrece una plática introductoria como parte de una sesión informativa sobre la enfermedad (adicción del paciente), seguido de una intervención que forma parte de un proceso psicoterapéutico breve para los casos en los que los pacientes no están dispuestos a recibir el tratamiento, en donde la demanda inicial es por parte de los familiares. Dentro del programa de intervención se brinda un servicio de evaluación inicial en donde se obtiene su historia de consumo e historia clínica.

Como parte de su tratamiento Monte Fénix cuenta con una semana familiar donde tiene un taller intensivo donde se les permitirá adquirir diferentes herramientas para su recuperación y comprensión de la enfermedad. El tratamiento que ofrece Monte Fénix a través de su Modelo Las Flores es un tratamiento holístico (cuerpo, mente y espíritu) para la enfermedad de la adicción al alcohol, tabaco y otras drogas tanto para pacientes como para su familia, el cuál consta de tres fases; en la primera fase el objetivo es lograr la desintoxicación, dar una valoración y un diagnóstico (plan de tratamiento), en la segunda fase el propósito es ofrecer un tratamiento de rehabilitación en donde al paciente se le proporcionen las herramientas para su recuperación y llegar a una reinserción familiar, durante el proceso se realizan actividades recreativas de manera individual, grupal y familiar; por último en la tercera fase se intenta que una vez concluidas las primeras fases primarias (de 32 a 38 semanas de internamiento); se tiene como propósito el fortalecimiento de la abstinencia y una reinserción a su entorno, dando un tratamiento continuo durante un año en terapias grupales y reforzando de igual forma a los familiares. (Clínica Monte Fénix, 2019).

Abordaje de acuerdo a la Clínica Oceánica

Ofrece tratamientos residenciales contra las adicciones son aquellos en los que el paciente se interna en un centro por un periodo de tiempo. Oceánica da como resultado una alta tasa de éxito de recuperación en donde los pacientes reciben atención y cuidados las 24 horas por personal altamente capacitado, siempre con calidez y un profundo respeto por la persona.

Su proceso de desintoxicación llega a ser muy fuerte y puede ser un detonante para que la persona con una adicción recaiga o ya no quiera continuar con el tratamiento. Oceánica trata de cuidar a los pacientes para hacerles más confortable y seguro su estancia, así como su complicado proceso.

En el tratamiento residencial se quitan las distracciones del proceso de recuperación, así el paciente se concentra totalmente en enfrentar su adicción, se alejan las tentaciones y sobre todo, se eliminan de la vida del paciente las personas y lugares que son detonantes de su adicción. Cabe señalar que las adicciones dañan profundamente el cuerpo de quienes las padecen. Al estar internados en Oceánica, los pacientes reciben la atención y cuidado del área médica para estar seguros en el proceso y que puedan recuperar su estado físico. Por último, se puede añadir que una persona que padece una adicción requiere hacer un profundo cambio de hábitos y aprender a cuidarse de manera íntegra (Clínica Oceánica, 2019).

Capítulo 2: Programa de Intervención

El siguiente capítulo se centra en el modelo de la Clínica Contra el Tabaquismo Consulta Externa de Neumología y Cirugía de Tórax y su Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel Terapia breve cognitivo- conductual .

A nivel internacional se han creado diversos planes y programas dirigidos a combatir el tabaquismo. México, al igual que otros países, se ha unido a esta lucha desde los años ochenta. Para abordar el panorama actual de la terapéutica psicológica para la cesación del tabaco en nuestro país, será necesario hacer un breve recuento de sus antecedentes.

Las primeras clínicas públicas para suprimir el tabaquismo se establecieron en Estocolmo en 1955, desde entonces muchos han sido los países que se han preocupado por esta problemática y han implementado diferentes abordajes terapéuticos, los cuales han evolucionado en los últimos cinco decenios.

En México, a partir de septiembre de 1981, se inició un programa de investigación sobre la cesación del consumo de tabaco, técnicas educativas y educativo- conductuales. El cual se llevó a cabo, con el apoyo y la asesoría del Instituto Mexicano de Psiquiatría (hoy Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente), en tres instituciones gubernamentales: el Hospital General de México, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias e Instituto Nacional de Perinatología. El objetivo de esta investigación fue establecer perfiles de los diferentes tipos de fumadores del país y evaluar la eficacia y el costo beneficio de ambas intervenciones. Estos programas se enfocaron tanto en los tratamientos psicológicos como en el médico- biológico, ya que ambos son de importancia para entender el complejo proceso del tabaquismo. La población y el tipo de intervención aplicada en las diferentes sedes fueron: Instituto Nacional de Perinatología, se trabajó con mujeres embarazadas de alto riesgo a las que se les aplicaron técnicas de psicoterapia conductual y educación para la salud. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), se utilizaron técnicas educativas, educativo- conductuales y con sustitutos orales como la tableta masticable con nicotina y la vitamina C (como placebo) a población fumadora abierta.

Cabe mencionar, por la importancia del hallazgo de esta investigación, que la vitamina C favorece una mejor respuesta por parte del paciente ante el síndrome de abstinencia y propicia una mejor adherencia terapéutica en el proceso de cesación del tabaquismo (Cícero, Puente, Vergara, Sánchez, Ramírez, Domínguez, 1989, citado en Ocampo 2002).

En el Hospital General de México, Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax, participaron pacientes con padecimientos cardio respiratorios, se aplicaron técnicas de educación para la salud y de reestructuración cognoscitiva en una primera etapa, cabe mencionar que dicha investigación se vio en la necesidad de suspenderse debido a los terremotos del 19 y 20 de septiembre de 1985, reiniciándose en 1986 en una segunda fase, y agregándose la administración de tableta masticable con nicotina en grupos en los que se implementaba la técnica de reestructuración cognoscitiva. El programa de investigación que realizó esta institución se resume de la siguiente manera. Se llevó a cabo un estudio comparativo de cuatro programas para el abandono del tabaquismo en pacientes crónicos cardiorrespiratorios. Se tomaron 171 pacientes que se incluyeron en cuatro modalidades para la cesación de fumar:

1. *Programa de reestructuración cognoscitiva.* Incluyó ejercicios de identificación del problema, de la historia del mismo, de alternativas de solución en problemas, grados de dificultad de éstas y desarrollo de roles e inversión de roles con técnicas de grupo.

2. *Programa de educación para la salud.* Comprendió tanto temas sobre el funcionamiento físico y sus alternativas, como los aspectos psicológicos y sociales del consumo de tabaco, así como los aspectos emocionales del desarrollo de un padecimiento crónico incapacitante.

Las instituciones son el tipo de estructuras que más importan en la esfera social: ellas constituyen el tejido de la vida social. El creciente reconocimiento del papel de las instituciones en la vida social implica advertir que gran parte de la interacción y de la actividad humana está estructurada en términos de reglas explícitas o implícitas. Sin violentar mucho la literatura relevante, podemos definir las instituciones como sistemas de reglas sociales establecidas y extendidas que estructuran las interacciones sociales (Geoffrey, 2011),

en el caso de las instituciones del área clínica cuentan una cierta estructura acorde a la clasificación de instituciones de salud está organizada en varios niveles, el primer nivel corresponde al grupo que identifica el sector al que pertenecen las instituciones de salud, el segundo nivel corresponde a la clase de instituciones, el tercer nivel es la subclase con la que se identifica el tipo de instituciones de salud y/o seguridad social públicas o privadas, y el cuarto y último nivel son los tipos de unidades médicas (INEGI, 2016).

Cada tema se exponía a través de diaporamas con duración entre 7 y 15 minutos cada uno.

3. *Uso combinado de tableta masticable con nicotina (2mg) con Programa de reestructuración cognoscitiva.* En este grupo se utilizó la tableta masticable con nicotina en forma regular hasta 12 tabletas en 24 horas, conjuntamente con el programa de reestructuración cognoscitiva antes explicado.

4. *Programa combinado de reestructuración cognoscitiva con educación para la salud.*

Se aplicaron ambas técnicas de abordaje terapéutico. Los resultados obtenidos de esta investigación mostraron que las técnicas (combinadas) de educación para la salud y reestructuración cognoscitiva no tuvieron grandes diferencias, ya que en la primera intervención la cesación fue de 56% y en el segundo grupo de 52%, cifras satisfactorias en las que se toma en cuenta el costo y la sencillez del grupo de educación para la salud y que existen ventajas en lo que se refiere a costo beneficio, ya que no es indispensable la intervención de especialistas durante todo el tiempo. Como nota importante se sugiere que todos los programas de cesación de tabaco deben canalizar a los pacientes a los estudios de gabinete (electrocardiograma, prueba de sangre, citopatología mediante carbowax, prueba de capacidad pulmonar, placas de tórax) para la detección oportuna de enfermedades crónicas. Podemos concluir que en nuestro país, desde hace más de dos décadas, las instituciones médicas han trabajado arduamente para lograr la preservación de la salud, así como para lograr el tratamiento y rehabilitación adecuados a las enfermedades que presenta nuestra población debido al consumo de tabaco.

El programa "Contra el Tabaquismo del Hospital General de México" (CCT HGM) ha sido parte importante en este desarrollo, tal como lo manifiesta en su manual de procedimientos (Ocampo, Cuevas, Cícero, 2002), otorgando atención en los tres niveles de prevención, Universal, Selectiva e Indicada (Ocampo, 2002).

2.1 Técnicas de intervención en modelo médico- psicológico

En el modelo que se ha implementado en la Clínica Contra el Tabaquismo y Otras sustancias adictivas se apoya de un chequeo por parte de un neumólogo y la realización de una serie de estudios clínicos que constan de un ECG (electrocardiograma), análisis de sangres, muestra de flemas, dos placas de tórax y espirometría (prueba de capacidad pulmonar), así como proporcionar un diagnóstico clínico y la asignación de un tratamiento correspondiente. Con el objetivo de detectar de manera oportuna una enfermedad o bien prevenir una enfermedad.

Por parte del tratamiento psicológico, la clínica ofrece un programa que consta de una entrevista inicial y evaluación de los niveles de dependencia a la nicotina u otras sustancias adictivas, una terapia cognitivo conductual de 8 sesiones; sin embargo en el folleto de la Clínica Contra el Tabaquismo y Otras Sustancias Adictivas se habla de 12 sesiones (**Ver anexo 1**), con una duración de una hora, una vez a la semana; siendo esta intervención de manera grupal con cinco seguimientos: quincenal mensual, bimestral, semestral y anual.

El origen de la terapia breve se encuentra en la orientación hacia el logro del insight como el objetivo principal en la psicoterapia psicodinámica (Bellack & Siegel, 1983; Golfried, Greemberg & Mamar, 1990; citado en Ramírez, Díaz, y Andrés, 2009), el interés en el aquí y el ahora de la terapia conductual y el establecimiento de una relación terapéutica empática de la terapia centrada en el cliente (Ramírez, Díaz, y Andrés, 2009).

2.1.1 Modelos psicológicos empleados en el programa

La Terapia Racional Cognitivo Conductual o en sus siglas en inglés TREC fue desarrollada por Albert Ellis y tiene como base que los problemas psicológicos surgen de pensamientos falsos lo que él denominó creencias irracionales, estos patrones se hacen evidentes en las auto verbalizaciones que las personas se hacen de sí (Kazdin, 2000; citado en Ocampo, 2002).

Parte de la idea que los pensamientos o creencias irracionales son los “debo” o “tengo que” o aquellas exigencias de tipo absolutista y rígido en relación a la persona, otras

personas y/o las condiciones de vida general. Ellis desarrolló el modelo A-B-C para el análisis y cambio cognitivo-conductual, mencionaba que las personas no se perturbaban por las cosas sino por la visión que tienen de ellas. Ellis argumentaba que ante un acontecimiento activador (A) existen una serie de creencias (Beliefs-B) las cuales conducen a una consecuencia (C). Por lo tanto, el tratamiento racional-emotivo puede llevarse a cabo trabajando directamente en un cambio en los pensamientos (B) para cambiar la consecuencia en la conducta del individuo, dado que el acontecimiento no se puede cambiar (Ocampo, 2002).

Cómo se mencionó anteriormente la clínica intervino bajo una terapia breve la cual consiste en tratamientos más cortos con respecto a otros tratamientos o técnicas en psicología, siendo su principal objetivo la modificación de su forma de pensar (causa-efecto), tratando a la persona dentro de su contexto y sus interrelaciones; cabe mencionar que este enfoque se centra en las soluciones tratando de intervenir en la situación, esto puede hacerse a través de la retroalimentación y una modificación a conductas más adaptativas.

La Terapia Racional Emotiva es una de las terapias que más relevancia e importancia han tenido dentro del campo de la psicoterapia. Creada por Albert Ellis a finales de los 50's e inicios de los 60's, se convirtió, a la larga, en una técnica muy popular y sin mucho temor a equivocarse, en una de las más importantes dentro del campo. Su popularidad dentro de los psicólogos clínicos se inició a mediados de los 70's y alcanzó su mayor fama a inicios de los 80's. A pesar del tiempo transcurrido, sigue siendo, para los psicólogos con una orientación cognitivo- conductual, una de las técnicas a las que más se recurre.

En términos generales, se puede decir que la Modificación de la Conducta es la aplicación de los principios derivados del Análisis Experimental de la Conducta. Estos principios, que son cuatro (reforzamiento, discriminación, castigo y extinción), fueron aplicados a diversos campos aplicados de la actividad humana, tales como la educación especial, retardo en el desarrollo, la industria, la educación y problemas de ansiedad, de manera clásica dentro de la llamada psicología clínica, durante los inicios y mediados de los años 70's (Ibáñez, Onofre, Vargas, 2012). La teoría cognitiva se basa en el principio

de que la conducta del individuo es el resultado de los pensamientos y cogniciones a través de sus percepciones, autoafirmaciones, atribuciones, expectativas, creencias e imágenes que tiene sobre sí mismo y su ambiente. En otras palabras, supone que los procesos cognoscitivos desadaptados conducen a conductas desadaptadas y que la modificación de estos procesos pueden conducir al cambio conductual. La teoría cognitiva se plantea la suposición de que la mayor parte de los problemas psicológicos son el resultado de procesos de pensamientos erróneos.

Esta teoría parte de tres factores que pueden considerarse como bidireccionales, los cuales son:

- a) Cogniciones o pensamientos,
- b) Afectos o sentimientos
- c) Conductas (Ocampo, 2002).

2.2 Tratamiento psicológico breve para la cesación del tabaquismo

A continuación se presentan las sesiones del Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel con un Enfoque Cognitivo – Conductual en Terapia Breve.

Clínica contra el tabaquismo Hospital General de México

Objetivo General: Generar que el paciente logre la abstinencia mediante el aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento.

Sesión 1

Objetivo: Entablar una relación cálida y de confianza (*rapport*) entre los integrantes del grupo y los terapeutas, así como el establecimiento del compromiso terapéutico de ambas partes. De igual forma ,en esta sesión, se comienza con los principios para la modificación de los hábitos asociados con el consumo de tabaco e incrementar la motivación al cambio de los pacientes.

Actividades:

Actividad 1: Encuadre.

- Meta del programa
- Horario
- Lineamientos del contrato terapéutico
- Presentación del grupo
- Importancia de estudios médicos

Actividad 2: Modificación de conducta.

- Estilos de vida saludables (tomar agua, hacer ejercicio y dieta rica en vitamina C y fibra)
- Tareas en casa
- Explicación de los autorregistros individuales
- Historia del consumo de tabaco

Actividad 3: Autoafirmaciones Positivas de ánimo (Auto diálogo eficaz TREC).

Procedimiento:

El inicio de la sesión se realiza con la bienvenida y presentación por parte del terapeuta, el cual se presenta y describe brevemente en qué consistirá el tratamiento así como los lineamientos del contrato terapéutico del grupo. Se menciona la importancia de los estudios médicos y su repercusión en su salud, haciendo hincapié en los estilos de vida saludable como: tomar dos litros de agua diariamente, consumir frutas ricas en vitamina C, incrementar la cantidad de fibra en su alimentación y hacer una caminata de 20 minutos diarios. El terapeuta explicará el llenado del autorregistro y su importancia para lograr la meta de estar sin fumar. Se cierra la sesión con la indicación de realizar el registro de su consumo de tabaco y automonitoreo antes de encender cada cigarro, diariamente, así mismo las indicaciones de los estilos de vida saludable.

Sesión 2

Objetivo: Que el paciente reconozca sus patrones de consumo y el mecanismo de adquisición de las conductas, para posteriormente facilitar el abandono del tabaquismo.

Actividades:

Actividad 1: Qué es el aprendizaje.

- Definiciones
- Aprendizaje social

- Mecanismos del aprendizaje

Actividad 2: Tabaquismo como conducta aprendida.

- Relación aprendizaje e historia de consumo de tabaco
- Relación aprendizaje con autorregistro inicial y automonitoreo (AR/AM).

Actividad 3: ABC de la terapia racional emotiva conductual (TREC).

- Autoafirmaciones positivas de ánimo (auto diálogo eficaz TREC

Procedimiento:

Al comienzo de esta sesión se explica cómo es que se adquiere y mantiene una conducta por medio de la imitación y el reforzamiento de algunas conductas, cuál es el tiempo en que se establece la misma como fija y cómo se automatiza.

En base a lo anterior, se hace una revisión de sus historias de consumo y de autorregistros, enlazándolas con la teoría del aprendizaje social y el reforzamiento. Posteriormente se explica a los asistentes al grupo cómo es que sus pensamientos pueden afectar su consumo y cómo esto se relaciona con sus emociones, dicho esto se les explica qué son las autoafirmaciones positivas, dándoles ejemplos prácticos en la cesación del tabaquismo. Finalmente se cierra la sesión con la indicación de realizar durante la semana el registro de su consumo mediante el autorregistro, así como la realización de estilos de vida saludable, todo esto aunado a la aplicación de la autoafirmaciones positivas como medios de preparación para la abstinencia.

Sesión 3

Objetivo: Que el paciente logre identificar al tabaquismo como una adicción y conozca los mecanismos de dependencia psicológica y social, de igual modo que el asistente al grupo sea capaz de generar estrategias de afrontamiento a la presión social. Motivar al paciente hacia su toma decisión.

Actividades:

Actividad 1: Revisión de AR / AM y estilos de vida saludable.

Actividad 2: Componentes químicos del tabaco.

- Tabaquismo como adicción
- Daños a la salud

Actividad 3: Diferencia entre síndrome de abstinencia, duelo y desintoxicación.

- Síndrome de abstinencia
- Duelo
- Proceso de desintoxicación
- Autoafirmaciones positivas de ánimo (Auto diálogo eficaz TREC)

Actividad 4: Fecha de abstinencia.

- Escritura emocional autor reflexiva

Procedimiento:

Se lleva a cabo la revisión del consumo de tabaco de cada participante. Tomando esto como base y se explica cómo se va aumentando el consumo, cómo la nicotina a nivel cerebral, crea tolerancia, síndrome de abstinencia y dependencia (física y psicológica) hecho por el cual se considera al tabaquismo una adicción.

Aunado a lo anterior se da un panorama general de cómo afectan las sustancias contenidas en el tabaco a la salud. Se propone a los miembros del grupo la fecha para la suspensión abrupta de su consumo de tabaco y se les informa de los probables síntomas que pueden presentar al abandonar su consumo, dejando en claro cuál es la diferencia entre síndrome de abstinencia, desintoxicación o bien una enfermedad derivada del consumo de tabaco. Es de suma importancia indicar de manera clara y precisa, el uso de los registros AR/AM Tratamiento en esta sesión pues estos serán parte fundamental en el mantenimiento de la abstinencia. Finalmente se le da cierre a la sesión indicando a los pacientes la elaboración de su carta de despedida (escritura emocional auto reflexiva).

Sesión 4

Objetivo: Generar estrategias que reduzcan los síntomas del síndrome de abstinencia, la desintoxicación y el duelo en los pacientes, para lograr el mantenimiento de la abstinencia.

Actividades:

Actividad 1: Ejercicio de respiración profunda.

Actividad 2: Revisión (AR/AM).

Actividad 3: Síntomas que se presentaron en el síndrome de abstinencia.

Actividad 4: Lectura de carta de despedida.

Actividad 5: Terapia sustitutiva de nicotina (TSN).

Actividad 6: Autoafirmaciones positivas de ánimo (Auto diálogo eficaz TREC).

Procedimiento:

Esta es una sesión de contención por lo que al inicio de la terapia debe iniciarse con un ejercicio de relajación que ayude a los participantes a disminuir sus molestias generadas por el abandono del tabaquismo. Una vez realizada la respiración profunda se lleva a cabo la revisión de registros haciendo énfasis en las estrategias usadas por cada paciente para mantenerse sin fumar, en cada una de las situaciones estresantes cotidianas, se refuerzan las que han sido productivas y saludables y se desalientan las que no lo son, si hubo problemas en este punto se pueden llevar a cabo ejercicios de juego de roles, para mostrar estrategias más efectivas. Se le da lectura a sus cartas de despedida al cigarro, haciendo una revisión de los pensamientos irracionales, emociones producidas por el duelo y se comentan algunas formas eficaces de manejar las emociones generadas por la pérdida de su anterior estilo de vida.

Finalmente, se le va indicando a cada paciente si requerirá o no TSN de acuerdo con su consumo de tabaco, se les recuerda a los pacientes la importancia de su auto diálogo interno pues si se desalientan a sí mismos difícilmente lograrán mantenerse sin fumar.

Sesión 5

Objetivo: Desarrollar habilidades que le faciliten a los asistentes a grupo el afrontamiento de situaciones estresantes.

Actividades:

Actividad 1: Revisión de (AR/AM) y estilos de vida saludable.

Actividad 2: Revisión de síntomas de abstinencia, desintoxicación y duelo.

Actividad 3: Relajación con visualización dirigida.

Actividad 4: Ensayo de conductas.

Procedimiento:

La sesión cinco está encaminada a identificar los recursos con los que ya cuenta el paciente para hacer frente a situaciones estresante y reforzarlas de ser necesario, así mismo también se muestran nuevas estrategias como la visualización y el ensayo de

conductas como medios de control de estrés, del tal suerte que se retoman temas anteriores para darles nuevas formas de solución. Finalmente, concluye esta sesión haciendo énfasis en la motivación y en la voluntad del paciente para lograr sus objetivos.

Sesión 6.

Objetivo: Desarrollar en el paciente habilidades sociales y de solución de conflictos que lo mantengan en abstinencia.

Actividades:

Actividad 1: Revisión de (AR/AM) y estilos de vida saludable.

Actividad 2: Revisión de síntomas de abstinencia, desintoxicación y duelo

Actividad 3: Relajación con visualización dirigida y auto diálogos eficaces

Actividad 4: Ensayo de conductas.

Procedimiento:

El terapeuta deberá estar sumamente atento para identificar situaciones y sentimientos que pongan al paciente en riesgo de volver a fumar, posterior a esto ayudará al paciente a hacerse consciente de ellas y generarán en conjunto estrategias de solución y se reforzarán las estrategias antes vistas.

Sesión 7

Objetivo: Que el paciente conozca los factores que predisponen la recaída en su medio natural y elabore estrategias de afrontamiento a los mismos.

Actividades:

Actividad 1: Revisión de (AR/AM) y estilos de vida saludable.

Actividad 2 TREC y abstinencia.

Actividad 3: Aprendizaje.

Actividad 4: Autoafirmaciones positivas de ánimo (auto diálogo eficaz TREC).

Procedimiento:

Se revisan nuevamente situaciones, conductas y pensamientos cotidianos del paciente. Se consultan las teorías del aprendizaje y se hace hincapié en la relación del vínculo que se tiene al accionar una conducta e interiorizarlo como un éxito que llevará al paciente a percibirse eficaz y esta introyección generará a su vez la reestructuración cognitivo-

conductual-racional. De igual forma se identifican las conductas que podrían propiciar un reinicio del consumo, para posteriormente recomendar soluciones alternas eficaces y saludables.

Sesión 8.

Objetivo: Que los asistentes a grupo se mantengan en abstinencia (prevenir recaídas)

Actividades:

Actividad 1: Revisión de (AR/AM) y estilos de vida saludable.

Actividad 2: Identificación y manejo de situaciones de crisis

Actividad 3: El autorregistro como método de abstinencia (escritura libre auto reflexivo)

Actividad 4: Visualización dirigida

Actividad 5: Autoafirmaciones positivas de ánimo (auto diálogo eficaz TREC).

Procedimiento:

El terapeuta inicia la sesión grupal explicando qué es una recaída y un desliz y cuáles son las situaciones que podrían llevar a los ex fumadores a recaer, así mismo les brindará estrategias de prevención como son el autorregistro, la visualización y la escritura auto reflexiva. Como conclusión se hace el cierre grupal haciendo énfasis en que se realizarán seguimientos y que es de suma importancia mantenerse en contacto para reforzar habilidades que mantengan la abstinencia.

Sesiones de Seguimiento (a los 15 días, 30 días y 3 meses).

Objetivo: Que el paciente refuerce técnicas y habilidades que mantengan y consoliden la abstinencia, así como adherencia a su tratamiento médico.

Actividades:

Actividad 1: Temas relacionados con la salud.

Actividad 2: Apoyo en el éxito.

Actividad 3: Atención en los diálogos internos.

Actividad 4: Seguimiento médico (cada seis meses).

