

720871



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN LA CESACIÓN TABÁQUICA
DENTRO DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR.
EDUARDO LICEAGA**

**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
LÓPEZ GARCÍA ZYANYA**

**DIRECTORA DEL INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO
SOCIAL:
LIC. DÍAZ SAN JUAN LIDIA**



Ciudad Universitaria, D.F.

Marzo, 2013





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNAM-138
2013

M^r

TPs.



Agradezco a la máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México, porque desde el momento que formé parte de ella, me ha brindado un sin fin de experiencias y aprendizajes a nivel profesional y personal.

A la facultad de psicología por darme las bases, las herramientas y habilidades para desenvolverme dentro de la profesión. Así como también, por haberme brindado, sin duda alguna, una de las mejores etapas de mi vida.

Al Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga por haberme brindado la oportunidad de realizar mi servicio social.

A la Lic. Lidia Díaz San Juan, por haberme brindado su apoyo y mostrar interés en la realización de éste trabajo.

A las Lic. Barragán, Mendoza, Guerrero y Gutiérrez por facilitarme éste proceso y por sus respectivas aportaciones.

A mi familia, que es la base fundamental de todo y el mejor apoyo que podemos tener en la vida. A mis padres y a mi hermana por impulsarme a seguir adelante, por brindarme todas las herramientas y posibilidades a lo largo de todos estos años, por apoyarme siempre, por brindarme cariño y confianza de manera incondicional.

A esas personas que de manera incondicional, me han brindado su apoyo, y sobre todo su valiosa amistad a lo largo de estos años, con las que he ido creciendo y formando un lazo especial, con las que he compartido muchísimas experiencias, que hoy en día puedo recordar con mucho cariño.

A todas aquellas personas que a pesar del poco tiempo de conocerlas, han trabajado conmigo, han mostrado su interés personal, me han demostrado las ganas que tienen de salir adelante y de desarrollarse como profesionales, así como también han formado parte de una etapa, sin la cual, este trabajo no sería posible.

Finalmente, éste trabajo lo dedico a aquellas personas que a pesar de todo, siempre han creído en mí, que me han acompañado, apoyado y motivado a lo largo del camino sin pedir nada a cambio. Espero que siempre tengan en mente lo siguiente:

“La paciencia es un árbol de raíces amargas, pero de frutos muy dulces”

Proverbio persa

Zyanya

ÍNDICE

PORTADA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO 1. HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO Y CLÍNICA CONTRA TABAQUISMO	7
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"	7
1.2 FUNDACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO	9
1.3 MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO	11
1.4 SERVICIO DE NEUMOLOGÍA UNIDAD 406.....	13
1.4.1 <i>Servicios que Ofrece la Unidad de Neumología</i>	15
1.5 CLÍNICA CONTRA TABAQUISMO DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA	15
1.5.1 <i>Objetivos de la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México</i>	18
1.6 OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL REALIZADO	18
CAPÍTULO 2. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS DE INTERVENCIÓN REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.....	20
2.1 POBLACIÓN.....	20
2.2 MATERIALES.....	20
2.3 TÉCNICAS METODOLÓGICAS Y DE INTERVENCIÓN	20
2.4 INSTRUMENTOS PSICOMÉTRICOS.....	40
CAPÍTULO 3. TABAQUISMO	45
3.1 ¿QUÉ ES EL TABAQUISMO?.....	45
3.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO	45
3.3 EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO EN MÉXICO.....	48
3.3.1 <i>Pictogramas y advertencias sanitarias</i>	56
3.3.2 <i>Mortalidad relacionada al tabaquismo en México</i>	56
3.4 COMPONENTES DEL TABACO.....	57
3.5 DAÑOS A LA SALUD OCASIONADOS POR EL TABAQUISMO.....	59
3.6 INICIO Y MANTENIMIENTO DE LA ADICCIÓN AL TABACO	64
3.7 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA ADICCIÓN AL TABACO	70
3.8 TRATAMIENTO ACTUAL DEL TABAQUISMO.....	73
CAPÍTULO 4. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	81
4.1 DESARROLLO HISTÓRICO DE LA TERAPIA CONDUCTUAL.....	81
4.2 CONCEPTOS BÁSICOS	84
4.3 MÉTODO TERAPÉUTICO EN EL ENFOQUE CONDUCTUAL	88
4.3.1 <i>Técnicas de Recondicionamiento</i>	89
4.3.2 <i>Técnicas Operantes</i>	91
4.3.3 <i>Técnicas de Modelado</i>	93
4.4 TERAPIA COGNITIVA.....	95

4.5 DESARROLLO HISTÓRICO DE LA TERAPIA COGNITIVA	97
4.6 CONCEPTOS BÁSICOS DE LA TERAPIA COGNITIVA	100
4.7 MÉTODO TERAPÉUTICO DE LA TERAPIA COGNITIVA	101
4.7.1 <i>Recursos Técnicos</i>	102
4.8 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	105
4.8.1 <i>Terapia Cognitivo Conductual en Tabaquismo</i>	107
4.8.2 <i>TCC Combinados con Tratamientos Farmacológicos en Tabaquismo</i>	110
CAPÍTULO 5. ADHERENCIA TERAPÉUTICA	113
5.1 ¿QUÉ ES LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA?	113
5.2 LA IMPORTANCIA DE ESTUDIAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA	115
5.3 ROL DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL FENÓMENO DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA	116
5.4 DESAFÍOS DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA A LOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE LA SALUD	119
5.5 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA	120
5.6 ADHERENCIA EN DROGODEPENDENCIAS	124
5.6.1 <i>Factores Implicados en la Adherencia al Tratamiento de Drogodependencias</i>	125
5.6.2 <i>Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo</i>	127
5.6.3 <i>Estrategias para Mejorar la Adherencia al Tratamiento en Tabaquismo</i>	134
CAPÍTULO 6. RESULTADOS OBTENIDOS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL	138
DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM 1	138
DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM.2	143
DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM.3	148
DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM 4	155
DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM.5	159
DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM.6	164
DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM.7	168
DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM.8	173
DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM. 9	176
DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM.10	179
ALCANCES Y LIMITACIONES	183
REFERENCIAS	185

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se reportan las actividades llevadas a cabo durante la realización del servicio social en el programa de la Secretaría de Salud dentro del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga (HGM) y la Clínica Contra Tabaquismo (CCT).

El programa surge ante la necesidad de abordar el problema del tabaquismo como un problema de salud pública en el que cada día mueren cerca de 14000 personas en el mundo debido a algunas de las múltiples enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, además de ser la principal causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte prematura de acuerdo con la Organización Mundial de La Salud (OMS) en el año de 2006. En el caso de México, este problema no es la excepción y se estima que existen más de 16 millones de fumadores de los cuales existe una gran prevalencia en zonas urbanas y en grupos vulnerables, como niños, jóvenes y mujeres.

Ante tal panorama, la OMS ha desarrollado diversas acciones; entre las que se destacan: el establecimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco que entró en vigor el 27 de Febrero del año 2005, luego de ser ratificado por más de 40 países y que permite a estos conjuntar políticas, directrices, esfuerzos y recursos para combatir el tabaco en todo el mundo. México fue el primer país en América Latina en refrendar el Convenio Marco para el Control del Tabaco, tras reconocer la magnitud del problema que ocasiona el consumo de tabaco tanto en adultos como en menores de edad. Asimismo, para el éxito de la lucha contra el tabaquismo es indispensable contar con información y análisis permanentes, con objeto de orientar las medidas de prevención y control que permitan fortalecer la política fiscal del tabaco, eliminar la publicidad de los productos, crear ambientes y espacios libres de humo protegiendo la salud de los fumadores pasivos o de humo de segunda mano, evitar el acceso de niños y adolescentes al producto, suministrar información de manera permanente a la población sobre los daños ocasionados por el consumo de tabaco, ofrecer opciones de tratamiento a fumadores mediante la creación de Clínicas Contra Tabaquismo dentro de las instituciones públicas, endurecer las medidas fiscales

para los productores y distribuidores de tabaco, y propiciar la sustitución de cultivos.

En este contexto, desde 1980 en México existen programas preventivos en el tercer nivel de atención para el abandono del tabaco, los cuales se han conformado con equipos multidisciplinarios para abordar de manera integral esta adicción, detectando y combatiendo oportunamente las enfermedades relacionados al tabaquismo, así como brindar el tratamiento y un seguimiento adecuado.

En el presente trabajo, además de plantear las actividades realizadas dentro del programa de servicio social, así como el contexto histórico en el que se desarrolla la institución, se abordan las bases para entender la epidemia del Tabaquismo a nivel mundial y nacional, sus componentes, daños a la salud ocasionados por el consumo de tabaco, diagnóstico y mantenimiento de la adicción al tabaco, así como los tratamientos que actualmente existen cesar su consumo. De igual forma se aborda el desarrollo de la terapia cognitivo-conductual para entender sus principios básicos y como ésta se ha establecido como uno de los enfoques mayormente utilizados dentro del tratamiento terapéutico para la cesación tabáquica. Además, se debe tomar en cuenta la importancia que tiene el establecimiento de la adherencia terapéutica para mantener la eficacia del tratamiento terapéutico. Finalmente, retomando los puntos anteriores se realiza un análisis de los alcances y limitaciones obtenidas dentro del programa de cesación tabáquica en la clínica contra tabaquismo del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

CAPÍTULO 1

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO Y CLÍNICA CONTRA TABAQUISMO

1.1 Antecedentes Históricos del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Su origen, se remonta a la época de la colonia española en México, donde arribaron varias órdenes religiosas, quienes bajo el concepto medieval de "Caridad", proporcionaron los primeros servicios hospitalarios con la vieja tradición de ser al mismo tiempo, hospederías, orfelinatos, asilos y sanatorios.

Este concepto, surgió con la idea cristiana de crear hospitales y asilos para enfermos y pobres que eran atendidos por personas llenas de fe y desprendidas de los bienes terrenales. La necesidad de atención de enfermedades locales y de otras nuevas que llegaron con los visitantes españoles de Europa, motivaron la creación de hospitales.

En 1524, se inauguró el primero de ellos en México, el Hospital de la Concepción de Nuestra Señora, que años después se convertiría en el Hospital de Jesús de Nazareno. Durante el siglo XVI, se fundaron 128 hospitales en México con el fin religioso de obtener el "perdón divino", o para conseguir la aceptación de la sociedad ante algún pecado cometido.

En el siglo XVIII, la obra hospitalaria encabezada por las órdenes religiosas perdió su autoridad, debido a que los reyes españoles ya no se interesaban por nuevas fundaciones en la Nueva España. La idea de la Caridad se mantenía vigente, sin embargo se comenzó a buscar que los servicios proporcionados a los enfermos fueran mejores.

Este nuevo concepto de atención coincidió con la fundación del Hospital General de San Andrés en 1779, donde se intentó proporcionar a los enfermos mejores servicios, concretando la "Justicia Humana" en la atención de enfermedades. Al mismo tiempo que el imperio español comenzaba su decadencia, inició la evolución de la práctica médica en los hospitales, donde lo importante no era sólo contar con personas que ayudaran a los enfermos a "bien morir" sino para restablecer su salud. Este cambio en la conciencia médica motivó

al gobierno a asumir el control de las instituciones de salud y no dejarlo a las organizaciones religiosas, de este modo, los conceptos de derechos humanos, caridad y asistencia médica se elevaron al concepto de "Beneficencia Pública", que se encontraba más acorde a los cambios sociales y políticos originados por el movimiento de independencia en 1810 y a las investigaciones en botánica realizadas por médicos como Luis Joseph Montana, el Doctor Montaña y Mariano Mocino.

Para 1821 el gobierno independiente ordenó que todos los hospitales existentes en la Ciudad pasaran a manos del Ayuntamiento.

En 1841, la Junta Médica del Distrito Federal fue sustituida por el Consejo Supremo de Salubridad, encargado de vigilar la enseñanza y práctica de la medicina, propagar y preservar las vacunas, dictar las medidas de higiene pública, inspeccionar los establecimientos públicos, así como redactar el Código Sanitario de la República Mexicana.

La última etapa de cambios en el ámbito de la salud durante el siglo XIX, fue resultado de las Leyes de Reforma en el gobierno del Presidente Benito Juárez en 1859, en base a estas leyes y a la confiscación de los bienes del Clero, el estado se hacía cargo de la política de salud.

La elaboración del Primer Código Sanitario Mexicano bajo la dirección del Dr. Eduardo Liceaga en 1885, motivó la creación y presentación por parte de un grupo de médicos distinguidos de la época, un proyecto para la creación de un Hospital General en las afueras de la Ciudad. El 22 de noviembre de 1895 se presentó el proyecto preliminar de construcción del Hospital General de México.

Finalmente, el 1º de abril de 1897, el Presidente Porfirio Díaz anunció el inicio formal de las obras de creación de un hospital totalmente vanguardista: pabellones independientes, incombustibles, contruidos de ladrillo y fierro, con ventilación adecuada, facilidades para aseo y desinfección, en general, basados en modelos de modernos hospitales europeos (Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, HGM, 2012).

1.2 Fundación del Hospital General de México

El Hospital General de México (HGM) fue inaugurado el 5 de febrero de 1905 por el Presidente Porfirio Díaz, con la presencia del Dr. Liceaga y su primer director, el Dr. Fernando López.

La Institución desde sus inicios, funcionó como establecimiento de beneficencia a cargo del Poder Ejecutivo de la Secretaría de Estado y Gobernación para la asistencia gratuita de enfermos indigentes sin importar edad, sexo, raza, nacionalidad ni creencias religiosas, principios que a la fecha perduran y motivan el trabajo que se desarrolla en el Hospital.

En 1906, el Hospital comienza su historia como parte fundamental en la formación de profesionales en la salud en México al establecer la primera Escuela de Enfermería del país, inaugurada formalmente el 3 de octubre de 1906.

La primer Sociedad Médica del HGM, fue fundada el 7 de febrero de 1908, nació de la necesidad de agruparse para intercambiar experiencias ante el constante desarrollo del trabajo que se realizaba en el Hospital, la mesa directiva se conformó por los doctores Eduardo Liceaga y Fernando López como presidentes honorarios; el Doctor Julián Villareal, presidente; Doctor Eduardo Lamic, vicepresidente; Doctor Luis Troconis Alcalá, secretario perpetuo, y como segundo secretario, el Doctor Miguel Mendizábal.

En 1917 inició su gestión el Doctor Genaro Escalona, quien reordenó el nosocomio, implantando una reglamentación para el quirófano y la programación de operaciones.

De 1921 a 1924 el Doctor Cleofas Padilla mejoró la Institución en los departamentos de distinción o pensionistas, en el de niños, además reorganizó reglamentó los servicios de enfermería y practicantes.

En 1924, el Doctor Genaro Escalona asumió la dirección del Hospital, iniciando así, una de las etapas más florecientes del establecimiento de la medicina en México; durante su gestión rompió con los moldes establecidos, elevó el nivel hospitalario e impulsó decididamente la investigación científica.

Los pabellones destinados a cada una de las ramas principales de la medicina fueron dirigidos por médicos que serían grandes figuras de la medicina nacional, creadores de los institutos de especialidades que funcionan en la actualidad, como por ejemplo: Cardiología, Enfermedades de la Vías Urinarias y del Aparato Digestivo, a cargo de los doctores Ignacio Chávez, Aquilino Villanueva y Abraham Ayala González.

En 1937 el Doctor Ignacio Chávez fue nombrado director del hospital y comenzó una campaña de promoción para reforzar e institucionalizar los cursos para médicos ya graduados.

En 1939 inició su periodo de gestión el Doctor Aquilino Villanueva, quien junto con el Doctor Gustavo Baz al frente de la Secretaría de Asistencia, mantuvieron la efervescencia científica que a la fecha es una de las características más importantes de la institución.

En 1946, bajo el mando del Doctor Abraham Ayala González se impulsó a la enseñanza médica con la creación de una oficina de enseñanza e investigaciones médicas, perfeccionó además los programas de estudio, y logró la permanencia de médicos de base los domingos, lo que introdujo el concepto de Institución que trabaja las 24 horas los 365 días del año.

De 1948 a 1950 varios de los médicos especialistas del HGM son transferidos a los nuevos Institutos Nacionales de Salud en reconocimiento a su amplia historia de excelencia médica.

Durante la década de los sesentas, el hospital recibió por primera vez recursos para su remodelación, logrando con esto mantener el nivel de excelencia en el servicio que le caracterizaba hacia sus usuarios.

En 1970, el Doctor Héctor Abelardo Rodríguez Martínez planteó la creación de un Museo de Anatomía Patológica, el cual, actualmente cuenta con 700 piezas, De 1974 a 1984 destacó la participación del Dr. Francisco Higuera Ballesteros, quien durante su gestión, se desarrollaron ampliamente todas las especialidades médicas, se fundó la clínica del dolor; en gastroenterología se sumaron los servicios de esofagología, coloproctología y gastroenterología

médico-quirúrgica. Finalmente Urología se subdividió en tres sectores básicos, oncología urológica, cirugía reconstructiva y litiasis.

Bajo la dirección del Doctor José Kuthy Porter, en 1985 el HGM, sufrió el terremoto que se registró en la Ciudad de México, ya que destruyó la Unidad de Ginecobstetricia y la Residencia de los Médicos, además de pérdidas humanas.

La reconstrucción física del Hospital se llevó a cabo durante los tres años siguientes, en 1989, ya completamente rehabilitado, asumió la dirección del Hospital el Doctor José Luis Ramírez Arias, quien se encargó de la implementación de diferentes políticas gubernamentales como el Programa Nacional de Solidaridad de 1991 a 1995.

El fortalecimiento de la estructura interna del Hospital, motivó a que el 11 de Mayo de 1995, obtuviera el nombramiento como organismo Descentralizado del Gobierno Federal con personalidad jurídica y patrimonio propio.

En Octubre de 1995 un nuevo sismo ocasiona la reducción en el número de camas e inutiliza la planta física de los servicios de Cardiología, Cirugía Cardiovascular y Cirugía Plástica y Reconstructiva.

El 1° de Mayo de 1997 y como consecuencia de la descentralización, se autorizó la propuesta de modificación estructural del HGM por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (HGM, 2012).

1.3 Misión, Visión y Valores del Hospital General de México

Misión

- Hospital Regional de la zona centro del país que proporciona servicios de salud de alta especialidad con gran calidad y calidez, en las especialidades médicas, quirúrgicas y de apoyo al diagnóstico y tratamiento, por lo que tiene el reconocimiento de la sociedad mexicana.
- Hospital formador de recursos humanos de excelencia para la salud del país y a nivel internacional. Realiza investigación de alto nivel cuyos resultados se difunden en publicaciones científicas de impacto

internacional, se preocupa por sus recursos humanos capacitándolos formando equipos como una necesidad de las actividades humanas.

Visión

- Centro hospitalario con reconocimiento nacional y de referencia internacional, generador de modelos y atención en las especialidades médicas, en la enseñanza de la medicina y en proyectos de investigación con alto rigor científico.
- Participante en las políticas sectoriales, principalmente en el Seguro Popular y del Fondo Directo de Gastos Catastróficos en Salud, apoyando la formación de recursos humanos de alta calidad y de modelos de atención a la salud, que impacte en los indicadores básicos de esta última, con aportaciones para la disminución de los problemas relacionados con el rezago social y que propicie el ataque oportuno a los factores casuales de los problemas emergentes, debiéndose mantener a la vanguardia.

Valores

- *Calidad:* Por la atención brindada a los pacientes, tanto en los servicios médicos como administrativos
- *Congruencia:* Identificarse con la misión y visión de la Institución y comprometerse con ella.
- *Compromiso:* Para con el paciente que solicita los servicios al brindarle confianza y apoyo.
- *Eficacia:* Actuar adecuadamente para el logro de los objetivos institucionales y de salud.
- *Eficiencia:* Obtención de los mejores resultados en el logro de los objetivos por medio del uso racional de los recursos disponibles.
- *Equidad:* En los recursos y servicios de la institución sin distinción de edad, género, grupo social, ideología y credo, estado de salud o enfermedad.

- *Ética*: Apego a los códigos, normas y principios del actuar del equipo de salud.
- *Honestidad*: Reconocimiento de la actitud o vocación por el servicio ante los intereses personales o de grupo.
- *Profesionalismo*: Al aplicar los conocimientos adquiridos para apoyar los servicios que presta la Institución.
- *Respeto*: Considerar sin excepción alguna la dignidad de la persona humana, los derechos y las libertades que le son inherentes, siempre con trato amable y tolerante (HGM, 2012).