Actividad 5: Ensayo de conductas sanas.

Actividad 6: TREC.

Actividad 7: Canalización a otras especialidades médicas.

Actividad 8: Información sobre nuevas alternativas de tratamiento.

Procedimiento:

Se cita con anticipación a los pacientes y se abordan diferentes temas dependiendo de las necesidades específicas de cada grupo, de no ser posible una reunión se les da seguimiento a los pacientes vía telefónica.

Hay ciertas sesiones que no están especificadas, sin embargo se utilizan en la práctica diaria; tales como: Entrevista inicial, Aplicación de pruebas psicométricas, sesiones de seguimiento extras a las estipuladas en el programa.

Capítulo 3: Papel del terapeuta y el síntoma

3.1 Psicoterapia

De acuerdo al American Psychological Association (APA, 2019a), la psicoterapia se define como un tratamiento de colaboración basado en la relación entre una persona y el psicólogo. Como su base fundamental es el diálogo, proporciona un ambiente de apoyo que le permite hablar abiertamente con una persona que sea objetiva, neutral e imparcial. Al concluir el tratamiento, no sólo habrá resuelto el problema que le trajo a la consulta, sino que, además, habrá aprendido nuevas destrezas para enfrentar con mayor efectividad cualquier desafío que pueda surgir en el futuro.

Se sabe que el éxito de lograr una excelente relación terapéutica se basa en seis claves centrales que promueven la relación terapéutica (Beutler & Harwood, 2000, Citado en Gómez, 2009):

- 1- Una actitud terapéutica consistente en una disposición a ser respetuoso, amable y cuidadoso. Un terapeuta con estas características está en sintonía con los logros del paciente y no solo con sus problemas y debilidades.
- 2- Conocimiento que promueva el poder de la alianza terapéutica, incluye la comprensión de cómo las personas forman impresiones, responden y se sienten motivados a iniciar y sostener cambios.
- 3- Las herramientas terapéuticas son los vehículos utilizados para traducir el conocimiento terapéutico en una estructura que mejore la visión del paciente acerca de la relación. Las herramientas incluyen el ambiente en que tiene lugar la terapia, pone en evidencia la actitud favorable y el conocimiento del terapeuta.
- 4- Las técnicas terapéuticas incluyen una variedad de procedimientos verbales y no verbales diseñados para reducir los síntomas y problemas. Las técnicas se aplican de manera que demuestren capacidad para sostener la relación terapéutica.
- 5- El timing se ve en el desarrollo de la relación a través de una adecuada correspondencia entre la preparación del paciente para cambiar y la intervención terapéutica.

6- La imaginación creativa se refleja en todas las etapas en que el terapeuta organiza las variadas intervenciones para adaptarlas a las características únicas y específicas del paciente. Contribuye a la comprensión y sensibilidad de ponerse en el lugar del otro. La relación terapéutica también varía en función de la etapa del tratamiento.

Es importante señalar que la estructura de la psicoterapia a pesar de las distintas teorías, mantiene de forma constante algunos elementos básicos que se deben tenerse en cuenta para obtener un mejor resultado, Gómez (2010) en un estudio que abarca diferentes corrientes teóricas encuentra que son 3 los elementos principales: 1. El paciente, 2. El psicoterapeuta, 3. Relación terapéutica (de los cuáles se hablará más ampliamente posteriormente).

Posiblemente surja el cuestionamiento de cuándo es adecuado tomar terapia o no entre las personas, pero debido a diversos conceptos erróneos que han surgido a lo largo de los años las personas se encuentran más escépticas, pues distintos mitos sobre la terapia hacen que dejen de creer en que acudir a terapia puede resultar benefactor para su salud mental, pero entonces resulta que vale la pena vencer el nerviosismo porque, si en algún momento su calidad de vida no es la que desea, el acudir a terapia puede ayudar a resolver su problemática o bien a encontrar otras situaciones que pueden ser tratables.

Algunas personas recurren a la psicoterapia porque han estado deprimidas, ansiosas o enojadas por demasiado tiempo. Otras podrían querer ayuda ante una enfermedad crónica que interfiere en su bienestar emocional o físico. Y otras podrían tener problemas a corto plazo para los que necesitan ayuda (APA, 2019a).

De acuerdo al APA (2019 a), el tipo de tratamiento que recibirá depende de una gran variedad de factores: investigaciones psicológicas actuales, la orientación teórica del psicólogo y lo que sea más adecuado a su situación. La perspectiva teórica del psicólogo influirá en lo que ocurra en su consulta. Por ejemplo, los psicólogos que recurren a la terapia cognitivo-conductual tienen un método práctico con respecto al tratamiento. El psicólogo podría pedirle que realice ciertas tareas concebidas para ayudarlo a crear destrezas más efectivas para enfrentar los problemas. A menudo, este método consiste

en asignaciones para hacer en casa. Además, el psicólogo podría pedirle que recopile más información, como anotar sus reacciones ante una situación en particular, a medida que vayan ocurriendo. O tal vez que ponga en práctica nuevas destrezas entre una sesión y otra, como pedirle a una persona que tiene fobia a los ascensores que intente apretar los botones de un ascensor. También podría señalarle determinadas lecturas para que tenga más conocimiento de un tema en particular. Por el contrario, los métodos psicoanalíticos y humanista se concentran generalmente en el diálogo más que en la acción. Las sesiones podrían dedicarse a analizar sus experiencias en etapas previas de su vida, para que usted y el psicólogo puedan comprender mejor las causas que originan sus problemas actuales.

El psicólogo puede combinar elementos de varios estilos de psicoterapia. De hecho, la mayoría de los terapeutas no se circunscriben a un método específico, sino que, por el contrario, combinan elementos de métodos diferentes y adaptan el tratamiento de acuerdo a las necesidades de cada cliente. Lo principal es saber si el psicólogo tiene conocimientos en el área en la que usted necesita ayuda y si el psicólogo cree que puede ayudarle (APA, 2019a).

Por lo que se hablará principalmente del psicoterapeuta que es aquel especialista encargado de tratar personas con problemas psicológicos, comportamentales, sexuales, duelos o de origen psicosomático. Siendo el profesional que busca ayudar al paciente a generar un cambio en sí mismo, es importante contemplar las motivaciones que tiene el profesional, y que estas no sean disfuncionales. En donde el psicoterapeuta ayudará a afrontar problemas de seguridad como es la timidez, aborda también los complejos, rupturas sentimentales, fobias, traumas, duelos, etc. Sin embargo, a veces el problema está en que el terapeuta nunca llega a tener una imagen clara del objetivo del paciente. Puede que la meta se enuncie en términos vagos en vez de descripciones de acciones, esto puede ser a causa de que la demanda inicial muchas veces sólo representa la sintomatología del problema real.

La terapia no tiene como objetivo convencer a nadie, cada uno se convence a sí mismo en la medida en que va trabajando, ni tampoco pretende imponer la manera de pensar ni de actuar o sentir. Siendo así las opiniones lo que le da estructura sesión tras

sesión a la terapia. De acuerdo al Código Ético del Psicólogo (2016) las funciones que desempeña un psicoterapeuta se basan en principios de:

a) *Respeto a los derechos y a la dignidad de las personas*: En esta norma se fundamentan las normas de conducta que rigen la actividad del psicólogo. Este principio ético es el de mayor importancia en el proceso de toma de decisiones éticas, ya que los psicólogos entran en contacto con diversos usuarios de los servicios psicológicos (individuos, familias, organizaciones, industrias o comunidades. En el desempeño de actividades, los psicólogos tienen la responsabilidad de respetar, proteger y fomentar el derecho de las personas a la privacidad, la autodeterminación, la libertad personal y la justicia; esto incluye la dignidad, el consentimiento informado, la confidencialidad, la autonomía, el trato justo, la igualdad y el derecho a establecer y dar por terminada la relación con el psicólogo.

b) *Cuidado responsable*: El psicólogo muestra preocupación por el bienestar y evita el daño a cualquier individuo, familia, grupo o comunidad. La actividad debe beneficiar a la sociedad, evitando el daño en todo momento; la actividad no sólo se refiere a las personas con las que se relaciona el psicólogo directamente, sino también aquellas con las que se relaciona de forma indirecta. En este principio el psicoterapeuta sólo debe realizar actividades para las que recibió la formación suficiente, es competente, y para las que posee conocimientos y destrezas actualizadas.

c) *Integridad en las relaciones*: El psicoterapeuta debe demostrar precisión y honestidad, así como apertura, sinceridad, máxima objetividad y mínimo sesgo o prejuicio, y evitar conflictos de interés. En este el psicólogo aclara a las personas, pacientes o clientes su papel, su enfoque, sus funciones y los servicios que ofrece; a manera de que el psicoterapeuta apoye las normas de comportamiento como evitar el engaño, el fraude, la falsificación de resultados, entre otros.

d) *Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad*: El psicólogo buscará aumentar el conocimiento y promover el bienestar de la humanidad, por medio de métodos y procedimientos éticos; así como también tiene la responsabilidad de dar a conocer los conocimientos y contribuciones de la psicología que beneficien a los demás seres humanos.

Cabe resaltar que el mismo código menciona los valores principales que deben tener un psicoterapeuta o psicólogo; los cuáles son el respeto, la responsabilidad, honestidad, capacidad personal y confidencialidad.

Mientras que el Código Deontológico del Psicólogo (2018); establece en sus artículos que en cuanto a la intervención que debe tener un psicoterapeuta debe ser de la siguiente manera:

El artículo 24° , 25° y 31° hablan sobre de que cuando exista certeza de que puedan ser mal utilizados sus intereses de la prestación de servicios o los intereses de las personas, grupos, instituciones o comunidades se deben rechazar; así como también debe tener en cuenta que puede llegar a ofrecer la información adecuada con las características esenciales, mencionando sus objetivos y el método empleado , en caso de ser menor de edad o legamente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores. En los casos en que los servicios del psicólogo sean requeridos para asesorar y/o efectuar campañas de publicidad comercial, política y similares, el/la Psicólogo/a colaborará en la salvaguardia de los contenidos y del respeto a las personas.

Mientras que los artículos 26°, 28°, 29° y 32° del respectivo código hacen mención al término de la intervención y no prolongarla cuándo se han cubierto los objetivos o bien no engañar si es que no se han cubierto los mismos e indicando una canalización en dónde se puedan hacer cargo de la intervención, estos artículos también hablan sobre que el psicólogo no debe aprovecharse del estatus o de las remuneraciones superiores; del mismo modo no se prestará a situaciones en las que su papel y función sean confusas, equivocadas o ambiguas teniendo cuidado de no crear falsas expectativas que después sea el psicólogo incapaz de satisfacer profesionalmente.

Por último, los artículos 27° y 30° hacen mención a que no se restringirá la libertad de abandonar la intervención o espacio terapéutico, así como no se inmiscuirá en las diversas intervenciones iniciadas por otros psicólogos.

3.1.1 El paciente

El paciente es aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud. El individuo para adquirir la nominación de paciente debe de pasar por una serie de

etapas como: identificación de los síntomas, diagnóstico, tratamiento y resultado. De igual manera, el paciente posee una serie de derechos como: el derecho de ser informado de su enfermedad y posibles tratamientos para su cura, elegir al médico y a todo el equipo, recibir una asistencia médica eficaz y un trato digno por parte de los médicos y auxiliares (Significados, 2019).

Si bien tenemos en cuenta que el paciente hace alusión a la persona que deposita su confianza, y en múltiples ocasiones su vida en aquel especializa que cree que puede curarlo, sanarlo o extirparlo desde una perspectiva médica; aunque en términos etimológicos la palabra paciente hace mención a aquella persona que tiene paciencia, o que espera que las cosas que le está diciendo el especialista o profesional ocurran de manera positiva.

Por otro lado, se encuentra el cliente que es la persona que tiene acceso a un producto o servicio a partir de un pago; mientras se puede hablar también de un usuario el cuál usa o utiliza algún servicio (Cienciefuegos,2012). Así es que, si quisiéramos hablar en términos psicológicos la palabra paciente, usuario o cliente está bien dicho dependiendo el enfoque que aborde dicha intervención, ya que como anteriormente se planteó la diferencia entre los tres términos, a la persona que acude a un tratamiento psicológico se le está proporcionando un servicio, así cómo está pagando por el mismo y deposita su confianza en el profesional con la espera de obtener resultados favorables. En los últimos años, el intercambio de términos no favorece la atención, ni impulsa al personal de salud a reflexionar y proponer formas de atención más humanas. Aun empleando la nueva terminología que supone reposicionar al usuario, los problemas de fondo permanecen como la falta de recursos o inobservancia del marco normativo por parte del personal de salud, e inclusive, se sabe que el término de usuario no faculta al individuo a elegir dónde quiere atenderse o tomar decisiones sobre la atención recibida (Maya, 2017). De hecho, la variación de los términos se puede observar en los mismos enfoques de la psicología, como lo es el psicoanálisis quien percibe al individuo como paciente ya que presenta un deseo por ser atendido, el conductismo, el cognitivo conductual le llaman paciente o usuario; mientras que el humanismo le otorga el termino de cliente , cabe señalar que es importante preguntarle al terapeuta sobre la corriente que se inclina más o con la que

trabaja , ya que muchas veces podemos escuchar la palabra paciente o usuario en el mismo psicoterapeuta y esto puede deberse a que sea un tanto eclíptico.

Inclusive en un artículo publicado por (Harvard,2012) se habla sobre el problema de tratar a los pacientes como consumidores, mencionando tres razones para no tratar a un paciente como un consumidor; lo cual ayudará a esclarecer más la diferencia entre el paciente y el cliente. A continuación, se presentarán dichas razones:

1. El paciente no quiere estar allí (hospital, consulta, centro de salud, urgencias, etc.).
2. El paciente no suele estar preparado en cualquier momento, y no suele tener el conocimiento preciso para tomar decisiones de forma autónoma.
3. El paciente no está solo. Muchas veces el paciente decide de forma compartida con familiares, amigos, cuidadores, profesionales que le atienden, etc. (Meill, Ericson, 2012).

3.2 Psicoterapeuta

Se denomina terapeuta a aquel individuo que ostenta habilidades especiales conseguidas a través de la experiencia, ya sea en una o más áreas de la asistencia sanitaria, y cuya labor es ofrecer apoyo a los pacientes que lo demanden; en tanto, el mencionado apoyo que brinda podrá ser de diferentes índoles, normalmente, se encuentra especializado en un área determinada o función y se enfocará, ya sea junto a su cliente o paciente, en la consecución de las metas establecidas (Ucha, 2011). Como lo dice la definición anterior, un terapeuta puede apoyar en el restablecimiento físico o psicológico de la persona, ya que al contar con dichas habilidades hace que el paciente también desarrolle sus propias competencias y otras tantas las potencialice para poder llegar a un completo bienestar según el área que requiera la propia persona.

Hablando en términos de psicología, un terapeuta es aquel especialista encargado de llevar un tratamiento que se usa como medio para resolver problemas de la vida de una persona, pacientes o cliente. Donde su principal instrumento es la comunicación asertiva que busca estimular pensamientos, sentimientos, sensaciones y conocimientos, los cuáles de manera inicial no logran ser identificados por el paciente; a su vez, el terapeuta

se encuentra especializado para proporcionar psicoterapia, dar consejería, atención psicológica o bien, aplicación de pruebas psicométricas.

Ahora bien, el psicoterapeuta es el profesional que busca ayudar al paciente a cambiarse a sí mismo, es importante contemplar las motivaciones que tiene el profesional, y que estas no sean disfuncionales. Es importante señalar que el terapeuta cuenta con diversas características como son la aceptación, empatía, honestidad, credibilidad y flexibilidad, las cuáles serán fundamentales para que se pueda dar una buena relación terapéutica.

A continuación, se describen las definiciones y cómo es que percibe a un terapeuta las principales corrientes psicológicas:

Conductismo

El terapeuta se basa en la observación de comportamientos simples que aparecen en el sujeto, bajo el fundamento de que a todo estímulo le sigue una respuesta y esta respuesta surge de la interacción entre la persona y el ambiente (Aberturas, 2016). Un ejemplo es el incremento que experimenta una persona consumidora de tabaco que en su impulso por consumir tabaco entre a una tienda o local dónde previamente ha consumido (reforzador positivo) o bien el aumento de la probabilidad de consumir una cerveza cuando tenemos sed y está sensación ha disminuido previamente con un vaso de agua (reforzador negativo).

Para el conductismo, el terapeuta es aquella persona encargada de enseñar el proceso de aprendizaje al que define como una estrecha relación entre el estímulo y la respuesta, que es lo que comúnmente la gente conoce cómo ensayo y error; donde el aprendizaje se convertirá en la adquisición de nuevos comportamientos o conductas que pueden generar reforzadores positivos o negativos; a su vez, también pueden traer castigos positivos o negativos.

Cognitivo Conductual

Se sabe que la terapia cognitivo conductual es proveniente del conductismo y que cuenta con ciertos fundamentos de la misma corriente psicológica. Actualmente, el terapeuta cognitivista trabaja enseñando a reconocer los estilos de pensamientos que

predisponen a llegar a conclusiones poco útiles para el paciente, o pensamientos disfuncionales (Torres, 2018).

Donde es necesario entrenar al paciente para que sea capaz de ampliar su reflexión acerca de su propia forma de pensar y analizar sus áreas conflictivas y áreas funcionales que pueda llegar a tener; hay que tener en cuenta que el terapeuta que aborda este enfoque se centra principalmente en el presente, dándole al paciente las herramientas necesarias para modificar aquellos pensamientos e ideas irracionales que no le permitan ser asertivos en su vida diaria.

Psicoanálisis

El terapeuta forma parte del campo, condicionando en cierta medida, los fenómenos que él mismo va a registrar. Sólo se logra una objetividad máxima cuando se incorpora al sujeto observador como una de las variables del campo (p.37). En este enfoque, el psicoanalista puede llegar a ignorar la acción recíproca entre sujeto y objeto, con la esperanza de hacerla desaparecer (Bleger, 1985; Citado en Díaz ,2016).

Curiosamente el terapeuta, o mejor conocido como psicoanalista, no necesariamente necesita ser psicólogo clínico ya que este tipo de terapias también las puede abordar un psiquiatra o filósofo, realizando sus estudios en una institución privada. En 1970, Wolff menciona que el entrevistador debe tener ciertas habilidades, las cuales sólo se logran con: “habilidad y juicio intelectual superiores, sentido del humor, originalidad y variedad de recursos” (Wolff, 1970; Citado en Díaz, 2016 p.38). Por lo que se recomienda que, independientemente del enfoque que tenga el terapeuta, el mejor consejo es que el entrevistador sea uno mismo a la hora de dar terapia ya que eso facilitará la confianza y comunicación con el paciente; así como tener en cuenta que el ser empático, comprensivo, respetuoso y hacer uso de la confidencialidad serán elementos primordiales que debería tener cualquier terapeuta.

En este tipo de terapia es común que el terapeuta se sitúe detrás del paciente, de esta forma facilita la expresión libre. La imagen popular del sujeto que yace sobre un diván mientras el psicoanalista toma notas detrás no es errada, si bien es cierto que no todos los profesionales de esta área adoptan este escenario. En una sesión normalmente el paciente habla y el terapeuta solo interviene puntualmente, haciendo preguntas con el

objetivo de que la persona vea las motivaciones que hay detrás de sus lagunas, justificaciones poco creíbles o hilos sueltos en su discurso (Ciencias de la Salud, 2018).

En este enfoque, el psicoterapeuta o psicoanalista no está orientado hacia el descubrimiento y la curación de una deficiencia instrumental. Ni responden a nivel del fenómeno manifiesto, del síntoma-angustia de los padres, dificultades escolares o características específicas y observables- mediante la utilización de dispositivos de ayuda específicos. Para el terapeuta o psicoterapeuta (psicólogo o psiquiatra) de orientación psicoanalítica, lo que importa no son los síntomas aparentemente positivos o negativos en sí mismos, puede ser completamente sana y justificada- ante un niño del que se sienten responsables, sino lo que el síntoma significa para el que, con tal o cual conducta, actualiza el sentido fundamental de su dinámica, y las posibilidades de futuro que, para este sujeto, el presente prepara, preserva o compromete (Esteban, 2017).

Humanismo

Los terapeutas humanistas nacen en la primera mitad del siglo XX con las aportaciones de reconocidos psicoterapeutas entre los que destaca el trabajo de Abraham Maslow y Carl R. Rogers (Aguirre, 2018).

Aquí el papel que juega el terapeuta, permite que la persona o cliente profundice en sus conflictos personales, y así poner conciencia en sus propias dificultades y desarrollar recursos para afrontar dichas dificultades, en donde su objetivo será integrar todos los aspectos de la personalidad del paciente con el fin de que la persona llegue a ser lo que quiere ser. Se cree que dicho proceso está impulsado por la voluntad de ver (procesar y analizar la información) y la voluntad de sanar.

Actitudes básicas del terapeuta humanista:

1. Congruencia (autenticidad): Es la base de la terapia centrada en el cliente y una clave para el crecimiento integral a partir de la terapia humanista. Al aprender a ser congruentes, pacientes y terapeutas están más en contacto con lo que sienten y piensan y ello se convierte en una poderosa herramienta para responder a diversas situaciones de vida.

2. Empatía: Al ser auténtico, los terapeutas humanistas están en posibilidad de acompañar genuinamente las vivencias de cada paciente y entender el significado que éste les da. Es sentir enojo, tristeza, soledad, etc., del paciente como si fuese propia, pero *“sin nunca perder la cualidad del como si”*. También es muy importante saber comunicarle claramente al paciente que está siendo entendido para que se sepa acompañado.
3. Aceptación positiva incondicional: En un mundo lleno de prejuicios, el espacio de terapia toma gran importancia cuando se logra limpiar de “aceptación condicionada” y de reprobación hacia las actitudes o la persona del paciente. La aceptación positiva incondicional abre la puerta para que el paciente explore libremente su mundo interno, pues entendemos que el paciente está haciendo lo mejor que puede con las herramientas que tiene actualmente (Aguirre, 2018).

Familiar Sistémico

En este enfoque, la acción del terapeuta consistirá en proponer al sistema contra paradojas del mismo tipo, que lleven la lógica del sistema hasta el absurdo, será entonces el sistema mismo al que encuentre una solución, misma solución que será impuesta por el exterior que amenace al sistema, será rechazada. Y para ello es necesario conocer los modos de comunicación entre los integrantes de la familia.

Esta terapia familiar se utiliza para tratar trastornos emocionales de algún miembro de la familia, mejorar la comunicación y resolver conflictos. Aquí el terapeuta se reúne con el conjunto de miembros de la familia o bien con aquellos que están más predispuestos o interesados en su participación (Universidad de Valencia, 2018). Durante la intervención. El terapeuta debe tratar de resolver los problemas de conducta individuales mediante el análisis de las interacciones familiares, para conseguir los objetivos el terapeuta debe examinar los patrones de relación e interacción entre los miembros de la familia con el fin de llegar a la resolución de diversos problemas y conflictos; llegando así al mejoramiento de la comunicación como anteriormente se mencionó , pero principalmente esta comunicación se debe mejorar entre los miembros principales , tales como los padres e hijos, hermanos, conyugues.

De acuerdo con la Universidad de Valencia (2018), los problemas más comunes a resolver en el enfoque sistémico son: depresión, inadaptación a la vida tanto académica como social o bien laboral; entre otros contextos.

Previamente revisada la percepción de cada enfoque, se hablará de cuáles son las principales funciones de un terapeuta enfocado en la intervención de cesación tabáquica en la Clínica Contra el Tabaquismo y Otras Sustancias Adictivas del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, con un enfoque cognitivo conductual:

- El terapeuta revise los antecedentes teóricos sobre el tabaquismo a partir de la epidemiología, componentes químicos del tabaco, daños a la salud; diagnóstico a través de la neurofisiología y el DSM-IV; así como los apoyos farmacológicos existentes para el tratamiento.
- Que el profesional de la salud se familiarice con los principios psicológicos cognitivo-conductuales (modificación de conducta, TREC, educación para la salud) utilizados en el tratamiento para la cesación del tabaquismo.
- Finalmente, el profesional de la salud aprenda la implementación de las técnicas cognitivas-conductuales (visualización dirigida, escritura emocional, autorregistro-monitoreo, rol playing, entrevista motivacional, etc.) empleadas en el tratamiento oportuno para la cesación del tabaco (Ocampo, 2002).

Constantemente se confunde el papel del psicólogo y el psicólogo clínico; en este caso el psicólogo clínico forma parte de la psicología clínica la cuál es conocida como una subdisciplina dentro de la psicología, la cual es encargada de estudiar todos los elementos implicados en los trastornos mentales y en la salud mental. En esta subdisciplina se lleva a cabo las tareas de evolución, diagnóstico, prevención e intervención terapéutica en pacientes con afectaciones mentales o de conducta desadaptativa, con el fin de restaurar el equilibrio psicológico y erradicar la problemática (Regader, 2017).

Cabe mencionar que de esta subdisciplina surge el psicólogo clínico que es aquel profesional encargado de atender a personas que sienten algún malestar psicológico o bien presentan alguna problemática, los psicólogos clínicos se encargarán de ofrecer un diagnóstico de ciertos trastornos psicológicos, para posteriormente ofrecer una

intervención y un tratamiento. A su vez, el psicólogo clínico también puede llegar a intervenir en la investigación, aportando sus conocimientos en distintos estudios científicos, otra área de trabajo puede ser como docente e inclusive llegar a participar en la psicología deportiva y forense.