1.4 Servicio de Neumología Unidad 406

Con la inauguración del HGM en 1905, se inició de igual forma el Servicio de Neumología, donde únicamente se atendía a enfermos tuberculosos; además de encontrarse en el mismo edificio el leprosario, que posteriormente, en 1920, este último se trasladó a Tepexpan, quedando únicamente dedicado a pacientes con tuberculosis incurable.

El Dr. Cosío Villegas fue el primer Jefe del Servicio de la Unidad. En 1934 el edificio se remodeló, cuando el Dr. Ignacio Chávez fue Director del Hospital y fue hasta 1950 que el cargo pasó a manos del Dr. José Luis Gómez Pimienta, quién posteriormente decidió cambiarse al Hospital Manuel Gea González, dejando a cargo de la Unidad, al Dr. Alejandro Celis.

El Dr. Celis continuó la Escuela establecida por el Dr. Cosío Villegas, con un concepto mucho más amplio de Neumología, por lo que se comenzó a diversificar el servicio formando una Unidad de Insuficiencia Respiratoria, En 1962, la Unidad se remodeló con 142 camas y se construyó un nuevo quirófano con un servicio adicional de Broncoscopía.

También se adaptó un pabellón para alojar a la Unidad de cuidados intensivos respiratorios y el laboratorio de bacteriología. Desde entonces la

Unidad permaneció igual arquitectónicamente, salvo la construcción de dos aulas en su costado oeste, hasta que en 1985 el terremoto que sacudió a la Ciudad de México causó graves daños a la Institución. El servicio, a pesar de todo, se mantuvo a la vanguardia de las Instituciones neumológicas.

En el año de 2000, se realizó una nueva remodelación tanto del área de hospitalización como de cirugía, con cuatro salas quirúrgicas perfectamente equipadas, además de contar con flujo laminar y de inyección de aire dentro del quirófano. Así mismo cuenta con un área de fisiología pulmonar, en la cual se realizan pruebas de alto nivel.

Respecto a la enseñanza e investigación, este Servicio ha sido pilar de la enseñanza y semilla de la formación de otros Servicios del País. Ha sido sede permanente de cursos de pregrado de la UNAM, el IPN desde 1933 y de la Universidad Anáhuac desde 1988.

El curso de la especialización en Neumología de la Facultad de Medicina de la UNAM se imparte desde 1949 y actualmente se imparten la especialidad de cirugía toracopulmonar con el aval de la División de Estudios de Postgrado de la UNAM y el diplomado en endoscopia torácica, que cuenta con los mismos reconocimientos. Además cuenta con actividades de educación médica continua.

De igual forma, la Unidad ha publicado más de 400 artículos científicos entre los que destacan los referentes a las técnicas de angiocardiografía, de arteriografía bronquial, la linfografía cardiaca, las técnicas quirúrgicas para enfermedades pleurales y actualmente trabajos sobre tuberculosis, endoscopia y cáncer pulmonar.

La Unidad de Neumología recibe enfermos provenientes de los demás servicios del Hospital y es un centro de referencia de enfermos neumológicos de otras Instituciones del D.F. y de otros estados. Colabora estrechamente con el Programa Nacional de Enfermedades Oncológicas (HGM, 2012).

1.4.1 Servicios que Ofrece la Unidad de Neumología

Los padecimientos respiratorios han ido en aumento por el uso y abuso de tabaco. Esto ha dado como consecuencia el aumento de cáncer de pulmón, laringe y otras estructuras. En nuestro país las enfermedades infecciosas que afectan el aparato respiratorio ocupan un lugar muy importante. Debido a esto, la Unidad se encarga del estudio, manejo y prevención de las enfermedades del aparato respiratorio. A través del lema: "La alta tecnología y calidad médica, al servicio de su salud" brinda los siguientes servicios a sus usuarios (HGM, 2012):

- Clínica Contra El Tabaquismo
- Laboratorio de pruebas de Función Respiratoria
- Unidad de Cuidados intensivos Respiratorios
- Broncoscopía con laser
- Cirugía de Tórax y Toracosopia
- Clínica en contra del Asma
- Clínica en contra de la Tuberculosis
- Radiología de Alta Tecnología

1.5 Clínica Contra Tabaquismo del Hospital General De México Dr. Eduardo Liceaga

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. 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.
- Hospital General de México, Servicio de neumología y cirugía de tórax, participaron pacientes con padecimientos cardiorrespiratorios, 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.
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 hrs, conjuntamente con el programa de reestructuración cognoscitiva antes explicado.
4. *Programa combinado de reestructuración cognoscitiva con educación para la salud*: Los resultados obtenidos de esta investigación mostraron que las técnicas (combinadas) de educación para la salud y reestructuración cognoscitiva no tuvieron grandes diferencias. Finalmente, 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.

Se puede 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 Ocampo, Magallan, Elpihue & Cuevas (2007).

1.5.1 Objetivos de la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México

La Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga (CCT HGM) tiene como objetivo brindar servicios para la atención del tabaquismo en los tres niveles de prevención (Universal, Selectiva e Indicada) y constituirse en un centro de referencia para todos los programas de tabaquismo en México.

En el *primer nivel* se proporciona información sobre los daños a la salud producidos por el tabaquismo, tanto a los fumadores activos, como a los pasivos, especialmente a los grupos de población más vulnerable (niños, mujeres y ancianos).

En el *segundo nivel* se atiende y orienta tanto a fumadores activos, como a todos aquellos que conviven a su alrededor y que asisten a los centros hospitalarios.

En el *tercer nivel* se detectan oportunamente los padecimientos crónico-degenerativos de los fumadores activos y pasivos, proporcionando herramientas cognitivas para el abandono del tabaquismo. En este nivel, la Clínica brinda un servicio integral para la atención del tabaquismo, mediante:

Tratamiento médico: va encaminado a la detección oportuna de cualquier enfermedad relacionada con el tabaquismo.

Tratamiento psicológico: tiene como objetivo lograr una cesación absoluta del consumo de tabaco, ofreciendo un entrenamiento completo para el abandono de esta adicción, en donde se conjugan diversas técnicas (Ocampo, Leal & Pájaro) (s.f).

1.6 Objetivos Generales del Programa de Servicio Social Realizado

Con el interés de seguir aportando propuestas en los programas de cesación, la CCT del HGM tiene como objetivos generales dentro de su programa de servicio social:

- Que al terapeuta (profesional de la salud) se le muestre los tres elementos básicos para llevar a cabo el abordaje terapéutico para la cesación del tabaquismo.

- 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, et al., 2007).

CAPÍTULO 2

ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS DE INTERVENCIÓN REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

2.1 Población

Se trabajó con adultos con una edad comprendida entre 30 a 60 años de edad, de ambos sexos. Los pacientes acudieron de forma voluntaria al ser derechohabientes del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, al constatar una cita vía telefónica o por medio de una interconsulta de alguna de las especialidades dentro del Hospital.

2.2 Materiales

- Se utilizaron trípticos informativos para ayudar a los pacientes a realizar su trámite de primera vez e iniciar su tratamiento en cesación tabáquica.
- Rotafolio con el cual se realizó Psicoeducación para la salud dentro de las Unidades de especialidades dentro del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, explicando los daños a la salud ocasionados por el consumo de tabaco, así como los beneficios que genera el dejar de fumar
- Plato del buen comer y jarra del buen beber para motivar al paciente a cambiar sus estilos de vida saludables.

2.3 Técnicas Metodológicas y de Intervención

Dentro de las estrategias metodológicas de intervención para atender la adicción al tabaco que se utilizaron dentro del programa de servicio social en la clínica contra tabaquismo del hospital general de México Dr. Eduardo Liceaga, se encuentran las siguientes:

Psicoeducación

Una de las estrategias de intervención utilizadas con mayor frecuencia en los programas de tratamiento de las conductas adictivas, son las actividades

psicoeducativas. Estas actividades cruzan transversalmente las problemáticas adictivas, pudiendo ser parte tanto de estrategias preventivas como terapéuticas, reforzando el concepto de intervención temprana o de intervención integrada a otras acciones terapéuticas.

La psicoeducación se puede comprender como la educación de las personas con determinados problemas y dificultades de salud mental en temas que contribuyen a su recuperación y que les permiten conocer mejor las características de las dificultades que las aquejan (Martínez. A, Contreras, Kalawski & Martínez. L., 2005).

Las intervenciones psicoeducativas en el paciente con problemas de conductas adictivas, de acuerdo con las características del programa, con los intereses y necesidades del individuo y su familia, pueden orientarse a conseguir una serie de propósitos, tales como:

Comprensión del problema y del proceso terapéutico: Existe una estrecha relación entre la comprensión del proceso terapéutico (sentido, metodología y normas) y la adherencia de los individuos al tratamiento (Kalawski J. 2004, en Martínez. A. et al. 2005).

Prevención de los consumos problemáticos y/o las conductas adictivas (intervenciones psicoeducativas preventivas).

Psicoeducación en salud: Puede buscar evitar el agravamiento de las dificultades biopsicosociales del paciente y mejorar su condición general de salud. La preocupación y el conocimiento de las conductas de riesgo, el autocuidado en salud física y mental, así como las acciones sanitarias preventivas deben ser metas esenciales de cualquier intervención psicoeducativa. Educar al paciente y a su familia respecto de las características de la enfermedad, las etapas y procesos de cambio en el tratamiento (intervenciones psicoeducativas como parte de un tratamiento).

Psicoeducación motivacional: La intervención psicoeducativa puede orientarse a que la comprensión y la conciencia individual y familiar del problema sirva de soporte motivacional para los procesos de cambio, transformando los

consumos problemáticos en responsables o con menores riesgos (intervenciones psicoeducativas breves) (Martínez. A. et al. 2005).

Entrevista motivacional y el modelo transteórico o de etapas de cambio

La entrevista motivacional

En cualquier intervención terapéutica orientada a personas que tienen una adicción hay varios objetivos a conseguir en el proceso de tratamiento; el primer objetivo es que la persona con una adicción asuma que precisa de un tratamiento (Becoña, 1998, en Balcells, Torres & E.Yahne, 2004).

De tal forma que se puede definir a la entrevista motivacional como un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente, que pretende provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a explorar y resolver ambivalencias (estado en el que una persona tiene sentimientos contrapuestos en relación a una misma cosa). Considerando la ambivalencia como algo normal, aceptable y comprensible (Gordon, 1970, en Balcells. et al., 2004).

Etapas de Cambio

El proceso de cambio se ha conceptualizado como una secuencia de etapas a través de las cuales la gente progresa generalmente mientras consideran, inician y mantienen comportamientos nuevos (Prochaska & DiClemente, 1984, en Balcells. et al., 2004).

En su última formulación (Prochaska, Velicer, Rossi, J.S., Goldstein, Marcus, Rakowski, Fiore, Harlow, Redding, Rosenbloom & Rossi, S., 1994, en Becoña & Lorenzo, 2004), considera seis estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización.

Etapas de precontemplación: El paciente aún no está considerando el cambio, ya que no ve un problema en esta conducta que lo haga necesario o se ve incapaz de modificarla, por lo que manifiesta escasos deseos de cambiar seriamente en los próximos 6 meses. En estos casos es importante: establecer afinidad, pedir permiso y generar confianza; plantear dudas o preocupaciones en el paciente acerca de su uso de sustancias al explicar el significado de los

sucesos que llevaron al paciente al tratamiento o los resultados de tratamientos anteriores, explorar las percepciones del paciente sobre tratamientos anteriores, ofrecer información objetiva acerca de los riesgos del uso de sustancias, proporcionar retroalimentación personalizada sobre los resultados de la evaluación, explorar las ventajas y desventajas del uso de sustancias, explorar las discrepancias entre las percepciones del paciente y los demás en cuanto al uso de sustancias, expresar interés y dejar la puerta abierta.

Etapa de contemplación: El paciente reconoce preocupaciones o la existencia de problemas, está activamente buscando información y puede estar considerando la posibilidad de cambiar, pero aún no ha realizado ningún paso hacia el cambio. Considera hacer un cambio seriamente dentro de los próximos 6 meses. En esta etapa es característico el fenómeno de la ambivalencia. En esta fase el terapeuta debe normalizar la ambivalencia y ayudar al paciente a realizar el balance decisional hacia el cambio, explorando las ventajas y desventajas del consumo, creando discrepancias internas y fomentando la auto-eficacia, enfatizando la libertad de elección y su responsabilidad, buscando afirmaciones automotivacionales en cuanto a la intención de cambiar del paciente.

Etapa de preparación para la acción: En esta etapa nos encontramos con personas que se proponen firmemente el cambio y su planificación en un futuro cercano, pero aún están considerando que hacer. La persona ha valorado que los beneficios del cambio superan a los perjuicios. El terapeuta puede: aclarar las metas y estrategias del paciente para el cambio, ofrecer un menú de posibilidades para el cambio o el tratamiento, ofrecer información y consejo con permiso, negociar el plan de cambio, considerar y reducir las barreras del cambio, ayudar al paciente a conseguir soporte social, explorar las expectativas sobre el tratamiento y su papel en él, preguntar qué cosas han funcionado para él en el pasado, hacer que anuncie públicamente sus planes de cambio.

Etapa de acción: El paciente está tomando activamente medidas para cambiar, pero aún no ha alcanzado una etapa estable. En esta etapa el terapeuta puede tratar el compromiso del paciente con el tratamiento y reforzar la importancia de mantener el plan de acción, apoyar un punto de vista realista del

cambio a través de pequeños pasos, reconocer las dificultades del paciente en las etapas iniciales del cambio, ayudarlo a identificar situaciones de alto riesgo y estrategias de enfrentamiento a estas, ayudarlo a encontrar nuevos refuerzos positivos, ayudarlo a evaluar cuando tiene un soporte familiar y social.

Etapas de mantenimiento y finalización: El paciente ha obtenido los cambios iniciales y se encuentran manteniendo la conducta por un periodo de 6 meses de abstinencia. Cabe señalar que cuando los pacientes se encuentran en esta etapa, coincide con la fase de mayor riesgo de recaída, por lo que es un buen momento para apoyar los cambios en el estilo de vida, ayudarlos a identificar y examinar otras fuentes de placer, afirmar su decisión y su autoeficacia, ayudarlo a practicar y usar nuevas estrategias de prevención de recaídas, mantener un contacto de apoyo, desarrollar un plan alternativo si hay un fracaso en el mantenimiento de los objetivos pactados y repasar con el paciente las metas a largo plazo.

Etapas de recaída: Esta etapa fue considerada durante muchos años como el fracaso del tratamiento, otorgándole un estigma a la terapia de las adicciones que no poseen otras enfermedades crónicas que presentan recaídas en su evolución, como hipertensión arterial, diabetes, etcétera. El resultado del tratamiento depende de qué se haga con las recaídas, por lo que resulta de gran importancia considerarlas como una etapa más del proceso. Si bien intentamos evitarlas al máximo, cuando ellas suceden, debe aprovecharse la ocasión para reevaluar y aprender en qué falló la estrategia propuesta. En estas situaciones el terapeuta debe ayudar al paciente a reentrar en la rueda de cambio, y reforzar cualquier disposición para un cambio positivo, explorar el significado de la recaída como una fuente de aprendizaje, y ayudar al paciente a encontrar soluciones alternativas al consumo. Para la mayoría de los pacientes, el progreso a través de las etapas de cambio es circular o en espiral. En este modelo, la recaída es normal, una etapa más, ya que muchos pacientes consiguen un cambio estable después de pasar por las diferentes etapas varias veces (Prochaska. Et al., 1994, en Becoña & Lorenzo, 2004).

Autorregistro-Automonitoreo

Para Ocampo., Et al. (2011) el autorregistro-automonitoreo es una de las herramientas básicas para cambiar o manejar adecuadamente una conducta, debido a que el usuario en el momento de la auto-observación lleva implícita la toma de conciencia de lo que está sucediendo in vivo con su conducta de fumar (emoción-situación).

Además de su utilidad como un procedimiento de valoración de la efectividad del tratamiento, el autorregistro también es valioso como una estrategia terapéutica, debido a que al pedir a un individuo que registre una conducta, al inicio y durante dos semanas aproximadamente, reducirá la frecuencia de ocurrencia de la conducta; en el caso de la conducta de fumar, se le pide a un individuo que registre el número de cigarrillos que fuma al día, el solo hecho de hacerlo reducirá tal cantidad, de hecho, otro factor importante es el momento del registro, es decir, si éste se lleva a cabo antes de efectuar la conducta (antes de encender un cigarrillo) o si se toma después de ella (después de fumar el cigarrillo), si se le solicita a la persona que tome el registro antes de fumar el cigarrillo, la conducta disminuirá un poco más. Es importante aclarar que el efecto de reducir la frecuencia es solo momentánea, por lo cual el autorregistro no debe utilizarse como una estrategia de intervención, ya que el efecto de reducción de la conducta se pierde aunque la persona continúe tomando el registro, por lo cual ésta es sólo una estrategia de evaluación inicial (Reynoso & Seligson, 2005).

De acuerdo con el programa de cesación de tabaquismo de Ocampo. et al., (2011), el paciente monitorea y registra su conducta, en este caso el fumar, en sus escenarios reales, lo que proporciona datos para evaluar la conducta problema (CP), antecedentes, situacionales, consecuencias y afecto que la acompaña. La forma más habitual de autorregistro es a través de anotaciones y estas pueden ser muy simples como sólo registrar el número de veces que sucede CP y más elaborada con el monitoreo, en donde se hace todo un análisis funcional de CP en el momento que ocurre, registrando el número de cigarrillos que fuma. El registro inicial evalúa las dimensiones del fumar incluye cantidad de

cigarros (frecuencia), hora de consumo, lugar, estado de ánimo e intensidad de la inhalación (golpe). Se pueden registrar los antecedentes de la conducta, siendo a menudo un camino para descubrir asociaciones y creencia erróneas. Ya que los pacientes dejan de actuar en automático, ante los factores o estímulos situacionales que están asociados con las respuestas problema.

Los beneficios que proporciona la utilización de los autorregistros son:

1. Rompe con la conducta automática
2. Crea un cambio conductual en el momento de iniciar el registro
3. Genera autorreflexión (estímulos internos-externos)
4. Mantiene alerta al fumador sobre su conducta
5. Facilita el proceso de disonancia cognitiva que lleva a la búsqueda de alternativas de cambio.

El autorregistro no sólo es útil para la evaluación inicial y la generación alternativas de cambio en las creencias erróneas, sino también para la evaluación del progreso. La evaluación permanente de la conducta durante el proceso terapéutico proporciona al paciente y al terapeuta una indicación sobre la necesidad de revisar las estrategias de intervención cuando el progreso no se desarrolla como se esperaba. Así, los autorregistros varían según la fase de tratamiento y puedan cambiar o aumentar variables, según las necesidades del paciente; se trata de una técnica, clara, sencilla y económica para modificar la conducta. Los autorregistros utilizados para la cesación del tabaco en la Clínica Contra Tabaquismo del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga se dividen en:

- a. Inicial
- b. Tratamiento y mantenimiento o "autorregistro de deseo"

El "autorregistro de deseo" (García, 1994, en Ocampo. Et al., 2007), es utilizado cuando el sujeto que ya se encuentra en abstinencia, registra las situaciones de riesgo (internas y externas), el grado de deseo y la estrategia que utiliza para autocontrol, cuando experimenta el deseo o la urgencia de consumir.

Objetivo

Que el paciente observe y registre sistemáticamente su propia conducta como colaborador y agente de cambio con el fin de encontrar las circunstancias en las que ocurre la CP y descubra conexiones estímulo-respuesta que de otra manera no se harían presentes en su realidad inmediata (Ocampo. Et al., 2007).

Método

El **registro de línea base** se utiliza para reconocer cuáles son las circunstancias en las que el paciente fuma y así identificar aquellos cigarros que no son utilizados por su descarga nicotínica, se le pide que registre el lugar, en compañía y el estado de ánimo en el que fuma, así mismo si lo inhala profundamente o no (dar el golpe). El autorregistro está numerado del cigarro 1 hasta el 20.

Registro de automonitoreo: se utiliza una vez que el paciente se encuentra en abstinencia para medir el nivel de deseo de fumar que presenta y qué situaciones precipitan este deseo, así como las estrategias que utiliza para no recaer. Este se aplica y analiza de forma individual.

Registro gráfico analfabeta: El registro gráfico analfabeta se utiliza con pacientes que como su nombre lo indica no saben leer ni escribir; se adecua con base en el registro inicial o línea base, sólo que explicado gráficamente.

Registro de pensamiento diario: En este tipo de registro el paciente podrá descargar su estado emocional como forma de relato expidiendo estructuras más pensamiento. En este se le pide al paciente que al terminarlo lo lea y si es necesario cambie su escrito o si considera que faltó algo lo agregue. Al final puede calificar su registro con la emoción o sensación corporal del momento. Este autorregistro es recomendado en caso de ansiedad moderada o confusión ante un problema o solución inusual.

Técnicas de Relajación y Respiración

La relajación es una técnica que se utiliza en la Clínica Contra Tabaquismo del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, debido a que la mayoría de

los pacientes que acuden a tratamiento para la cesación del tabaco, han utilizado el tabaco como una herramienta para aliviar la tensión, la cual, es aumentada ante la idea de dejar el tabaco y por el síndrome de abstinencia de nicotina. La relajación, constituye un proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico interactúan siendo partes integrantes del proceso, como causa y como producto (Turpin, 1989, en E. Caballo, 1998). De tal manera, la relajación pretende proporcionar a los pacientes una herramienta que permite manejar la ansiedad (tratada anteriormente con el cigarro) con la finalidad de enfrentarse a las situaciones estresantes y que la puedan llevar a cabo en su propia casa y en el momento que deseen con el fin de evitar futuras recaídas (Ocampo. Et al., 2007).

Objetivo

Proporcionar a los pacientes una herramienta que permite manejar la ansiedad (tratada anteriormente con el cigarro) con la finalidad de enfrentarse a las situaciones estresantes y que la puedan llevar a cabo en su propia casa y en el momento que deseen con el fin de evitar futuras recaídas.

Método

Existen diversos métodos de relajación que pueden ser utilizados con los pacientes que están en abstinencia. Entre los principales métodos que se utilizan en la Clínica contra el Tabaquismo del Hospital General de México, se encuentran:

La respiración es esencial para la vida: Un control adecuado de nuestra respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones de estrés y manejar los aumentos en la activación fisiológica provocados por éstas. Los hábitos correctos de respiración son muy importantes porque aportan al organismo el suficiente oxígeno para nuestro cerebro. El ritmo actual de vida favorece la respiración incompleta que no utiliza la total capacidad de los pulmones. Por lo tanto, hábitos correctos de respiración son esenciales para una buena salud física y mental (Ocampo. Et al., 2007).

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizarlo para que pueda ser mantenido en situaciones de estrés. Los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles en la reducción de la ansiedad, de la depresión, irritabilidad, tensión muscular y fatiga. A continuación se explican una serie de ejercicios sobre la respiración:

Respiración profunda

Al realizar este ejercicio, el terapeuta debe empezar con una explicación de que tan sorprendente es suspirar o bostezar varias veces al día, y es muy común que lo hagamos. El bostezo es generalmente un signo de que se toma el suficiente oxígeno, y es mediante el suspiro y el bostezo que el organismo intenta remediar esta situación de hipoxia. El suspiro se acompaña, normalmente, de la sensación de que algo anda mal, así como de ansiedad; sin embargo, libera algo de tensión y puede ser practicado como medio de relajación (Ocampo. Et al., 2007).

Posteriormente, el terapeuta debe dar las siguientes instrucciones:

- Siéntese cómodamente
- Suspire profundamente emitiendo a medida que el aire va saliendo de sus pulmones un sonido profundo alivio
- No piense en inspirar, solamente deje salir el aire de forma natural
- Repita este proceso 8 o 12 veces, siempre que sienta que lo necesita, y experimente la sensación de que se está relajando

Relajación mediante el suspiro

El suspiro es una inhalación lenta y silenciosa seguida de una exhalación repentina y ruidosa. También va precedido de un patrón deficiente de respiración. Por último, el estiramiento facilita los movimientos de ensanchamiento necesarios para una profunda ventilación, así como evitar la disminución del tono muscular que induce a respiraciones cada vez más superficiales (Chóliz, 1998).

Al realizar este ejercicio, el terapeuta debe empezar con una explicación de que tan sorprendente es suspirar o bostezar varias veces al día, y es muy común

que lo hagamos. El bostezo es generalmente un signo de que se toma el suficiente oxígeno, y es mediante el suspiro y el bostezo que el organismo intenta remediar esta situación de hipoxia. El suspiro se acompaña, normalmente, de la sensación de que algo anda mal, así como de ansiedad; sin embargo, libera algo de tensión y puede ser practicado como medio de relajación (Ocampo. Et al., 2007).

Posteriormente, el terapeuta debe dar las siguientes instrucciones:

- Siéntese cómodamente.
- Suspire profundamente emitiendo a medida que el aire va saliendo de sus pulmones un sonido profundo alivio.
- No piense en inspirar, solamente deje salir el aire de forma natural.
- Repita este proceso 8 o 12 veces, siempre que sienta que lo necesita, y experimente la sensación de que se está relajando.

Relajación progresiva

La relajación progresiva fue desarrollada por Jacobson (1938, en E. Caballo, 1998) y su objetivo es reducir la tensión muscular y, posteriormente, la ansiedad general. Este método pretende un aprendizaje de la relajación progresiva de todas las partes del cuerpo.

El terapeuta debe pedir al paciente que afloje cualquier tipo de ropa que lo apriete y que se afloje los zapatos. Se le debe explicar al paciente que a lo largo de los ejercicios relajará progresivamente cada parte de su cuerpo, empezando por los pies y acabando por los músculos de la cara (Ocampo. Et al., 2007).

Para todas las partes del cuerpo se aplican las mismas instrucciones, que son las siguientes:

- Cierre los ojos y ponga en tensión una parte de su cuerpo (por ejemplo los pies). Mantenga esta tensión hasta contar cinco. Mientras cuenta, procure aumentar la tensión: uno (fuerte), dos (un

poco más fuerte), tres (todavía más fuerte), etc., hasta el máximo que pueda.

- Inspire profundamente y al hacerlo libere la tensión que había adquirido. Repítase: relájate, relájate, relájate.
 - Concéntrese sucesivamente en cada parte de su cuerpo. En cada fase, tense y relaje los músculos según las instrucciones:
- ✓ Pies: doble los pies hacia abajo ligeramente y ténselos vigorosamente, manténgase así unos segundos. Relájelos
 - ✓ Tobillos: dirija las puntas de los pies hacia su cuerpo y tense los músculos de las pantorrillas manteniendo la tensión. Relájese
 - ✓ Glúteos: empuje fuertemente las nalgas contra la silla, sofá, cama o suelo. Relájese
 - ✓ Abdomen: tense el abdomen como si esperara encajar un puñetazo en el estómago. Relájese
 - ✓ Pecho: tense los hombros apretando las palmas de las manos una contra otra. Relájese
 - ✓ Hombros: tense los hombros encogiéndolos tan altos como pueda. Relájese
 - ✓ Nuca y cabeza: presione con la nuca y la cabeza contra la parte posterior de los hombros. Relájese
 - ✓ Observe en todo momento el contraste entre la tensión y la relajación
 - ✓ Ahora, con los ojos todavía cerrados, experimente la energía que su cuerpo le está proporcionando: un sentimiento de potencia y calor, tal vez incluso un leve hormigueo. Finalmente, vuelva a cada parte de su cuerpo, dígame sencillamente que se relaje cinco veces. No tense los músculos. Intente conseguir una relajación más profunda. A medida que repite la palabra "relájate", deje que su mente se vacíe por sí misma de pensamientos.

Visualización dirigida

La visualización se trata de una herramienta muy útil para conseguir un mayor control de la mente, las emociones, el cuerpo, y para efectuar cambios deseados en la conducta. Da la oportunidad al paciente de poder persuadirse a sí misma a través de su imaginación, viéndose como capaz de realizar cualquier cosa físicamente posible de realizar (Ocampo. Et al., 2007).

Objetivo

Brindar a los pacientes la práctica imaginariamente de enfrentamiento a sus ambientes naturales donde consumía habitualmente el tabaco, con la finalidad de proporcionar seguridad y sensación de autoeficacia ante situaciones que pueden considerarse como riesgosas (Ocampo. Et al., 2007).

Método

Consiste en el uso de la imaginación del paciente para desarrollar imágenes sensoriales que disminuyan la intensidad de la ansiedad y el "craving" ante la presencia del tabaco en los ambientes naturales del individuo. A esta técnica se le denomina visualización terapéutica dirigida, y consiste en pedir al paciente que imagine de forma consciente los lugares acostumbrados por él con la presencia del tabaco.

La visualización dirigida inicia con un proceso de relajación sencilla, en el que se destensan los principales músculos gruesos del cuerpo de los pacientes, iniciando con las piernas, seguido por el pecho pasando por los brazos terminando en el cuello y cabeza.

Posteriormente se le dan al paciente la siguiente instrucción "... *Respira profundamente y ahora vas a imaginar el lugar donde habitualmente fumas, observa en compañía de quién estás y qué es lo que están haciendo... Ahora observarte a ti sin fumar y que realiza lo que quiere y gusta sin el tabaco, eres seguro de ti. Tú puedes hacerlo, mira cuales son las cosas que te gustan y que ahora puedes hacer sin tabaco... imagina como es que haces para estar ahí y no alejarte de tus lugares favoritos, disfrutando de cada una de las cosas... quédate ahí y obsérvate fuerte y seguro, decidido y eficaz... Poco a poco y a tu tiempo vas*

a regresar al aquí y al ahora trayendo contigo esa seguridad y confianza en ti, dándote cuenta de que eres una persona capaz de realizar lo que tú quieres.”

Esta técnica suele aplicarse en aproximadamente 15 minutos desarrollando y haciendo hincapié en la autoeficacia del propio sujeto (Ocampo. Et al., 2007).

Técnica De Autodiálogos Eficaces

Se ha comprobado que el paciente cuando se encuentra en estado de preparación-acción sus diálogos internos juegan un papel muy importante, ya que estos se encuentran gobernados por la disonancia cognoscitiva entre “que quiere o que debe” (Ocampo. Et al., 2007).

Las técnicas que han dado resultados en la resolución (debe-quiere) del pensamiento e inhibe conductualmente son las afirmaciones de afrontamiento, ya que estas se basan en el lenguaje interno del consumidor (que se dicen a sí mismo) La técnica de autodiálogos eficaces es directiva y ayuda a superar dicha disonancia. Estos serán de forma auto-afirmativa positivas que promuevan el cambio a mantenerse en abstinencia. Ellis (1997, en Ocampo. Et al., 2007) menciona que existen cuatro formas de autoafirmaciones de afrontamiento:

- a) Empíricas y realistas
- b) Filosóficas y anti-exigentes
- c) De ánimo
- d) De pensamiento positivo u observaciones de afrontamiento

Objetivo

Que el paciente logre identificar su dialogo interno y sea capaz de refutar las ideas irracionales y cambiarlas por ideas racionales que lo mantengan en abstinencia (Ocampo. Et al., 2007).

Método

Dentro de la terapia de cesación al tabaco se practica con el fumador el cómo y para qué su autodiálogo interno, y se le explica que es una de las

principales herramientas para mantenerse en abstinencia, dado que los pensamientos nos llevan a donde deseamos. En la clínica contra tabaquismo del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, sólo se utilizan autodiálogos eficaces de pensamiento positivo, como pueden ser:

- ✓ *Soy una persona de éxito, pues estoy sin fumar*
- ✓ *Es grandioso, puedo estar sin fumar*
- ✓ *Quiero dejar de fumar y lo estoy logrando*
- ✓ *Logro lo que me propongo, por eso continuaré sin fumar*
- ✓ *Tomé la decisión de abandonar el tabaco y lo estoy haciendo*
- ✓ *Soy libre, ya deje de fumar*

Se le pide al paciente que las interiorice y las repita para sí mismo cuando se encuentra en los lugares en los que habitualmente fumaba. Las afirmaciones son de forma positiva realzando los valores e importancia que tiene sobre sí mismo.

Técnica De Rol Playing O Juego De Roles

El rol playing es adoptado por la terapia cognitivo conductual, precisamente por estas características, Greenberg, Rice, y Elliot, (1996, en Ocampo. Et al., 2007) y en específico en la terapéutica de las adicciones debido a que logra contactar al individuo con sus emociones y facilita que el individuo se responsabilice sobre su toma de decisiones.

Objetivo

Que el paciente detecte distorsiones, errores y confusiones en la comprensión de la información, analice comportamientos en situaciones críticas contacte con sus emociones y se responsabilice sobre su toma de decisiones.

Método

El juego de roles consta de cuatro fases de acuerdo con Pasut, M. (1997, en Ocampo. Et al., 2007):

1. *Motivación.* Es guiada por el terapeuta que promueve un clima de confianza con el grupo y presenta conflictos relacionados con su consumo de tabaco para que se tomen en cuenta, como un tema de suma importancia.
2. *Preparación para la dramatización.* El terapeuta da a conocer los datos necesarios para la representación indicando cuál es el conflicto, qué personajes intervienen y qué situación se va a dramatizar.
3. *Dramatización.* Los pacientes asumen el rol protagónico y se esfuerzan por preparar el argumento pertinente por representar de un modo muy similar las situaciones que viven en su abandono del tabaco, tratando de encontrar un diálogo que evidencie el conflicto que presenta a sus compañeros de grupo.
4. *Debate.* Se analiza y valora los diferentes momentos de la situación planteada y se hacen las preguntas sobre el problema dramatizando, generando al final estrategias de afrontamiento. El papel del terapeuta en el juego de roles: es de moderador, guiando el debate hacia la consecución de nuevas soluciones y alternativas para solucionar el conflicto planteado, se debe explorar la problemática al máximo para poder establecer conclusiones y medir las consecuencias de las decisiones tomadas.

Entrenamiento En Solución De Problemas

Para Ocampo. Et al., (2007) los problemas o situaciones problemáticas son normales en nuestra vida cotidiana y ocurren a diario. Un problema es una situación real o imaginaria a la que tenemos que dar una solución, pero de la cual no disponemos en éste momento. Al no encontrar solución a un problema surge, o se incrementa, el estrés y otros estados emocionales negativos. Y, si se actúa, sin tener una solución adecuada, la respuesta que se da no se desea, de forma poco eficaz, o simplemente no se actúa al no encontrar solución.

El entrenamiento en solución de problemas a simple vista no tendría mucho que ver en el tratamiento de los pacientes con tabaquismo, sin embargo, es una técnica que debe ser utilizada, ya que, lo que reportan los mismos fumadores, muchas veces han aprendido a utilizar la descarga de nicotina, así como el manipular el tabaco para enfrentar los problemas cotidianos. Es por ello, que se debe entrenar a los pacientes para hacer frente a los problemas que se les presentarán frecuentemente (Ocampo. Et al., 2007).

Objetivo

Que el paciente obtenga habilidades de solución de conflictos que mejoren su estilo de vida y lo ayuden a mantener su abstinencia.

Método

Dentro de los cinco pasos en el entrenamiento en solución de problemas, se encuentran:

1. Especificar el problema: el primer paso es identificar las situaciones problemáticas. La gente tiende a crear algunos problemas, a pesar de que no hay ninguna situación intrínsecamente problemática. Es importante darse cuenta de que el tener problemas constituye un problema normal.
2. Perfilar respuesta: el segundo paso consiste en describir con detalles el problema y la respuesta habitual ha dicho problema. Se debe describir la situación y la respuesta en términos de quién, qué, dónde, cuándo, cómo y porqué, para ver el problema de forma más clara. Los detalles del lugar, estado de ánimo, sentimientos y pensamientos son más importantes porque proporcionan pistas para la génesis posterior de soluciones alternativas.
3. Hacer una lista con las alternativas: en esta fase de solución de problemas se utiliza la estrategia denominada "tempestad de ideas" para conseguir los objetivos recientemente formulados. Esta técnica tiene cuatro normas básicas: a) se excluyen las críticas; b) todo se vale; c) lo mejor es la cantidad; d) lo importante es la combinación y la mejora.

4. Observar las consecuencias: el siguiente paso consiste en seleccionar las estrategias más prometedoras y evaluar las consecuencias de ponerlas en práctica. Se debe escoger el objetivo alternativo más atractivo. Posteriormente se enumeran todas las consecuencias positivas y negativas que se ocurran. Una vez elaborada la lista de consecuencias, se revisa cada una de ellas y se analiza cuál es la probabilidad de que suceda. Si la consecuencia es improbable puede desecharse. Se deben analizar si la consecuencia es personal o social, y si es a largo plazo o a corto plazo.
5. Evaluar los resultados: ha llegado el momento de poner en práctica las decisiones. Dado que en el entrenamiento en solución de problemas para ir de un paso a otro se tiene que superar previamente el anterior. Cuando en un paso no hay suficiente información puede que se haya infravalorado o saltado una fase previa, se esté en una fase de entrenamiento, o la solución elegida no sea la adecuada. En este caso se recomienda volver a la fase o fases previas, para que una vez que haya sido realizada correctamente se puedan continuar con las siguientes.

Escritura Emocional Autorreflexiva Y Cartas De Despedida

En el curso de la historia la escritura ha tenido una influencia muy poderosa en los sentimientos, pensamientos y conductas de los individuos y las comunidades (Domínguez, 2002, en Ocampo. Et al., 2007). Se ha adoptado a la escritura en la terapéutica de adicción al tabaco en su modalidad de auto registro y narración, en el caso específico de las cartas de despedida como un medio de revelación emocional y de compromiso a largo plazo. Esto es, por medio de las cartas de despedida, se pretende, hacer que el fumador se haga consciente de sus emociones y características desplazadas al cigarro, así como hacer patente su decisión de abandonar el tabaco mediante un compromiso escrito a largo plazo.

Objetivos

Hacer consciente el desplazamiento de características propias del paciente al cigarro Identificar creencias irracionales. Hacer que el paciente se comprometa

por escrito a dejar de fumar. Aminorar el estrés generado en el paciente por el reciente abandono del tabaco por medio de la escritura.

Método

En la tercera sesión del programa de abandono del tabaco, ya sea individual o grupal, se les pide a los pacientes que elijan una fecha, para iniciar la abstinencia. Una vez fijada la fecha, se les dan las siguientes instrucciones:

"Durante toda la mañana y tarde del día ___ usted podrá fumar los cigarros que guste, A las doce de la noche del día ___ usted dejara de fumar, una vez que dieron las doce o en su defecto a la hora que usted se prepare para dormir ya no podrá fumarse ninguno más y en ese momento comenzara a escribir su carta de despedida al tabaco. Es muy importante que a la hora de elaborar su carta usted tome en cuenta todo el tiempo que lleva fumando y las situaciones que usted ha vivido en presencia del tabaco, así como las emociones que le produce el dejar definitivamente el tabaco, recuerde escribir todo lo que usted este sintiendo, todo lo que usted crea necesario, no importa si comete errores de ortografía o utiliza groserías, lo importante es escribir todo lo que usted quiera y/o necesite decirle al tabaco" (Ocampo. Et al., 2007).

Técnica De Reducción Gradual De Ingestión De Nicotina Y Alquitrán (RGINA)

Fue desarrollada por Foxx & Brown (1979, en Ocampo. Et al., 2007). Estos autores parten del supuesto de que la nicotina es el factor responsable de la dependencia de los cigarrillos y fumar lo consideran una conducta mantenida por factores fisiológicos y psicológicos; por tanto, la técnica se orienta a ambos componentes. En RGINA se combina un procedimiento de cambio semanal de marcas de cigarrillos con menor contenido de nicotina y alquitrán (siguiendo el criterio del 30, 60, 90% de reducción semanal en base a esta línea), acompañado de autoadvertencia, con autorregistros y representación gráfica de los cigarrillos fumados, siendo esto lo que constituye una técnica de autocontrol.

Para Foxx & Axelroth (1983, en Ocampo. Et al., 2007) la utilización de esta técnica tiene varias ventajas:

- 1) Se consigue un nivel de abstinencia adecuado y proporciona una meta alternativa para aquellos que continúan fumando: reducir la ingestión de nicotina y alquitrán.
- 2) Se tienen en cuenta los factores fisiológicos y psicológicos inherentes a la conducta de fumar.
- 3) Muestra un alto grado de validez, pues contiene el mismo tipo de modelo persuasivo subyacente que otros tratamientos para dejar de fumar que obtienen buenos resultados.
- 4) Como consecuencia de su no aversividad, se puede aplicar a todo tipo de fumadores y es menos probable que estos abandonen el tratamiento.
- 5) Este método es fácil de usar y es inherente a su estructura un "mecanismo de éxito": la reducción de nicotina y alquitrán.
- 6) Presenta las ventajas del tratamiento individual y de grupo.