En el caso del tratamiento de las adicciones, el psicólogo clínico tiene funciones similares; entre ellas se encuentran las descripciones de las conductas que constituyen el problema (consumo de la droga), y las variables que mantienen el consumo, la formulación de hipótesis explicativas del problema, establecimiento de objetivos terapéuticos (plan de tratamiento), selección de las técnicas de tratamiento y la valoración de los resultados de la aplicación del tratamiento (Becoña, Cortés, 2010).

3.3 Relación terapéutica / transferencia

La relación terapéutica es el contacto que existe entre el paciente y el psicoterapeuta fuera de las relaciones interpersonales cotidianas del paciente. Esta relación consta de dos características:

- La asimetría, no es una relación de iguales
- El encuadre: reglas fijadas por el terapeuta.

El poder del terapeuta desde un punto filosófico se ha sustentado en la certeza de que él posee un conocimiento y una actitud para ponerlos en favor del bienestar de su paciente, y como consecuencia de lo cual el paciente asume una posición sumisa y de espera frente a la cura. Esta concepción, en muchos casos, lleva a los profesionales a actuar en contra de los deseos de los pacientes y a alimentar una necesidad profunda de obediencia que garantice el seguimiento de sus recomendaciones sin reflexionar sobre el carácter discutible de los valores y las consecuencias respecto a obligar a los demás a adoptarlos ,e inclusive, suele dar con mayor frecuencias en centros institucionalizados debido a la demanda que generan dichas instituciones, dejando a de manera secundaria la demanda del paciente y esto podría llegar afectar la relación terapéutica , debido a que el paciente puede llegar a sentirse incomprendido por su terapeuta.

En esta misma relación terapeuta-paciente, se observan dos tendencias. Por un lado están quienes, considerándola un asunto técnico indispensable para el buen curso del proceso de atención en salud, centran su atención en analizar el desarrollo de la entrevista inicial. Entre estos factores señalan: el valor del respeto hacia el otro, la empatía, el uso adecuado del lenguaje verbal y gestual, el uso moderado de la jerga médica, la capacidad de escucha, el cumplimiento de las funciones de la comunicación terapéutica y el reconocimiento de las características socio demográficas y de personalidad del paciente durante la entrevista o atención terapéutica serán de suma importancia para que se proporcione una buena relación terapéutica , dando pauta a una transferencia positiva entre terapeuta- paciente (Ospina, 2008).

Como se mencionó antes, está relación posee un valor relevante dado que diversos estudios coincidieron en que los resultados de un tratamiento psicológico se encuentran relacionados directamente al vínculo que se instala en el proceso terapéutico. Cabe mencionar que Freud (1912-1915), proporcionó el concepto de alianza el cual se originó en sus teorías del psicoanálisis y la denominó transferencia, como un proceso que se produce en el tratamiento, de la repetición de modelos de relaciones infantiles, dando lugar a la redirección inconsciente de los mismos de una persona a otra. Respecto de la contrapartida de este fenómeno en la persona del analista; así mismo en 1910 Freud habla sobre lo que es la contratransferencia, llamando así al influjo inconsciente que el paciente ejerce en la persona del analista y recomendó que fuera detectado y dominado a partir del análisis del propio analista. Freud no consideró al fenómeno contra transferencial como una fuente de conocimiento o un fenómeno posible de ser utilizado en beneficio del tratamiento, pero en posteriores corrientes psicológicas dentro y fuera del psicoanálisis se comenzó a evaluar la utilidad para el tratamiento de la contratransferencia o de la respuesta del terapeuta (Etchevers, 2014). Hoy en día se sabe que tanto la transferencia como la contratransferencia juega un papel muy importante en la relación terapéutica y en términos generales, la transferencia son los estímulos que provienen del terapeuta al paciente, mientras que la contratransferencia son todos los estímulos provenientes del paciente al terapeuta, pero si se llega a gestar una transferencia negativa esto podría dificultar el proceso terapéutico por lo que es

importante que desde la primera entrevista inicial se realice un buen rapport para que se geste un vínculo de confianza y empatía entre el terapeuta- paciente.

3.4 El síntoma

Entendemos que el síntoma es un elemento o característica que podría estar señalando la presencia de un problema médico o psicológico. Siendo el síntoma un indicador objetivo y totalmente visible, como lo podría ser la falta de una parte del cuerpo, sino que estaríamos hablando de un indicio de que algo está ocurriendo a nivel físico y psicológico (Castillero, 2019). Aunque podría resultar difícil diagnosticar e identificar la afección real a través del síntoma debido a que es una serie de distintos signos, los cuáles pueden llegar a ser erróneos a la hora de dar un resultado; por eso es importante hacer observación y realizar las respectivas evaluaciones que proporcionen un diagnóstico certero.

Visto desde un aspecto psicológico se sabe que la psique humana es una estructura compleja en la que interactúan múltiples sistemas con distintas funciones, existiendo diversos aspectos que podrían dar un resultado enfocado a una relación desadaptativa con uno mismo o con su entorno y es aquí donde resulta más importante el significado que le otorga el paciente a ese síntoma. Implicando que surjan síntomas psicológicos, que podrían agruparse en los siguientes: 1. Perceptivos, 2. De la forma del pensamiento, 3. Del contenido de pensamiento, 4. De la conciencia, 5. De atención, 6. De la memoria y del reconocimiento, 7. Del lenguaje, 8. Psicomotrices y 9. Afectivos (Castillero, 2019).

Lacan señala en el *Seminario V*, que el síntoma tiene la misma estructura que cualquier formación del inconsciente de la cuál hablaba Freud (1895 a 1905) y se podría traducir que el síntoma como metáfora es como la envoltura formal donde se aloja el goce (Tendlarz, 2019). La perspectiva del síntoma podría ser lo visible de una persona y el problema real aquello que no se puede observar. Pero para Freud (1895 - 1905), la formación del inconsciente se daba a través de los sueños, el chiste y su relación con el inconsciente y la patología del mismo; así el sueño es un cumplimiento de un deseo en el sentido de que burla la censura del yo y deniega la castración. Así logra representar

los deseos desfigurados, disfrazados; por eso las escenas que aparecen en el sueño dan la impresión de ser absurdas, pedazos unidos y desplazados sin sentido. Pero esas configuraciones oníricas cuando se analizan en el discurso del paciente, como dice Freud, "cifra por cifra", se traducen en algo que tiene sentido, a diferencia del sueño que trata de evitar un displacer, el chiste es productor de placer (Watty, 2018).

Si bien en esta época de la enseñanza de Lacan se puede tratar de encontrar el significante reprimido -al mejor estilo freudiano- que exprese la verdad del sujeto, en la medida en que la verdad es incompatible con lo real hay algo que se desliza mecánicamente en esa sustitución significativa. En este artículo, Lacan dice: "*Es la verdad de lo que ese deseo fue en su historia lo que el sujeto grita por medio de su síntoma*". No está incluido lo real. Pero la verdad se grita sin poderse decir toda, entre-líneas deja deslizarse el objeto de deseo (Tendlarz, 2019). El sustrato topológico del significante es tomado como un collar de anillos por lo que lo denomina "cadena significativa". El algoritmo Saussuriano sufre desde el inicio una transformación al ser retomado por Lacan. En Saussure el significante se ubica abajo de la barra y el significado arriba. Lacan lo invierte con lo que muestra la función activa del significante en la determinación del significado, cuya función la escribe $f S 1/s$. La barra se vuelve una "barrera resistente a la significación", en la que se sitúa la represión freudiana: lo reprimido son significantes, no significados.

A modo de ejemplo, toma el dibujo de dos puertas debajo de la barra, y sobre ella las escrituras "caballeros" y "damas". El significante determina el significado del "*excusado ofrecido al hombre occidental para satisfacer sus necesidades naturales fuera de su casa... y que somete su vida pública a las leyes de la segregación urinaria*". El significante que introduce la diferencia entre ambos sexos (Tendlarz, 2019).

Inclusive Lacan hablaba sobre la raíz del síntoma, que términos más generales podríamos pensar que se puede explicar a través del siguiente ejemplo: "He fumado siete cigarros el día de hoy, por lo tanto es suficiente", la raíz podría llegar a ser no el consumo; al contrario esta raíz podría entenderse con diversos cuestionamientos como son: en lugar de coma van dos puntos y seguido si siempre fuma en el mismo lugar, a la misma hora, en qué situaciones lo hace o bien en compañía de quién fuma. Pero, así como el

síntoma tiene su propia raíz, este juega un papel importante ya que como lo dice su nombre sólo es la sintomatología del origen real de la problemática e inclusive en terapia los pacientes suelen presentarse con su síntoma pensando que es el problema. En el caso de la paciente que fue atendida dentro de la Clínica Contra el Tabaquismo y otras Sustancias Adictivas, se buscará el síntoma sobre su problema actual a través del análisis de sus sesiones en el siguiente capítulo.

Capítulo 4: Metodología

4.1 Planteamiento del problema

El papel del psicólogo, dentro de un contexto institucional, ha intentado modificar los estilos de vida de las personas, erradicando aquellas conductas que no permitan el correcto funcionamiento y que no garantice su completo bienestar de los pacientes. En los últimos años esta se ha incrementado, lo que afecta el tiempo dedicado al tratamiento del paciente ya que no siempre se permite profundizar; por lo que se han desarrollado diversos métodos de intervención desde la idea de la terapia breve, en especial desde un enfoque cognitivo conductual, esto da como resultado en algunas ocasiones una demanda inicial inconclusa o bien la demanda real que se genera durante el proceso terapéutico. En este sentido, pensar en la demanda inicial y el papel que tiene el terapeuta-psicólogo es de suma importancia para que el resultado de la intervención satisfaga a los involucrados (usuario, terapeuta e institución).

4.1.1 Justificación

El papel del terapeuta encargado de las adicciones se encarga de proporcionar una terapia ocupacional que va encaminada a que la persona que es consumidora de tabaco u otra sustancia se le proporcionen las herramientas necesarias para darles un inserción laboral, educativa o social y de esa forma motivarles al cambio; logrando la modificación de las conductas que resultan aversivas para darle un correcto funcionamiento al consumidor. Cabe mencionar que el papel del terapeuta dentro de las instituciones públicas o privadas encargadas de las adicciones cuenta con una gran demanda en dónde los psicólogos no se dan abasto.

Debido a la alta prevalencia e incidencia de este problema de salud, existe una demanda hacia los estudiantes de Psicología y otras disciplinas afines, estén preparados profesionalmente para enfrentarlo. Por este motivo, y por el hecho de que las adicciones son fundamentalmente un trastorno conductual, es correcto considerarlas como uno de los principales problemas profesionales que se manifiestan en el objeto de la Psicología (González, A. 2013).

Se sabe que la conducta antisocial es otro factor de riesgo íntimamente relacionado con el consumo de sustancias y, de hecho, existe una relación entre este último y otras conductas delictivas. Distintos estudios muestran que la agresividad física en la infancia y adolescencia es un predictor de uso y abuso de sustancias (Ohannessian y Hesselbrock, 2008; Timmermans, Van Lier y Koot, 2008). Aquí el individuo experimenta una sensación de control mientras se mantiene abstinentes. Cuando más largo es el periodo de abstinencia, mayor es la percepción de autocontrol que tiene la persona. Este control percibido continuará hasta que la persona se encuentre en una situación de alto riesgo la cual podría ser cualquier evento que represente una amenaza para la sensación de control de la persona y aumente el riesgo de recaída (Prieto, S. 2013).

Inclusive el riesgo de recaída tiene relación con la conducta antisocial que es otro factor de riesgo íntimamente relacionado con el consumo de sustancias y, de hecho, existe una relación entre este último y otras conductas delictivas. Distintos estudios muestran que la agresividad física en la infancia y adolescencia es un predictor de uso y abuso de sustancias. Lo que da como resultado la existencia de tres situaciones de alto riesgo principales: 1. Estados emocionales negativos (35% de las recaídas), 2. Conflictos interpersonales (actual o relativamente reciente, matrimonio, amistad, relaciones de trabajo, etc.), (16% de las recaídas) 3. Presión social (20% de las recaídas) (Martija, J. 2018).

Se considera que los programas de intervención tienen una eficacia del 3-10%, teniendo un impacto poblacional de costo / efectividad muy alta y sólo un 30-40% reciben consejos (ENCODAT, 2016 -2017). Esto pudiera deberse a que el médico de primer contacto no le refiere al paciente que diversas enfermedades se pueden prevenir en función de la cesación de tabaco. Todas las recomendaciones clínicas sobre el diagnóstico y tratamiento del tabaquismo señalan que todos los profesionales sanitarios deben intervenir para ayudar a los fumadores a abandonar el consumo del tabaco. En aquellos que no quieran dejar de fumar, las intervenciones estarán dirigidas a incrementar su motivación para realizar un serio intento de abandono.

En tanto, que en aquellos que estén dispuestos a realizar un serio intento de abandono, las intervenciones estarán dedicadas a ayudarles a que definitivamente dejen de fumar.

Como es el caso de la adherencia al tratamiento que se define como el grado en que la persona sigue las recomendaciones de salud. Incluye la capacidad del paciente para asistir a las citas programadas, tomar medicamentos como se han indicado, hacer los cambios recomendados en el estilo de vida, y completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas. Existen diversos métodos utilizados para valorar la adherencia de un paciente a un tratamiento farmacológico o psicoterapéutico:

1. Métodos objetivos directos: Se utilizan técnicas de laboratorio para medir niveles de fármacos o metabolitos, frecuentemente por medio de líquidos como sangre u orina. Son métodos objetivos y específicos. En el monitoreo del tabaquismo, la cotinina urinaria es utilizada para evaluar la exposición al humo de tabaco. La cotinina es una molécula que se forma como resultado del metabolismo de la nicotina.

2. Métodos objetivos indirectos: En ellos se valora la adherencia a partir de las circunstancias que se relacionan con el grado de control de la enfermedad. Puede utilizarse para valorar la adherencia tanto a tratamientos farmacológicos como psicoterapéuticos. Algunos de estos métodos son: a) Asistencia a citas programadas: Útil en la valoración de la adherencia a psicoterapia. b) Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada: Se detecta al grupo de pacientes con fracaso terapéutico. c) El grado en que se hace frente a los síntomas de abstinencia (García, 2015)

Actualmente se sabe que el tabaco es un problema de salud pública, siendo este la primera causa de muerte prevenible a nivel mundial que puede llegar a producir enfermedades crónicas degenerativas y a su vez puede ser un factor predisponente para el inicio de otras sustancias psicoactivas. Más del 80% de los fumadores diarios son hombres, 1 de cada 4 hombres fumó diario a comparación de 1 en 20 mujeres (Mohar, E. 2018). Se sabe que a nivel mundial la prevalencia del consumo de los hombres representa un 25 %, mientras que la prevalencia de las mujeres representa un 5.4% de consumidoras (Elsevier, Ltd. 2017).

De acuerdo con datos del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que entró en vigor en el año 2005, el consumo de tabaco provoca más de 7 millones de muertes prematuras anuales, cifra que incluye 600 mil muertes causadas por la exposición al humo de tabaco de segunda mano

(HTSM). Al mismo tiempo, el tabaquismo es un factor de riesgo de 6 de las 8 principales causas de muerte a nivel global, y ocasiona 1 de cada 6 fallecimientos por Enfermedades no Transmisibles (ENT). En consecuencia, la OMS estableció el “Plan de Acción Mundial para la Prevención y Control de las Enfermedades No transmisibles 2013-2020”, trazando como meta global una reducción relativa en un 25% de la mortalidad prematura por (ENT) y un 30% la prevalencia de consumo actual de tabaco para el 2025. La ENCONDAT 2016-2017 reporta que 14.9 millones de mexicanos son fumadores actuales (3.8 millones de mujeres, 11.1 millones de hombres), de los cuales 5.4 millones fuman diariamente y 9.4 millones de forma ocasional.

Tomando en cuenta estos números, el gobierno de México junto con la Secretaria de Salud desarrolló un programa de tratamiento en la “Clínica Contra el Tabaco y Otras Sustancias Adictivas Dr. Raúl Cícero Sabido del Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga”. En donde se cuenta con un equipo de psicólogos que acompañan en el proceso a los pacientes que se encuentran en un tratamiento de cesación ofreciéndoles Alternativas de tratamiento que resulten eficientes en la cesación del tabaco e inclusive llegar a disminuir los índices de consumo de tabaco.

4.1.2 Pregunta de Investigación

¿De qué manera la experiencia del trabajo terapéutico del psicólogo influye en el tratamiento clínico de cesación en el consumo de tabaco?

4.1.3 Tipo de estudio

Un estudio de caso es un estudio detallado de un tema específico. Los estudios de casos se utilizan habitualmente en la investigación social, educativa, clínica y empresarial.

Presentación de caso tipo (N=1). Análisis de caso.

4.1.4 Tipo de diseño

Se empleó un diseño cualitativo, intrínseco con base en la “Clínica Contra el Tabaco y Otras Sustancias Adictivas Dr. Raúl Cícero Sabido del Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga”.

Las investigaciones cualitativas son flexibles en su ejecución, tienen como objetivo profundizar en las experiencias de las personas. Un recurso frecuente en la investigación cualitativa es la conversación. Esta técnica es útil para ahondar en los hechos o motivaciones que propician un comportamiento o interacción.

Se selecciono dicho tipo de análisis cualitativo, debido a que se realizó una extensa recolección de narrativas acerca de la paciente y el terapeuta, estudiando las particularidades y las experiencias individuales.

4.1.5 Objetivo general

Identificar el papel del psicólogo en el tratamiento de un paciente que presenta consumo de tabaco a través de la presentación de caso clínico.

4.1.6 Objetivos Específicos

- Probar la eficacia del Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel, con una terapia breve cognitivo- conductual.
- Describir el proceso de tratamiento llevado a cabo en una Institución Pública encargada de pacientes consumidores de tabaco y otras sustancias adictivas.
- Identificar la demanda institucional entre el terapeuta y la paciente.
- Identificar la demanda inicial del paciente y demandas secundarias.

4.1.7 Hipótesis

El papel del psicólogo influye en el tratamiento de una paciente consumidora de tabaco, ya que las herramientas proporcionadas durante la terapia, le permitirán realizar una toma de decisiones de forma positiva.

4.1.8 Variables de estudio

Variable dependiente: El papel del terapeuta.

Terapeuta es el encargo de ostentar o hacer sobre salir las habilidades especiales del paciente a través su formación y de la experiencia en el área, en dónde su labor será ofrecer el apoyo que demande el paciente.

Variable atributiva: Consumo de tabaco.

Se denominan consumo de tabaco a todos los productos que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares (OMS, 2019).

4.2 Criterios de inclusión

- Ser derechohabiente
- Presencia de dependencia a la nicotina
- Ser referido por alguna institución o familia
- Estar interesado por el tratamiento
- Estar dentro de la modalidad grupal e individual
- Formar parte del protocolo de investigación “ La relación de la autoeficacia en la adherencia terapéutica en el paciente que presenta pie diabético”

4.2.1 Criterios de exclusión

- Tener diagnóstico de algún padecimiento psiquiátrico previo
- Contar con daño orgánico
- No ser derechohabiente
- Qué no sea consumidor de sustancias psicoactivas

4.2.2 Lugar

El estudio se realizó en un Hospital de Tercer Nivel, en su “Clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas” en la zona metropolitana de la Ciudad de México.

4.2.3 Población

Paciente de la “Clínica contra el tabaco y otras sustancias adictivas” para el tratamiento de la cesación de tabaco, ubicada en el área metropolitana de la Ciudad de México.

4.2.4 Muestreo

No probabilístico e intencional. Se seleccionó a la paciente que completo el modelo de tratamiento institucional.

4.2.5 Procedimiento

Etapa 1: Selección del caso (expediente de acuerdo al interés de investigación). Se solicita el permiso y la autorización de la coordinadora de la Clínica Contra el Tabaquismo y Otras Sustancias Adictivas.

Etapa 2: Revisión sistemática de la teoría.

Etapa 3: Revisión sistemática de las sesiones.

Etapa 4: Formación de categorías de análisis de la psicoterapia.

Etapa 5: Componentes asociados al síntoma.

Etapa 6: Selección de viñetas para el análisis de contenido de las categorías.

4.3 Tratamiento

Diagnóstico Inicial: F17.2 x Dependencia a la Nicotina (305.1) (DSM-V, 2013)

Diagnóstico Final: Z 63.0 Problemas Conyugales (DSM-V, 2013)

No. De sesiones totales: 24 sesiones (1 programa grupal y 16 sesiones individuales)

No. De sesiones del programa: 9 sesiones

A continuación, se presenta en forma de tabla 2. Las sesiones que pertenecen al programa formal (9 sesiones), así como las sesiones que se añadieron en la terapia grupal y de forma individual.

Tabla 2.

Plan terapéutico grupal

Sesiones	Objetivos del programa	Objetivos reales
1	Realización de entrevista de primera vez.	Establecimiento de rapport y vínculo de confianza.
2	Entablar una relación cálida y de confianza (rapport) entre los integrantes del grupo y los terapeutas, así como el establecimiento del	*No se presento

	compromiso terapéutico de ambas partes. De igual forma en esta sesión se comienza con los principios para la modificación de los hábitos asociados con el consumo de tabaco e incrementar la motivación al cambio de los pacientes.	
3	Qué el paciente reconozca sus patrones de consumo y el mecanismo de adquisición de las conductas, para posteriormente facilitar el abandono del tabaquismo.	Presentación al grupo para crear un vínculo, establecimiento de reglas con las que se rige el grupo. Nota: Se intenta retomar el objetivo de la sesión anterior y darle continuidad al programa.
4	Qué el paciente logre identificar al tabaquismo como una adicción y conozca los mecanismos de dependencia psicológica y social, de igual modo que el asistente al grupo sea capaz de generar estrategias de afrontamiento a la presión social. Motivar al paciente hacia su toma de decisiones.	Psicoeducación en aprendizaje y estilos de vida saludable.
5	Generar estrategias que reduzcan los síntomas del síndrome de abstinencia, la desintoxicación y el duele en los pacientes, para lograr el mantenimiento de la abstinencia.	Grupal: Duelo, ensayo conductual. Sesión 1 Individual: Reestructuración cognitiva.
6	Desarrollar habilidades que les faciliten a los asistentes del grupo el afrontamiento de situaciones estresantes.	Grupal: Revisión de consumo, etapa de cambio Sesión 2 Individual: Reestructuración cognitiva.
7	Desarrollar en el paciente habilidades sociales y de solución de conflictos que lo mantengan en abstinencia.	Grupal: Reestructuración cognitiva Sesión3 individual: Reestructuración cognitiva, revisión de consumo, Psicoeducación.

8	Que el paciente conozca los factores que predisponen la recaída en su medio natural y elabore estrategias de afrontamiento a los mismos.	Grupal: Restructuración cognitiva, habilidades sociales. Sesión 4 Individual: Restructuración cognitiva.
9	Que los asistentes a grupo se mantengan en abstinencia (prevenir recaídas).	Grupal: Qué el paciente conozca los factores que predisponen la recaída de su medio natural y elabore estrategias de afrontamiento a los mismos. Prepara al paciente para la etapa de cambio (acción). Sesión 5 Individual: * Se presenta a reagendar.
10	Que el paciente refuerce técnicas y habilidades que mantengan y consoliden la abstinencia, así como adherencia a su tratamiento médico. (Sesiones de seguimiento a los 15 días, 30 días y 3 meses).	Sesión 6 Individual: Llevar al paciente a la etapa de cambio "acción".
11		Sesión 7 individual: Restructuración cognitiva.
12		Sesión 8 individual: Restablecer la acción en su etapa de cambio.
13		Sesión 9 individual: Delimitar soluciones para sus problemáticas.
14		Sesión 10 individual: Llevar al paciente a la etapa de cambio de mantenimiento. * No se presentó a sesión grupal.
15		Sesión 11 individual: *No se presentó.

16	Sesión 12 individual: Resolución de problemas.
17	Sesión 13 individual: *Re agenda sesión para el día 15-12-17
18	Sesión 14 individual: Resolución de problemas.
19	Sesión 15 individual: *No se presento
20	Sesión 16 individual: Cómo manejar sus emociones.
21	Sesión 17 individual: Relaciones interpersonales.
22	Sesión 18 individual: *No se presento
23	Sesión 19 individual: Cierre del espacio terapéutico (individual).
24	Sesión 20 individual: Retoma el espacio terapéutico, mantenimiento de abstinencia.

4.4 Presentación del caso

4.4.1 Ficha de Identificación

- Nombre del paciente: “ L”
- Sexo: Femenino
- Edad: 78 años
- Fecha de ingreso a la institución: 22 de agosto del 2017.
- No. de Expediente: 2852930/15
- Escolaridad: Lic. Comercio
- Ocupación: Hogar
- Estado Civil: Casada
- Extracto Social: Medio Alto

- Padecimientos Médicos: Hipertensión arterial y antecedente de cáncer de colon.
- Nota: Actualmente no se encuentra vigente (alta 23 de marzo del 2018)

4.4.2 Características del participante

Paciente femenino de 78 años que presenta un consumo de 15/16 cigarrillos de manera diaria el cuál se vio incrementado desde hace seis meses, cabe mencionar que la paciente es consumidora de tabaco desde los 18 años, mismo que inicio por alcanzar un estatus social dentro de su entorno; actualmente es ama de casa de tiempo completo, vive con su esposo de 86 años, tuvo seis hijos, uno de ellos se encuentra finado desde hace 23 años, cuenta con una licenciatura en comercio la cual no refiere que sea ejercida.

Características Físicas: Anciana con edad aparente menor a la cronológica, de complexión delgada, estatura mediana, buen alineo. Cabello corto y de color rubio. Tez clara, cara ovalada, ojos grandes de color gris, nariz recta pequeña, labios delgados y se encuentra formada e integrada.

4.4.2.1 Motivo de consulta

Llegar a erradicar el consumo de tabaco.

Nota: La paciente es llevada por su hija menor y no por iniciativa propia de manera inicial.

4.4.2.2 Familiograma

A continuación, se encuentra la representación gráfica de la estructura familiar de la paciente "L"; misma que hace referencia a la dinámica que mantienen entre sí; considerado como un instrumento de utilidad clínica. Cabe mencionar que dicho Familiograma se realizó en la primera sesión, donde se obtuvo su historia familiar y su historial clínico.

Dicho Familiograma refleja que la paciente mantiene una relación conflictiva con su pareja, debido a que su esposo tiene una relación fuera del matrimonio con su secretaria con la cual tuvo una hija. Respecto a su núcleo familiar, la paciente tuvo seis hijos en su actual matrimonio, presentando el deceso de uno de ellos desde hace 28 años.

Se inicia evaluación del nivel de consumo que presenta la paciente y se realizó la historia clínica a partir de los formatos empleados en la clínica, cabe mencionar que esta sesión se brinda por sugerencia de la coordinadora a cargo de la clínica y no se contempla dentro de las sesiones estipuladas en el “Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel” Terapia breve cognitivo-conductual. **Ver anexo 1**

La sesión inició dándole la bienvenida a la paciente, se realizó el encuadre terapéutico en cuál se preguntó su motivo de consulta y se le explicó al paciente bajo que enfoque trabajaba la clínica y la duración del tratamiento, así como se le explicó el compromiso que debía asumir al cumplir con las tareas que se le asignaban para su casa , con el objetivo de lograr un mayor rendimiento y avance en su tratamiento ; además se le explicó cuál era el objetivo de la clínica de acuerdo al programa que esta manejaba.

Posteriormente, se le realizó la entrevista inicial en donde se obtuvo su historia clínica, historia de consumo y sus estilos de vida, dentro de la misma entrevista se le aplicaron las pruebas de tamizaje proporcionadas por la misma clínica, entre ellas Fargeströn (1978) para obtener su nivel de dependencia a la nicotina que dio como resultado 11 que equivale a un nivel de dependencia alta, IDARE (1975) para medir dos dimensiones básicas de la ansiedad: como rasgo (ansiedad personal) y como estado; dando como resultado sxE 48 que equivale a un nivel de ansiedad media y para sXR 57 equivale a un nivel de ansiedad alta, BDI (2011) para evaluar el grado de presión, como resultado dio 6 que refleja que la paciente no tiene depresión. **Ver anexo 2.**

Durante la entrevista se obtuvo la siguiente información:

La paciente mantiene una relación conflictiva con su esposo desde hace un par de años a consecuencia de una doble vida que lleva su esposo, cabe mencionar que tiene 6 hijos con él y uno de ellos se encuentra finado, actualmente es ama de casa de tiempo completo y en ocasiones mantiene actividades recreativas como bailar en la casa de la cultura, acudir al gym para realizar acondicionamiento físico y acudir al club. Menciona que su consumo de tabaco inicia a los 18 años con el objetivo de alcanzar una aceptación social, consumiendo cigarrillos de manera recurrente a la misma edad de inicio siendo el mismo motivo de consumo que en el inicio; actualmente se encuentra consumiendo entre 15/16 cigarrillos de la marca Marlboro de manera diaria; lo que la lleva a gastar hasta

\$300.00 semanales. Hasta el momento intentó dejar de fumar en dos ocasiones el primero de ellos a la edad de 21 años con un tiempo máximo de 11 años de abstinencia y el motivo por el cual dejó de fumar en aquella ocasión fue por su embarazo, mencionando que tuvo una recaída a causa de los “nervios”; su último intento por dejar de consumir tabaco fue hace 3 meses.

Consumo que le ha generado conflictos con su pareja y familia en general, mencionando que a ella misma le llega a molestar el mal olor que se queda impregnado en su ropa e inclusive el mal aliento (percibido por la paciente “L” cuando llega a entablar una conversación), presentando una preocupación por su salud ya que presenta síntomas físicos como: tos, sofocación, sensación de algo atorado en el pecho y problemas gástricos; otro factor para dejar de consumir son sus relaciones interpersonales, siendo estos factores lo que la motivan a buscar ayuda.

La paciente identifica el consumo de tabaco como parte de su rutina, refiriendo que fuma por “costumbre”, presentando sentimientos de culpa cada vez que consume tabaco y cuando deja de ingerir la sustancia, se muestra ansiosa e irritable; cabe mencionar que su consumo se ve incrementado cada vez que tiene una discusión con su esposo o con su hija mayor; dando como resultado sus horarios de los cigarrillos más placenteros del día que son: a) 7:00 am, b) 7:30 am y c) 11:00 am; cabe mencionar que el primer cigarrillo del día lo enciende entre 7:00 am y 7:30 am, donde su último cigarrillo del día es a las 11:30 pm. Como tarea se le proporciona un Autorregistro, en donde se pondrá a ubicar el número de cigarrillos, los días de la semana y la hora en que enciende su primer cigarrillo del día y en qué momento consume su último tabaco; esto nos permitirá monitorear el consumo de la paciente y en qué momentos del día presenta mayor incidencia. *

Nota: Se cumple con el objetivo de la sesión.

Sesión 2 Grupal:

Objetivo del programa: Entablar una relación cálida y de confianza (rapport) entre los integrantes del grupo y los terapeutas, así como el establecimiento del compromiso terapéutico de ambas partes. De igual forma, en esta sesión se comienza con los principios para la modificación de los hábitos asociados con el consumo de tabaco e incrementar la motivación al cambio de los pacientes.

Nota: La paciente no se presentó a su sesión del día 29- agosto- 2017 y el día 05- septiembre- 2017 acude a la clínica para reagendar sesión para el día 12- septiembre- 2017.

Sesión 3 Grupal:

Objetivo del programa: Que el paciente reconozca sus patrones de consumo y el mecanismo de adquisición de las conductas, para posteriormente facilitar el abandono del tabaquismo.

Objetivo de la sesión: Presentación al grupo para crear un vínculo, establecimiento de reglas con las que se rige el grupo. Nota: Se intenta retomar el objetivo de la sesión anterior y darle continuidad al programa. (Grupal).

El inicio de la sesión se realiza con la incorporación de la paciente a un grupo de tabaco con el objetivo de presentarla para crear un vínculo de confianza y tenga un mayor efecto el tratamiento que llevo la paciente "L", por lo que se establecieron las reglas con las que se va a regir el grupo, donde se le indicó que dentro del grupo es muy importante la puntualidad, ya que se debía respetar el tiempo de los compañeros y del psicólogo a cargo; además se le proporcionó a la paciente los patrones de consumo para que logre identificar al tabaquismo como una adicción y se le indica la diferenciación entre síndrome de abstinencia, duelo y desintoxicación.

Durante la sesión se menciona la importancia de los estudios médicos y su repercusión en su salud, haciendo hincapié en los estilos de vida saludable como: tomar dos litros de agua diariamente, consumir frutas ricas en vitamina C, incrementar la cantidad de fibra en su alimentación y hacer una caminata de 20 minutos diarios, lo cual ayudara al proceso de desintoxicación de la paciente. Se explica cómo es que se adquiere y mantiene una conducta por medio de la imitación y el reforzamiento de algunas conductas, cuál es el tiempo en que se establece la misma como fija y cómo se automatiza. En base a lo anterior, se hace una revisión de sus historias de consumo y de autorregistros, enlazándolas con la teoría del aprendizaje social y el reforzamiento. Posteriormente, se explica a los asistentes al grupo cómo es que sus pensamientos pueden afectar su consumo y cómo esto se relaciona con sus emociones, dicho esto se

les explica qué son las autoafirmaciones positivas, dándoles ejemplos prácticos en la cesación del tabaquismo.

Aunado a lo anterior se da un panorama general de cómo afectan las sustancias contenidas en el tabaco a la salud. Cabe mencionar que la paciente ya había dejado de fumar, pero “su esposo le dijo que su estado de ánimo era muy conflictivo desde que dejó de fumar; por lo que la paciente decidió seguir consumiendo para no tener conflictos con su marido “(SIC).

Nota: Se cumplió con el objetivo de la sesión.

Sesión 4 Grupal:

Objetivo del programa: Que el paciente logre identificar al tabaquismo como una adicción y conozca los mecanismos de dependencia psicológica y social, de igual modo que el asistente al grupo sea capaz de generar estrategias de afrontamiento a la presión social. Motivar al paciente hacia su toma de decisiones.

Objetivo de la sesión: Psicoeducación en aprendizaje y estilos de vida saludable. (Grupal).

Se lleva a cabo la revisión del consumo de tabaco de cada participante. Tomando esto como base y se explica cómo se va aumentando el consumo, cómo la nicotina a nivel cerebral crea tolerancia, síndrome de abstinencia y dependencia (física y psicológica) hecho por el cual se considera al tabaquismo una adicción. Aunado a lo anterior, se da un panorama general de cómo afectan las sustancias contenidas en el tabaco a la salud. Se propone a los miembros del grupo la fecha para la suspensión abrupta de su consumo de tabaco y se les informa de los probables síntomas que pueden presentar al abandonar su consumo, dejando en claro cuál es la diferencia entre síndrome de abstinencia, desintoxicación o bien una enfermedad derivada del consumo de tabaco.

Durante esta sesión se llevó a cabo la revisión del consumo de tabaco de cada participante. Tomando esto como base, se explica cómo se va aumentando el consumo, cómo la nicotina a nivel cerebral crea tolerancia, síndrome de abstinencia y dependencia (física y psicológica) cómo los pensamientos que determinaban sus malos hábitos, hecho

por el cual se considera al tabaquismo una adicción. Dentro de la misma sesión la paciente reporta que aprendió a fumar por observación, ya que su padre fumaba “uno tras otro” (SIC)

Cabe mencionar que la paciente presentaba pensamientos irracionales pues la paciente llegó a creer que su papá y su tía fallecieron por dejar de fumar y por medio de la Psicoeducación y reestructuración de sus pensamientos se le explicó que no esa razón causante de la muerte de ambos familiares.

La paciente refiere que usó el parche de nicotina y se despertó con la sensación de que “se iba a morir” (SIC). Por ello, menciona que tiene una dependencia psicológica, conclusión a la que llegó la paciente en función de la Psicoeducación; lo cual fortalece la transferencia. Finalmente, se le da cierre a la sesión indicando a los pacientes la elaboración de su carta de despedida (escritura emocional auto-reflexiva), cómo parte de su tarea para la siguiente sesión.

Sesión 5 Grupal:

Objetivo del programa: Generar estrategias que reduzcan los síntomas del síndrome de abstinencia, la desintoxicación y el duelo en los pacientes, para lograr el mantenimiento de la abstinencia. (Grupal)

Objetivo de la sesión: Duelo y ensayo conductual (Grupal).

Esta es una sesión de contención por lo que debe iniciarse la terapia con un ejercicio de relajación que ayude a los participantes a disminuir sus molestias generadas por el abandono del tabaquismo.

Una vez realizada la respiración profunda se lleva a cabo la revisión de registros haciendo énfasis en las estrategias usadas por cada paciente para mantenerse sin fumar, en cada una de las situaciones estresantes cotidianas, se refuerzan las que han sido productivas y saludables y se desalientan las que no lo son, si hubo problemas en este punto se pueden llevar a cabo ejercicios de juego de roles, para mostrar estrategias más efectivas.

Respecto a la paciente, refiere que hizo cambios en su vida para ella misma. La paciente se comienza a trazar metas personales como: Salir a comer con sus amigas o viajar en su propio automóvil, aunque aún se sentía molesta porque “sigo siendo abnegada” (SIC). Refiere que fumo 4 cigarrillos, aunque se le había pedido su ensayo conductual.

Finalmente, se le va indicando a cada paciente si requerirá o no TSN de acuerdo a su consumo de tabaco, se les recuerda a los pacientes la importancia de su auto diálogo interno pues si se desalientan a sí mismos es donde difícilmente lograrán mantenerse sin fumar.

Nota 1: No se cumplió con el objetivo de la sesión debido a que a pesar de que se le pidió su ensayo conductual (suspensión abrupta del tabaco), la paciente no pudo realizarlo en su totalidad, pero cabe destacar que la paciente “L” presentó una disminución paulatina en su consumo, ya que anteriormente consumía 16 cigarrillos.

Aquí inician las sesiones de forma individual que fueron solicitadas por parte de la paciente en la sesión 3.

Sesión 1 Individual:

Objetivo de la sesión: Restructuración cognitiva. (Individual).

Se le da lectura a sus cartas de despedida al cigarro, haciendo una revisión de los pensamientos irracionales, emociones producidas por el duelo y se comentan algunas formas eficaces de manejar las emociones generadas por la pérdida de su anterior estilo de vida.

Durante la carta de despedida se obtuvo una emotiva despedida en dónde mencionaba: “adiós, cigarro que me has tenido esclavizada tanto tiempo, tú no vas a poder conmigo porque hoy soy una guerrera y te tengo que eliminar” (SIC); registrando que su último cigarrillo del día 19 de septiembre fue a las 11:15 am, indicando que lo

dejaría para “siempre” (SIC), ya que la paciente lo percibe cómo un compromiso con ella misma. “Lo tengo que cumplir, indicando un compromiso hacia ella” (SIC).

Respecto a su historia de consumo la paciente “L” indica que comenzó a fumar a los 18 años, consumo que se encontraba asociado a su rutina de trabajo, refiere a su vez que se casó a la edad de 20 años y una vez que se convirtió en mamá dejó de fumar situación que se repetía cada vez que se encontraba embarazada. Dentro del consumo se puede observar que hace 9 años la paciente tuvo cáncer de colon y por esa razón dejó de fumar durante 4 meses retomándolo para incrementar cada vez más su consumo.

La paciente indica que desde hace 10 años cuenta con un Dx. médico de hipertensión arterial, en donde se le hizo ver que el seguir consumiendo tabaco puede incrementar los riesgos para su salud o bien de padecer alguna otra enfermedad. Durante esta sesión surgió una demanda nueva por parte de la paciente la cual está ligada a la infidelidad de su esposo, mencionando que “Conozco a la amante de mi esposo por qué es secretaria de su esposo, con la cual lleva muchos años” (SIC).

Nota: No se cumplió con el objetivo de la sesión debido a que surgió una nueva demanda personal, en donde se mostró a la paciente en una situación estresante la cual no facilitó en su totalidad su día de abstinencia antes propuesta en el grupo.

Sesión 6 Grupal:

Objetivo del programa: Desarrollar habilidades que les faciliten a los asistentes del grupo el afrontamiento de situaciones estresantes.

Objetivo de la sesión: Grupal: Revisión de consumo, etapa de cambio.

La sesión está encaminada a identificar los recursos con los que ya cuenta el paciente para hacer frente a situaciones estresante y reforzarlas de ser necesario, así mismo también se muestran nuevas estrategias como la visualización y el ensayo de conductas

como medios de control de estrés, del tal suerte que se retoman temas anteriores para darles nuevas formas de solución.

Refiere un día previo a la sesión del día 26-09-18, registró un consumo de 7 cigarros, siendo este su mayor consumo desde que había iniciado el tratamiento. Se le brindó Psicoeducación sobre medicamentos para dejar de fumar.

Finalmente, concluye esta sesión haciendo énfasis en la motivación y en la voluntad del paciente para lograr sus objetivos; además de que se realizaron ejercicios de relajación progresiva.

Sesión 2 Individual:

Objetivo de la sesión: Restructuración cognitiva

La paciente se presenta puntual a su cita manifestando “Me he sentido muy angustiada, debido a que se encuentra entre la decisión de abandonar el consumo y dejar a su esposo” (SIC), cabe mencionar que la paciente “L” refiere sentirse manipulada por ambas situaciones, ya que se siente vulnerable principalmente por su situación económica, pero a su vez la idea del divorcio la hace sentir motivada para dejar de consumir tabaco.

Durante la sesión se trabajó con el ensayo conductual que se le dejó la sesión anterior, el cual tenía como objetivo sustituir el cigarro más placentero por una actividad más saludable que no involucrara fumar, indicando en dicha actividad que el cigarrillo más placentero es el de las mañanas (cigarro que encendía inmediatamente de que se levantaba), desplazando la conducta al modificar sus hábitos como son arreglarse primero antes de consumir lo que le ha funcionado a la paciente para erradicar el cigarro más placentero del día. Por último, la paciente pide que el médico rotante de neumología la revise y le recete un tranquilizante, ya que con dichos eventos ocurridos recientemente manifiesta sentirse “nerviosa” (SIC); por lo que el médico rotante le prescribe Alprazolam con una dosis de ½ pastilla al día, cabe mencionar que dicho medicamento la paciente lo consumió un año atrás, durante un periodo de 6 meses. Nota: Se cumplió con el objetivo de la sesión ya que se logró hacer más consciente a la paciente de su consumo.

Sesión 7 Grupal:

Objetivo del programa: Desarrollar en el paciente habilidades sociales y de solución de conflictos que lo mantengan en abstinencia.

Objetivo de la sesión: Revisión de consumo y Psicoeducación. (Grupal)

El terapeuta deberá estar sumamente atento para identificar situaciones y sentimientos que pongan al paciente en riesgo de volver a fumar, posterior a esto ayudará al paciente a hacerse consciente de ellas y generarán en conjunto estrategias de solución y se reforzaran las estrategias antes vistas.

La paciente reporta que fumó 7 cigarrillos, siendo este su día de mayor consumo desde que ingresó al “Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel. Terapia breve cognitivo-conductual”

Nota: No se cumplió con el objetivo de la sesión porque la paciente incrementó su consumo, sin embargo, se le proporcionaron más herramientas y se reafirmaron otras necesarias para llegar a la cesación del tabaco.

Sesión 3 Individual:

Objetivo de la sesión: Restructuración cognitiva

El día de hoy la paciente se presenta puntual a sesión presentando una disminución de su consumo de 4/7 cigarros que fumaba anteriormente a 5 cigarros actualmente, cabe mencionar que después del terremoto la paciente había incrementado su consumo pero luego de la actividad conductual de la sesión anterior la paciente logró estabilizar su consumo, cabe añadir que la paciente “L” acude a su sesión individual con unos palitos de orozuz que le regaló un compañero de su terapia grupal con la finalidad de lograr sustituir el tabaco por los palitos e inclusive la paciente decide comenzar a utilizarlos durante la sesión individual indicando que “tienen un sabor amargo pero agradable a la vez y que los seguiría probando durante los próximos días” (SIC).

Respecto a su consumo se siguió trabajando con el ensayo conductual de la sesión anterior el cual tuvo éxito, ya que la paciente logró erradicar el cigarro más placentero del

día y se ha mantenido así. Durante la sesión no se pudo abordar más sobre su consumo debido a que la paciente se presentó con una actitud distraída y nerviosa, al preguntarle sobre su actitud de ese día la paciente indica que “Ya hablé con mi esposo sobre el divorcio” (SIC), situación en la que ella refiere estar decidida, pero aun así sigue pensando en que van a decir los demás.

Nota: No se cumplió con el objetivo de la sesión, sin embargo, se logró que la paciente se tranquilizara al hablar de sus problemas personales.

Es a partir de esta sesión que el terapeuta aborda más sus demandas personales de la paciente que su consumo, debido a que detectó que sus problemas personales era lo que la estaba llevando a consumir y así mismo incrementar o disminuir dicho consumo.

Sesión 8 Grupal:

Objetivo del programa: Que el paciente conozca los factores que predisponen la recaída en su medio natural y elabore estrategias de afrontamiento a los mismos.

Objetivo de la sesión: Restructuración cognitiva, revisión de consumo y habilidades sociales. (Grupal)

Se revisan nuevamente situaciones, conductas y pensamientos cotidianos del paciente. Se evalúan las teorías del aprendizaje y se hace hincapié en la relación del vínculo que se tiene al accionar una conducta e interiorizarlo como un éxito que llevará al paciente a percibirse eficaz y esta introyección generará a su vez la reestructuración cognitivo-conductual-racional. De igual forma, se identifican las conductas que podrían propiciar un reinicio del consumo, para posteriormente recomendar soluciones alternas eficaces y saludables.

Cabe mencionar que la paciente se presenta puntual a su sesión grupal, comentando que no dejó de fumar y que el día domingo consumió cerca de 10 cigarros, ese día convivió con su familia; refiere la paciente “Tengo que salir a fumar sin que me vea mi esposo, porque me pone tensa” (SIC), indicando que no cuenta con el apoyo de su marido para nada.

Nota: Se le explicó la respiración diafragmática y se puso en práctica durante la sesión, por último, la paciente hizo el compromiso de dejar de fumar.

Sesión 4 Individual:

Objetivo de la sesión: Modificación hábitos sociales

La paciente refiere “Con el palito de orozuz me sentí más ansiosa” (SIC), indicando que solo lo utilizó el día 3 de octubre que fue cuando se lo proporcionó su compañero de grupo. Actualmente se encuentra consumiendo 1/3 cigarrillos diarios, menciona que el día domingo consumió 10 cigarros siendo este su día de más consumo durante el tratamiento, pero la paciente “L” se contradice al mencionar que se compró una cajetilla de 14 cigarros teniendo todavía 4 en ella y que los otros 10 tabacos los fuma a lo largo de la semana y no el día domingo; por lo que se le sugiere cambiar de hábitos comenzando por el día sábado.

Respecto a su situación personal, refiere que está decidida a divorciarse “Como fecha límite le daré a mi esposo hasta el 15 de Noviembre para decidir si él se queda o yo me voy de la casa” (SIC).

Nota: Se le sugiere cambiar de hábitos lo cual le permitirá salir de la rutina y modificar su consumo; en cuanto a su divorcio fijó una fecha límite para decidir si ella o su esposo se van de la casa. Se trabajó principalmente la solución de problemas.

Sesión 9 Grupal:

Objetivo del programa: Que los asistentes a grupo se mantengan en abstinencia (prevenir recaídas).

Objetivo de la sesión: Que el paciente conozca los factores que predisponen la recaída de su medio natural y elabore estrategias de afrontamiento a los mismos. Prepara al paciente para la etapa de cambio (acción). (Grupal).

La paciente se presenta a sesión indicando que un día anterior sólo fumó 5 tabacos, siendo este su promedio semanal. Menciona que “Ya tomé la decisión de dejar de fumar.

Se explica durante la sesión grupal qué es una recaída y un desliz y cuáles son las situaciones que podrían llevar a los ex fumadores a recaer, así mismo les brindará estrategias de prevención como son el autorregistro, la visualización y la escritura autorreflexiva.

Como conclusión se hace el cierre grupal haciendo énfasis en que se realizarán seguimientos y que es de suma importancia mantenerse en contacto para reforzar habilidades que mantengan la abstinencia.

Nota: Se observó cansada, malhumorada, con agobio y se trabaja la solución de problemas.

Sesión 5 Individual:

Objetivo de la sesión: Preparar a la paciente para la próxima etapa de cambio (acción).

La paciente se presentó con 50 minutos de retardo, debido a que tenía cita para la realización de un electrocardiograma.

Nota: Se le reagendó para el día 18 de octubre a la 1:00 pm.

Sesión 6 Individual:

Objetivo de la sesión: Llevar al paciente a la etapa de cambio de acción.

La paciente se presenta el día de hoy puntual a su cita refiriendo “Ya no consumo ningún tabaco y ya no pienso volver a fumar” (SIC), cabe mencionar que la paciente “L” lleva 2 días sin consumir tabaco, comentando que es por su salud que ha decidido dejar de fumar, ya que actualmente no padece ninguna enfermedad crónica o relacionada con su consumo y no quiere padecer ninguna enfermedad. El día de hoy la paciente menciona que de nueva cuenta está considerando no divorciarse y ahora contempla irse a una casa dónde la cuiden “asilo” (SIC), comentando que a la vez no le gustaría irse a un asilo por qué “no soporta el olor a viejitos” (SIC).

Durante la sesión también se habló del porque se encontraba alterada durante la sesión del 17 de octubre, indicando que fue porque un día antes había tenido intimidad con su esposo y eso la pone “irritable” (SIC), ya que su esposo quiere tener relaciones

sexuales con mayor frecuencia y a la paciente no le agrada tener con la misma frecuencia ya que ella lo percibe “como una violación” (SIC).

Sesión 7 Individual:

Objetivo de la sesión: Restructuración cognitiva.