Tanto por su eficacia, sobre todo dentro de un programa multicomponente, como por sus ventajas con respecto a otras técnicas, la carencia de efectos secundarios y la posibilidad de ser utilizada con cualquier tipo de fumador, esta técnica es una de las que más se está utilizando en el momento actual, resultando ser un elemento básico dentro de los programas multicomponentes.

Ésta es una técnica que se utiliza dentro de la CCT del HGM debido a que la mayoría de los pacientes que acuden a tratamiento para dejar de fumar, han tratado de cesar su consumo de nicotina drásticamente y no lo han logrado, además de factores emocionales como el miedo y la angustia que presenta el hecho de que los pacientes piensan que no van a poder dejar de fumar, por lo que es recomendable ir reduciendo su consumo poco a poco, siguiendo el criterio del 30, 60 y 90% de reducción semanal (Ocampo. Et al., 2007).

Objetivo

Permitir a los pacientes un decremento de nicotina, al igual que en la cantidad de cigarrros.

2.4 Instrumentos Psicométricos

ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT

Entre las pruebas de auto-reporte que se utilizaron en la Clínica Contra Tabaquismo del Hospital General de México, se encuentra la Escala de Impulsividad de Barratt, ya que es la que ha demostrado mayor confiabilidad y validez, utilizada en trastornos psiquiátricos y otro tipo de padecimientos en donde la impulsividad juega un papel importante (Cuevas & Hernández, 2008).

La Escala de impulsividad de Barratt (Patton, Stanford & Barratt, 1995, en Cuevas & Hernández, 2008), consta de 30 reactivos divididos en tres factores que miden: 1) la inatención e inestabilidad cognitiva, 2) impulsividad motora y carencia de perseverancia y 3) carencia de autocontrol e intolerancia de complejidad cognitiva.

Cuenta con un alfa de Crobach de 0.79 (Leshem & Glicksohn, 2007, en Cuevas & Hernández, 2008). La suma total de las respuestas muestra el nivel de impulsividad para cada una de las tres subescalas: impulsividad motora (se refiere a una tendencia a actuar sin pensar), impulsividad cognitiva (se relaciona con una propensión a tomar decisiones rápidamente) e impulsividad no planificada (se identifica con una tendencia a no trazar planes y realizar tareas de forma descuidada) (Barratt, 1985, en Cuevas & Hernández, 2008).

Test de Fagerström

El test de Fagerström es el instrumento más útil, de los que se dispone en la actualidad para medir el grado de dependencia física que los fumadores tienen por la nicotina. En México este instrumento fue validado por Becoña & Vázquez (1998) y Villareal-González (2009) realizó una adaptación en la codificación del instrumento, ya que la versión original estaba dirigida a fumadores y no a población en general, de tal manera que agregó a todos los ítems una opción de 0 para diferenciar a los sujetos consumidores de los no consumidores. El test consta de seis preguntas con respuestas múltiples que se contestan de manera individual o colectiva en un tiempo máximo de 7 minutos. Dependiendo de la respuesta que cada fumador dé a cada una de las preguntas se obtiene una determinada puntuación. Al sumar los puntos ganados en cada una de las

preguntas se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 10 puntos. Si el sujeto tiene entre 0 y 3 puntos se dice que su grado de dependencia es leve, si tiene entre 4 y 6 su grado es moderado y si tiene 7 o más su grado es intenso (Becoña & Vázquez, 1998). Las propiedades psicométricas del test de Fagerström de acuerdo con Becoña & Vázquez (1998) son las siguientes:

Confiabledad: En la escala original, el coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido en tres muestras clínicas oscilo de 0.56 a 0.64. El coeficiente de correlación intraclases (CCI) obtenido en la prueba test-retest, administrada inicialmente por teléfono y posteriormente mediante entrevista fue de 0.88. La adaptación Mexicana, obtuvo un coeficiente de consistencia interna de .97.

Validez: Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez convergente fueron moderados, con determinadas medidas biológicas, oscilaron de 0.25 a 0.40 y con el número de años de fumador se obtuvo una $r = 0.52$.

Cuestionario de Motivos del Fumador de Russell

Consta de 18 preguntas para identificar el motivo por el que la persona fuma: estímulo, manipulación, relajación, reducción de tensión, necesidad y costumbre. Con puntuaciones de 0 a 10 de acuerdo con la importancia del motivo. (Russell, Wilson, Taylor & Baker, 1979, en Leal, Ocampo & Cicero, 2010).

Inventario de Ansiedad: Rasgo- Estado (IDARE)

Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo; sin embargo, cuando la ansiedad se presenta como una diferencia individual, relativamente estable, se constituye como rasgo de la personalidad (Spielberger & Guerrero, 1975). Por tal motivo dentro de la Clínica Contra Tabaquismo del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga se utiliza este inventario para conocer los niveles de ansiedad que manejan los pacientes con tabaquismo.

El IDARE evalúa a personas con nivel educativo medio-superior en adelante en un tiempo de 15 a 20 minutos de aplicación y tiene como objetivo,

medir dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento) y Rasgo (como se siente generalmente).

Sus características son las siguientes: La escala A-Rasgo del Inventario de ansiedad, consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los examinados describir cómo se sienten generalmente. También consta de 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado.

La escala A-Rasgo se utiliza para la identificación de estudiantes de bachillerato y profesional propensos a la ansiedad y para evaluar el grado hasta el que los estudiantes que solicitan los servicios de asesoría psicológica o de orientación, son afectados por problemas de ansiedad neurótica.

La escala A-Estado es un indicador sensible del nivel de ansiedad transitoria experimentada por pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos.

Evidencia de validez de construcción de la Escala Rasgo de Ansiedad es observada en resultados de investigación con pacientes neuropsiquiátricos: éstos tienen sustancialmente puntajes medios más altos en comparación con sujetos normales (Spielberger, 1983, en S. Moscoso, 1998). Puntajes bajos en rasgo de ansiedad de pacientes con desórdenes de carácter, en quienes la ausencia de ansiedad es una condición importante para su definición, ofrece aun mayor evidencia de la validez discriminativa que posee el IDARE.

Asimismo el inventario de ansiedad: rasgo-estado ha demostrado tener una alta confiabilidad (alfa de cronbach de 0.83 para el IDARE-R y de 0.92 para el IDARE-E). Es aplicable en adultos, estudiantes y pacientes (Spielberger & Guerrero, 1975).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) e Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Asimismo se utilizaron los inventarios de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad de Beck, que han sido diseñadas para adultos. La realización de cada una de estas escalas requiere de 15 a 20 minutos. Se pide al sujeto que se puntúe a sí mismo en 21 ítems que refieren a aspectos cognitivos, afectivos y somáticos de la depresión o de la ansiedad. Se obtiene una puntuación global que proporciona un índice de la gravedad de la depresión, de la ansiedad o de ambas (Jenkins, C.S., Tinsley, J.A., & Van Loon, J.A., 2001).

El BAI consta de 21 reactivos, cada uno de los cuales se califica en una escala de 4 puntos, en la que 0 significa "poco o nada" y 3 "severamente" del síntoma en cuestión.

Las propiedades psicométricas del BAI en población mexicana fueron elaboradas por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001, en Hernández, 2007). La versión mexicana del BAI demostró una alta congruencia interna (alphas de .84 y .83 en estudiantes y adultos, respectivamente), alta confiabilidad test-retest ($r=.75$), validez convergente adecuada; por tanto, este instrumento se considera una medida válida de sintomatología ansiosa en población mexicana, (Robles. et al, 2001, en Hernández, 2007) y es utilizada para evaluar los estados ansiosos de pacientes, así como los niveles de estrés que pueden tolerar.

El BDI es uno de los instrumentos más empleados para la evaluación de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos (Beck & Steer, 1993, en Hernández, 2007). El BDI incluye 21 reactivos de síntomas de la depresión; cada uno consiste en un grupo de afirmaciones, de las cuales una tiene que ser seleccionada en relación con la forma en la que se ha sentido al paciente durante la semana. Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por los síntomas y se califican de 0 (mínimo) a 4 (severo). La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 21 reactivos, y la máxima puntuación es 64. Las categorías que evalúa son: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, sentimientos de culpa, sensación de castigo, autoaceptación,

autoacusación, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento, indecisión, imagen corporal, rendimiento laboral, trastornos de sueño, fatiga, apetito, pérdida de peso, preocupación somática, pérdida de la libido.

El estudio de validez y reproducibilidad en México fue realizado por Torres-Castillo, Hernández, E., y Ortega (1998, en Hernández, 2007) se encontraron datos de sensibilidad de 0.86 y una especificidad de 0.86. La versión en español del BDI posee propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de síntomas depresivos en población de habla hispana debido a los diversos resultados clinimétricos obtenidos en los estudios realizados en México (Hernández, 2007).

CAPÍTULO 3

TABAQUISMO

3.1 ¿Qué es el Tabaquismo?

La organización Mundial de la Salud (OMS, en F. Roothmann, 2003) define al tabaquismo como la dependencia a la nicotina del tabaco, la cual produce, luego de una ingesta constante, diversas enfermedades en el cuerpo humano. El tabaquismo también puede ser considerado como una enfermedad ocasionada por la intoxicación crónica del organismo, como producto del abuso del tabaco (F. Roothmann, 2003). De igual forma, se considera una enfermedad adictiva crónica, una pandemia del presente siglo que de acuerdo con Ponciano & Morales (2007) afecta a todos los grupos étnicos y no tiene fronteras ni limitaciones de género, edad, estrato sociocultural o religión y constituye la principal causa de muerte evitable en el mundo (OMS, 2009 en Nazira, C., 2012).

Asimismo puede definirse como una entidad clínica debido a la adicción producida por la nicotina del tabaco, expresada por la necesidad compulsiva de consumir tabaco y la dificultad para abandonarlo, determinando de esta forma que existe una dependencia al tabaco. (Becoña, Palomares & García, 2002, en García, 2011). Por otra parte, existe otra definición que abarca a los fumadores pasivos o de humo de segunda mano que son aquellas personas que no consumen el tabaco, pero que se encuentran expuestas a la toxicidad de los productos derivados de la combustión del tabaco en formas pasivas (F. Roothmann, 2003).

3.2 Epidemiología del Tabaquismo

Un problema de salud pública mundial es el consumo de tabaco, que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo representa la segunda causa principal de muerte en el mundo (Kuri, M.M., González- Roldán, F., Hoy, J., & Cortés, R. M., 2006); esto supone que cada día mueren en el mundo cerca de 14 000 personas (cinco millones al año) por alguna

de las múltiples enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco (OMS, 2006., en Ponciano & Morales, 2007). Asimismo la OMS considera al tabaquismo como la principal causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte prematura a nivel mundial (World Health Organization. Tobacco free initiative. WHO, 2006, en Ponciano & Morales, 2007).

Actualmente el tabaquismo ocasiona 6 millones de muertes anuales (Zabert, Chatkin & Ponciano, 2010). Según estimaciones de la OMS (2008), en el siglo XX ocurrieron 100 millones de defunciones por enfermedades atribuibles al tabaco (Nazira, 2012). De continuar la tendencia actual, en 2030 el tabaco matará a más de 8 millones de personas al año; el 80% de esas muertes prematuras se registrarán en los países de ingresos bajos y medios. De no adoptar medidas urgentes, el tabaco podría matar a lo largo del siglo XXI a más de mil millones de personas (WHO, 2011, en ENA, 2011).

Por su parte, Zabert. Et al. (2010) mencionan que si los patrones de consumo de tabaco se mantienen, las muertes superarán los 10 millones anuales y 8 de cada 10 muertes ocurrirán en países en vías de desarrollo en el año 2030. La mitad de estas muertes corresponderán a personas adultas de mediana edad, quienes habrán perdido más de veinte años de su vida (OMS, 2010^a, en Nazira, 2012). Incluyendo tanto a los fumadores activos como a quienes se exponen de manera involuntaria al humo de los cigarrillos (Sansores, H.R., Pérez- Bautista, O., & Ramírez, V.A., 2010).

En la actualidad, alrededor de 1 300 millones de personas en el mundo consumen tabaco; casi 1 000 millones son hombres y 250 millones son mujeres (American Cancer Society, ACS., en OMS, 2003; Kuri, M.M., Et al., 2006). Además de la magnitud de la epidemia deben agregarse los costos elevados consecutivos al consumo de tabaco, en particular en países en vías de desarrollo. Estos costos incluyen los de la atención de las enfermedades secundarias al tabaquismo, la muerte en edades productivas y la disminución de la productividad en los enfermos, entre otros. Sin embargo, el panorama es aún más sombrío al

considerar la relación estrecha entre el tabaquismo y la pobreza, ya que de acuerdo con la OMS, las familias de escasos recursos ocupan hasta 10% del gasto familiar para adquirir tabaco, lo que a su vez modifica la dinámica familiar al disponer de menores recursos para la alimentación, la educación y la atención a la salud. (Kuri, M.M., Et al., 2006).

A pesar del conocimiento que hoy tenemos del tabaco, su consumo continúa aumentando en todo el mundo. La epidemia sigue expandiéndose, especialmente en los países en vía de desarrollo y de medianos ingresos. La industria tabacalera tiene un enorme mercado potencial en estos países, donde suelen existir medidas menos estrictas sobre el control del tabaco, y donde encuentran un gran número de posibles nuevos clientes (Kuri, M.M., Et al., 2006).

Hoy en día la evidencia científica generada en los últimos 40 años demuestra que el tabaco es uno de los productos más nocivos para la salud y que la nicotina es una sustancia que induce adicción, por lo que el combate a su consumo se ha convertido para todos los sistemas de salud del mundo en una prioridad. En este panorama mundial, se reconoce como un logro el establecimiento por la OMS del Convenio Marco para el Control del Tabaco, que permite a los países suscritos conjuntar políticas, directrices, esfuerzos y recursos para combatir el tabaco en todo el mundo. México fue el primer país en América Latina en refrendar el Convenio Marco para el Control del Tabaco tras reconocer la magnitud del problema que ocasiona el consumo de tabaco, tanto en adultos como en menores de edad (Vázquez, Sesma, Vázquez, S. & Hernández, 2002, en Kuri, M.M., Et al., 2006).

Este convenio entró en vigor el 27 de febrero de 2005, luego de que lo ratificaron más de 40 países. Mediante esta firma se demuestra que los gobiernos de los países del mundo están comprometidos con la disminución del tabaquismo y sus efectos sobre la salud de sus poblaciones (OMS, 2005, en Kuri, M.M., Et al., 2006).

Para el éxito de la lucha contra el tabaquismo es indispensable contar con información y análisis permanentes, con objeto de orientar las medidas de prevención y control que fortalezcan la política fiscal del tabaco, eliminar la publicidad de los productos, crear ambientes y espacios libres de humo, evitar el acceso de los adolescentes al producto, suministrar información de manera permanente a la población sobre los daños, ofrecer opciones de tratamiento a los fumadores y propiciar la sustitución de cultivos (Kuri, M.M., Et al. 2006).

3.3 Epidemiología del Tabaquismo en México

El tabaquismo en México como en el resto del mundo va en aumento y se considera como uno de los principales problemas de salud pública (Lira, M., González, J.B., Carrascoza, F.V., Ayala, V., Cruz, M., & Sara, E., 2009). Tiene una alta prevalencia, donde se ven afectados con frecuencia, grupos vulnerables para iniciarse en la adicción, como son los niños, jóvenes y mujeres. Los reportes nacionales e internacionales refieren que actualmente existen alrededor de 1 300 millones de fumadores en el mundo (OMS, 2006, en Ocampo. Et al., 2007). En México existen más de 16 millones de fumadores que en 10 años tendrán 45% de probabilidades de tener alguna enfermedad respiratoria (Medina, Bores, Fleiz, Rojas, Zambrano, Villatoro & Aguilar, 2006, en Urdapilleta, H., Sansores, R., Ramírez, V., Méndez, G., Lara, R., Guzmán, B., Ayala, G., Haro, F., Cansino, R., & Moreno, C., 2010). Aproximadamente un 28% de personas del área urbana entre 12 y 65 años de edad son fumadoras activas. Observándose un incremento del número de fumadores, de 9 millones en 1988 a casi 16 millones en 2006 (Encuesta Nacional de Adicciones, ENA, 2002, en Ocampo. Et al., 2007). Para el 2009, la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS), señala que el 15.9% de la población mexicana mayor de 15 años es fumadora. Esto lo convierte en un problema de salud pública de alto impacto debido a los riesgos que conlleva el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco que no sólo afecta al fumador sino también a terceras personas. Asimismo, el consumo de tabaco representa un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo.

Por otra parte, las mujeres se han perfilado como un mercado atractivo para las empresas tabacaleras, quienes han buscado la forma de llamar su atención a través de nuevos productos orientados especialmente hacia ellas (Secretaría de Salud, SSA, 2012). Este consumo en mujeres es preocupante, pues las niñas se están iniciando a más temprana edad y han alcanzado los mismos niveles de consumo que los varones (OPS, 2000, en Ocampo. Et al., 2007). Por ejemplo, en México el consumo para principios de este siglo por cada varón que iniciaba era de 4 a 1, en la actualidad es de 1 a 1 (ENA, 2002, en Ocampo. Et al., 2007). Llama la atención el incremento del tabaquismo en mujeres jóvenes, lo que cobra relevancia si se toma en cuenta que la adicción a la nicotina es más severa en el sexo femenino y que existe mayor susceptibilidad al desarrollo de enfermedades asociadas al consumo de tabaco en mujeres, como es el caso del enfisema pulmonar y el cáncer de pulmón. Lo anterior, plantea el reto de detener esta tendencia, de lo contrario, la carga sobre el Sistema Nacional de Salud, representará una verdadera epidemia de los padecimientos asociados al consumo de tabaco entre mujeres para los siguientes 20 a 30 años.

En nuestro país los niños se inician a fumar a corta edad y como consecuencia los padecimientos de los fumadores se presentan a más temprana edad, es decir, el consumo de tabaco ocurre en las etapas de la niñez y la adolescencia (ENA, 2002), donde el desarrollo físico e intelectual del individuo es crucial y de suma importancia para su vida adulta.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), señala que el (21.7%) de la población mexicana es fumadora activa, lo cual representa alrededor de 17.3 millones de mexicanos fumadores. El 31.4% de los hombres y el 12.6% de las mujeres son fumadores activos (12 millones de hombres y 5.2 millones de mujeres). El 8.9% de la población en este grupo de edad reportó ser fumador diario (7.1 millones); al desagregar por sexo, el 13.2% de los hombres y 4.8% de las mujeres fuman diariamente. El 26.4% (21 millones) reportaron ser ex fumadores, 20.1% ser ex fumadores ocasionales y el 51.9% (41.3 millones de mexicanos) de la población reportó nunca haber fumado.

Con respecto a la población fumadora, los datos más recientes presentados en 2011 por la Encuesta Nacional de Adicciones, encontraron que en las localidades urbanas el 23.3% de la población que tiene entre 12 y 65 años de edad son fumadores activos. En las localidades rurales la población fumadora entre los 12 y 65 años corresponde al 16.1% y la población ex fumadora al 26.4%. Lo que significa que en la población urbana el consumo de tabaco está más presente, tal vez por la mayor facilidad de acceso a los productos derivados del tabaco, o quizás a que en las zonas urbanas existen mayores ingresos económicos que permiten adquirir estos productos (SSA, 2012).

Aunque la población de fumadores activos se estime entre las edades de 12 a 64 años, el grupo más atractivo para la industria es el de 15 a 44 años que concentra el 47.5% de la población total del país, que corresponde a la población más joven económicamente activa; y que se observa como la población blanco principal de nuevos fumadores para la industria tabacalera (SSA, 2012).

Considerando las regiones establecidas por la ENA 2011, el Distrito Federal presenta la prevalencia estimada más alta en el país (30.8%), seguido de la región Occidental (Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Colima y Nayarit) que reporta una prevalencia de 24.7 %. En orden descendente, se encuentra la región Nororiental (Nuevo León, Tamaulipas y San Luis Potosí) con una prevalencia de 24.6%, la región Norte Centro (Coahuila, Chihuahua y Durango) de 24.4%, la región Centro (Puebla, Tlaxcala, Morelos, Estado de México, Hidalgo, Querétaro y Guanajuato) de 21.6% y la región Noroccidental (Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa) con una prevalencia de 20.6%. Las prevalencias más bajas se observaron en las regiones Centro Sur (Veracruz, Oaxaca, Guerrero y Michoacán) y Sur (Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco) con una prevalencia de 18% y 13.7% respectivamente.