La paciente se presenta con 10 minutos de retraso debido a que había demasiado tránsito para llegar a terapia. Al inicio de la sesión la paciente “L” menciona que es compradora compulsiva “No puedo estar un día sin comprar algo nuevo” (SIC), mostrándose durante la sesión con una actitud ansiosa, hablando de diversos temas y saltando entre ellos. Habló sobre dos anteriores atenciones psicológicas una en Saptel, pero un día dejó de realizar llamadas debido a que el terapeuta que la atendía dejó de laborar en Saptel y la segunda atención psicológica la abandonó por el trato que la psicóloga le proporcionaba sin mencionar dónde tomaba estas sesiones terapéuticas. Dentro de la misma sesión terapéutica la paciente vuelve a recalcar que la fecha límite para dejar a su esposo es el 15 de noviembre, cabe mencionare que en esta sesión la paciente se muestra firme con la decisión de divorciarse.

Nota: La paciente presenta una recaída en su consumo, manteniéndose en 4 cigarros, por lo que se le llevó de nueva cuenta a la paciente a la etapa de acción y finalmente al mantenimiento de la abstinencia mediante una restructuración cognitiva. Respecto a su forma de comprar cosas se le da la indicación de que tiene que comenzar a depurar ropa de sus closets (4 en total), con el objetivo de sacar ropa que ya no utiliza y ésta podía regalarla o bien organizar una venta de garaje.

Sesión 8 Individual:

Objetivo de la sesión: Restablecer la acción en su etapa de cambio.

Se presenta con 20 minutos de retraso, mencionando que fue porque su hija Karen la invitó a desayunar, misma que la trajo al hospital. Respecto a su tarea la paciente refiere que no pudo completar su actividad de abandonar el tabaco manteniendo su consumo en 3 cigarros y respecto a su adicción por comprar ropa indica que “No pude depurar ropa, pero el día de mañana que mi empleada doméstica descanse, realizaré esa

actividad” (SIC), por lo que se le habla de aprendizaje con el objetivo de generar una reestructuración cognitiva y eliminar sus pensamientos irracionales.

Al hablar sobre su divorcio se le hace mención a la paciente “L” que la decisión de divorciarse o quedarse con él finalmente era de ella y no de alguien más, sólo que tendría que hacerse responsable de las consecuencias que pudiera tener dicha decisión, a lo que la paciente contestó que “Me encuentro enamorada del Dr.” (SIC). Cara de asombro

Casi al término de la sesión la paciente se muestra con una actitud sensible, llorando durante la sesión y al preguntarle el motivo de su llanto menciona “Me encuentro mal, porque odio a mi esposo y a la vez lo quiero “(SIC), pero que si pusiera en una balanza el querer y odiar a su esposo se inclinaría por el “odio” (SIC) y que sólo lo quiere por ser el padre de sus hijos.

Nota: De nueva cuenta se le deja la tarea de sacar ropa de sus closets con el objetivo de que la paciente comience a crear consciencia de las cosas que ya no necesita y disminuya su compulsión por comprar y así mismo reforzar la parte de aprender a soltar como es tomar la decisión de abandonar el tabaco, e inclusive, continuar o dejar a su esposo.

Sesión 10 Grupal:

Objetivo del programa: Qué el paciente refuerce técnicas y habilidades que mantengan y consoliden la abstinencia, así como adherencia a su tratamiento médico. (Sesiones de seguimiento a los 15 días, 30 días y 3 meses) (Grupal).

Se abordan diferentes temas dependiendo de las necesidades específicas de cada paciente.- Del Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel.

Este procedimiento ha mostrado ser efectivo en los pacientes atendidos en la Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México, O. D.; sin embargo, es prudente mencionar, que el terapeuta debe identificar las necesidades específicas de cada grupo e integrarlas al esquema general de tratamiento, del mismo modo, cada terapeuta adecua el tratamiento a su estilo personal de terapia y la enriquece con nuevas aportaciones que hace posible el seguir innovando en la terapéutica del tabaquismo.

Nota: La paciente no se presentó a su sesión del día 10- noviembre- 2017, la cuál era la sesión de seguimiento grupal.

Sesión 9 Individual:

Objetivo de la sesión: Delimitar soluciones para sus problemáticas.

El día de la sesión, la paciente se presenta puntual a su cita indicando que faltó a su sesión grupal que tenía programada por la mañana y al preguntarle el motivo por el cual no acudió , refiere que la nieta de su empleada doméstica llegó tarde por lo que no podía salirse de su casa hasta que alguien llegara, cabe señalar que la paciente manifiesta sentirse “cansada” (SIC), debido a que la señora que le ayuda en las labores de la casa se encuentra de vacaciones, ella tiene que realizar ciertas actividades y es por eso que la señora mandó de apoyo a su nieta.

El día de hoy la paciente se presenta sin consumir tabaco, mencionando “Ya no voy a fumar y voy a vender toda la ropa que ya no quiero” (SIC). Dentro de la sesión, habla sobre una cena pre- navideña en el club, la cual fue sugerida por su hijo Carlos y de nueva cuenta la paciente muestra una actitud ansiosa al brincar de un tema a otro sin tener una relación aparente entre ellos, ya que la paciente indica que “Desde niña he sufrido violencia hasta mi matrimonio “ sin mencionar que tipo de violencia sufrió de niña; dentro de la misma cita habla sobre su desarrollo personal, comentando que estudiaba la biblia de los testigos de Jehová, refiriendo que en su juventud vendía enciclopedias y seguros, pero dejó de laborar aproximadamente a los 43 años porque su esposo le quitaba su dinero.

Respecto a su divorcio, su hijo Ángel le comenta a su mamá “No duermo por pensar que mi papá y tú se van a divorciar” (SIC), cabe señalar que la paciente refiere tener “miedo”, porque piensa que va a desbaratar a su familia; pero a pesar de ello la paciente aprovechó el fin de semana para buscar lugares en donde ella pudiera irse a vivir y encontró una suite en las lomas.

Durante la sesión la paciente “L” indica que dejó de ser compradora compulsiva y que ya puede portar sus tarjetas de crédito sin necesidad de ocuparlas, sirviendo como reforzador para la situación que se encuentra viviendo con su esposo, lo cual le ha

permitido sentirse bien. Respecto a su situación sentimental menciona que desde el día 14 de Noviembre hasta el día 17 de Noviembre del 2017 se la ha pasado hablando con su esposo sobre su situación amorosa (SIC); refiriendo “Quiero dejar a mi esposo, pero él no me va a dejar en paz” (SIC), contemplando la opción de tener un divorcio exprés, pero debido a las constantes amenazas por parte de su esposo a la paciente, ella piensa “No quiero seguir en esta situación” (SIC); por lo que decide tomarse un “break” así lo refiere la paciente , cabe mencionar que la paciente llama “break” a que posterior a las fechas decembrinas ella retomará su situación personal, mencionando que no le comprará ningún regalo de navidad a su esposo, debido a que “Yo siempre termino pagando todo con mis tarjetas”. Cabe añadir que la paciente percibe \$4,500 pesos semanales para sus gastos de la casa (este dinero es proporcionado por su esposo) y \$6,000 pesos semanales para sus gastos personales (dinero proporcionado por sus hijos).

Sesión 11 Grupal:

Objetivo del programa: Que el paciente refuerce técnicas y habilidades que mantengan y consoliden la abstinencia, así como adherencia a su tratamiento médico. (Sesiones de seguimiento a los 15 días, 30 días y 3 meses) (Grupal).

Se abordan diferentes temas dependiendo de las necesidades específicas de cada paciente. - Del Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel.

Este procedimiento ha mostrado ser efectivo en los pacientes atendidos en la Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México, O. D.; sin embargo, es prudente mencionar, que el terapeuta debe identificar las necesidades específicas de cada grupo e integrarlas al esquema general de tratamiento, del mismo modo, cada terapeuta adecuó el tratamiento a su estilo personal de terapia y la enriquece con nuevas aportaciones que hace posible el seguir innovando en la terapéutica del tabaquismo.

Nota: La paciente no se presentó a su sesión del día 17- noviembre- 2017, la cuál era la segunda sesión de seguimiento grupal; sin embargo, la paciente marcó a la clínica para avisar que no le daba tiempo de llegar a su sesión grupal que estaba programada a las 10:00 am, pero que si llegaría a su sesión individual para el mismo día a las 12:00 pm.

Nota: El programa de la clínica contra el tabaquismo y otras sustancias adictivas cubre en total 10 sesiones, sin embargo, hubo una sesión previa al inicio del tratamiento la cual no se encuentra contemplada dentro del programa y está fue proporcionada por sugerencia de la coordinadora de la clínica, con el objetivo de extraer su historia clínica de la paciente, así como su historia de consumo que da un total de 11 sesiones. Cabe señalar que el programa está diseñado para una atención grupal, en el caso de la paciente se adaptó el programa a una atención de manera aleatoria; es decir la paciente se le brindó la atención tanto en la modalidad grupal como individual, dónde se empleó el mismo programa.

Sesión 10 Individual:

Objetivo de la sesión: Llevar al paciente a la etapa de cambio de mantenimiento.

Al inicio la paciente comenta que trae un derrame en el ojo izquierdo, el cuál es visible, indicando que le dio a causa de estrés por las situaciones que ha estado pasando recientemente en su vida personal refiriendo que se ha sentido “muy nerviosa” (SIC). Durante casi la mayor parte de la sesión habló del Dr. Cruz, ya que dos días antes de la sesión la paciente “L” le realizó una llamada, mencionando que “Le fue grata mi llamada al Dr.” (SIC), porque le dijo que quería invitarla a una fiesta de beneficio pero que esta sería en Oaxaca; por lo que la paciente decide invitar a su hija Melissa y a su esposo, pero al comentarle a su esposo este reaccionó de una manera negativa teniendo un pensamiento irracional diciéndole “Seguro saliendo del evento te irás al hotel con el Dr. Cruz” (SIC); por lo que su esposo le prohibió ir al evento. Cabe mencionar que la paciente no presenta desagrado con la idea de tener intimidad con el Dr., contestando con una sonrisa cuando se le pregunto sobre ¿qué pasaría si esa idea fuera cierta? Y a su vez presenta una cara de disgusto y cuándo se le pregunto qué ocurría respondió que su hija Melissa “No tiene buen gusto para vestirse” (SIC). Al término de la sesión la paciente comenta que para recompensar al Dr. De que no irá al evento, lo invitará a comer con su hija del médico.

Sin embargo, hubo sesiones que implicaron una reestructuración del programa las cuáles fueron individuales y se señalarán a continuación:

Sesión 11 Individual:

Objetivo de la sesión: Modificación conductual.

Nota: La paciente no se presentó a su sesión del día 27 de Noviembre del 2017, debido a que no avisó, se le llamará para saber el motivo por el cual no acudió a su sesión y así poder reagendarla para la semana en curso y proporcionarle su horario.

Nota: Más tarde se logró localizar a la paciente, reagendandolá para el día 1 de Diciembre del 2017 a las 1:00 pm. Sin mencionar el motivo por el cual faltó.

Sesión 12 Individual:

Objetivo de la sesión: Resolución de problemas.

El día de hoy la paciente se presenta puntual a su sesión, refiriendo que la relación con su esposo sigue siendo “conflictiva”, debido a que su esposo la ha llegado a amenazar diciéndole “que la va a mandar a seguir” (SIC); mientras que con su hija Melissa la relación de igual forma es “conflictiva”, así lo refiere la paciente; debido a que la paciente “L” quiere que cambie su aspecto físico su hija , por lo que se le hace ver el trato que le está proporcionando a su hija con el objetivo de que cree consciencia y modifique esos pensamientos irracionales sobre su hija e inclusive durante sesión la paciente menciona que su hija Melissa es “feísima” (SIC) y que se avergüenza de ella por su aspecto, mientras que hace referencia que su hijo Jorge es “guapísimo” (SIC). Comentando al término de la sesión “No amo a mis hijos, pero si los quiero “(SIC); situación que hoy en día mantiene preocupada a la paciente por no saber por qué está experimentando todas esas sensaciones.

Nota: Al término de la sesión la paciente presenta su carta de despedida de cigarro, la cual se le había dejado como tarea en las sesiones anteriores, pero no la había traído; indicando que se le había olvidado traerla. En la presente carta la paciente “L” redacta lo siguiente: “Adiós cigarro y esta vez para siempre, no quiero saber más de ti, no quiero seguir enganchada a ti, mucho tiempo me dominaste, pero se acabó, ya nunca más. El 1 de Diciembre es la fecha que elegí para no seguir fumando y lo voy a cumplir; porque si no quiere decir que no se cumplir lo que me prometo a mí misma “(SIC). Cabe mencionar que el trabajo de la carta no se pudo realizar debido a que la paciente se enfocó en sus

problemas personales dejando a un lado la tarea que se le asignó en la sesión anterior; por lo que la entregó al término de la misma.

Sesión 13 Individual:

Objetivo de la sesión: Resolución de problemas.

Nota: La paciente no se presentó a su sesión del día 11 de Diciembre del 2017; sin embargo, llamó para reagendar sesión para el día 15 de Diciembre del 2017 a las 11:00 am.

Sesión 14 Individual:

Objetivo de la sesión: Resolución de problemas.

Se presenta puntual la paciente a su sesión, mencionando que presento una recaída en cuanto a su consumo con el tabaco debido a que se fue de vacaciones y fue un período de casi dos semanas que no se le vio, este consumo ha generado que últimamente la paciente se encuentre “ansiosa y angustiada” (SIC), comentando que se han presentado diversas discusiones con su esposo por razones económicas; aunque su esposo le proporciona de gasto \$4,500 semanales mencionados en sesiones anteriores. Actualmente la paciente “L” contempla irse a vivir a una casa de descanso para evitar problemas con su esposo. Al término de la sesión se trabajó una actividad sobre asertividad; en la cual se le pidió que escribiera en una hoja cómo es que podía ser asertiva, colocando en ella acciones como “No sentirse provocada, no ofenderse fácilmente, ser tolerante, ser educada para que las personas muestren educación “ (SIC) ; a su vez en esa misma hoja tenía que describirse en cuanto a su forma de ser mencionando que “Soy una persona tímida (ansiosa), suelo ser servicial, no veo a los ojos y todo me lo guardo hasta que un día estallo” (SIC), haciéndole ver las últimas conductas que no le están siendo funcionales y esas mismas pueden hacer que su consumo se presente de nueva cuenta o bien incremente. Nota: Como tarea se le dejó trabajar con el control de sus emociones mediante la identificación de la emoción y en qué momento ocurre esa emoción; además de mantenerse en abstinencia de nueva cuenta hasta su próxima sesión.

Sesión 15 Individual:

Objetivo de la sesión: Cómo manejar sus emociones.

Nota: La paciente no se presentó a su sesión del día 19 de Enero del 2018; sin embargo, llamó para reagendar sesión para el día 23 de Enero del 2018 a las 12:00 pm.

Sesión 16 Individual:

Objetivo de la sesión: Cómo manejar sus emociones.

El día de hoy la paciente se presenta puntual a su cita, refiriendo que descarta la posibilidad de irse a vivir a un asilo y que decidió quedarse en su casa; ya que hizo un análisis de la situación y pensó “Mi esposo no se encuentra todo el día en casa y sólo lo vería en las noches” (SIC). Dentro de la misma sesión habla del amor de su vida llamado Óscar, con él anduvo de los 15 años a los 20 años (antes de su matrimonio), al cual no pudo perdonar nunca por andar con Alma, quién fue una amiga de la juventud de la paciente “L” y se cuestiona por qué la paciente nunca se casó con el amor de su vida; llegando a considerar “Seguro ya falleció “ (SIC), refiriendo que Óscar se despidió de ella en un sueño y que nunca volvió a saber nada de él desde que ella estaba embarazada de su tercer hijo.

Durante la sesión habla sobre su hijo Carlos, quién recientemente invitó a su esposo y a ella para ir de vacaciones a Acapulco, mencionándoles que sólo les pagará el hotel, pero no el transporte. De nuevo la paciente se muestra ansiosa brincando de un tema a otro, por lo que ahora menciona que a partir de febrero del 2018 retomará sus clases de baile y que ahorita no lo hace porque ha hecho mucho frío para acudir a sus clases; sin embargo, a pesar del frío, la paciente si acudía a sus sesiones individuales lo que refleja su compromiso con la terapia.

Sesión 17 Individual:

Objetivo de la sesión: Relaciones interpersonales

El día de hoy la paciente se presenta con 10 minutos de retraso a su sesión con un consumo de 10 cigarros. Dentro de esta sesión, se le habla a la paciente sobre el tema de la asertividad con el objetivo de que logre identificar qué tan asertiva es con su consumo y toma de decisiones. Y esto hace que la paciente reflexione “Constantemente

no sé tomar decisiones de forma asertiva” (SIC), comentando que su esposo constantemente le ha reducido la parte económica y dice sentir algo por su esposo “A veces es buena persona, cuando quiere conseguir algo” (SIC). Dentro de la misma sesión habla de su hija Melissa, comentando “La quiero, pero se parece a toda la familia de mi esposo porque es morenita” (SIC), mencionando que “Me hubiera gustado ser cómo ella (físicamente)”; cabe señalar que la paciente “L” es de tez blanca.

Respecto a la idea de la vejez, menciona que no es el mismo concepto de antes que al de ahora “porque todavía me siento joven” (SIC). Mencionando que todos los años ha hecho de cuenta que su esposo no le es infiel, a pesar de que sepa que tiene otra familia; pero indica la paciente “L” que no quiere seguir gastando en cosas de su esposo, ya que su esposo no le va a pagar. En cuanto a su idea de muerte la paciente piensa que es algo natural e inevitable y “Lo único que quiero es que mi esposo se porte bien conmigo y me de mi gasto completo” (SIC); siendo sus cosas materiales lo único que le preocupa si es que ella se va de esta vida; por lo que, junto con su hija Karen, realizaron su testamento.

Sesión 18 Individual:

Objetivo de la sesión:

Nota: La paciente no se presentó a su sesión del día 16 de Febrero del 2018; sin embargo, llamó 20 minutos antes de la hora para indicar que no se iba a poder presentar y para reagendar sesión.

Sesión 19 Individual:

Objetivo de la sesión: Cierre del espacio terapéutico (individual).

La paciente el día de hoy se presenta con 20 minutos de retraso, mencionando que trae la presión baja debido a que no había desayunado ese día; durante la sesión la paciente “L” presento un periódico donde salía un artículo de su pretendiente el Dr. , refiriendo que la mantiene “ilusionada y quisiera estar con él “ (SIC). Debido a sus problemas conyugales su consumo se ha visto incrementado, ya que cada vez son más constantes las discusiones que inclusive han llegado a presentar pesadillas.

De nueva cuenta retoma la idea de manera voluntaria de irse a vivir a una casa de huésped para evitar conflictos con su pareja; “Quiero ser libre en mi persona y así poder tomar mis propias decisiones” (SIC).

Nota: Se le aconseja continuar su proceso terapéutico en un grupo que se encuentra los días viernes, donde se encuentran ex – fumadores y pacientes que se encuentran en reciente abstinencia con el objetivo de reforzar sus habilidades que le permitirán mantenerse en abstinencia de manera más prolongada.

Sesión 20 Individual:

Objetivo de la sesión: Retoma el espacio terapéutico, mantenimiento de la abstinencia (sesión de seguimiento).

El día de hoy la paciente se presenta puntual, refiriendo que se encuentra consumiendo entre 0/2 cigarrillos por lo que el objetivo de esta sesión es reforzar la abstinencia total, debido a que presentó una disminución en su consumo; indicando que estos días ha estado trabajando con el tema de la asertividad y es como ha conseguido disminuir su consumo de tabaco, mostrando un nuevo cambio de look dando una percepción de una persona más jovial.

El día de hoy la paciente habla sobre que a su esposo, en días anteriores, le tuvieron que dar RCP (reanimación cardiopulmonar) en el vapor del club, por lo que lo sacaron desmayado de ahí; debido a esta situación la paciente menciona que no se ha ido de la casa porque lo ha estado cuidando.

Al término de la sesión refiere “De regalo de cumpleaños me regalé el libro de cómo ser asertivo y muchos de los comentarios que se encuentran dentro del libro me han sido funcionales y me sirvieron de mucho” (SIC).

Nota: La paciente logró disminuir su consumo. Cabe mencionar que dejó de comprar de manera compulsiva, mediante el trabajo de su ansiedad, esto acompañado de ejercicios de relajación.

Análisis de resultados

Este apartado se trabajó a través de tres categorías amplias que se desprenden de lo que Gómez (2010) considera que son los elementos que conforman la psicoterapia: 1. Relación terapéutica, 2. Terapeuta y 3. Paciente, a su vez se subdividen en otras subcategorías. En cada una de ellas se trabajó una definición, así como diferentes viñetas que ilustran el apartado correspondiente, posteriormente se expondrá cómo esto afectó a la terapia.

Para tener un mayor control en la presentación de las viñetas se colocó, "S" para señalar sesión y el número para señalar el número de sesión a la que pertenece la viñeta, en caso de que sean varias de la misma sesión se coloca la letra "a" o "b"; "n" según corresponda al orden de aparición. Dando por ejemplo S1a "... " lo que significa que esta cita corresponde a la sesión 1 y es la primera cita de esa sesión.

1. Relación Terapéutica:

Se considera que es la relación que surge de manera intersubjetiva entre el terapeuta y el paciente con el fin de gestar una convivencia de manera saludable y dejar que fluya la intervención terapéutica.

En esta categoría, se pueden identificar diferentes momentos sobre la construcción de la relación, de un nivel menor, una etapa intermedia y una etapa final (Gómez, 2009). Esta categoría a su vez se divide en: A) Transferencia con terapeutas grupales y B) Transferencia con la terapeuta. C) Inasistencias; D) Institución.

A) Transferencia con los terapeutas grupales:

La transferencia en grupo puede decirse que los sujetos intentan poner en escena su dramática interna, su argumento interno, produciéndose un encubrimiento de las personas reales presentes en el grupo actual por «personajes» que remiten a la historia del sujeto (Carlos Fumagalli, 2008). Por lo que se podría decir que la interacción surge entre el terapeuta y los integrantes del grupo, generando un estímulo positivo o negativo entre los miembros; lo que hará que el vínculo se vuelva más fuerte y sólido. Ya que los participantes comenzaran a compartir experiencias, recuerdos o eventos que fueron de suma. Dicho de otro modo, son las acciones e ideas que la persona empezó a tener

cuando se le pidió asistir al grupo, a continuación, se presentará dicho análisis de las sesiones:

S11g “De todas formas tengo que pasar al grupo” acompaña la frase con un semblante de molestia.

Los retardos y las inasistencias se presentaron de manera constante, al punto de dejar de asistir a las sesiones, incluso pidiendo que se cambiaran las sesiones grupales a sesiones individuales.

Las inasistencias se presentaron desde la segunda sesión de seguimiento grupal, sin embargo, la paciente marcó a la clínica para avisar que no le daba tiempo de llegar a su sesión grupal, pero que si llegaría a su sesión individual programada para el mismo día dos horas más tarde.

En total, acumuló 6 inasistencias en el grupo de número de sesiones que tiene la atención grupal

B) Transferencia con la terapeuta:

Función mediante la cual una persona puede depositar de manera inconsciente vínculos afectivos, recuerdos o eventos significativos, así como reacciones sobre su terapeuta, las cuales suponen la evocación de vínculos anteriores que se llevan a un nuevo objeto. Desde la perspectiva clásica, hay una transferencia positiva débil donde se movilizan sentimientos amistosos y afectuosos del paciente hacia el terapeuta y una transferencia que en la práctica se muestra como negativa, ya que es sinónimo de resistencia. La transferencia propiamente negativa se caracteriza por la expresión de sentimientos hostiles y de enojo hacia el terapeuta (Ruiz, 2013).

S1g “De todas formas tengo que pasar al grupo”

Al término de la sesión se observa una transferencia positiva de parte de la paciente sobre la terapeuta, en donde la paciente manifiesta sentirse "cómoda" con la terapeuta, esperando que ya no sea enviada al grupo terapéutico.

S3g “Me podría atender la psicóloga que me entrevistó

La paciente fue atendida en la primera sesión por la terapeuta, en la cual se recabó su historia clínica gestándose una transferencia por parte de la terapeuta, dando una respuesta emocional (simpatía, ternura y empatía) a los estímulos que provenían de la paciente. Se hace la solicitud de esta atención individual con el objetivo de que se refuercen sus conocimientos obtenidos en la terapia grupal.

S3a “Desde el inicio hubo química, pero siempre nos hemos mantenido como amigos”

Esto lo menciona durante la sesión interrumpiendo el objetivo que se estaba trabajando en ese momento sobre el consumo de tabaco, ya que quería platicar algo personal. Menciona que actualmente existe un doctor que le agrada, lo conoció 12 años atrás, ya que en ese entonces tuvo una hernia, siendo él quien la operó, pero se dejaron de frecuentar a causa de la atracción que surgió entre ambos debido a que ella es casada.

S3a “Ya hablé con mi esposo sobre el divorcio”

La situación del divorcio desvió la atención de la terapeuta y no permitió indagar más sobre el consumo de tabaco.