Como anteriormente se señaló, en México la industria tabacalera ha sido un factor protagonista en la masificación del consumo y la distribución de los productos elaborados a partir del tabaco. Sin lugar a dudas en nuestro país como

en el mundo, el cigarrillo es el producto de esta industria que más se consume y que representa mayores ganancias para las tabacaleras. Es la forma de consumo de tabaco más popular alrededor del mundo y la de mayor penetración en los nuevos consumidores. El consumo mexicano de cigarrillos se encuentra entre los 40 mil y 60 mil millones de unidades al año. Por lo que la industria tabacalera está lejos de aceptar terminar con la producción y distribución de cigarrillos en el país.

Asimismo, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) en el ámbito nacional, los fumadores diarios entre 12 y 65 años, en promedio, inician el consumo diario de tabaco a los 20.4 años; los hombres a los 20 años y las mujeres a los 21.7 años. Cuando se compara por grupos de edad, la edad promedio de inicio de consumo diario de cigarrillos fue de 14.1 años en adolescentes y de 17.4 años en adultos, respectivamente.

Considerando las definiciones utilizadas anteriormente, la ENA 2011 reporta una prevalencia de fumadores activos en los adolescentes de 12.3%, lo que corresponde a 1.7 millones de adolescentes fumadores. Los adolescentes fumadores son principalmente ocasionales (10.4%), siendo solo el 2% (263 mil adolescentes) los que fuman diariamente. La prevalencia de ex fumadores es de 9.9% (1.3 millones de adolescentes) siendo ésta principalmente de aquellos que fumaban ocasionalmente. El 77.8% (10.5 millones) de los adolescentes mexicanos nunca ha fumado.

Los fumadores adolescentes diarios consumen en promedio 4.1 cigarrillos al día. Al separar por sexo, los hombres consumen en promedio 4.2 cigarrillos, mientras que las mujeres en promedio 3.6 cigarrillos. La moda es de 1 cigarrillo diario y la mediana de 3 cigarrillos al día.

En México, los fumadores diarios fuman en promedio 6.5 cigarrillos al día, los hombres 6.8 y las mujeres 5.6. La moda es de 2 cigarrillos diarios y la mediana de 4 cigarrillos al día. El 57% de los jóvenes de entre 15 a 24 años fuma de 1 a 5 cigarrillos diariamente; el 31% de éstos de 6 a 10 y el 8.3% más de 20 cigarrillos.

La duración promedio del hábito de fumar diariamente en los adolescentes (12 – 17 años) fue de 2.2 años y de 11.4 años en los adultos (18 – 65 años). El 85.3% de los fumadores activos consume menos de 16 cigarrillos al día; 11.7%, de 16 a 25 cigarrillos, y cerca de 3%, más de 25 cigarrillos.

Las dos razones más importantes para el inicio del consumo de tabaco fueron la curiosidad y la convivencia con fumadores. El 60% de los fumadores hombres y mujeres inició el consumo de tabaco por curiosidad; 29.8% de los hombres y 26.9% de las mujeres iniciaron el consumo por convivencia con familiares, amigos o compañeros fumadores. El 68.6% de los adolescentes inició por curiosidad y 24.1%, por influencia de familiares, amigos o compañeros fumadores. Con base en estos hallazgos, podemos concluir que las razones de inicio son las mismas entre la población joven y adulta.

Por otro lado, la exposición al humo del tabaco en el ambiente es otro de los problemas que últimamente se le ha dado la importancia que merece en las políticas y programas diseñados para combatir el tabaquismo. El humo de tabaco afecta de forma similar tanto al fumador como al no fumador. Ya sea en el trabajo, en el hogar, o en lugares públicos, la exposición al humo del tabaco ambiental puede traer consecuencias de salud a las personas no fumadoras. Por lo que un (25.5%) de los hombres y un (22%) de las mujeres tienen exposición al humo de tabaco ambiental. En cuanto a los grupos de edad, los adolescentes tienen un (27.3%) y los adultos un (22%).

La ENA 2011, también reporta una prevalencia de exposición al humo de tabaco ambiental de 30.2%, esto quiere decir que 12.5 millones de mexicanos que nunca han fumado se encuentran expuestos al humo de segunda mano. El 26.1% de los adultos y el 36.4% de los adolescentes reportaron estar expuestos al humo de segunda mano. Esta exposición es más frecuente entre la población joven, siendo mayor entre los adolescentes de 15 a 17 años y los adultos jóvenes de 18 a 25 años. La población está expuesta principalmente en el hogar (18%) y en los

lugares de trabajo (10.2%). Para las mujeres el principal sitio de exposición es el hogar (19.7%), mientras que para los hombres es el trabajo (18.2%).

Algunas de las características de los fumadores activos, tanto adolescentes como adultos que fumaron cigarrillos, son las siguientes: 75.4% de los adultos y 56.4% de los adolescentes le "dan el golpe" al cigarro algunas veces o siempre; 3.2% de los adolescentes y 11% de los adultos fuman el primer cigarrillo del día durante la primera media hora después de levantarse; en más de 92% de los casos, tanto de adolescentes como de adultos, el período en el que fuman con mayor frecuencia corresponde al transcurso de la tarde y la noche.

Esta encuesta también cuestionó sobre las estrategias para dejar de fumar, solicitándole información a los fumadores activos (18-65 años) sobre la posibilidad de dejar de fumar. Sólo 9.6% de los adolescentes y 12.3% de los adultos contestaron que les sería difícil abstenerse de fumar en lugares públicos. El 42.3% de los adolescentes y 51.3% de los adultos han intentado dejar de fumar alguna vez. Las principales formas que probaron incluyeron: dejar de fumar súbitamente (49.9% de los adolescentes y 59.4% de los adultos); dejar de comprar cigarrillos (19.4% de los adolescentes y 15.8% de los adultos), y disminuir gradualmente el número de cigarrillos (9.8% de los adolescentes y 12.1% de los adultos). Únicamente 0.6% de los adolescentes y 2.6% de los adultos se han sometido a algún tratamiento para dejar de fumar.

El 51.2% de los fumadores activos adolescentes y 72% de los fumadores activos adultos han escuchado hablar sobre algún medicamento que ayuda a dejar de fumar. De los fumadores activos (adultos 18-65 años), 52.4% está de acuerdo en que, si decidiera dejar de fumar, las medicinas (goma de mascar, parches con nicotina y Bupropion) le ayudaría a hacerlo; 37.1% opinó que dichas medicinas son muy caras; 29.5% contestó que estas medicinas pueden dañar la salud, y 16.9% contestó que esas medicinas son muy difíciles de conseguir. Finalmente, 75.7% mencionó que si decidiera dejar de fumar, podría hacerlo sin la ayuda de las medicinas mencionadas.

En el ámbito nacional, 17.1%, cerca de 13 millones, de los mexicanos corresponde a ex fumadores. La edad promedio en la que los adultos que habiendo fumado alguna vez en su vida y que al momento de la encuesta se consideraban ex fumadores dejaron de fumar fue de 27.7 años de edad: 29 años en el caso de los hombres y 25.6 años en el de las mujeres. Estos ex fumadores fumaban en promedio 8.6 cigarrillos al día; 9.6, los hombres y 6.4, las mujeres. Las principales razones por las que los ex fumadores dejaron de fumar incluyeron: por conciencia del daño a la salud (38.3%) y por haberse hartado de fumar (18.4%).

Para los ex-fumadores diarios, la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS, 2009), señala que entre mayor edad tenga el fumador más tasa de abandono del tabaco existe. Al parecer los problemas causados por el consumo vienen haciéndose evidentes, por lo cual el abandono es una necesidad inmediata que obliga dejar definitivamente el consumo de tabaco.

En las zonas rurales la tasa de abandono es mayor que en la zona suburbana y urbana. Asimismo, los que cuentan con educación no formal cuentan con mayor tasa de abandono entre todos los niveles educativos. De la misma forma, las mujeres son quienes consiguen una tasa de abandono más alta que los hombres, con 33.1, contra el 31.6 de los hombres. Asimismo, el 11.8% de los fumadores hombres fuma diario y tan sólo el 3.7% de las mujeres fuma diario (SSA, 2012).

En cuanto al contexto socioeconómico, un fumador activo promedio en nuestro país gasta en consumo aproximadamente \$456.8 en cigarrillos al mes, lo que corresponde, a un gasto de 15% de dos salarios mínimos mensuales. Condición que incide en la calidad de vida de las familias con mayor grado de marginación, puesto que además de la necesidad de subsistir en lastimosas condiciones, existe la dependencia al tabaco que flagela al presupuesto familiar (SSA, 2012). El 71.3% de los fumadores activos que fuman ocasionalmente estimaron gastar menos de 20 pesos a la semana, o bien, 80 pesos por mes.

El Estado mexicano gasta 45 mil millones de pesos anuales relacionados al consumo de tabaco. Pero los costos de las enfermedades atribuidas al tabaco varían según el tamaño de la institución y el grupo de enfermedades. En México se recauda menos por impuestos comparado con el gasto público en atención médica directa por las enfermedades atribuibles a tabaco. Se estima que la recaudación por impuestos al tabaco (IEPS) en 2008 fue de \$25 mil millones de pesos, mientras los costos de atención médica estimados son de \$45 mil millones.

Según la información arrojada por las Encuestas Nacionales de Adicciones, en 20 años la prevalencia de tabaquismo en México ha venido a disminuir gradualmente poco más de 5 por ciento. De 25.8% a 20.4%. En cuanto a la prevalencia en los hombres ha pasado de 38.3% a 29.8%, lo que significa una disminución importante del consumo de tabaco. Por su parte, las mujeres consumen mucho menos tabaco y pasan de un 14.4% en 1988 a 11.8% en 2008.

De la misma forma, en las últimas dos encuestas realizadas, el porcentaje de fumadores disminuyó de (23.47%) en el 2002 a (18.5%) en el 2008.

Los exfumadores no tuvieron un cambio considerable y los mexicanos que nunca han fumado pasaron de un (59.1%) en 2002 a (64.4%) en 2008.

Estos son datos importantes que muestran el avance que ha tenido la lucha contra el tabaquismo y el comportamiento que se espera para nuestra población si los programas contra el tabaquismo siguen dando resultados más consistentes. Asimismo, estos resultados muestran la importancia de acciones permanentes y más efectivas para la reducción de la demanda. Si se compara la prevalencia de consumo de tabaco entre adolescentes y adultos mexicanos, es posible comprobar que mientras la población adulta muestra una reducción de la prevalencia en el consumo de tabaco, la población joven muestra una tendencia al alza.

3.3.1 Pictogramas y advertencias sanitarias

En México, a partir de Septiembre de 2010 las cajetillas de cigarros deben exhibir las advertencias sanitarias que incluyen textos y pictogramas en los que se muestran los daños a la salud ocasionados por el consumo de tabaco. La ENA 2011 aplicó una serie de preguntas orientadas a conocer las reacciones hacia las advertencias sanitarias en las cajetillas de cigarros, que se han asociado con el dejar de fumar en otros estudios.

Los indicadores de atención muestran que el 55.7% de los participantes que fuman han notado con mucha frecuencia las advertencias con imágenes que se muestran en las cajetillas de cigarros y el 47.5% han leído con mucha frecuencia las advertencias. Respecto a indicadores que miden el impacto cognitivo, el 54.9% refiere que con mucha frecuencia las advertencias en cajetillas le hacen pensar en los daños que causa fumar y el 47% opina que las advertencias le hacen pensar en dejar de fumar. Finalmente, el 28.1% de los fumadores contestó que con mucha frecuencia las advertencias en cajetillas evitaron que fumara cuando estaba por prender un cigarro.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se observó que el 39.4% de los participantes ha oído hablar o visto un número telefónico gratuito 01800, línea telefónica que ofrece consejos sobre cómo dejar de fumar, el cual es un servicio que se promueve en la advertencia en cajetillas. Sin embargo, sólo el 2% refiere haber llamado al número para pedir consejos sobre cómo dejar de fumar.

3.3.2 Mortalidad relacionada al tabaquismo en México

En cuanto a las cifras de mortalidad en México debido al consumo de tabaco, se estima que diariamente mueren 165 personas, es decir al año ocurren más de 60 mil defunciones (Kuri, M.M., Et al., 2006). La mortalidad atribuible a las enfermedades relacionadas al tabaquismo es uno de las grandes preocupaciones para la OMS y para los gobiernos y sistemas de salud en todo el mundo. En nuestro país, se han registrado del año 1998 al año 2009 un total de 1 297 421

mueres en todas las enfermedades clasificadas para este estudio. Siendo el 2009 la tasa más alta con 119.2% (SSA, 2012), relacionado con las cuatro enfermedades que representan las mayores causas de muerte en el país. Cabe señalar que los casos concretos de muerte como consecuencia de las enfermedades son: para enfermedad isquémica del corazón son 22,778 personas; enfisema pulmonar 17,390 personas; para enfermedad cerebro-vascular (ECV) se registran 13,751 casos, y para el cáncer pulmonar se registraron 6,168 casos de muerte.

Los costos anuales de atención médica atribuibles al consumo activo de tabaco en México, por tan sólo cuatro de las enfermedades más estudiadas, se estimaron para 2009 en montos que van de entre 23 mil millones de pesos a 43 mil millones de pesos. Estas estimaciones de costos corresponden al límite inferior de la estimación de costos de atención médica a nivel nacional, pues no se toman en cuenta los costos por todas las enfermedades atribuibles al consumo activo de tabaco, ni las pérdidas sustanciales de productividad, las cuales deben ser siempre consideradas. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se encontró que anualmente la atención médica de las principales enfermedades atribuidas al tabaco se estimaron en 7000 millones de pesos, es decir, el 5% del gasto total de operación nacional.

Por lo tanto, la atención y tratamiento de los fumadores no sólo se ve reflejado en el gasto económico del individuo que fuma y sus familiares, también la atención de estos padecimientos representa un gasto de 30 mil millones de pesos al año, es decir, 0.3% de presupuesto del Producto Interno Bruto (Conadic, 2004).

3.4 Componentes del Tabaco

El tabaco tiene alrededor de 4870 sustancias químicas, de las cuales más de 400 son tóxicas y 40 de ellas son responsables de producir cáncer y otras enfermedades como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), sin embargo, sólo hay cuatro sustancias presentes en el tabaco con capacidad de

generar adicción (alcaloides) de las cuales tres son secundarias: nicotianina, nicotinina, nicotellina y la cuarta y más importante nicotina (Bello, Michalland, Soto, Contreras & Salinas 2005, en Ocampo. Et al., 2007). Las principales sustancias presentes en el tabaco, que provocan un daño irreversible en la salud de fumadores y no fumadores; se dividen en tres subtipos:

Carcinógenos: Entre los carcinógenos se encuentran los alquitranes sustancias de color oscuro, de aspecto untoso que desprende un olor y tiene un sabor desagradable, no es un compuesto único, ya que con este nombre se engloban alrededor de 500 componentes (British American Tobacco, BAT, 2007, en Ocampo, A., Et al., 207).

Irritantes y tóxicos: Las sustancias irritantes y tóxicas del tabaco dificultan la función de los cilios que son los que tapizan la mucosa del árbol respiratorio y se encargan de limpiar los microorganismos que penetran con el aire inspirado. Facilitando la entrada a gases y partículas altamente dañinas (Bello. Et al., 2005, en Ocampo. Et al., 2007).

Una de las sustancias tóxicas en forma de gas que se encuentran en el tabaco es el monóxido de carbono, una gas incoloro, de elevado poder tóxico, que se produce durante la combustión del tabaco a muy alta temperatura y permite la entrada de todas las demás sustancias (Ruiz, Rodríguez, Rubio & Hardisson, 2004, en Ocampo. Et al., 2007), en donde el papel de la envoltura es una fuente importante de producción tóxica añadida (García- Tenorio, 2000, en Ocampo. Et al., 2007).

Adictivos: Como ya se mencionó, la sustancia adictiva y más estudiada es el alcaloide llamado nicotina, el cual es incoloro, oleaginoso, volátil e intensamente alcalino, se cree que es la sustancia responsable del sabor característico del tabaco, crea la dependencia, su uso compulsivo, tolerancia y síndrome de abstinencia (García- Tenorio, 2000, en Ocampo. Et al., 2007).

La mayoría de los cigarrillos del mercado contienen 10 mg o más de nicotina, de la cual se inhala entre 1 y 2 mg/cigarrillo (Leshner, 2001, en Ruíz, M., Rodríguez, G., Rubio, C., Revert, C., & Hardisson, A., 2004). Si bien la nicotina

es el principal componente adictivo del tabaco, la planta de tabaco suele contener otros alcaloides, farmacológicamente activos, responsables de la adicción como son (Balfour & Fargeström, 1996, en Ocampo. Et al., 2007): Nornicotina, Anabasina, Miosmesina, Nicotirina, Natabina Oxinicotina y Ácido Nicotínico. La participación conjunta de todas estas sustancias representa cerca de 8 al 12% del total de alcaloides del tabaco.

3.5 Daños a la Salud Ocasionados por el Tabaquismo

Hay que contemplar, que el daño a la salud provocado por el consumo de tabaco no sólo incapacita y mata al que lo consume también compromete a la persona que convive con este y consume el humo de segunda mano (Ocampo. Et al., 2007).

Si bien es cierto que desde hace más de 50 años se han realizado diversas investigaciones sobre los daños a la salud ocasionados por el tabaquismo, existen estudios que se realizaron de manera intuitiva nos da un panorama general acerca del debate histórico entre el tabaco y la salud.

Las principales investigaciones documentadas, se llevan a cabo en el siglo XX siendo los pioneros del tema Doll y Hill, quienes en 1950 valoraron el hábito de fumar y la contaminación del aire como consecuencias de algunas enfermedades como el cáncer, enfermedades vasculares y respiratorias y algunos padecimientos del feto (Samet, 2002, en Ocampo. Et al., 2007).

Por lo anterior, se conoce que el mundo tuvo que esperar, después de la Segunda Guerra Mundial, más de 30 años para comprender que el tabaquismo era causante de diversas enfermedades entre las que destacan el cáncer de pulmón y el enfisema pulmonar (Samet, 2002, en Ocampo. Et al., 2007).

El tabaquismo es considerado un problema de salud pública de los países desarrollados y subdesarrollados (Infante & Rubi, 2004, en Ocampo. Et al., 2007); ya desde 1958 los doctores Doll y Hill declararon que la inhalación de las diversas sustancias incluidas en el tabaco, crea enfermedades crónico degenerativas que llevan a incapacidad y muerte prematura; esto se relaciona directamente con el

número de cigarrillos fumados por día, los años de fumar y la profundidad de la inhalación se correlacionan positivamente con la frecuencia de enfermedades.

Asimismo, el tabaquismo es considerado como la principal causa de muerte evitable en el mundo y de un gran abanico de problemas de salud ampliamente contrastados. Sin embargo, la lista de afecciones que causa el consumo de tabaco ha aumentado (OMS, 2004, en Ocampo. Et al., 2007). En México el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) desde 1987 presentó los daños que causa el consumo de tabaco en enfermedades respiratorias, neoplásicas, cardiovasculares, gastrointestinales, perinatales y bucales.

Las principales alteraciones debidas a la acción de la Nicotina dentro del organismo son (Martín, R., Et al., 2004):

- ✓ **Efectos Neuroendocrinos:** Aumento de la liberación de hormona adrenocorticotropa, cortisol, vasopresina, aldosterona, hormona del crecimiento y prolactina.
- ✓ **Aparato Circulatorio:** Aumento de la presión sanguínea, vasoconstricción a nivel de pequeños vasos periféricos, lo que implica menor aporte sanguíneo a la parte irrigada y disminución de la temperatura sobre todo en manos y pies.
- ✓ **Sistema Gastrointestinal:** Reducción o supresión de las contracciones de la pared gástrica, y aumento de las secreciones ácidas del estómago, lo que puede originar la aparición de gastritis y úlceras, o dificultar su tratamiento. La nicotina suprime la liberación de insulina del páncreas.
- ✓ **Sistema Respiratorio:** El aumento de la frecuencia respiratoria hace que se reduzca la función inmunitaria del pulmón, lo que favorece la aparición de infecciones y el desarrollo de neoplasias.
- ✓ **Perfil Lipídico:** Aumento de los niveles de colesterol-lipoproteínas de baja densidad, a su vez que disminuyen las concentraciones de colesterol-lipoproteínas de alta densidad. Esto favorece la formación de placas de ateroma.

- ✓ **Coagulación:** Aumento en el recuento celular y en el tamaño, y disminuye en la capacidad de deformación. Favorece la aparición de trombos intrvasculares.
- ✓ **Metabolismo:** Aumento del metabolismo basal. Se producen interacciones con muchas sustancias, incluidos fármacos, que utilizan la misma vía de metabolización que la nicotina, bien compitiendo con ellos o acelerándolo.

La intensidad de los efectos tóxicos va a depender de la cantidad de cigarrillos fumados por día, del número de inhalaciones y de la profundidad de las mismas, del tipo de cigarrillo, así como de la antigüedad del consumo. Uno de los efectos tóxicos más importante es el cáncer, que se produce por la exposición a una combinación de cancerígenos potenciales, o bien a la exposición de determinadas sustancias que a pequeñas dosis no son peligrosas pero si tras acumulación en el organismo (Martín, R., Et al., 2004).

Dentro de las enfermedades causadas por el tabaquismo se encuentran (Ocampo. Et al., 2007):

- **Cáncer (Neoplásica):** Cáncer de Pulmón, Cáncer de Laringe, Cáncer de esófago, Cáncer de faringe, Cáncer en cavidad oral, Cáncer de Vejiga, Cáncer de riñón, Cáncer de Próstata y Cáncer uterino.
- **Enfermedad Cardiovascular:** Hipertensión arterial, Hipercolesterolemia, Enfermedad coronaria, Infarto de Miocardio, accidente cerebrovascular, arteriosclerosis, Enfermedad oclusiva arterial periférica, Aneurisma aórtico, Hemorragia subaracnoidea.
- **Enfermedad Respiratoria:** Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad respiratoria inespecífica crónica, bronquitis crónica, asma, sinusitis crónica, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, hiperreactividad bronquial.
- **Enfermedad Gastrointestinal:** Úlcera péptica, gastritis.

- **Enfermedad Bucal:** Estomatitis nicotínica, caries, gingivitis, halitosis, lengua vellosa, leucoplasia, melanosis del fumador, queriatis del fumador, periodontitis, xeastomia.
- **Enfermedad Perinatal y natal:** Aborto espontáneo, placenta previa, parto prematuro, bajo peso al nacer, riesgo de muerte súbita, retraso en crecimiento postnatal y desarrollo cognitivo a largo plazo. Mayor riesgo de enfermedades respiratorias.
- **Otras:** Osteoporosis, infertilidad, cataratas, psoriasis, otitis, eyaculación precoz, menopausia anticipada, aumento de colesterol y triglicéridos, alteración de sentido del gusto y del olfato, disminución de contracciones estomacales acentuándose sensación de hambre, se impide la absorción y utilización del complejo vitamínico B.

Dentro de los daños que son causados por el tabaquismo se debe tomar en cuenta aquellos que aparecen en las personas alrededor del fumador, es decir, los fumadores pasivos o de humo de segunda mano (Tovar & López, 2000, en Ocampo. Et al., 2007).

El humo de tabaco lleva dos corrientes, la principal (CP) que es la que inhala-exhala el fumador y la corriente secundaria (CS) que sale de la brasa que arde del cigarrillo y se expande en el ambiente, el cual es llamado, humo de segunda mano, el cual convierte a las personas que conviven con los fumadores en fumadores pasivos, involuntarios o de segunda mano, ya que lo inhalan y es altamente nocivo para la salud (Samet, 2002, en Ocampo. Et al., 2007). Es por ello que los fumadores pasivos padecen diversos daños a la salud como consecuencia de la inhalación del humo de segunda mano como los siguientes:

- Síntomas inmediatos: Irritación en ojos, nariz y garganta, cefalea, náusea y mareo.
- Neoplásica: Cáncer Pulmonar y cáncer de garganta.
- Embarazo: Aborto espontáneo, parto prematuro.

- Infantiles: Infección respiratoria, infección en oídos, síndrome de muerte súbita, bajo peso al nacer.
- Respiratorias: Bronquitis, neumonía, asma y sensibilidad alérgica.
- Otras: Enfermedad isquémica del corazón y otitis media.

Asimismo, Ocampo, Leal & Pájaro (s.f) señalan que los daños que produce el tabaco en las mujeres son similares a los que padecen los hombres, como son:

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (enfisema pulmonar y bronquitis crónica), enfermedades cardiovasculares (hipertensión, infarto al miocardio o accidente cerebro vascular) y cáncer (boca, lengua, faringe, laringe, esófago, estómago, mama, próstata, hígado, riñón, vejiga, pulmón, etcétera).
- En la mujer se agregan perjuicios mayores por sus características especiales, no solamente en la gestación, sino también en sistemas u órganos más predispuestos por su delicadeza y sensibilidad, como la piel, el sistema óseo y la boca.
- Estéticamente, el cigarro afecta la piel y la boca, destruyendo en el caso de la piel, las fibras elásticas y favoreciendo la aparición prematura de arrugas sobre todo en el rostro. En la boca se afectan encías, mucosas y dientes, y provocando halitosis, desde un principio.
- El sistema óseo, donde se producen las lesiones más devastadoras por la acción antiestrogénica de la nicotina y que se manifiestan en forma acelerada cuando disminuyen los estrógenos en la menopausia y la osteopenia se transforma en osteoporosis.
- Infertilidad, los embarazos ectópicos y los abortos espontáneos.
- Trastornos de la menstruación, como reglas irregulares, tensión premenstrual y dismenorrea (menstruación dolorosa).
- Adelanto de la menopausia de dos a tres años respecto a las mujeres no fumadoras, pudiendo aumentar por esta causa tanto el riesgo de

osteoporosis (disminución de la consistencia de los huesos), como de fracturas en las mujeres menopáusicas.

3.6 Inicio y Mantenimiento de la Adicción al Tabaco

Fumar puede considerarse como un complejo conjunto de conductas rígidas, por una parte, a obtener el beneficio de los efectos de uno de los componentes del tabaco, la nicotina, y por otra, evitar que aparezcan los síntomas de privación (Solano & Jiménez, 2002, en Jurado, C. D., 2008). El fumar proporciona un sin fin de reforzadores sociales que invitan al individuo a tener los primeros contactos con el tabaco (Ocampo, 2002). El hábito de fumar es normalmente una conducta que comienza en la adolescencia, este se encuentra en un periodo de transición entre la niñez dependiente y la edad madura independiente en la búsqueda de su identidad; utilizará todo aquellos que influya en el cumplimiento de las expectativas del medio y por lo tanto, las ejecutará; como lo es el caso de fumar. Por ello, el fumar constituye una experiencia enriquecedora para la percepción del sujeto que está formando su personalidad, además de las relaciones cotidianas, asociadas al uso del tabaco, que le proveyeron, en gran medida, de un ambiente de aceptación donde se vio valorado y pudo sentirse seguro, fuera de amenazas potenciales de fracaso o de rechazo, confiando en sus propias capacidades (Ocampo, 2002, en Ocampo. Et al., 2007). En este período los jóvenes no se plantean aun dejarlo, por lo que son fumadores constantes. Con el paso del tiempo pueden llegar a hacerse conscientes de los efectos nocivos del fumar y pueden llegar a plantearse el dejarlo (Aragonés, 1991, en Jurado, C.D., 2008).

Al abordar el tema de tabaquismo es necesario considerar como factor de riesgo "a todo aquello que permita e induzca al niño y adolescente a consumir el tabaco". Estos factores de riesgo pueden dividirse de acuerdo con Ocampo. Et al. (2007) en:

Factores individuales: Como el endurecimiento y tratar de actuar como adultos, poseer pocas destrezas para hacerle frente a la vida, donde el tabaco les alivia el estrés, tener baja autoestima y depresión, baja percepción de

autoeficacia, baja tolerancia a la frustración y necesidad excesiva de autoaceptación.

Factores familiares: Tener padres, hermanos o amigos que fuman, familiares con negligencia ante el tabaquismo, permisividad de fumar en los lugares prohibidos, indiferencia de los padres ante las necesidades emocionales, deficiencia en la comunicación y violencia familiar.

Factores sociales: falta de concientización en la sociedad, accesibilidad al tabaco y al alcohol, asistencia frecuente a lugares donde se consume tabaco, influencia de campañas publicitarias en donde se exhiben valores de poder, sofisticación, sexualidad, estatus económico y/o seguridad, incumplimiento de leyes y reglamentos oficiales, desigualdad de oportunidades (pobreza) y poder adquisitivo ilimitado (riqueza).

De igual forma, Jurado, C.D. (2008) señala que el primer acercamiento para llegar a ser un fumador regular se despliega en tres fases que van de la preparación, la habituación y mantenimiento y por último el abandono.

Etapas de Preparación: La mayoría de los jóvenes comienzan a fumar por motivos personales, ambientales o socioculturales. Estos factores no influyen de manera independiente sino que a menudo se combinan e interactúan. Es esta relación entre factores intrínsecos y sociales o ambientales la que dirige la historia natural del fumador, teniendo en cuenta que la reacción de la sociedad frente al tabaco también influye decisivamente en ella.

Etapas de Mantenimiento: Una vez experimentado el uso del cigarro, en la mayoría de los casos, se pasa a fumar de forma regular en poco tiempo. La primera experiencia es decisiva, ya que se ha observado que la probabilidad de que aquellas personas que experimentaron tos, náuseas o molestias de garganta sigan fumando es menor que en las que sufrieron mareos (Zarin, 2001, en Jurado, C.D., 2008). Los factores que acompañan el mantenimiento del consumo del tabaco se remiten en especial a factores farmacológicos y en relación a la nicotina.

Etapa de Abandono del Hábito: La razón por la cual un fumador se plantea dejarlo se relaciona con su salud, aunque existen otras motivaciones, económicas, sociales, el embarazo, etc. Este proceso es difícil y actualmente se ha postulado que conlleva un cambio de conducta, cuya visión deriva del Modelo Transteórico del Comportamiento de Prochanska y Diclemente (1983, en Jurado, C.D., 2008), éste describe cómo es que las personas pasan por el proceso de modificar un problema de comportamiento o la adquisición de una conducta positiva. El Modelo Transteórico es referido por algunos autores como una alternativa para comprender el proceso que conlleva el abandono del hábito de fumar (Becoña y Vázquez, 2004; Solano y Jiménez, 2002; Zarín, 2001, en Jurado, C.D., 2008).

Una vez instaurado, el hábito se mantiene y se consolida a través de tres procesos fundamentales (Moreno, A., 2003):

1. El control ejercido por las situaciones que anteceden al fumar, situaciones que, a través de sus repetidas asociaciones con la conducta, son capaces de provocar en el fumador el conjunto de respuestas emotivo- cognitivas que se conoce como "ansia" o deseo de fumar, consecutivamente, la propia conducta manifiesta de fumar. A este proceso se le conoce como "condicionamiento clásico", y los estímulos condicionados pueden ser tanto externos como internos al individuo. Algunos estímulos antecedentes externos pueden ser: tomar café, ver la televisión, ver un cenicero, oler el humo del tabaco, despertar por la mañana, iniciar una conversación, etc. Entre los internos podemos encontrar: síntomas de abstinencia, emociones diversas, señales fisiológicas, determinados pensamientos, etc.
2. El control ejercido por las consecuencias reforzantes del fumar. Toda conducta que produce consecuencias positivas a corto plazo tiende a repetirse. A este proceso se le denomina "condicionamiento instrumental u operante. Las contingencias reforzantes pueden ser de dos tipos:

Refuerzo positivo: La conducta es reforzada por la aparición contingente de consecuencias positivas.

Refuerzo negativo: La conducta es reforzada por la desaparición contingente de una estimulación aversiva. A medida que una adicción se instaura, el refuerzo negativo va siendo progresivamente más importante: la conducta se repite, no tanto por las consecuencias positivas que produce, sino por evitar las consecuencias negativas que se producirían en caso de no realizar la conducta.

Entre los reforzadores más importantes, positivos y negativos, del uso del tabaco, destacan los siguientes:

Efectos Psicofarmacológicos de la nicotina: La nicotina se absorbe rápidamente y llega en 8 segundos al cerebro al atravesar la barrera hematoencefálica. Produce efectos eufóricos y sedativos, y su uso en el fumador regular elimina las señales de abstinencia (reforzamiento positivo y negativo). Sus efectos psicofarmacológicos son, por lo tanto, muy potentes.

Reducción de la ansiedad: Fumar, junto con el ritual que lo acompaña, puede convertirse en una estrategia rápida y sencilla de afrontar el estrés y calmar los nervios.

Control del peso: El fumador, especialmente en mujeres, puede descubrir que fumar sirve para regular con facilidad el peso corporal; a la larga, ello puede constituir un factor importante para no abandonar el hábito o para recaer después del abandono.

Facilidad del contacto social: El tabaco ha sido muy utilizado, y lo sigue siendo, por su valor instrumental en el afrontamiento de situaciones sociales: iniciar una conversación pidiendo u ofreciendo un cigarrillo, o encender uno en un momento en que no se sabe que decir.

3. La existencia de determinadas condiciones o variables disposicionales, tanto del individuo (edad, condiciones biológicas, expectativas, habilidades, etc.) como del entorno (intereses económicos, modelos, aceptación social, etc.), que favorecen el establecimientos de las relaciones funcionales entre antecedentes, conducta de fumar y consecuencias. La mayoría de estos factores son los mismos que contribuyen al inicio de la conducta. Otros son

nuevos y aparece como resultado de la propia conducta: la tolerancia, el deterioro físico producido, la negación de los efectos nocivos del tabaco.

Una vez experimentado el uso del cigarro, en la mayoría de los casos, se produce el fumar de forma regular en poco tiempo. La primera experiencia es decisiva, ya que se ha observado que la probabilidad de que aquellas personas que experimentaron tos, náuseas o molestias de garganta, sigan fumando es menor que en las que sufrieron mareos (Zarin, Pincus & McIntyre, 2001, en Jurado, D.C., 2008). Otros de los factores que acompañan el mantenimiento del consumo del tabaco se remiten en especial a factores psicofisiológicos y en relación a la nicotina (Zarin. Et al., 2001).

Factores Psicofisiológicos: Una vez que la persona le ha dado "el golpe" al cigarro, el humo ingresa por el sistema respiratorio hasta los pulmones donde se absorbe vía alveolar para pasar al torrente sanguíneo hasta el cerebro y traspasa lo que los especialistas llamamos barrera hematoencefálica que es el sistema de defensa que posee el cerebro para evitar contaminarse y enfermarse ya que es una parte muy importante y frágil del cuerpo (Ocampo. Et al., 2007)

Todo este proceso tarda alrededor de siete segundos, que aquí se reparte a dos sistemas importantes del cerebro: el sistema mesolímbico y el mesocortical. Cuyos principales receptores se encuentran en el núcleo accumbens y el locus coeruleus. La nicotina puede llegar a estos centros debido a que es muy similar a sustancias que se producen normalmente en el cerebro de nombre Acetilcolina y Dopamina (Ladero, 1998, en Ocampo. Et al., 2007). La nicotina actúa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) y se relaciona con la adicción. La acción de la nicotina sobre el SNC es responsable de una serie de efectos agudos: euforia, aumento en las funciones cognitivas y alteraciones del estado de ánimo, lo que refuerza su consumo de manera potente sobre el Sistema Nervioso Periférico (SNP), actúa produciendo cambios en la frecuencia respiratoria, presión arterial y vasoconstricción arterial (Jurado, 2008, en García, 2011).

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. Una vez que la nicotina ha llegado al cerebro entra en contacto con las células que lo componen, que llamamos neuronas, y es aquí donde la nicotina entra en acción alterando el proceso y estructura normal de nuestras células cerebrales.

Cuando la nicotina ha llegado a las neuronas se dirige al sitio de unión entre las neuronas, donde se lleva a cabo el intercambio de información, necesaria para que realicemos todas nuestras actividades como; hablar, comer, sentir, etc. Este sitio de unión se llama sinapsis, la comunicación de las neuronas se lleva a cabo por medio de sustancias que como ya mencionamos se llaman neurotransmisores, la nicotina se hace pasar por un neurotransmisor, entra por una especie de puertas en la neurona llamadas receptores, estos como toda puerta únicamente se abren con una llave específica, en este caso un neurotransmisor específico, la nicotina imita a uno de ellos pasa sin problemas (antagonista parcial). Las neuronas normalmente producen una determinada cantidad de neurotransmisor y tienen tantas puertas para recibir como lo que se produce, por eso cuando llega la nicotina hace creer al cerebro que está produciendo de más, es en este periodo cuando hay un reajuste y hay síntomas como mareo y náuseas; una vez que el cerebro recibe más nicotina abre nuevas puertas para que no haya sobrantes, los síntomas aparecen cuando no se fuma, pues el cerebro reclama toda la sustancia que se le había estado dando. A esto le llamamos síntomas de la abstinencia, es en este punto donde se ha desarrollado adicción a la nicotina, pues existe un cambio a nivel cerebral, que si se deja de fumar.

Factores condicionantes: Dentro de este factor encontramos, aquellos que tienen que ver con el hábito como: la asociación de determinadas situaciones (la hora de la comida, el tomar café, la hora de descanso, etc.) o de objetos (ceniceros, encendedores, una cajetilla, etc.), pueden convertirse en estímulos para encender el cigarrillo. Por lo que este tipo de estimulación es tan responsable de las recaídas como el síndrome de abstinencia. Los factores sensoriales como que el fumar puede producir sensaciones placenteras en los sentidos del gusto, olfato y tacto, ya que el tabaco excita terminaciones sensitivas de labios, boca, garganta y dedos. Además de que los movimientos estereotipados que conlleva la conducta de fumar convirtiéndolo casi en un ritual. Y por último los personales, entre estos se encuentran, la infravaloración de las consecuencias del humo, el uso del tabaco como "herramienta psicológica" (como sedante o euforizante) o se apareja con un modo de vida poco saludable, como con el consumo de alcohol, la alimentación poco equilibrada o la vida sedentaria.

Todos estos factores se correlacionan uno con el otro, por lo que es difícil canalizarlos y tratarlos de manera individual, además de que se enmarcan dentro de los factores psicosociales que constituyen a las personas (Jurado, 2008, en García, 2011).

3.7 Criterios Diagnósticos Para la Adicción al Tabaco

En la adicción al tabaco se distinguen componentes físicos y psicológicos; la *dependencia física* tiene que ver con la presencia de la nicotina la cual es una droga psicoactiva altamente adictiva que puede tener un efecto estimulante o depresor dependiendo de la dosis o antecedentes de utilización, estimula una región del cerebro conocida como sistema dopaminérgico mesolímbico produciendo el incremento de dopamina, lo que se traduce en una sensación de placer o recompensa. La inducción repetida de placer al fumar, desempeña un papel importante en el establecimiento de la dependencia así como en la necesidad de la droga (INEGI, 2008, en García, 2011).

Por otro lado la *dependencia psicológica* se caracteriza por el largo proceso de asociación entre el fumar (que produce placer) y las situaciones cotidianas durante las cuales se usa el cigarro. Entre los factores psicológicos se encuentran

los cognitivos, es decir, el modo en que procesamos, categorizamos y organizamos la información que recibimos por los sentidos (INEGI, 2008, en García, 2011).

Algunos de los factores que llevan a la dependencia del tabaco son los siguientes (Solano & Jiménez, 2002; Zarin. et al., 2001; Rico, Ruiz & Flores, 1990, en Jurado, C.D., 2008):

- La nicotina produce elevados efectos de refuerzo positivos (mejoría de la concentración y del estado de ánimo, reducción de la irritabilidad y el peso).
- Un bolo de nicotina llega al cerebro en un plazo de 7 a 10 segundos tras la inhalación, produciendo efectos casi instantáneos.
- La dosis de nicotina puede controlarse mediante la forma en que se consume el cigarro
- El consumo de tabaco es frecuente (un fumador regular puede administrarse hasta 200 dosis de nicotina por día):
- Existen muchas conductas sociales que inducen y permiten el consumo de tabaco.

El DSM-IV incluye como trastornos la dependencia de nicotina y la abstinencia de nicotina. Para el DSM-IV el diagnóstico de los trastornos sobre la nicotina se centra en cumplir criterios que reflejan malestar por la ausencia de la sustancia o una necesidad excesiva por su consumo, acompañado de deterioro en la calidad de vida de la persona.

De tal forma que los elementos por los cuales la OMS determina de manera fundamental si el consumo de alguna sustancia es considerada como adicción, son los siguientes (Ocampo. Et al., 2007):

TOLERANCIA: Ocurre cuando se necesita una cantidad mayor de tabaco para conseguir el efecto que se obtenía al principio (Ocampo. Et al., 2007). Es un estado de adaptación por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de

droga, o por la necesidad de una dosis mayor para provocar y sentir el mismo efecto (Ortiz de Zarate, A., 2011). Se pueden distinguir dos tipos de tolerancia:

Tolerancia cruzada: Fenómeno por el cual el consumo de una sustancia psicoactiva origina la aparición de tolerancia, no sólo a dicha sustancia, sino a otras del mismo o diferente grupo psicofarmacológico.