S6a “Pero este bebé no era de mi esposo”

En la sesión 6ª la paciente nuevamente pide hablar de un tema ajeno al objetivo de tratamiento, A partir de esta sesión, paciente se enfoca más en temas que no tienen que ver con su consumo, especialmente sobre la relación con el "doctor", su pareja y sus hijas, principalmente.

S9b “Quiero dejar a mi esposo, pero él no me va a dejar en paz”

Respecto a su situación sentimental menciona que desde el día 14 de Noviembre hasta el día 17 de Noviembre del 2017 ha contemplado la opción de tener un divorcio exprés con el fin de mejorar su relación.

S14a “Soy una persona tímida (ansiosa), suelo ser servicial, no veo a los ojos y todo me lo guardo hasta que un día estallo”.

Señaló la paciente cuando en la sesión se trabajó el tema de la asertividad, y cuando se menciona que, a pesar de eso, con la terapeuta ha sido capaz de hablar de temas íntimos

S20a “Resolución de problemas”

La paciente logró estabilizar su consumo, mejorando la relación con su esposo y su hija Melissa a través del manejo de resolución de problemas con la asertividad. Cabe mencionar que dejó de comprar de manera compulsiva, mediante el trabajo de su ansiedad mediante ejercicios de relajación. "Esto no pudo lograrse sin la ayuda de usted" (sic) haciendo referencia la paciente L a su terapeuta una vez señalado sus logros.

- **C)Inasistencias:**

Aunque este tema fue tocado en el apartado de transferencia grupal, se decidió que tuvieran un apartado independiente debido a las diferencias encontradas entre lo que pasaba en el grupo, las razones y formas en las que se presentaron de forma individual.

Grupales:

S9g “Me siento cansada”

La paciente no se presentó argumentando cansancio, lo justifica que fue porque la persona que le ayuda en las labores de la casa estaba de vacaciones.

S9a y S11g “Faltas a sesiones grupales”

En la S9a L refiere que la nieta de su empleada doméstica llegó tarde por lo que no podía salirse de su casa hasta que alguien llegara; cabe resaltar que la paciente se presenta puntual a su cita individual

S2g y S10g “Re- agendar citas”

La paciente no se presentó a su sesión S2g y S10g, la cuál era la sesión de seguimiento grupal. No avisó y re -agendó.

S19a “Canalización”

Se sugiere continuar su proceso terapéutico en un grupo que se encuentra los días viernes, dónde se encuentran ex – fumadores y pacientes que se encuentran en reciente abstinencia con el objetivo de reforzar sus habilidades que le permitirán mantenerse en abstinencia de manera más prolongada. A lo que la paciente respondió que comenzaría acudir a sus seguimientos de manera grupal.

Individuales:

S8a “Mi hija (Karen) me invitó a desayunar y me trajo al hospital”

La paciente “L” se sigue presentando con retardos y en esta ocasión llegó con 20 minutos de retraso. Se le atendió sin llamarle la atención ni hacer mención del encuadre.

S7a; Sa17. “Retardos”

La paciente “L” no se presentó a sus sesiones, sin reportar el motivo por el cual no acudió.

S3a, S11a, S13a, S15a y S18a “Inasistencias”

La paciente no se presentó a su sesión; sin embargo, llamó para reagendar sesiones. Comenzó a faltar con mayor frecuencia y postergando de nueva cuenta el cierre de sus sesiones individuales.

S5a “Retardo de sesión”

La paciente se presenta con 50 minutos de retardo, debido a que tenía cita para la realización de un electrocardiograma; por lo que se le re- agenda la cita, teniendo en consideración el estudio previo que se realizó ese día por parte de la institución y a criterio de la terapeuta.

En total, acumuló 7 retardos en las sesiones individuales.

D) Institución:

Se entiende como un organismo público, el cuál fue fundado con el objetivo de desempeñar labores sociales, culturales y científicas; así mismo cuenta con la facultad para brindar servicios médicos a personas que lo requieran (Geoffrey, 2011), en este

apartado se colocan las situaciones que influyeron en la terapia desde la relación paciente-institución (Clínica Contra el Tabaquismo Consulta Externa de Neumología y Cirugía de Tórax del Hospital General de México Eduardo Liceaga).

S7a “Tuve dos atenciones psicológicas previas”

Habló sobre dos anteriores atenciones psicológicas: una en Saptel, pero un día dejó de realizar llamadas debido a que el terapeuta que la atendía dejó de laborar ahí; la segunda atención psicológica la abandonó por el trato que la psicóloga le proporcionaba sin mencionar dónde tomaba estas sesiones terapéuticas.

S1 g “Agregar la entrevista inicial”

Se tuvieron ciertas consideraciones en cuanto a su espacio terapéutico, como fue el agregar la entrevista inicial de forma individual como parte del trabajo terapéutico de la institución, aunque no formaba parte del programa grupal. Añadiendo que se llevaban 15 días como prestadora de servicio social

S2a “Me he sentido nerviosa”

La paciente pide que el médico rotante de neumología la revise y le recete un tranquilizante, ya que con dichos eventos ocurridos recientemente manifiesta sentirse “nerviosa” (SIC); por lo que el médico rotante le prescribe medicamento, la paciente lo consumió un año atrás, durante un periodo de 6 meses. Cabe resaltar que la paciente retoma sus sesiones de manera grupal e individual después de una semana, debido a que al término de la sesión anterior fue el terremoto del 19 de septiembre lo que pudo haber influido para que presentara inestabilidad emocional.

S7a y S8a “Retardos en las sesiones”

La paciente llegaba tarde a sus sesiones, ya sea de manera grupal e individual, por lo que hubo ciertas consideraciones y una actitud permisiva por parte de la institución y de la terapeuta; brindándole así la atención psicológica, ya que de acuerdo al reglamento interno con tantas faltas e inasistencias tenía que haberse dado de baja, aunado a esto, la hija de la paciente es conocida del personal del hospital.

2. El terapeuta

Se denomina terapeuta a aquel individuo que ostenta de habilidades especiales conseguidas a través de la experiencia, ya sea en una o más áreas de la asistencia sanitaria, y cuya labor es ofrecer apoyo a los pacientes que lo demanden; en tanto, el mencionado apoyo que brinda podrá ser de diferentes índoles, normalmente, se encuentra especializado en un área determinada o función (Ucha, 2011). Debido a que el terapeuta es una persona que se sitúa en una posición diferente a la del resto de las personas que rodean al paciente, el cual mantiene siempre una escucha activa, y rescata del discurso del paciente los datos reveladores de su malestar, que ni él sabe. De entre todas sus palabras, él no distingue qué es lo que más le molesta, incluso puede equivocarse dando más importancia a un hecho que al que de verdad explica su malestar (Arranz, 2013), a su vez se desprende la sub área titulada el papel del psicólogo.

- **A) Papel del psicólogo:** Función que ejerce el especialista encargado de proporcionar una intervención psicológica a una persona, paciente, cliente o usuario que lo requiera, brindándole un acompañamiento emocional y proporcionándoles las herramientas necesarias para resolver su problemática (Ruiz, 2019).

Cabe resaltar las siguientes observaciones que se obtuvieron por parte de la terapeuta:

1. Trabajar con personas mayores, "me recuerda a mi familia" (terapeuta)

La mayor parte de la familia del terapeuta con la que vive son personas mayores y con los que tiene muy buena relación y comunicación.

2. Poca comunicación con el equipo de trabajo y falta de supervisión continúa

No hubo comunicación con los terapeutas grupales con el fin de evitar que la paciente dejara de acudir a sus sesiones grupales, debido a que no se le dio un correcto seguimiento por parte de los terapeutas grupales.

3. Edad como un factor predisponente.

Debido a la edad de la paciente se le tenían consideraciones, permitiéndole hablar de su vida personal, llegar tarde o reagendar sus sesiones, ya que se pensaba (terapeuta y compañeros) que no le era tan fácil desplazarse sola.

S2a Temblor del 19 de septiembre

La terapeuta acompaña a "L" hasta la puerta de la entrada del hospital; con el objetivo de resguardarla y mantener segura a la paciente, aun terminada la sesión.

Finalización de espacio terapéutico:

Como parte del cierre se le realiza una última sesión a la cual se presentó puntual refiriendo que se encuentra consumiendo entre 0/2 cigarrillos por lo que el objetivo de esta sesión es reforzar la abstinencia total, debido a que presento una disminución en su consumo; indicando que estos días ha estado trabajando con el tema de la asertividad y es como ha conseguido disminuir su consumo de tabaco, mostrando un cambio en su imagen, brindando una percepción de una persona más jovial.

3. Paciente:

Es aquella persona que sufre de dolor y malestar, por ende, solicita asistencia médica y está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud (Significados, 2019).

Se detectó que la paciente ocupaba como síntoma su consumo (demanda inicial), lo que la llevaba a consumir entre 8/16 cigarros diarios generando un gasto de \$40.00 a \$80.00 pesos diarios que representa el 3.8% de sus ingresos semanales. Cabe mencionar que la paciente solicitó más sesiones establecidas por el programa de forma individual.

En esta categoría se ubican las subcategorías: A) Síntoma fumar: B) Síntoma relación con sus hijas; C) Síntoma - esposo

- **A) Síntoma fumar:** Manifiesto del origen real de la enfermedad, es decir lo que se puede observar a simple vista. El síntoma en ocasiones, la persona lo puede mencionar como su motivo de consulta o la problemática, pero este únicamente es la parte superficial de la enfermedad, con frecuencia se confunde el significado

de los síntomas y se tienden a exagerar su severidad de unos y minimizar la de otros (Alberto, 2019).

S4g “Uno tras otro”

La paciente refiere que aprendió a fumar por observación, debido a que su papá fumaba con demasiada frecuencia. Situación que refuerza su consumo de tabaco teniendo cómo referente a su padre. "L" presentaba pensamientos irracionales como "mi papá y mi tía fallecieron por dejar de fumar".

S4g La paciente refiere que usó el parche de nicotina y se despertó con la sensación de que “se iba a morir”

Menciona que tiene una dependencia psicológica, conclusión a la que llegó la paciente en más de una sesión (S4, S5).

S1a “Adiós cigarro que me has tenido esclavizada tanto tiempo, tú no vas a poder conmigo porque hoy soy una guerrera y te tengo que eliminar”

Durante la carta de despedida se obtuvo una emotiva despedida en donde se registró que su último cigarrillo en fecha y hora exacta, indicando que lo dejaría para “siempre” (SIC), ya que la paciente lo percibe como un compromiso para cumplir con la meta inicial que es dejar fumar. Demostrando así interés por su tratamiento y este compromiso no sólo es con ella, sino también con su espacio terapéutico y con su terapeuta.

S14a “Recaída”

Sucede cuando falta dos semanas ya que se fue de vacaciones, considera sentirse “ansiosa y angustiada”, debido a diversas discusiones con su esposo por razones económicas.

“Soy una persona tímida (ansiosa), suelo ser servicial, no veo a los ojos y todo me lo guardo hasta que un día estallo” (SIC),

S15a “Inasistencias”

“L” comienza a presentar inasistencias con mayor frecuencia en su espacio terapéutico, debido a que se encuentra consciente del número de sesiones con las que cuenta el programa; postergando así el término de su tratamiento.

- **B) Síntoma Relación con sus hijos:** Es lo que la paciente "L" refiere a la relación que tiene con sus hijos. Ambas hijas de la paciente son psicólogas y que su hija menor era conocida dentro de la institución debido a su trabajo

S8a “No pude completar mi tarea”

La paciente indica que no pudo concluir su tarea de abstinencia que se le dejó al término de la sesión anterior, manteniendo su consumo en 3 tabacos, por el que la terapeuta debió haber hecho más énfasis en su consumo y apegarse al programa.

S8b “No pude depurar ropa, pero el día de mañana que mi empleada doméstica descanse, realizaré esa actividad”

Respecto a su adicción de comprar ropa, se trabajó el aprendizaje y la asertividad con el objetivo de generar una reconstrucción cognitiva y eliminar sus pensamientos irracionales; por lo que de nueva cuenta se le dejará tarea de sacar ropa de su closet, comenzando a crear consciencia de la situación y logre disminuir su compulsión por comprar. Así mismo la intención de la tarea del closet es reforzar la parte de aprender a soltar, como lo es tomar la decisión de abandonar el tabaco o bien decidir si continuar con su esposo o dejarlo.

S9a “Ya no voy a fumar y voy a vender toda la ropa que ya no quiero”

El día de hoy la paciente se presenta sin consumir tabaco y durante la sesión la paciente “L” indica que dejó de ser compradora compulsiva y que ya puede portar sus tarjetas de crédito sin necesidad de ocuparlas, sirviendo como reforzador su esposo para que ella se sienta bien, así lo refiere la paciente.

S9b Respecto a su divorcio, su hijo Ángel le comenta a su mamá “No duermo por pensar que mi papá y tú se van a divorciar”

"L" refiere sobre este comentario sentirse en una situación de vulnerabilidad, se nota que comentarios así le generan mayor ansiedad y aumenta su consumo de tabaco.

S12a "Feísima" y "Guapísimo"

Señala que su hija (mayor o menor) es: "feísima" (SIC) y que se avergüenza de ella por su aspecto, mientras que su hijo es: "guapísimo" (SIC).

S12a "No amo a mis hijos pero si los quiero "(SIC);

Además hacer referencias al conflictivo con su hija (mayor-menor).

S12 a "Conflictiva"

Como continuidad a la segunda demanda externada por la paciente "L" , habla sobre la relación que mantiene con su esposo y su hija, las cuales son conflictivas ; debido a que su esposo ha llegado amenazarla diciéndole que la seguirá y respecto a su hija Melissa, la paciente presenta un deseo porque esta cambie su aspecto físico al no ser agradable para ella, dándole la retroalimentación de que el trato que le proporciona a su hija no es el adecuado haciendo que logre modificar esos pensamientos irracionales sobre su hija.

S12b "No amo a mis hijos, pero sí los quiero "

Situación que hasta la última sesión tenía preocupada a la paciente por no saber por qué experimentaba esos sentimientos de ambivalencia y ansiedad; añadiendo las percepciones físicas que tiene sobre dos de sus hijos, indicó que su hija Melissa es "feísima" (SIC) y que se avergüenza de ella, mientras que de su hijo Jorge hace la referencia de que es "guapísimo" (SIC).

S14a "Ansiosa y angustiada"

La paciente menciona que presentó una recaída en cuanto su consumo de tabaco, debido a que se fue de vacaciones y durante un periodo de dos semanas no se le vio a la paciente, lo que ocasionó es que ahora la paciente se encuentre bajo ese estado anímico, añadiendo que durante sus vacaciones tuvo diversas discusiones con su esposo por razones económicas; debido a la situación la terapeuta refuerza las etapas de cambio con el objetivo de llevarla de nueva cuenta a la abstinencia.

Al término de la sesión se trabajó una actividad sobre asertividad; en la cual se le pidió que escribiera en una hoja cómo es que podía ser asertiva, colocando en ella acciones como “No sentirse provocada, no ofenderse fácilmente, ser tolerante, ser educada para que las personas muestren educación “ (SIC) ; a su vez en esa misma hoja tenía que describirse en cuanto a su forma de ser mencionando que “Soy una persona tímida (ansiosa), suelo ser servicial, no veo a los ojos y todo me lo guardo hasta que un día estallo” (SIC), haciéndole ver que las últimas conductas no le están siendo funcionales y esas mismas pueden hacer que su consumo se presente de nueva cuenta o bien incrementemente.

- **C) Síntoma - Esposo:** Comentarios y creencias que realiza sobre su esposo y relación de pareja.

S3g “Mi esposo me dijo que mi estado de ánimo era muy conflictivo desde que dejé de fumar”

Por lo que la paciente decide continuar con su consumo de tabaco para no tener conflictos con su pareja, ya que a su marido le agrada más el estado de ánimo que presentaba L mientras consumía. Situación que refuerza su síntoma e incrementa su consumo, pero no erradica la problemática.

S1a “Desde hace un mes no tengo intimidad y en tantos años de matrimonio nunca había sentido tanto placer como esta última vez”... además hace referencia a su enojo y hacia su esposo porque "...considero que me negó placer durante 57 años”

“L” toma la decisión de no volver a tener intimidad con su esposo y considerar un posible divorcio, ya que se dio cuenta de ciertos detalles de su vida marital que no le eran tan funcionales, por lo que la paciente incrementaba su consumo cada vez que tenía alguna discusión con su esposo.

S1b “Conozco a la amante porque es secretaria de mi esposo, con la cual lleva muchos años con él”

S2a “Me he sentido muy angustiada, debido a que me encuentro entre la decisión de abandonar el consumo y dejar a mi esposo”

“L” refiere sentirse manipulada por ambas situaciones, ya que se siente vulnerable principalmente por su situación económica, pero a su vez la idea del divorcio la hace sentir motivada para dejar de consumir tabaco.

S3a “Ya hablé con mi esposo sobre el divorcio”

Durante la sesión no se pudo abordar más sobre su consumo debido a que la paciente se presentó con una actitud distraída y nerviosa, al preguntarle sobre su actitud de ese día la paciente indica que la situación que se encuentra viviendo con su esposo es lo que la hace sentirse así, por lo que refiere estar decidida a divorciarse, pero aun así sigue pensando en qué van a decir los demás. Es a partir de esta sesión que el terapeuta aborda más sus demandas personales de la paciente que su consumo, debido a que detectó que sus problemas personales era lo que la estaba llevando a consumir y así mismo incrementar o disminuir dicho consumo.

S10a “Me siento muy nerviosa”

Trae un derrame en el ojo izquierdo, el cuál es visible, indicando que le dio a causa de estrés por las situaciones que ha estado pasando recientemente en su vida personal refiriendo que se ha sentido con una vulnerabilidad a nivel emocional.

Aquí finaliza en el análisis de resultados dando paso a la discusión de la intervención terapéutica, misma que se presenta a continuación.

Discusión

Se sabe que la mayoría de los pacientes, acuden a terapia de manera inicial por problemas físicos o bien por alguna pérdida. Martínez (2018), considera que son principalmente 12 razones para acudir a terapia psicológica, 1. Por una pérdida, 2. Un cambio en la vida actual, 3. Aprender a manejar emociones, 4. Evitar pensamientos negativos o dañinos, 5. Superar un temor, 6. Recuperar la motivación, 7. Evitar tener que recurrir a otras alternativas dañinas, 8. Por qué nos sentimos solos, 9. Mejorar nuestras relaciones, 10. Aprender a tomar el control, 11. Problemas para poder dormir y 12. Necesidad de hablar con alguien.

De entre estas, la principal razón que expone “L”, es la séptima, que habla sobre evitar tener que recurrir a otras alternativas, ya que esta aborda el tema de cómo el tratar de atender resolver una afección médica puede llevarnos a unos extremos emocionales, en donde algunas personas llegan a sentir la necesidad de recurrir al tabaco, alcohol u otras sustancias adictivas, en las que resulta complicado lidiar con aquellas situaciones de la vida cotidiana; en este sentido, “L” mostraba el deseo de erradicar su consumo, mejorar sus relaciones interpersonales y presentar avances en su condición física evitando así que pudiera padecer una enfermedad crónica degenerativa y más con el antecedente de haber padecido cáncer de colon.

Sin embargo, a lo largo de las sesiones, se pudieron encontrar más razones relacionadas a las expuestas por Martínez (2018), la primera razón nos habla cuanto tienes una pérdida y su respectivo duelo puede llegar a ser muy difícil de superar, llegando a convertirse en un duelo patológico, que puede conducir a problemas emocionales más largos e intensos. En el caso de “L” ella sufrió la pérdida de un hijo, el cual falleció durante un asalto, incrementando de esta forma su consumo de tabaco; otra razón aborda cuando se presenta un cambio en nuestra vida actual, cabe resaltar que la paciente estaba presentando diversos cambios habituales en los que se encontraba su situación sentimental (proceso de divorcio), su economía y la relación que mantenía con sus hijos.

La tercera razón aborda el hecho de aprender a manejar las emociones; esta surge durante el proceso psicoterapéutico que estaba llevando a cabo, ya que en ciertos momentos de la vida de “L” tuvo que experimentar emociones negativas y pensamientos irracionales, mismos que con temas de asertividad y manejo emocional logró encontrar un equilibrio entre sus emociones y sus pensamientos. La cuarta razón nos habla de evitar pensamientos negativos o dañinos, mismos que a simple vista suelen verse como algo no tan complejo pero la realidad es que pueden convertirse en problemas o trastornos emocionales graves; en el caso de la paciente comenzó a formularse una serie de pensamientos negativos e irracionales llevándola a creer que solo mientras consumía podía estar en un estado de relajación.

Respecto a la quinta razón, también surgió como demanda durante la intervención ya que se habla sobre superar un temor, en el caso de “L” se suscitaron miedos como el

temor a la muerte, el hecho de quedarse sola, el qué pasaría si se divorciaba y su economía ya no sería la misma e inclusive el hecho de que se volviera a presentar alguna enfermedad física; razón por la cuál a manera de prevención ella se encontraba dentro del modelo de la clínica con el fin de erradicar su consumo; respecto a la sexta razón que era recuperar su motivación, nos dice que la pérdida de la motivación en aquellos aspectos de la vida o situaciones que antes nos hacían sentir bien es un indicador de que algo está pasando; por ejemplo en el caso de “L” ella era una persona que disfrutaba acudir al club con su esposo o bien frecuentar algunas amistades y cuando ella inició tratamiento ya no frecuentaba amistades y ya no le gustaba ir al club con su esposo.

Respecto a la octava razón que hace referencia al por que nos sentimos solos, nos dice que la soledad es uno de los sentimientos que afecta a un mayor número de personas; se sabe que la paciente era una persona de la tercera edad y que gran parte del tiempo se encontraba sola en su casa mientras su esposo se iba a trabajar, encontrando así una manera de lidiar con los sentimientos de soledad, el consumo de tabaco. La razón novena que hace hincapié a mejorar las relaciones interpersonales nos dice que sin importar de qué tipo sean, implica un trabajo duro en el que no siempre obtenemos resultados favorables, por esta razón “L” mantenía relaciones conflictivas con sus seres queridos, principalmente con su esposo, una de sus hijas e inclusive con el tabaco, al verlo como un acompañante cada vez que se sentía sola; tratando de encontrar un equilibrio entre lo familiar, lo personal y su consumo.

En la décima razón hace referencia sobre aprender a tomar el control, nos dice el autor que hay que aprender aceptar que no siempre podemos tener el control, lo cual hace referencia a que la paciente buscaba que todo estuviera bajo control, tanto sus relaciones personales como su consumo, por lo que se trabajó que algo que si podía controlar era su propio consumo y con ello podría mejorar su salud. La razón once habla sobre los problemas que se presentan para dormir, mismos que llegó a presentar “L”, principalmente cuando su consumo llegó a ser elevado y utilizándolo como un relajante para poder dormir y por último respecto a la razón doce que trata sobre la necesidad de hablar con alguien, hace hincapié en todo lo mencionado anteriormente y es lo que le pasaba a la paciente al sentir esa necesidad de ser escuchada por su terapeuta sin ser juzgada.

Acudir a terapia puede permitirnos encontrar soluciones alternativas menos dañinas que permitan un correcto balance entre lo físico, emocional y mental de la persona. Por lo cual se considera importante que se establezca una relación terapéutica; misma que es considerada la relación que surge de manera intersubjetiva entre el terapeuta y el paciente con el fin de gestar una convivencia de manera saludable y dejar que fluya la intervención terapéutica (Gómez, 2009).

Se sabe que la relación terapéutica juega un papel fundamental en el éxito de la terapia. La psicoterapia no se puede desvincular del tipo de relación interpersonal que se establece entre terapeuta y paciente. En función del tipo de relación terapéutica que se establezca entre ambos, la terapia tendrá más o menos éxito (Reyes, 2021). Por esta razón se consideró importante que en existiera una relación terapéutica con el fin de ayudar a que la paciente “L” encontrara un equilibrio entre sus experiencias emocionales y sus experiencias vividas; llegando a procesar, aceptar y expresar sus emociones de forma positiva con el fin de tener éxito en su proceso terapéutico.

Durante la relación terapéutica también pueden llegar a surgir errores terapéuticos. Fresco, (2017); enuncia los 13 principales errores más comunes de un psicólogo durante la intervención terapéutica:

1. No ajustar bien la relación terapeuta – paciente,
2. Juzgar las creencias de tus pacientes,
3. No practicar la escucha activa,
4. Hablar mucho (o poco) de tus cosas y de ti mismo (a),
5. Decirle a tu paciente lo que tiene que hacer,
6. No mostrarse auténtico (a) en terapia,
7. Sentir lastima por tu paciente,
8. Obviar la alianza terapéutica,
9. Ser excesivamente subjetivo (a),
10. No tener en cuenta el momento de la terapia,
11. Usar un lenguaje demasiado técnico,
12. Ser demasiado rígido (a),
13. No aceptar las derrotas profesionales.

Respecto al primer error nos habla sobre el hecho de ajustar bien la relación terapéutica, nos dice que es importante tener en cuenta que para lograr dicha relación es fundamental mantener una línea de implicación óptima; misma que es considerada como el espacio imaginado entre la relación implícita entre el paciente y el terapeuta. Por esa misma razón se sabe que entre mayor sea la distancia, mayor será el riesgo de estropear dicha relación. En el caso de la paciente se trató de mantener está cercanía con “L”, sin

embargo al generarse una empatía por parte de ambas género una acentuación en la transferencia al haber una pérdida de efectividad, entre las consecuencias estuvieron la subjetividad y la difuminación, ya que en determinado momento se perdió la objetividad de la terapia y se perdió la directividad de los roles.