Tolerancia inversa: Se produce al alcanzar los mismos efectos con dosis inferiores.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA: Serie de síntomas presentados por la falta de tabaco, cuando se permanece tiempos prolongados sin fumar (Ocampo. Et al., 2007). Asimismo, se considera una serie de alteraciones neurobiológicas que se manifiestan por un conjunto de signos y síntomas de carácter físico y psíquico, que se presentan cuando se suspende el consumo de alguna droga en aquellas personas que han desarrollado dependencia (Ortiz de Zarate, A., 2011). El síndrome de abstinencia incluye cuatro o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud o impaciencia, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento del apetito o aumento de peso. Los síntomas de abstinencia provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Estos síntomas son debidos en gran parte a la privación de nicotina y son más intensos entre los sujetos que fuman cigarrillos que entre los que consumen otros productos que contienen nicotina (Ocampo. Et al., 2007).

DEPENDENCIA: Se genera por la mayor rapidez de los efectos de la nicotina que conduce a los fumadores a un patrón de hábito intenso que es más difícil abandonar por la frecuencia y rapidez del refuerzo y por la mayor dependencia física de la nicotina (Ocampo. Et al., 2007). La OMS se define como un síndrome caracterizado por un comportamiento dirigido prioritariamente a la obtención de una sustancia psicoactiva determinada, en detrimento de otros comportamientos más necesarios e importantes. Existen tres tipos de dependencia (Ortiz de Zarate, A., 2011):

- ❖ **Dependencia Física:** Estado de adaptación del organismo hacia una determinada droga suministrada de forma excesiva o continuada; cuando ésta se suspende, provoca trastornos físicos y malestar.
- ❖ **Dependencia Psicológica:** Mecanismo por el que se establece un vínculo entre la sustancia y el organismo. La sustancia produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que lleva a la persona a realizar un consumo periódico o continuo para inducir placer o evitar un estado de malestar. Hay que descartar que este tipo de dependencia es la primera en aparecer y la más resistente a desaparecer (Herrera & Betolaza, 2008, en Ortiz de Zarate, A., 2011).
- ❖ **Dependencia Social:** Necesidad de consumir sustancias psicoactivas como manifestación de pertenencia a un grupo social que proporciona signos de identidad claros.

Los tres tipos de dependencia son complementarios entre sí e interactúan en una misma persona, ya que tienen en común la conducta final del dependiente que es obtener y consumir la droga. (Ortiz de Zarate, A., 2011).

3.8 Tratamiento Actual del Tabaquismo

Las distintas medidas para el control del tabaquismo, se han ido poniendo en marcha en los distintos países conforme los informes científicos indican consistentemente la relación entre fumar y problemas de salud. Poco a poco, aunque de modo lento por la fuerte presión en contra de la potente industria tabaquera, las administraciones sanitarias de los distintos países han ido poniendo en marcha distintas medidas para que las personas no se inicien en el hábito de fumar y para ayudar a los que fuman a que dejen de hacerlo (Becoña, E., 2003).

A partir del informe del Surgeon General norteamericano de 1964 (USDHHS, 1964, en Becoña, E., 2003), conocido como el informe Terry, que estuvo precedido del informe del Real Colegio de Médicos de Londres del año 1962 (Royal College of Physicians, 1962, en Becoña, E., 2003), es cuando en los

países más desarrollados se empiezan a poner en práctica medidas efectivas para su control y consiguiente ayuda y tratamiento para que los fumadores dejen de fumar.

En este contexto, los tratamientos psicológicos efectivos para tratar a los fumadores surgen en los años 60, de la mano de las técnicas de modificación de conducta, y se expande en los años 70 (Schmahl, Lichtenstein & Harris, 1972, en Becoña, 2003). Desde esos primeros momentos hasta el día de hoy, se han ido desarrollado tratamientos psicológicos efectivos, con técnicas tan conocidas y utilizadas como son las técnicas psicológicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de la recaída (Orleans & Slade, 1993; Schwartz, 1987; Niaura & Abrams, 2002, en Becoña, 2003). La relevancia y eficacia de estas técnicas de intervención y tratamiento con los fumadores es tal que hoy constituyen la base del tratamiento psicológico de los fumadores, en los distintos tipos y formatos, e incluso en muchas ocasiones son un complemento imprescindible del tratamiento farmacológico para que éste funcione (Becoña, 2003).

Es importante destacar en el tratamiento actual del tabaquismo, el papel de los profesionales de la salud para identificar a los pacientes fumadores e iniciar intervenciones específicas que motiven a los pacientes a dejar de fumar. Resulta relevante la intervención de los integrantes del equipo de salud en la identificación de conductas de riesgo de los pacientes, como es el tabaquismo (Regalado, P.J., Lara, R. G., Osio, E. J., & Ramírez, V.A., 2007). Los profesionales de la salud deben interrogar sobre tabaquismo a sus pacientes con énfasis en el tiempo de duración y en el promedio de cigarrillos fumados al día. Siempre es recomendable informar sobre los riesgos a la salud derivados del consumo de productos del tabaco, así como sobre los beneficios que se obtienen al dejar de fumar (Okuyemi, Nollen & Ahluwalia; Mc Ewen, Hajek, McRobbie & West 2006, en Regalado, P.J., Et al., 2007).

En este sentido, muchos de los programas dirigidos al tabaquismo, se denominan programas multidisciplinarios, ya que incluyen más de una técnica de control de la conducta. Habitualmente, estos programas incorporan técnicas de

modificación de conducta; tales como el contrato de contingencias, el control de estímulos, el apoyo y las sesiones para la prevención de recaídas. En la actualidad, se ha constatado que este tipo de programas son los que muestran una efectividad mayor, claramente por encima de técnicas individuales, como grupos de autoayuda, la advertencia del médico, la acupuntura o la goma de mascar de nicotina. La eficacia de los programas multidisciplinarios se sitúa según los estudios publicados últimamente al respecto, entorno al 40% al año de seguimiento (Marks & Murray, 2008, en García, 2011).

En relación con los tratamientos psicológicos, las técnicas conductuales y cognitivo-conductuales para dejar de fumar han demostrado ser efectivas. Dichas técnicas combinan paradigmas de condicionamiento clásico, operante y técnicas cognitivas como el control de estímulos, la exposición señalizada, el manejo de contingencias, la reducción gradual de la nicotina y el alquitrán, y habilidades de afrontamiento (prevención de recaídas, entrenamiento en habilidades, solución de problemas y apoyo social) (Lira, M., Et al., 2009).

Lancaster y Stead (2005, en Lira, M., Et al., 2009) realizaron un meta análisis donde incluyeron ensayos aleatorios y cuasi aleatorios, con un seguimiento mínimo de seis meses con intervención individual a fumadores mayores de 18 años. Los autores concluyeron que el asesoramiento conductual individual es más efectivo y que el asesoramiento intensivo no surte un efecto mayor en comparación con el asesoramiento breve. Asimismo, Becoña (2004, en Lira, M., Et al., 2009) y Dodgen (2005, en Lira, M., Et al., 2009) hicieron una revisión de diferentes metaanálisis sobre la efectividad de las técnicas conductuales en diversas investigaciones que incluían los siguientes aspectos: por lo menos dos grupos, donde uno de ellos era control, con asignación aleatoria a cada una de las condiciones y se reportaran datos de abstinencia. En los resultados de dicha revisión, ambos autores coinciden en que las más efectivas son la técnica de auto control, el entrenamiento en las habilidades de afrontamiento y la técnica de saciedad, en que se pide al usuario fumar rápido. En conclusión, señalan que es necesario realizar investigaciones que tengan como propósito comparar directamente diferentes intensidades del tratamiento donde se incluyan técnicas conductuales y la evaluación costo-efectividad de los

tratamientos, tomando en cuenta las características de las diferentes poblaciones de fumadores.

Las investigaciones realizadas en México no reportan datos específicos de los cambios en el patrón de consumo después de la aplicación de las diferentes intervenciones y si éste se mantiene a lo largo del tiempo (CONADIC, 2003). Se sabe específicamente poco de la efectividad de las intervenciones breves dirigidas a fumadores en la población mexicana.

En diferentes estudios se ha demostrado que las intervenciones breves de corte motivacional son más efectivas para reducir el abuso de diferentes sustancias que la no intervención e incluso mejores que las intervenciones intensivas (Dunn, Deroo & Rivara, 2001, en Lira, M., Et al., 2009).

Los procedimientos cognitivo-conductuales, caracterizados en general como intervenciones breves, centran su atención en los procesos cognoscitivos y emocionales vinculados con el consumo de una sustancia y en la ocurrencia del consumo como tal. Si bien el objetivo consiste en disminuir o eliminar ese consumo, los medios por los que éste ocurre son de suma importancia. Se reconoce la existencia de situaciones de riesgo ante las cuales es probable que una persona consuma, y se identifican las mismas. Éstas pueden ser tanto internas (cognitivas y/o emocionales, como expectativas; por ejemplo, aceptación social, atribuciones; o estados anímicos; por ejemplo, depresión, ansiedad, etc.) como externas (lugares, amigos, fiestas, etc.). La identificación de las situaciones de riesgo facilita el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, las cuales pueden ser también cognitivas y emocionales (disonancia cognoscitiva, reestructuración del pensamiento, relajación) y/o conductuales (evitación de la situación, habilidades sociales, etc.). Éstas últimas pueden emplearse sobre todo al inicio del tratamiento cuando es especialmente importante controlar el consumo. A su vez, las cognitivas son particularmente útiles para establecer metas, cambiar la percepción de los costos y beneficios del consumo y no consumo o modificar el estilo de vida (Lira, M., Et al., 2009).

Dentro de las medidas generales para comenzar el tratamiento psicológico se recomienda al paciente que haga uso de técnicas sencillas de autocontrol

como la relajación, el cambio de actividad o la solicitud de ayuda externa, además de que hacerle saber que los síntomas de abstinencia que puede experimentar pueden estar asociados al consumo de alcohol o café ya que la ausencia de la nicotina cambia la manera en que el cuerpo responde ante estas sustancias, en caso de que sea adepto a éstas también. Por otro lado se recomienda hacer ejercicio para compensar el descontrol en el peso, generar disciplina y mejorar la capacidad de esfuerzo (Jurado, D.C., 2008).

Entre las técnicas que se utilizan se puede recurrir a técnicas aversivas que pretenden disminuir la apetencia tales como fumar en cantidades excesivas para generar displacer corporal, sin embargo estas técnicas no eliminan el daño a la salud y casi siempre requieren ser acompañadas de alguna otra técnica.

Otra herramienta derivada del condicionamiento clásico es el control de estímulos. Esta pretende de dejar de fumar mediante la ruptura de la asociación entre estímulos discriminativos, internos y externos, y la respuesta de fumar, de modo que el hábito se debilite y desaparezca (Zarin, 2001, en Jurado, D.C., 2008). Se puede proceder a través de esta técnica pidiéndole a la persona que fume en intervalos fijos, en situaciones determinadas o en lugares no reforzantes, como una "silla de fumar" en un cuarto de costura. Otra técnica derivada del condicionamiento operante son los contratos de contingencias. En estos existe un acuerdo entre el terapeuta y el usuario sobre los premios y castigos que recibirá de modo contingente a fumar, a dejar de hacerlo o asistir a las sesiones terapéuticas.

La necesidad de mantener la abstinencia del cigarro una vez que se ha logrado dejarlo exige que el paciente cuente con los recursos necesarios para sortear esta tarea con éxito en la vida cotidiana. Los terapeutas pueden entrenar en tareas como reestructuración cognitiva, habilidades de afrontamiento, relajación, detección del pensamiento, habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas y autoinstrucciones.

Cada una de estas técnicas se configura de acuerdo a las variables individuales del individuo en relación a la manera en que acostumbraba fumar, por lo que una persona que acostumbraba hacerlo en compañía de su grupo de

amigos fumadores el entrenamiento en habilidades sociales le permita comunicarse de forma sana de manera que no tenga que recurrir al cigarro (Becoña, 2002, en Jurado, D.C., 2008).

Por su parte, se encuentra la Terapia de sustitución de nicotina (TSN) y terapia farmacológica (Ocampo. Et al., 2007).

En el intento por combatir la adicción a la nicotina, se han propuesto alternativas distintas enfocadas a modificar el mecanismo de acción de la nicotina o bien a reducir los síntomas de la abstinencia (Ocampo. Et al., 2007). A continuación se habla de estas alternativas.

Terapia sustitutiva de nicotina (TSN): Consiste en la administración de nicotina a la persona que desea abandonar la adicción al tabaco, por una vía distinta de la de fumar cigarrillos, y en una cantidad suficiente para evitar el desagradable síndrome de abstinencia, pero insuficiente para generarle dependencia.

Existen varios procedimientos de terapia sustitutiva de nicotina: chicles, parches dérmicos, spray nasal e inhalador bucal. La TSN no es para todos por ello es importante tener en cuenta las siguientes premisas:

- Únicamente será necesaria en pacientes con alta dependencia física
- Debe iniciarse el mismo día en que se deja de fumar, al levantarse, o bien en las horas previas
- Se mantendrá diariamente, reduciendo periódicamente la dosis, sin superar los tres meses de tratamiento
- Existen varias formas de administración, siendo las más usadas: el parche cutáneo y el chicle o goma de mascar

En casos de dependencia severa es útil combinar el parche y el chicle con nicotina ya que a lo largo del día el fumador experimenta episodios intensos de deseo de fumar, pudiendo masticar entonces el chicle (Ocampo. Et al., 2007).

Tratamiento sin nicotina

Naloxona

Es un antagonista opioide, comúnmente utilizado en este tipo de adicción, sin embargo, este medicamento interfiere en descarga de sustancias placenteras en el organismo ocasionado por el consumo de tabaco, lo que reduce su efecto adictivo. La Naloxona reduce el impulso de fumar y la dependencia al tabaco (Ladero, 1998, en Ocampo. Et al., 2007).

Clonidina

La clonidina, un agente agonista de los receptores adrenérgicos alfa-2, es conocida de tiempo atrás porque se emplea para el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica (Crassous, Denis, Paris & Senard, 2007, en Regalado, P.J., et al., 2007). También se ha observado que actúa en el SNC y puede reducir los síntomas de abstinencia de varias conductas adictivas entre las que se incluye a la nicotina (Karachalios, Charalabopoulos, Papalimneou, Kiortsis, Dimico & Kostoula, 2005, en Regalado, P.J., Et al., 2007) El empleo de clonidina puede incrementar las probabilidades de abstinencia a mediano y largo plazo. A pesar de ser un medicamento útil para el tratamiento del tabaquismo, la clonidina se acompaña de una prevalencia elevada de efectos adversos relacionados con la dosis del medicamento, en especial boca seca y sedación.

Bupropión

Es un antidepresivo, y como ya se ha descrito en este trabajo existe relación entre la adicción a la nicotina y los síntomas depresivos, basado en esto el tratamiento con bupropión aumenta la cantidad de dopamina en el cerebro, reduciendo así la necesidad de consumir tabaco para obtener este efecto y reduciendo también el síndrome de abstinencia. (Ladero, 1998, en Ocampo. Et al., 2007). Produce una inhibición de la absorción neuronal de norepinefrina, serotonina y dopamina, aumentando su concentración en la sinapsis neuronal. Esta depleción de mediadores parece ser la causa del síndrome de abstinencia de la nicotina. Con lo cual su actividad sería reemplazar esta falta y haciendo desaparecer, o disminuir, los síntomas de la falta de nicotina.



Vareniclina

Actúa como un agonista y antagonista cerebral de la nicotina (Zabert G., 2006, en Ocampo. Et al., 2007), esto significa puede unirse a algunos receptores que provocan la liberación de dopamina y que son llamados nicotínico. Cuando se une a esos receptores, la vareniclina actúa de dos formas: con acciones similares a la nicotina (agonista parcial), reduciendo los síntomas de la abstinencia, pero se desempeña también contra la nicotina (antagonista), ocupando su lugar y ayudando a reducir el placer que produce el consumo de tabaco. Existen comprimidos de 0,5 mg (blancos) y de 1,0 mg (azul claro). El tratamiento se inicia con un comprimido diario de 0,5 mg durante tres días, seguido de otros cuatro días en los que el paciente toma un comprimido de 0,5 mg dos veces al día. A partir de ese momento, el paciente toma un comprimido de 1 mg dos veces al día hasta el final del tratamiento (12 semanas). Al iniciar el tratamiento, el paciente recibe la medicación en un envase especial con las cantidades correctas de ambos tipos de comprimidos. La dosis puede reducirse a 0,5 Mg. dos veces al día en pacientes que no toleren la dosis de 1 mg. dos veces al día (EMEA, 2006, en Ocampo. Et al., 2007).

Existen también otros tratamientos que intentan combatir la adicción a la nicotina y más propiamente la conducta de fumar, como son; la acupuntura, el yoga, la meditación entre otras muchas que podríamos considerar eficaces solo si se utilizan como terapias de apoyo y no como metidos únicos para abandonar el tabaco (Serrano, 2001, en Ocampo. Et al., 2007).

CAPÍTULO 4

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL O MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

La terapia conductual o modificación de la conducta hizo su aparición a finales de los años cincuenta como una alternativa radical a los modelos existentes en la época, especialmente al modelo psicodinámico. La terapia de conducta parte de la idea de que la mayor parte de la conducta, incluyendo la inadaptada, es aprendida y de que los principios descritos por las teorías del aprendizaje pueden utilizarse en la práctica clínica para modificarla (Martonell, 1996, en Ocampo, A., Et a., 2007). De igual forma, en su estudio clásico sobre la historia de la modificación de conducta, Kazdin (1978, en Feixas & Miró, 1995) describe a la modificación de conducta como la aplicación de la teoría y de la investigación básica procedente de la psicología experimental a la alteración de la conducta, con el propósito de resolver problemas tanto de índole personal como social, y de mejorar el funcionamiento humano en general. De esta manera, en lugar de investigar sobre posibles conflictos subyacentes, los terapeutas de conducta centran el tratamiento en el cambio de la conducta observable en sí misma. Desarrollan una metodología de diagnóstico y evaluación conductual que les permita identificar e intervenir en las contingencias y parámetros que mantienen la conducta inadaptada en el presente. Se trata de un conjunto de técnicas eficaces, el énfasis en la metodología científica y la validación empírica de los tratamientos son los rasgos distintivos de los terapeutas de la conducta.

4.1 Desarrollo Histórico de la Terapia Conductual

El principal antecedente del Conductismo es la Escuela de Fisiología rusa creada por Schenov (1829-1905). Este teórico postulaba que toda conducta podía entenderse como una manifestación de ciertos reflejos, sin hacer referencia alguna a los procesos mentales, ni a la conciencia. Estableció el marco para la aplicación de los métodos de la fisiología al estudio de los problemas psicológicos. Entre sus principales discípulos se encontraron I. Pavlov (1848-1936) y W. Bechterev (1857-1927). Las principales contribuciones de Pavlov a la psicología, son el estudio experimental de los procesos de condicionamiento, es decir demostrar cómo es que ciertos estímulos que anteriormente eran neutros,

pueden generar respuestas condicionadas mediante el aprendizaje. En segundo lugar Pavlov inició el estudio de las neurosis experimentales en animales, que sirvieron para optimizar y estudiar posibles intervenciones y tratamientos. En un estudio experimental, Pavlov mostraba como al cambiarles las condiciones de aprendizaje a los perros estos dejaban ver respuestas de excitación (gruñidos, ladridos, etc.), o en otros casos respuestas de tipo inhibitorias (se mantenían inmóviles, con la cola y las orejas caídas), observándose que estas reacciones tenían relación directa con muchos síntomas de tipo neurótico.

El fundador del Conductismo es John Watson (1878-1958), quien a partir de 1913 comenzó editando publicaciones en donde sentaba las bases de su pensamiento y estableciendo los cimientos del Conductismo; en su manifiesto conductista se expone la idea de que la conducta puede investigarse utilizando métodos objetivos de investigación psicológica, estudiando los reflejos simples y sus combinaciones. El Manifiesto de Watson (1913) señala que: "La psicología, tal como el conductista la concibe, es una rama objetiva y experimental de las ciencias naturales. Su objetivo teórico es la predicción y el control de la conducta. En el conductismo, la introspección no es esencial en sus métodos, ni tampoco depende su valor de datos de interpretación en términos de "conciencia". La conducta del hombre, con todos sus refinamientos y complejidad, es sólo una parte del esquema total de investigación en el conductismo (Becoña, 2004, en López, 2010).