El segundo error hace referencia al juzgar las creencias de los pacientes; haciendo mención a que es importante aceptar los pensamientos de los pacientes sin poner por delante lo que nosotros pensamos o creemos acerca de ello. En este caso nunca se llegó a este error terapéutico, ya que con la paciente si se brindó un compromiso por parte de la terapeuta al dedicarle su tiempo y esfuerzo tratando de comprender que era lo que le pasaba con el fin de tratar de ayudarla; nunca se juzgó a la paciente “L”, al contrario, se le brindó una escucha para tratar de entender su punto de vista.

El tercer error hace hincapié cuándo no se practica una escucha activa, por eso es importante prestar atención e interés a los que tu paciente quiere decirte tanto a nivel verbal y no verbal, adicional es importante procesar la información y separar lo que es importante. También este error terapéutico hace mención a que es importante no forzar al paciente a que diga lo que quiere escuchar. En este error se podría resaltar que durante la intervención con “L”, se dejó a un lado en determinado momento la demanda inicial que era la cesación de tabaco y esto fue debido a que no se separó de manera correcta la información; sin embargo, gracias a esta escucha activa y al reflejo de los sentimientos implícitos de la paciente fue que se logró llegar a una demanda secundaria del por qué consumía realmente tabaco, saliendo a flote sus problemas interpersonales. Durante las sesiones también se cuidó clarificar los mensajes, al pedirle a la paciente que proporcionara el significado correcto de lo que quería expresar; llegando así a la mejora de una escucha activa.

Durante el cuarto error nos dice que el hablar mucho o poco de uno mismo también puede influir en la intervención terapéutica. Ya que el hablar demasiado del terapeuta puede desviar la atención, recordemos que el espacio es para el paciente. Estas autorrevelaciones deben ser controladas; hay cosas que si se pueden revelar de forma muy puntual como el hablar sobre la experiencia profesional, la edad, el hecho de cómo se han manejado ciertas problemáticas u opiniones, sentimientos positivos hacia la paciente o bien lo que sucede normalmente en una terapia, ya que éstas se consideran

recíprocas y podría aumentar la confianza hacia el paciente. En el caso de “L” se cuidó de no hablar de la vida personal de la terapeuta y se compartieron cosas muy puntuales sobre su formación, los objetivos y sobre cosas que pueden llegar a surgir durante una terapia.

El quinto error habla sobre decirle a tu paciente lo que tiene hacer; siendo este uno de los errores terapéuticos más comunes; la clave fundamental es que el terapeuta guíe al paciente hacia un camino que él o ella quiera seguir. Con la paciente se mantuvo un sentido de directividad de manera definida , ya que se le proporcionaron instrucciones, información y retroalimentación en dónde se logró delimitar ciertas tareas de su vida diaria , se estructuraron sus pensamientos negativos llevándola a dejar de consumir tabaco, mejorar sus relaciones interpersonales e inclusive, dejó de comprar de manera compulsiva a través de ciertas herramientas y ejercicios terapéuticos que le fueron solicitados durante las sesiones terapéuticas. Durante el error número seis se aborda que el no mostrarse auténtico durante la intervención puede afectar en la relación terapéutica, ya que la autenticidad tiene que ver con ser uno mismo al comunicar sus propios sentimientos y experiencias. Por tanto, en las sesiones que se tuvieron con la paciente “L” se buscó enmarcar las opiniones de la terapeuta, a su vez sus sentimientos al mostrar sonrisas no forzadas y utilizar frases de manera espontánea.

Respecto al error número siete hace referencia al hecho de sentir lastima por tu paciente, misma lástima que podría parecer como pena hacia una persona. Estos sentimientos podrían considerarse positivos, sanos e inclusive adaptativos; sin embargo, no siempre lo son. En el caso se tuvo la sensación de pena, ya que al ser una persona de la tercera edad y hablar continuamente sobre la dinámica que mantenía con su familia se le tuvieron ciertas consideraciones y el trato para con la paciente fue más cordial y amable. Este lógicamente no era el principal factor que influía en el pronóstico de la paciente “L”, pero si era un factor relevante en el misma terapeuta. Cabe resaltar que en este punto es importante trabajar la compasión; misma que consiste en participar en el sufrimiento del otro, y que la persona sienta que se hace todo para eliminar y mitigar el sufrimiento del otro de una forma activa.

El error número ocho trata sobre obviar la alianza terapéutica, mismo que es entendido como el pacto implícito entre el paciente y el terapeuta cuya meta es lograr la consecución

de los objetivos terapéuticos. Para lograr esta alianza terapéutica es importante considerar 3 principales aspectos: 1. Generar un vínculo emocional positivo entre paciente y terapeuta, 2. Generar un acuerdo mutuo sobre las metas de la intervención y 3. Generar un acuerdo sobre las tareas terapéuticas. En este caso la atención se centró más en mantener una buena relación con “L” que en las técnicas y las metas de la intervención; por lo que en un cierto punto se dificultó encontrar un punto medio en la alianza terapéutica descuidando ciertos factores técnicos. Pero al final se lograron establecer los límites sin perder el vínculo emocional.

La razón nueve habla sobre ser excesivamente subjetivo (a); en este punto la clave reside en mantener un equilibrio aceptable y lógico entre los hechos objetivos y la propia visión del terapeuta sobre las cosas, teniendo en cuenta que lo importante no es tener la razón, sino lograr que la paciente se sienta mejor y evolucione de manera positiva. Con la paciente “L” a pesar de identificar las demandas secundarias la terapeuta buscó que la paciente presentara una evolución en el manejo de sus emociones, pensamientos irracionales y sobre todo se buscó que la paciente llegara a una etapa de abstinencia erradicando su consumo de tabaco.

La razón número diez nos habla sobre tener en cuenta el momento de la terapia, lo que hace referencia a tener la capacidad de poder identificar en qué momento de la terapia se encuentra la paciente; con el fin de poder profundizar en los sentimientos y emociones del paciente. En el caso de la paciente “L” fue importante controlar y gestionar de forma adecuada en qué etapa de cambio se encontraba con el fin de no profundizar antes de tiempo ni tampoco esperar demasiado para profundizar; estas mismas etapas de cambio ayudaron para mantener dicho control.

El error número once habla sobre no usar un lenguaje demasiado técnico. Mismo aspecto que se cuidó mucho esta parte al ir proporcionando un lenguaje introductorio a la paciente y se le explicaba cada que se utilizaba un término psicológico.

El error número doce nos dice que no se debe ser tan rígido, ya que la idea de la perfección y la planificación de forma elevada suelen no ser buenos aliados del terapeuta y puede llegar a debilitar la alianza terapéutica. Por esta razón, durante las sesiones se

tuvo flexibilidad e improvisación cuando la paciente llegaba con un estado de ánimo diferente o bien existía alguna limitante de tiempo.

El último error terapéutico trata sobre no aceptar las derrotas terapéuticas; este error hace referencia al aceptar que no siempre podrás ayudar a tus pacientes a ser felices o a sentirse mejor consigo mismo. Durante esta intervención se puede deducir que sí hubo errores terapéuticos, donde hubo cosas que se escaparon o que no se le dieron el correcto control al haber desviaciones en la transferencia; sin embargo, no se podría decir que fue una derrota del todo porque el objetivo de la terapia era lograr que la paciente dejara de consumir tabaco y este objetivo si se logró con “L”.

Esto significa que “L” presentó resistencia a su terapeuta de manera individual, al sentir esta necesidad de ser escuchada, se sabe que la resistencia puede asumir cambios abrumadores y algunas razones pueden deberse a la incertidumbre respecto a los cambios, el tener pensamientos negativos, dificultades para romper procesos y la contradicción propia, que deriva de albergar la esperanza de que ocurra un cambio mágico, que les evita pasar por el cambio (Ramos, 2020). Dando como resultado que al ser anunciado el término de las sesiones “L” comenzó a tener inasistencias; mostrando así dificultades para cerrar procesos que la estancaban en una zona de confort con su terapeuta al sentirse escuchada y comprendida; sin embargo, esto puede deberse a causa de una adherencia terapéutica. Cabe resaltar que al inicio de las sesiones este comportamiento fue todo lo contrario, presentándose de manera puntual a sus sesiones individuales.

“L” presentó una mayor adherencia con la terapeuta individual llegando a tener una sólida relación terapéutica; por tal razón, “La adherencia es entendida como el grado de seguimiento de las recomendaciones dadas por el médico que constituye un elemento clave en el control de las enfermedades crónicas y también de los principales factores de riesgo cardiovascular” (Buitrago, 2011). En este sentido se puede entender la adherencia terapéutica como la forma en la que el paciente se apega a las pautas estipuladas por parte del terapeuta e inclusive el compromiso que puede llegar a mostrar durante su proceso. En este caso, es la misma necesidad de ser escuchada es la que lleva a la paciente “L” a generar una adherencia terapéutica pero solo a la psicóloga, no hacia la institución y en ocasiones, incluso se duda sobre el tratamiento de dejar de fumar.

Durante su proceso de intervención no se presentó ninguna adherencia a la institución por parte de la paciente, sino es más por la transferencia de su hija hacia la institución que “L” llega a la clínica.

Se sabe que los problemas de adherencia terapéutica han sido en general pasados por alto por aquellos a quienes les incumbe la salud y, como resultado, han recibido escasa intervención directa y sistemática, aunque algunos de estos factores se relacionan con el paciente, también influyen notoriamente las características de la enfermedad y su tratamiento y los atributos del sistema de asistencia sanitaria y la prestación de servicios (OMS, 2004).

Es aquí donde el terapeuta funge como uno de los tres principales elementos de la psicoterapia y de la relación terapéutica, denominado como aquel individuo que ostenta de habilidades especiales conseguidas a través de la experiencia, ya sea en una o más áreas de la asistencia sanitaria, y cuya labor es ofrecer apoyo a los pacientes que lo demanden; en tanto, el mencionado apoyo que brinda podrá ser de diferentes índoles, normalmente, se encuentra especializado en un área determinada o función (Ucha, 2011).

El éxito en lograr una relación se basa en seis claves centrales que promueven la relación terapéutica (Beutler & Harwood, 2000, Citado en Gómez, 2009):

1- Una actitud terapéutica consistente en una disposición a ser respetuoso, amable y cuidadoso. Un terapeuta con estas características está en sintonía con los logros del paciente y no solo con sus problemas y debilidades. Durante las sesiones con “L” se buscó reforzar la empatía, el respeto, la responsabilidad y compromiso al proceso terapéutico. La actitud del terapeuta siempre se mostró con la mejor disposición de querer apoyar a la paciente, brindándole confianza y su escucha.

2- Conocimiento que promueva el poder de la alianza terapéutica, incluye la comprensión de cómo las personas forman impresiones, responden y se sienten motivados a iniciar y sostener cambios. La alianza terapéutica será una réplica transferencial de la confianza básica que el paciente puede tener en una figura de autoridad, esta misma resulta indispensable para el éxito del tratamiento (Cuevas, 2008). La diferencia de la alianza terapéutica está cuando se presenta de manera individual, grupal y con el terapeuta; ya

que en lo grupal se gestó una relación entre la paciente y el grupo, en la parte con el terapeuta esta relación se dio entre “L” y la terapeuta y de manera individual esta relación se dio con su propio compromiso y ella misma. Situación que se vio reflejada desde la primera sesión, en donde se le compartió a la paciente que se trabajaría en equipo y se le brindaría un acompañamiento durante su proceso médico – psicológico, con el fin de sostener los cambios que L fuese presentando durante las sesiones terapéuticas.

3- Las herramientas terapéuticas son los vehículos utilizados para traducir el conocimiento terapéutico en una estructura que mejore la visión del paciente acerca de la relación. Las herramientas incluyen el ambiente en que tiene lugar la terapia, pone en evidencia la actitud favorable y el conocimiento del terapeuta. Durante la intervención terapéutica se le proporcionó a la paciente un lugar específico de trabajo, donde hubiese distractores y el lugar a su vez se mantenía ventilado. Desde la institución se le asignó un terapeuta y un horario de atención por parte del área médica y psicológica; del lado grupal se le integró a un grupo de seguimiento con ex consumidores, dicho grupo estaba coordinado por un equipo de terapeutas.

4- Las técnicas terapéuticas incluyen una variedad de procedimientos verbales y no verbales diseñados para reducir los síntomas y problemas. Las técnicas se aplican de manera que demuestren capacidad para sostener la relación terapéutica. Cabe destacar que se utilizaron diversas técnicas con el fin de erradicar su consumo de tabaco; entre las que destacan las pruebas psicométricas, historia de consumo y autorregistros, integración a un grupo de seguimiento; mismos que fueron aplicados a la paciente “L”.

5- El timing se ve en el desarrollo de la relación a través de una adecuada correspondencia entre la preparación del paciente para cambiar y la intervención terapéutica. Se trabajaron sus pensamientos irracionales con el fin de mitigar aquellas conductas no favorables para la cesación de tabaco, mediante ejercicios de relajación, identificación del problema e identificación de pensamientos irracionales. Este tipo de ejercicios permitieron que “L” pasara de una etapa de acción a contemplación; preparándola para llegar a la etapa de abstinencia.

6- La imaginación creativa se refleja en todas las etapas en que el terapeuta organiza las variadas intervenciones para adaptarlas a las características únicas y específicas del

paciente. Contribuye a la comprensión y sensibilidad de ponerse en el lugar del otro. La relación terapéutica también varía en función de la etapa del tratamiento. Dicha relación con “L” fue reforzada permitiéndole en ocasiones a la paciente que compartiera como estuvo su día, semana o trayecto sin necesidad de entrar de lleno a la intervención; con el fin de que ella se relajara y reflejara el estado de ánimo que tenía. Y en función de eso iniciar la intervención de cada sesión, provocando que no todas las sesiones fueran iguales, e inclusive, la terapeuta llegó adaptarse a los tiempos de la paciente en las ocasiones que presentaba retardos.

Con base en la presentación del caso clínico se logró identificar el papel del terapeuta ante una intervención de cesación tabáquica; donde se sabe que el desarrollo de una relación terapéutica que brinda apoyo y alienta al paciente a tomar riesgos debe promoverse desde el principio y durante todo el proceso.

Al principio de la intervención la paciente llega por demanda de un tercero con el fin de erradicar su consumo, de manera personal “L” llegó buscando un acompañamiento emocional, una escucha de parte de alguien ajeno a su familia, alguien en que pudiera confiar y contarles su situación actual por lo tanto, hubo más acompañamiento emocional; debido a que desde la perspectiva clásica hay una transferencia positiva débil donde se movilizan sentimientos amistosos y afectuosos de la paciente hacia el terapeuta y una transferencia que en la práctica se muestra como negativa, ya que es sinónimo de resistencia (Ruiz , 2013).

Se sabe que la interacción entre lo individual y lo social de la vejez y el envejecimiento crean un escenario emocional que determina las acciones en los adultos mayores (Arroyo y Soto, 2013). Lo cual nos hace referencia que es recurrente que las personas de la tercera edad estén más propensas a recibir un acompañamiento emocional, en el que pueden involucrar acciones hacia su persona o bien hacia terceras personas. Tomando en cuenta las características de “L” ella comenzó a visualizar dicho acompañamiento emocional por parte de su terapeuta al sentirse escuchada, involucrando así emociones y sentimientos de empatía.

En el caso de la paciente “L” su cierre se fue realizando de forma gradual, al comentarle que el programa de la clínica constaba de un cierto número de sesiones;

dejando ver su síntoma, mismo que en la literatura se interpreta como el manifiesto del origen real de la enfermedad, es decir lo que se puede observar a simple vista (Alberto, 2019). Este síntoma en "L" ocasionó que comenzara a presentar inasistencias y retardos e inclusive, pasó de encontrarse en abstinencia a un consumo mínimo; teniendo así razones para argumentar el motivo de continuar en un proceso terapéutico.

Referente al programa, en la última sesión presentaba ya un consumo 0/2 cigarrillos, indicando "L" que días previos a la última sesión estuvo trabajando con su asertividad y sobre aquellas acciones que la estaban llevando a disminuir su consumo de tabaco, mostrando un cambio en su imagen, brindando una percepción de una persona más jovial al momento de ya no lucir una piel acartonada a causa de su consumo.

La terminación o cierre es un momento crucial en un proceso psicoterapéutico, dado que se rige por un período cargado de connotaciones clínicas y emocionales que no sólo afectan al paciente sino también al terapeuta; igualmente, de la terminación dependerá en gran medida la forma como sea recordado dicho proceso (Craigie, 2006). Por esta razón de que un cierre resulta ser complejo, fue que se consideró en el cierre realizar una última sesión con el objetivo de reforzar su abstinencia, sin embargo como ya se ha mencionado anteriormente en personas que presentan un consumo, una afección médica o bien en personas de la tercera edad resulta aún más complicado por la adherencia y el apego presentado; siendo en este proceso en que se evidenciaron los avances que tuvo la paciente "L" durante su intervención terapéutica, como fue el hecho de disminuir su consumo hasta llegar a erradicarlo, mejorar su condición física, se modificaron sus pensamientos irracionales, aprendió nuevos hábitos de cómo administrar mejor su dinero y se reforzaron sus relaciones interpersonales; sin embargo, no deja de resultar difícil esta etapa y es aquí donde el terapeuta debe mostrar sus capacidades técnicas y emocionales en el tratamiento con el fin de que la paciente continúe mejorando de manera significativa, evitando así una recaída en su consumo de tabaco.

Durante el presente trabajo también se probó la eficacia del Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel, con una terapia breve cognitivo-conductual, dando como resultado inconsistencias en el programa debido a que no siempre se respetó el número de sesiones establecidas, así mismo no se respetó en un inicio que la paciente debía seguir acudiendo a sus sesiones grupales y aun así se le

seguía brindando la atención psicológica de manera individual al no marcarse los límites por parte de los terapeutas grupales y la flexibilidad de la institución, en donde se resalta la relación terapéutica donde el terapeuta gestó empatía al visualizarla como de fácil trato llegando a tener ciertas consideraciones con la paciente en cuanto a sus retardos e inasistencias; mejor punto y coma inclusive se desvió de la demanda inicial al detectar que era una situación personal lo que la llevaba a consumir tabaco; provocando una transferencia con la paciente “L” esta misma permisividad se dio también por parte de la institución al dejar que la paciente llegara más tarde, retrasando así el número de sesiones y dejar de acudir a sus sesiones grupales, cabe añadir que faltó recibir más capacitación por parte de la clínica hacia la terapeuta con el objetivo de que ella pudiera establecer límites entre la relación paciente – terapeuta.

Conclusiones

Este trabajo tuvo como finalidad investigar cómo el papel del psicólogo influye en el tratamiento de una paciente consumidora de tabaco, para cumplir con el objetivo se investigó qué papel juega el terapeuta en el tratamiento de cesación tabáquica.

Posteriormente se describió el tratamiento de una paciente consumidora de tabaco, la cual se le llamó: “L”, a través de la presentación de un caso clínico y mencionando las áreas de oportunidad del terapeuta. En este sentido se aprecia que a pesar de que el tratamiento de “L” se abordó desde un enfoque cognitivo conductual, mismo enfoque que utilizaba como modelo el programa de la clínica no hubo una capacitación respecto al modelo y al programa por parte de la clínica, aunque se ofreció una supervisión grupal para la paciente. Misma que fue insuficiente al no contar con la capacitación previa para el terapeuta. Durante la investigación, se tuvieron como obstáculos la transferencia que se gestó entre la terapeuta – paciente, la permisividad por parte de la institución, las relaciones interpersonales de la paciente y el poco tiempo que llevaba la terapeuta cuando se le fue asignada la paciente

Se realizó la historia de consumo de tabaco como parte del programa de la clínica, con el propósito de conocer cómo fue que la paciente comenzó a fumar y qué fue lo que

propició dicho consumo; cabe mencionar que esta historia de consumo se realizó desde el enfoque del programa antes mencionado, adicionalmente se le enseñaron técnicas relajación con el fin de regular su respiración, se le brindo psico-educación sobre estilos de vida saludable, aprendizaje social, sobre los componentes químicos del tabaco, los daños a la salud y sobre las etapas de cambio.

Durante las sesiones grupales se observaron problemas respecto al seguimiento, ya que la paciente no presentó apego y adherencia a las sesiones grupales, de manera constante presentaba inasistencias y había una permisividad por parte de la institución y de los terapeutas al permitirle llegar tarde a las sesiones e inclusive dejándola presentarse sólo a sus sesiones individuales, influyendo el tema de una mala transferencia grupal.

Como se expuso en los resultados, durante las sesiones individuales L identificó que el motivo de consulta era por demanda de un tercero (su hija) y que su consumo sólo era el síntoma, y no el problema que la llevaba acudir a terapia.

Conforme avanzaron las sesiones individuales y se retiró de las grupales se identificó una segunda demanda, que era la relación que mantenía con su esposo y una de sus hijas, principalmente lo que la hacía consumir tabaco cada vez que tenía una discusión con alguno de ellos; dejando a un lado la demanda inicial y centrándose en los problemas de las relaciones interpersonales que presentaba. Lo cual deja ver que durante una intervención no siempre la persona continua en el tratamiento por su motivo de consulta, únicamente pueden llegar a fungir como el síntoma o inclusive puede ser la demanda del tercero, pero no lo del paciente.

También se trabajó su adicción por las compras llegando a estabilizar aquellos gastos innecesarios entre ellos los cigarrillos, e inclusive, logró administrar mejor su dinero como fue el hecho de sólo portar una tarjeta de crédito, acordando que sólo sería en casos de emergencia. Es importante mencionar que, al cambiar sus pensamientos irracionales, la paciente por iniciativa propia comenzó a dejar sus tarjetas en casa y sólo portar el efectivo que realmente utilizaría. Así mismo, se obtuvieron los siguientes logros:

1. La paciente dejó de consumir tabaco

Al término de las sesiones la paciente erradicó su consumo, debido a la escucha activa, ejercicios de asertividad, relajación progresiva y temas asociados a la toma de decisiones, erradicación de pensamientos irracionales; llegando a una etapa de abstinencia.

2. Mejorar sus relaciones interpersonales

Se logró que la paciente aceptara a ciertos miembros de su familia como era el caso de su hija, por la cual presentaba un rechazo. Asumiendo las consecuencias del trato que le dio durante todos estos años. Hoy en día la integra y la invita directamente a los eventos familiares, e inclusive, le pide que la acompañe a eventos sociales. Dando como resultado una mejor comunicación y generando un sentido de reciprocidad entre las personas con las que se relacionaba constantemente.

Debido a las características de la investigación de un solo caso no se pueden generalizar los resultados, aunque se haya comprobado la hipótesis; lo cual implica que se debería llevar una investigación con una población mayor y con medidas de control más estrictas. Así mismo es conveniente que para futuras investigaciones tomar en cuenta los siguientes aspectos que podrían mejorar dicha intervención en el módulo implementado:

1. Marcar límites entre la institución y la atención brindada a los pacientes.
2. Cuidar la capacitación que se les brinda a los terapeutas con el fin de mejorar y reforzar el objetivo principal del programa de cesación tabáquica.
3. Brindar un buen encuadre terapéutico
4. Delimitar una buena transferencia y contratransferencia
5. Identificar de forma correcta cuál es el motivo real de consulta y cuál es el síntoma
6. Generar compromiso durante el tratamiento con la finalidad de generar una correcta adherencia terapéutica.
7. Apegarse al objetivo central de la terapia
8. Es importante identificar cuando no cuentas con las herramientas suficientes para abordar la problemática y solicitar la asesoría necesaria.

Al tomar en cuenta dichos aspectos podría ayudar para delimitar de mejor forma cuál es el papel principal del terapeuta ante una intervención de cesación tabáquica y evitar diversos errores terapéuticos que pudieran llegar a surgir.

Como parte de mi experiencia logré reforzar las competencias que debo tener como terapeuta e identificar los errores que no debo cometer a la hora de brindar una atención psicológica; cuando identifiqué la demanda secundaria, decidí atenderla con el objetivo de erradicar su consumo ya que era uno de los principales motivos que la estaban llevando a consumir, podría referir que la permisividad que tuve con la paciente al permitirle que llegará más tarde o que cancelara sesiones afectó en el avance del programa; sin embargo, esos errores tienen una justificación ya que permitió centrarme y apegarme al objetivo principal de la terapia y de la relación misma. A su vez aprendí que no puedes tratar a todos los pacientes por igual, debido a su personalidad, pero lo que sí se puede hacer es apegarse al modelo o programa establecido, lo cuál va a permitir que en todo momento te centres en la objetividad sin perder el toque que cada terapeuta puede tener al momento de realizar una intervención terapéutica.

Para concluir, vale la pena resaltar que en la psicología es importante tomar en cuenta el papel del terapeuta ante una intervención de cesación tabáquica o bien ante un tratamiento de sustancias adictivas, influyendo así en el progreso de la terapia o bien afectando el progreso mismo, en la transferencia y contratransferencia que se gesta, en la motivación del paciente y en adherencia a su tratamiento; llegando a una etapa de abstinencia con la finalidad de reducir el riesgo de recaídas. De manera general, me pude percatar que, adicional al papel del terapeuta, también juegan un papel importante la institución, el estilo de vida del paciente y la disposición que tenga el mismo para poder trabajar en equipo y obtener un resultado positivo de su progreso.

Referencias Bibliográficas

Aberturas, P. (2016). *Terapia conductista: observando comportamientos*. Grupo conductor oliveros. Madrid, España. Recuperado de <https://www.grupodoctoroliveros.com/terapia-conductista-observando-comportamientos>

Agusta, G. (2012). *El problema de tratar a los pacientes como consumidores*. Harvard Business Review. Recuperado el 28 de julio de 2020 de <https://hbr.org/2012/01/the-trouble-with-treating-pati>

Allende, S. (2007). *Nicotina y adicción: un enfoque molecular del tabaquismo*. Revista habanera de ciencias médicas. 6(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000100006

American psychological association. (2012). *Entendiendo la psicoterapia*. Psychotherapy. Washington. <https://www.apa.org/centrodeapoyo/entendiendo-la-psicoterapia.aspx>

Atlas mundial de la salud. (2021). *Estilo de vida y factores de riesgo, prevalencia de tabaquismo*. Atlas de la salud. <http://www.atlasdelasalud.org/indicador.aspx?idindicador=37&idbloque=4>

Arranz, L. (2016). *Aspectos generales de la terapia*. Psicoterapeutas.com. Recuperado de <http://www.psicoterapeutas.com/paginaspersonales/lucia/terapia.htm>

Bello, S. (2011). *Tratamiento del tabaquismo*. Revista chilena de cardiología. 30(3), 230-239. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602011000300007

Buitrago, F. (2011). *Adherencia terapéutica*. ¡Qué difícil es cumplir! Elsevier. 43(7). <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-terapeutica-que-dificil-es-S0212656711002496>

Brik, E. & Cuellar, B. (2018). *Tratamiento del alcoholismo desde el enfoque sistémico*. Madrid. itadsistémica.com Recuperado de <https://itadsistemica.com/tratamiento/tratamiento-alcoholismo-enfoque-sistemico/>

Calleja, N. (2012). *Medidas para el control del tabaco en México y en el mundo. Enseñanza en investigación en psicología*. Xalapa México. 17(1), 83-99. <http://www.redalyc.org/pdf/292/29223246006.pdf>

Cañas, J. (2013). *Psicoterapia y rehumanización de las adicciones, un modelo para la bioética personalista*. Cuadernos de bioética, (XXIV). Madrid, España. <http://aebioetica.org/revistas/2013/24/80/101.pdf>

Castillero, O. (2016). *Los 9 síntomas psicológicos y características. Señales, signos o evidencias de que algo no funciona bien en nuestra mente*. Psicología y mente. Recuperado el 18 de junio de 2020 <https://psicologiaymente.com/clinica/tipos-de-sintomas-psicologicos>

Castillo, G. Perez , L. & Rabago, M. (2018). *Adicciones desde un enfoque de terapia sistémica familiar: aportaciones del modelo de Stanton y Todd*. México. Revista electrónica de psicología Iztacala. 621(3).

<https://www.researchgate.net/publication/327944736> ADICCIONES DESDE UN ENFOQUE DE TERAPIA SISTEMICA FAMILIAR APORTACIONES DEL MODELO DE STANTON Y TODD

Centro de psicoterapia y asesoramiento psicológico. (2003). *¿qué es la psicoterapia?*. San Fernando. Centro de terapia y asesoramiento psicológico. Recuperado de <https://www.cop.es/colegiados/ca00088/pag7.htm>

Cienfuegos, J. (2012). *Modelando realidades en salud*. El quinto poder. Recuperado de <https://www.elquintopoder.cl/salud/modelando-realidades-en-salud-y-otros-lados/>

Cerrone, L. (2016). *El síntoma desde el psicoanálisis*. (Para obtener el título de licenciada en psicología). Universidad de la república. https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_lucia_cerrone_1.pdf

Contreras, R. (2013). *Receptores nicotínicos: estructura y tipos de subunidades*. (Blog) la guía, biología. Recuperado de <https://biologia.laguia2000.com/botanica/la-planta-del-t>

Cuevas, A. (2008). *Psicoterapia individual, familiar y de grupo. Un estudio acerca de las características generales de las psicoterapias*. México. Instituto Politécnico nacional. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/LIBROpsicoterap%C3%ACaindividual.pdf

CCM salud. (2017) *tabaco - estadísticas de los fumadores*. CCM salud. Recuperado el 6 de abril de 2020. <https://salud.ccm.net/contents/478-tabaco-estadisticas-de-los-fumadores>

Cruz, A. (2012). *Fumadores dejan ganancias equivalentes a lo que obtienen juntas Coca-Cola, Microsoft y Mcdonald's*. Singapur. Periódico la jornada. (p.47). <http://www.jornada.com.mx/2012/03/22/sociedad/047n2soc>

Díaz, F. (2016). *Aportaciones de la psicoterapia Gestalt al tratamiento de adicción a las drogas*. Gestaltnet. Recuperado de <https://gestaltnet.net/gestaltoteca/documentos/articulos/aportaciones-psicoterapia-gestalt-tratamiento-adiccion-drogas>

Dolmoun, D. (2012). *Abordaje conductual en tabaquismo*. Slideshare. Región metropolitana, Chile. Recuperado el 28 de abril de 2020, de <https://es.slideshare.net/danioldolmoun/abordaje-conductual-en-tabaquismo>

Espinoza, S. (2017). *La terapia familiar sistémica y adicciones*. medium.com. México. Recuperado de <https://medium.com/teor%C3%ADas-y-sistemas-psicoterap%C3%A9uticos-2018-1/la-terapia-familiar-sist%C3%A9mica-y-adicciones-52119ada720a>

Esteban, M. (2017). *¿Cuál es la diferencia entre psicólogo, psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista?*. Psicólogo en Tenerife. <https://www.lauraesteban.es/diferencia-psicoanalista-psicologo-psiquiatra-psicoterapeuta/>

Francisco, S. (2018) *¿Qué es la terapia humanista? características y objetivos. Irradia terapia México*. Ciudad de México. Recuperado de <http://psicologos.mx/que-es-la-terapia-humanista.php>

Fresco, J. (2017). *Los 13 errores más comunes de un psicólogo durante la terapia*. Psyqui. Recuperado el 24 de enero de 2021, de <https://www.psyky.es/practica-clinica/habilidades-terapeuticas/errores-psicologo/>

García, J. (2015). *Factores de índice en la adherencia al tratamiento contra el tabaquismo en una muestra única en pacientes del CIJ. (Para obtener el diploma y cédula de especialidad para el tratamiento de las adicciones)*. Centros de integración juvenil. A.C. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Garc%C3%ADa%20Rodr%C3%ADquez_Javier.pdf

García, O. (2008). *Tratamiento conductual de la adicción a la cocaína*. Elsevier. 242-251. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-tratamiento-conductual-adiccion-cocaina-13131180>

Gallego, B. (2018). *Intervención en AP sobre tabaco I consejo breve*. Docplayer. <https://docplayer.es/34158312-Intervencion-en-ap-sobre-tabaco-i-consejo-breve.html>

Gantiva, C. & Hewitt, N. (2009). *La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva*. Editorial Rosario. Colombia. Avances en psicología Latinoamericana. 27(1), 165-176. <http://www.redalyc.org/pdf/799/79911627012.pdf>

Garrido, M. (2011). *Programa de intervención psicológica en tabaquismo. (Para obtener el título de máster de intervención psicológica en ámbitos clínicos y sociales)*. Universidad de Almería. Almería, España. <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/1106/TFM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gazol, R. & Tormo, C. (2015). *¿Paciente o cliente?. Momento desarrollo psicológico*. Recuperado de <http://www.momentodesarrollo.com/blog/paciente-o-cliente>.

Gianna, A. (2012). *El problema de tratar a los pacientes como consumidores*. Harvard Business Review. Recuperado de <https://hbr.org/2012/01/the-trouble-with-treating-pati>

Hamui, A., Ixtla, M., Lemus, S., & Paulo, A. (2017). *Una mirada crítica sobre la noción: paciente/ usuario/ cliente desde la antropología en salud*. Revista CONAMED, 22(2). <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con172h.pdf>

Hodgson, G. (2011). *¿Qué son las instituciones?*. University Hertfordshire, V.K. Colombia. 8, 17-53. <http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n8/n8a02.pdf>

Ibáñez, E., Onofre, G. & Vargas, J. (2012). *Terapia racional emotiva: una revisión actualizada de la investigación*. Tlalnepantla, Estado de México. Revista electrónica de psicología Iztacala, 15, (4). <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num4/Vol15No4Art15.pdf>

INEGI. (2005). *Clasificación de instituciones de salud histórica*. México. INEGI. Recuperado el 1 de septiembre de 2019, de <https://www.inegi.org.mx/programas/salud/>

Jiménez, C.A. (2008). *27 Nuevas formas de uso de la terapia sustitutiva con nicotina, análisis de su eficacia y seguridad en el tratamiento del tabaquismo*. *Prevención del tabaquismo*, 10(3), 1-39. http://campusvirtual.farmacoterapia-sanidadmadrid.org/CURSOS/logic/Consejeria_sanidad/rcv/tabaco/pdf/27%20NUEVAS%20FORMAS%20DE%20USO%20TSN%20NEUMOMADRID.pdf

María, A. (2021). *Transferencia en psicoanálisis: que es, como surge y tipos*. pepsicologia.com. recuperado el 17 de septiembre de 2021 <https://depsicologia.com/transferencia-en-psicoanalisis-que-es-como-surge-y-tipos/>

Martínez, F. (2018). *12 motivos para acudir a terapia psicológica*. Psicólogo en Barcelona. Recuperado de <https://psicorelacional.com/motivos-acudir-a-terapia-psicologica/>

Monte fénix. (2017). *Porque buscar ayuda es la mejor muestra de amor*. Clínica de tratamiento para alcoholismo y drogadicción. Ciudad de México. <https://www.montefenix.org.mx>

Moreno, C. (2010). *¿Cómo citar con las normas APA?*. Cite This For Me. Barranquilla, Colombia. Recuperado de <http://normasapa.com/normas-apa-2016-cuestiones-mas-frecuentes/>

NTX. (2012). *Asocian al tabaquismo con 29 tipos de cáncer*. Informador.mx. Guadalajara, México. Recuperado el 8 de mayo de 2020, de <https://www.informador.mx/Tecnologia/Asocian-al-tabaquismo-con-29-tipos-de-cancer-20120421-0042.html>

Oceánica. (2020). *Definición de centro de tratamiento de adicciones*. Centro de tratamiento de adicciones. Sinaloa, México. <https://oceanica.com.mx>

Organización Mundial de la salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción*. Recuperado el 15 de diciembre de 2020, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Tabaco*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Prieto S. (2013). *Prevención de recaídas en adicciones*. 26 de agosto del 2018, de *psicología sistémica y empoderamiento*. Sitio web: <http://empoderamientopsicologico.blogspot.com/2013/05/prevencion-de-recaidas-en-adicciones.html>. (SITUACIONES DE ALTO RIESGO).

Psicología eficaz nl. (2017). *Los 4 componentes básicos a tener en cuenta en la psicoterapia*. *Psicología y eficaz*. Recuperado de <https://psicologiaeficaznl.wordpress.com/2017/01/24/los-4-componentes-basicos-a-tener-en-cuenta-en-la-psicoterapia>

Psicología conductual. (2011). *Adicción a las drogas: ¿Porque se inicia y se mantiene el consumo?*. *Blog de psicología e intervención psicológica*. Recuperado de <http://psicologiadeconducta.blogspot.com/2011/08/adiccion-las-drogas-por-que-se-inicia-y.html>

Psicoemocionat. (2021). *La importancia de la relación terapéutica*. psicoemocionat.com. recuperado el 24 de enero de 2021, de <https://www.psicoemocionat.com/la-relacion-terapeutica/>

Psicoadapta, C. (2015). *El papel del psicólogo*. Blog de psicoadapta. Madrid. Recuperado de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TPVZqTLMQFIJ:https://www.psicoadapta.es/blog/el-papel-del-psicologo/+&cd=16&hl=es&ct=clnk&gl=mx>

Ramos, R. (2020). *La resistencia en psicología: cuando el paciente no quiere cambiar*. Psicocode. Recuperado el 27 de diciembre de 2020. <https://psicocode.com/psicologia/la-resistencia-en-psicologia/>

Reidl, L. (2012). *Desarrollo de nuevos modelos para la prevención y el tratamiento de conductas adictivas* seminario académico. Universidad nacional autónoma de México.

Regader, B. (2015). *Psicología clínica: definición y funciones del psicólogo clínico*. *Psicología y mente*. Recuperado el 15 de junio de 2020. <https://psicologiaymente.com/psicologia/clinica>

Ruiz, S. (2016). *¿Por qué se fuma?*. Blog bienestar psicoanálisis. Recuperado de <https://www.bienestarpsicoanalisis.com/fumar/>

Ruiz, J. (2013). *Transferencia y contratransferencia. Del psicoanálisis a la psicoterapia analítica funcional*. Colombia. *Revista de ciencias sociales, humanas y artes*. 1, (52-58). <https://www.google.com/search?q=Dialnet-TransferenciaYContratransferenciaDelPsicoanalisisA-4766802.pdf&oq=Dialnet->

[TransferenciaYContratransferenciaDelPsicoanalisisA-4766802.pdf&aqs=chrome.0.69i59.1797j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8](#)

Secretaria de salud. (2008) *secretaria de salud* recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campanas/2001-05-28/costo_tabaquismo.htm

Significados. (2016). *Significado de paciente*. significados.com. Recuperado el 4 de febrero de 2019 <https://www.significados.com/paciente>

Scott,O. (2017). *Cómo la cocaína influyo en la obra de Sigmund Freud*. Vice. Recuperado de <https://www.vice.com/es/article/zmvbxa/cocaina-sigmund-freud-adiccion-psicoanalisis>

Spuhr, A. (2015). *El cigarrillo y su influencia negativa en los trastornos de ansiedad*. Revista Nueva mujer. <https://www.nuevamujer.com/salud/2015/03/03/el-cigarrillo-y-su-influencia-negativa-en-los-trastornos-de-ansiedad.html>

Tendlarz, S. (2018). *El síntoma como metáfora*. *Artículos experiencia analítica*. pp 77-84. <http://www.silviaelenatendlarz.com/index.php?file=Articulos/Experiencia-analitica/El-sintoma-como-metafora.html>

Torres, A. (2016). *Terapia cognitivo - conductual: ¿ qué es y en qué principios se basa?*. Psicología y mente. Recuperado el 16 de junio de 2020 <https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-cognitivo-conductual>

Ucha, F. (2011) "*definición de terapeuta*". Definición ABC. Recuperado el día 2 de abril de 2020 <https://www.definicionabc.com/salud/terapeuta.php>

Universidad internacional de valencia. (2018). *un psicoanalista ¿ qué es y qué hace?*. Universidad internacional de valencia. España. Recuperado de <https://www.universidadviu.com/psicoanalista-que-es/>

Universidad internacional de valencia. (2016). *Funciones de una terapeuta familiar*. Universidad internacional de valencia. España. Recuperado de <https://www.universidadviu.com/funciones-de-una-terapeuta-familiar/>

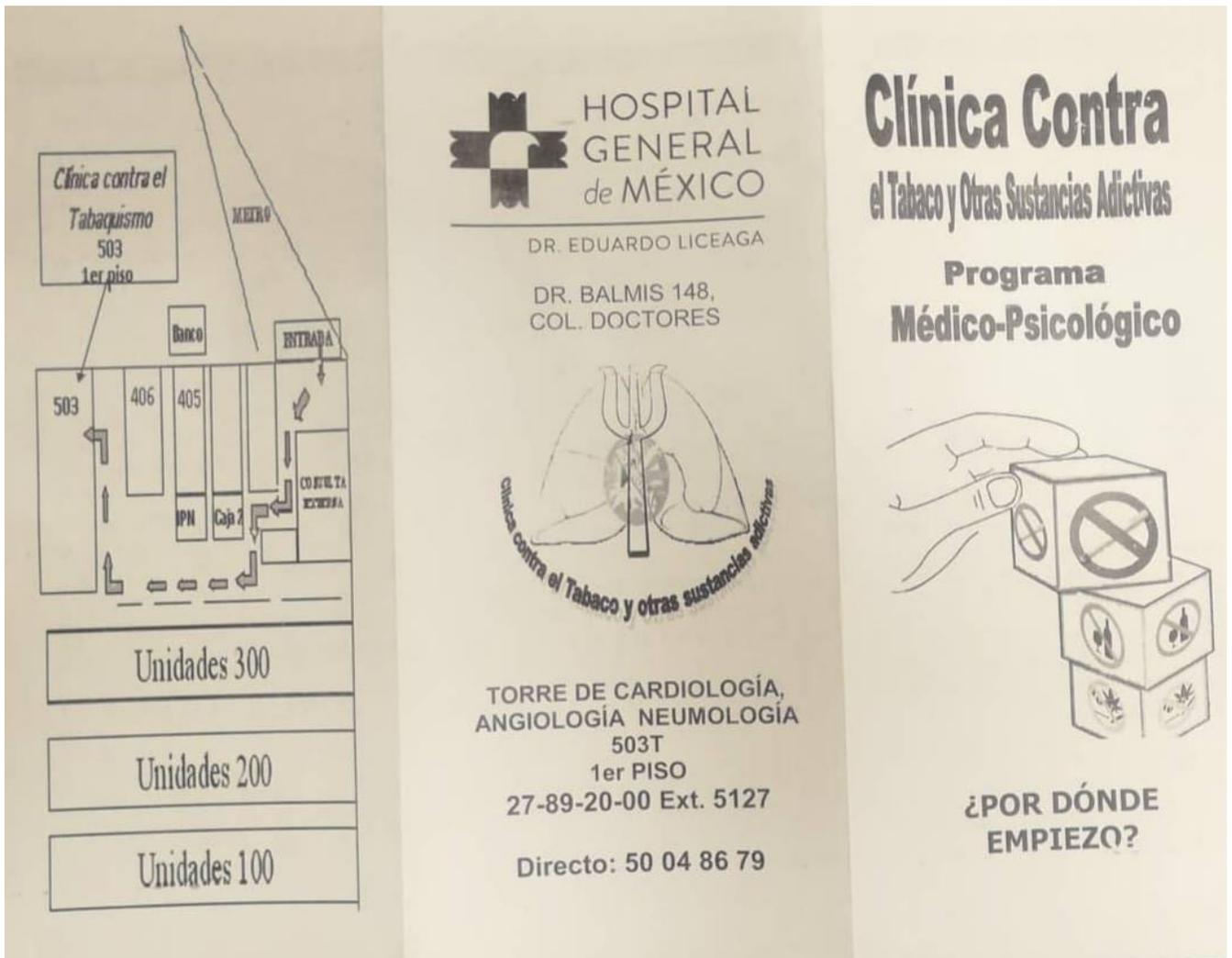
Valverde, A. (2012). *Gastos en la salud y consumo; fumar cuesta caro*. Periódico Excelsior. Ciudad de México. <https://www.excelsior.com.mx/2012/05/31/dinero/838020>

Whatty, A. (2021). *Las formaciones del inconsciente en Freud de 1845 a 1905*. *Sociedad Freud de la ciudad de México*. Ciudad de México <http://sfreudiana.mx/sfreudiana/las-formaciones-del-inconsciente-en-freud-de-1895-a-1905/>

Anexos

Anexo 1

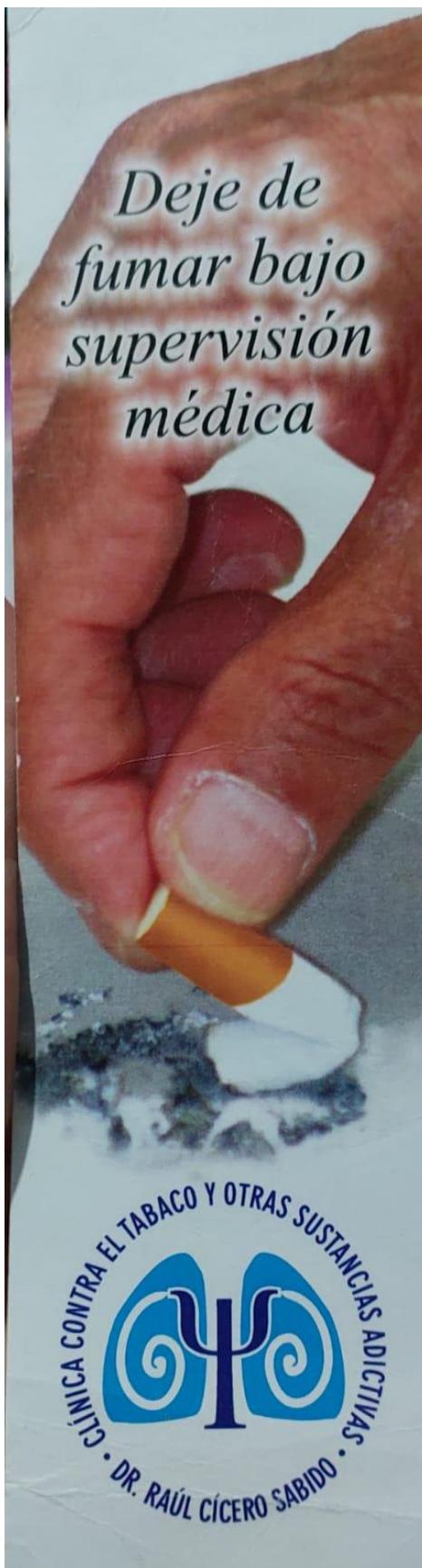
Instrumento 1: Tríptico de la Clínica Contra el Tabaco y Otras Sustancias Adictivas



TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	TRATAMIENTO MÉDICO	TRAMITES
<p>Objetivo</p> <p>Abandono del consumo de tabaco y otras sustancias adictivas.</p> <p>Consta de:</p> <p>Entrevista y evaluación de los niveles de dependencia del consumo de tabaco y otras sustancias adictivas.</p> <p>CONSULTA PSICOLÓGICO (Psicólogo Especialista en Adicciones)</p> <p>Grupal: 6 a 10 sesiones 1 vez por semana con 2 horas de duración (9:00 a 11:00 hrs).</p> <p>Individual: 6 a 10 sesiones, 1 vez por semana, una de duración, entre las 8:00 y las 15:00 hrs</p> <p>Seguimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimientos semanales • 1 seguimiento anual (cierre de año) 	<p>Consta de:</p> <p>Realización de estudios clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Electrocardiograma • Muestra de sangre • Muestra de flemas • 2 Placas de tórax • Prueba de capacidad pulmonar <p>CITA MÉDICA (Médico Neumólogo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico Médico • Tratamiento correspondiente. • Referencia a otras especialidades (en el caso que se requiera) • Según las indicaciones médicas • Seguimiento a los 6 meses • Seguimiento al 1 año 	<p>Presentarse directamente en la Torre de Cardiología 503, 1er Piso de lunes a viernes, en un horario de las 9:00 a las 14:00 hrs., ó llamar al 27 89 20 00 ext. 5127 o al número directo 50 04 86 79 para agendar cita.</p> <p>Después de tu cita de 1ra vez (la cual se paga) acude a trabajo social para solicitar tu orden de pago del tratamiento. Este se realiza en cualquier módulo de pago del hospital (pago único)</p> <p>Con tu recibo de pago acude al mostrador de la consulta externa de neumología U-503 1er piso.</p> <p>Si no cuentas con carnet, aquí te ayudamos a tramitarlo.</p>
		<p><u>¡INICIA TU TRATAMIENTO!</u></p> 

Anexo 2

Instrumento 2: Folleto de la Clínica Contra el Tabaco y Otras Sustancias Adictivas



PAQUETE MÉDICO- PSICOLÓGICO

Tratamiento Médico

- 1) Realización de estudios clínicos:
 - Electrocardiograma
 - Análisis de sangre
 - Cultivo de flemas
 - 2 Placas de torax
 - Prueba de capacidad pulmonar
- 2) Cita con un Neumólogo
- 3) Diagnóstico clínico y asignación del tratamiento correspondiente.

Tratamiento Psicológico

- 1) Entrevista y evaluación de los niveles de dependencia a la nicotina u otras sustancias adictivas.
- 2) Terapia Cognitivo Conductual, de 8 a 12 sesiones, una hora una vez por semana.
- 3) 5 Seguimientos: quincenal, mensual, bimestral, cuatrimestral y semestral.

CLÍNICA CONTRA EL TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS ADICTIVAS "DR. RAÚL CÍCERO SABIDO"

DR. BALMIS 148 COL. DOCTORES
TORRE 503: **CARDIOLOGÍA**
ANGIOLOGÍA NEUMOLOGÍA
PRIMER PISO

HORARIO: 08:00 A 16:00 HRS.

LUNES A VIERNES

TEL. 2789-2000 EXT. 5127

Facebook: Clínica Tabaquismo Hgm

Mail: ccthgmod@yahoo.com.mx



HOSPITAL
GENERAL
de MÉXICO

DR. EDUARDO LICEAGA