El objeto de la psicología científica es la formulación teorías que permitan la predicción de conductas y que sean lo suficientemente generales para abarcar todos los organismos (no sólo al hombre). Los estudios ubican el énfasis principalmente en las conductas (los comportamientos observables), que reemplazan al método introspectivo como método de investigación por estudios de laboratorio dedicados al condicionamiento.

Para el conductismo queda definido que el ambiente y la educación en general, influyen de forma determinante sobre las personas. Esta concepción, plantea problemas respecto a los valores y la ética. Este aspecto fue uno de los más criticados, el objetivo era poder determinar el tipo de respuesta que daría una

persona o animal frente a un estímulo determinado y por qué se da esa respuesta. Con esta orientación la investigación se dirigió hacia la experimentación con animales y humanos, poniendo especial atención sobre el aprendizaje en general. El Conductismo, en el ámbito humano, hace hincapié en la importancia del ambiente. Este movimiento, surgió como una reacción frente a los avances de los movimientos eugenésicos, principalmente de los EE.UU. y Europa en los comienzos de la década de los años 20's, muchas personas que escaparon de la guerra comenzaron a llegar a Norteamérica, provenientes de distintos puntos de Europa. Estos inmigrantes recién llegados, en la mayoría de los casos no lograban adaptarse a la sociedad, observándose que la marginación y el desarraigo, hacían que se involucraran en ocupaciones riesgosas y destructivas o que se convirtieran en personas marginadas, locos o delincuentes.

El supuesto de estas teorías que defendían la supremacía de la raza blanca americana, era que existían factores genéticos intrínsecos que se iban a desarrollar necesariamente, independientemente del medio. Este movimiento eugenésico cobró una fuerza enorme en EE.UU. y frente a estas posturas que planteaban que lo único importante es el origen, surgió una corriente que replantea exactamente lo opuesto: lo importante y determinante es el medio y el aprendizaje, este planteamiento es el que sostiene el Conductismo (Becoña & Vallejo, 1998, en López, 2010).

A partir de los años treinta, el interés de los investigadores se centró en el desarrollo de las teorías del aprendizaje. Hacia finales de los años cincuenta la terapia de la conducta aparece ya configurada como una alternativa fundamentada en los principios de la psicología científica. Pelechano (1979, en Feixas & Miró, 1995) denominó a esta fase "periodo de latencia o incubación" y se extiende desde 1938, publicación de la tesis doctoral de Skinner, a 1958, publicación de Psicoterapia por inhibición recíproca de Wolpe.

Durante los años sesenta y setenta, la terapia de la conducta se consolidó como enfoque terapéutico. Wolpe publicó Psicoterapia por inhibición recíproca (1958, en Feixas & Miró, 1995), que supuso un hito fundamental en la modificación de la conducta. Wolpe exploró la idea de que la ansiedad

condicionada podía inhibir la respuesta de comer de los gatos, a los que utilizaba en su investigación sobre neurosis experimentales, entonces la respuesta de comer podría servir para inhibir la ansiedad. Posteriormente, Wolpe buscó respuestas humanas que pudieran utilizarse para reconducir la ansiedad. De este modo, la relajación profunda que podía obtenerse por medio del método de relajación progresiva de Jacobson (1929, en Feixas & Miró, 1995), se convirtió en la base de la desensibilización sistemática.

Durante la década de los años setenta, se publicaron varios manuales en los que se presentaban fundamentos científicos de los procedimientos terapéuticos; algunos de ellos aspiraban también a unificar el campo de las terapias basadas en teorías del aprendizaje (Mayor & Labrador, 1984, en Feixas & Miró, 1995).

4.2 Conceptos Básicos

No existe una única teoría del aprendizaje, si no que coexisten distintas teorías que sirven de fundamento a distintas técnicas. Las principales características de los modelos conductuales de acuerdo con Berstein y Nietzel (1980, en Feixas & Miró, 1995):

- Se considera que tanto la conducta normal como la anormal son, principalmente, producto del aprendizaje.
- Se concede menor importancia a los factores innatos o heredados en la adquisición de la conducta, aunque se acepta la influencia posible de factores genéticos o constitucionales
- Se sitúa el objeto de estudio o cambio en la conducta, entendida como actividad cuantificable o evaluable, tanto en el plano motor como en el cognitivo o fisiológico
- Se concede especial relevancia al método experimental, como instrumento imprescindible en la descripción, predicción y control de la conducta
- Se considera necesaria la comprobación de la eficacia de cualquier procedimiento, ya sea de evaluación o de tratamiento

- No se admite la existencia de enfermedades mentales como entidades cualitativamente distintas en cuanto a génesis y dinámica funcional; la conducta normal y la anormal se adquieren y modifican por medio de los mismos principios del aprendizaje
- La evaluación y el tratamiento se consideran funciones estrechamente relacionadas y dirigidas a modificar las conductas inadecuadas
- Se considera que el rigor científico no es incompatible con la responsabilidad profesional

Los modelos conductuales, al centrar la evaluación y la intervención de la conducta inadaptada en sí misma, han contribuido decisivamente a replantear el modelo tradicional de la enfermedad mental.

Los terapeutas conductuales en definitiva, han presentado alternativas rigurosas para el estudio de la conducta anormal a través del aprendizaje, que puede ser definido como un proceso mediante el cual la experiencia o práctica dan lugar a un cambio relativamente permanente en la conducta o en el potencial de conducta (Phares, 1999, en Ocampo, A., Et., 2007). Dentro de este proceso existen tres paradigmas en torno a los cuales se han desarrollado la mayoría de las intervenciones en la terapia conductual:

Condicionamiento Clásico: Los autores más importantes y reconocidos dentro de esta teoría son Pavlov y Watson. Quienes son ampliamente conocidos por sus trabajos del arco reflejo y su investigación en las respuestas de los perros, extendiéndose luego de la psicología animal al campo humano y permitiendo explicar muchos de los procesos básicos de aprendizaje.

La experiencia de Pavlov permitió comprender cómo se pueden condicionar ciertos aprendizajes, logrando por ejemplo, que un alimento apetitoso para la mayoría de los animales no generara salivación o bien que se generara mediante condicionamiento. La investigación consistió en hacer sonar una campana junto con la aparición de la comida a un grupo de perros, al tiempo de presentar el estímulo incondicionado (comida), se presentaba un estímulo condicionado (el sonido de la campana), y se obtenía en principio una respuesta

incondicionada (salivación), que luego de repetir varias veces la prueba se transformó en una respuesta condicionada (salivación). Después de repetidas ocasiones, se hacía sonar la campana y los perros secretaban (Flaxman, Craighead, Kazdin & Mahoney, 1999, en López, 2010) saliva, tal cual lo habían hecho frente a la comida, la respuesta (salivación), se había transformado en una respuesta condicionada, en este caso al sonido de la campana, aprendiéndose la asociación entre ellos.

Condicionamiento Operante: Su principal representante fue Skinner, quien desarrolló a partir de la Teoría del Efecto de Thorndike (1913, en López, 2010), los más importantes planteamientos de esta orientación. La Ley del Efecto dice que los comportamientos que son seguidos por consecuencias placenteras o agradables tienden a repetirse y aquellos que causan molestia o son desagradables tienden a desaparecer.

A partir de este planteamiento Skinner extendió este principio llamando refuerzos a aquellos estímulos que operan sobre la conducta precedente haciendo que esta aumente en frecuencia o intensidad. Esta teoría se ocupa principalmente de las conductas que los organismos realizan espontáneamente y que se dan sobre el medio, y de las consecuencias que se tiene del mismo y el control que estas generan en las conductas originales.

Se le llama refuerzo a todo estímulo que aumenta en intensidad o en frecuencia a la conducta anterior, y existen refuerzos positivos y negativos:

Refuerzos positivos: Son aquellos en donde existe un estímulo positivo presente, que permite aumentar en intensidad y frecuencia la conducta o respuesta que se había dado anteriormente. Por ejemplo: si un niño se porta bien y nosotros lo premiamos con una golosina, el niño tenderá a portarse bien con mayor intensidad o frecuencia con posterioridad para recibir la golosina (estímulo), la cual operó como un refuerzo positivo, respecto a la conducta precedente (portarse bien) haciendo que esta se incrementara.

Refuerzos negativos: son aquellos en donde se espera (se anticipa) una consecuencia desagradable y esta no ocurre, por lo tanto aumenta la conducta

precedente. Ejemplo: si el mismo niño se porta mal y espera tener algún castigo o sanción y este no se da (negativo), posteriormente aumenta la conducta precedente de portarse mal ya sea en intensidad o frecuencia; la ausencia de castigo opera como un refuerzo de la conducta anterior (la de portarse mal) (Pascual & Vicénsa, 2004, en López, 2010).

Existen dos combinaciones importantes con relación a este esquema, y es que haya una disminución de la conducta precedente, y en este caso ya no se habla de refuerzo, sino que se dice que se dio una aversión o punición y lo que se denomina ausencia de recompensa frustrante:

Ausencia de recompensa frustrante: esta se da cuando alguien espera algún tipo de recompensa o premio y este no se obtiene y genera que el comportamiento anterior disminuya en intensidad o frecuencia. Por ejemplo: Si el mismo niño que se portaba mal, ahora espera que se le levante el castigo comenzará a portarse bien pero las personas no lo hacen, no lo notan. Lo que se esperará es que vuelva a portarse mal, como consecuencia de la falta de recompensa (el levantamiento del castigo), si esto ocurre pasa que el estímulo esperado al no aparecer opera como ausencia de recompensa frustrante. Como puede observarse estas formas de aprendizaje se ven diariamente de muchas maneras, y estas modalidades básicas se utilizan cotidianamente con los hijos, con la pareja, con nosotros mismos de manera reiterada y continuada y permiten explicar muchos de los comportamientos y métodos de aprendizaje más sencillos.

Sobre esta base y entendiendo que los trastornos mentales son en muchos casos problemas de aprendizaje, entonces es posible comprender cómo se plantean las conceptualizaciones de dichos trastornos y también su posible tratamiento desde la óptica de la Terapia de Conducta.

El paradigma del condicionamiento operante, ha generado infinidad de técnicas conductuales. Cuando se diseña un programa de reforzamiento es importante identificar cuáles son los reforzadores que para esa persona o grupo de personas tiene especial relevancia, ya que lo que puede ser reforzante para algunos puede no serlo para otros. (Caballo, 2001, en López, 2010).

Modelado o Aprendizaje Observacional: Basado en la teoría de Albert Bandura, se utiliza para identificar a aquel tipo de aprendizaje en el que mediante la observación de otro individuo (modelo), el observador puede incluir a su repertorio una conducta compleja (Martonell, 1996, en Ocampo, A., Et al., 2007).

El aprendizaje observacional fue llevada a cabo principalmente por Bandura. En este tipo de aprendizaje se suelen distinguir dos fases: la primera es una fase de adquisición de la respuesta en la que el sujeto observa como el modelo realiza la conducta y la segunda es una fase de ejecución en la que el observador realiza la conducta a partir de su representación simbólica.

Los efectos del modelado que más se han utilizado en la práctica clínica consisten en la adquisición y práctica de nuevas habilidades y en la inhibición o desinhibición de conductas que ya formaban parte del repertorio del observador.

4.3 Método Terapéutico en el Enfoque Conductual

Antes de iniciar el tratamiento es necesario realizar una evaluación minuciosa de los parámetros y contingencias que controlan la conducta. En esta evaluación se definen las conductas en términos observables y se establecen sistemas de registro. Por lo general los tratamientos son breves y tienen un número limitado de sesiones.

- **Relación Terapéutica**
- La relación terapéutica se concibe como un vehículo para la implantación de las técnicas conductuales.
- El papel del terapeuta consiste en instruir al cliente en la tecnología conductual apropiada para solucionar su problema.
- Al terapeuta se le considera un reforzador social y un modelo.
- El énfasis que los terapeutas de la conducta han otorgado a las técnicas conductuales ha favorecido varias cosas. Ha potenciado que los clientes adopten un papel activo en la terapia. Ha favorecido la formación de para-profesionales para la implantación de algunas técnicas en ambientes

educativos y hospitalarios. Y este énfasis en los aspectos técnicos ha hecho posible que la figura del terapeuta pueda ser sustituida en algunos casos permitiendo una reducción en los costes del tratamiento.

4.3.1 Técnicas de Recondicionamiento

Las técnicas de recondicionamiento se fundamentan en los principios del condicionamiento clásico, a partir del cual se concibe a la ansiedad como una respuesta condicionada que se encuentra en el origen de muchos trastornos psicológicos. Es entonces, necesario romper la asociación entre estímulos temidos y la ansiedad y sustituirla por patrón mínimo de actividad somática y autónoma. Para ello, se utilizan diversos recursos técnicos:

Técnicas de relajación: Existen diversas técnicas de relajación como el entrenamiento autógeno (Schultz, 1932, en Feixas & Miró, 1995) y la relajación progresiva (Jacobson, 1929, en Feixas & Miró, 1995). Este último es el procedimiento más utilizado y en él se entrena al cliente para que aprenda a reducir el tono muscular, por medio de la tensión y relajación de distintos grupos musculares.

Desensibilización sistemática (DS): Este procedimiento creado por Wolpe (1958, en Feixas & Miró, 1995), surgió a partir de la idea de que la relajación muscular podía inhibir la respuesta de ansiedad. Así se procede a exponer al sujeto cuando se encuentra en un estado de relajación profunda, gradualmente y en la imaginación a las situaciones temidas. Cuando la desensibilización de una ansiedad específica ha concluido con éxito, se recomienda al cliente que compruebe su eficacia en situaciones in vivo, con la misma lógica de aproximaciones graduales y sucesivas que se han seguido durante la desensibilización. Se han desarrollado también, variaciones de la técnica original como por ejemplo la desensibilización en vivo, en la que se expone al cliente a los elementos de la jerarquía en una situación real en vez de hacerlo en la imaginación. Golfried (1971, en Feixas & Miró, 1995) ha desarrollado otra variante, la desensibilización por el autocontrol, en la que se utiliza la

desensibilización como estrategia de afrontamiento que el cliente puede autoadministrarse. Rachman (1980, en Feixas & Miró, 1995) indica que la desensibilización facilita un procesamiento emocional que permite al sujeto integrar los estímulos temidos.

El entrenamiento asertivo: Está indicada para tratar fobias sociales. La conducta asertiva se define como la expresión adecuada de cualquier emoción distinta a la ansiedad hacia otra persona (Wolpe, 1973, en Feixas & Miró, 1995). Las personas poco asertivas tienen dificultades para expresar emociones y sentimientos espontáneamente, muestran inseguridad y tensión en las relaciones interpersonales y dejan que los demás decidan por ellas. Wolpe considera que la asertividad y la ansiedad son respuestas incompatibles y que por medio del entrenamiento asertivo se puede recondicionar la ansiedad que una persona siente ante determinadas situaciones sociales. Además antes de proceder a un entrenamiento asertivo, es necesario evaluar de forma conductual el nivel de asertividad del cliente. El objetivo del tratamiento es que se pueda actuar de manera asertiva sin sentir ansiedad.

Técnicas de implosión e inundación: Consiste en que el terapeuta expone al paciente de un modo continuo y repetido a los estímulos temidos y anteriormente evitados con el fin de producir una respuesta emocional intensa y facilitar el proceso de extinción. Las técnicas de inundación se han utilizado con éxito en el tratamiento de la ansiedad y las fobias a las situaciones sociales, a la sangre, heridas, animales, agorafobia, obsesiones, compulsiones y ansiedad generalizada. Aunque las técnicas de exposición en vivo son eficaces, deben utilizarse con cautela y siempre después de una evaluación completa del problema.

Práctica masiva: Consiste en la repetición continuada de un hábito involuntario persistente hasta lograr un nivel de agotamiento, se ha utilizado para tratar tics involuntarios.

Terapia aversiva: Consiste en la utilización de estímulos aversivos para modificar la conducta. Se ha utilizado con éxito en el tratamiento de problemas como el tabaquismo, el abuso de la comida y la inclinación sexual hacia estímulos no apropiados como el fetichismo.

4.3.2 Técnicas Operantes

La mayoría de los usos terapéuticos del condicionamiento operante se han dirigido a uno o varios de los siguientes objetivos:

- El desarrollo y establecimiento de una conducta
- El fortalecimiento de una conducta y/o
- La eliminación de la conducta
- Para la consecución de estos objetivos se diseñan minuciosos programas de intervención que constan de los siguientes pasos:
 - Plantear el problema en términos conductuales
 - Identificar los objetivos conductuales
 - Desarrollar medidas conductuales y tomar medidas de la línea base
 - Observar al cliente en su ambiente natural
 - Especificar las condiciones bajo las cuales se introducirá el tratamiento
 - Revisar los resultados comparando los índices de respuesta actuales con las medidas de la línea base para determinar la eficacia de las intervenciones

Técnicas para establecer conductas: Se han creado procedimientos que se apoyan en las respuestas ya existentes para crear otras nuevas.

El modelado o método de las aproximaciones sucesivas: Esta técnica consiste en reforzar las conductas que más se aproximan a la conducta deseada a lo largo de un continuo de aproximación hasta que el cliente realiza la conducta deseada.

El encadenamiento: Se utiliza cuando la conducta que se desea alcanzar se compone de una secuencia repetitiva o cadena de estímulos y respuestas.

Técnicas para incrementar conducta: El refuerzo positivo contingente de una respuesta incrementa su probabilidad de aparición futura. El refuerzo es más eficaz si se administra de modo inmediato, de modo contingente y consistente. El refuerzo general más comúnmente utilizado es el refuerzo social. El control del estímulo consiste en el control de las condiciones antecedentes de una conducta reforzada para incrementar su probabilidad de aparición.

El contrato de contingencias: Se establece entre dos partes, en él se especifican las conductas deseadas así como refuerzos mutuos que se dispensarán

Economía de fichas: Ayllon y Azrin (1968, en Feixas & Miró, 1995) utilizaron por primera vez la economía de fichas para motivar a los pacientes mentales crónicos e institucionalizados con objeto de que actuaran de un modo más competente. Las fichas pueden ser acumulables para conseguir un refuerzo más valioso. Esta estrategia conduce en poco tiempo, al establecimiento de una auténtica economía, que puede llegar a ser bastante complicada.

Técnicas para disminuir una conducta: La extinción consiste en dejar de reforzar la conducta que se desea disminuir. Los efectos de poner en marcha un programa de extinción no siempre son inmediatos, no están ausentes de perturbaciones, sobre todo cuando la conducta que se desea disminuir está muy arraigada. El castigo consiste en administrar estimulación aversiva de modo contingente a la aparición de una respuesta. El castigo es una forma de que un sujeto aprenda lo que no tiene que hacer, en lugar de aprender lo que tiene que hacer. Se considera que sólo debe utilizarse cuando se trata de conductas que suponen un peligro físico para el sujeto o para otras personas de su medio.

El coste de respuesta: Es una forma de castigo en la cual se pierden refuerzos previamente adquiridos de modo contingente a la realización de una respuesta.

El tiempo fuera de reforzamiento: Consiste en eliminar las oportunidades de obtener refuerzos positivos de modo contingente a la realización de una conducta, por ejemplo aislando al sujeto durante un tiempo en una habitación vacía.

En el *reforzamiento de conductas incompatibles* se trata de disminuir la frecuencia de la aparición de la conducta objeto de tratamiento a partir del refuerzo de conductas incompatibles con ella.

El *condicionamiento encubierto* es un conjunto de técnicas desarrolladas por Cautela (1972, en Feixas & Miró, 1995), a partir de la idea de que los acontecimientos imaginados ejercen un control sobre la conducta manifiesta similar a los acontecimientos reales. Se instruye a los pacientes a imaginar que realizan determinadas acciones y que reciben determinados efectos a causa de ellas.

4.3.3 Técnicas de Modelado

Las técnicas de modelado se han utilizado para fines muy diversos, tales como la reducción del miedo, la reducción de conductas hiperactivas en niños, el tratamiento de adultos psicóticos, entre otros.

Para diseñar un programa de modelado es importante diferenciar entre la fase de adquisición de las conductas relevantes y la fase de ejecución de las mismas siguiendo las recomendaciones de Bandura.

En la fase de adquisición el observador tiene que atender a las conductas relevantes del modelo y procesar y retener las observaciones. Los factores que

facilitan el aprendizaje en esta fase de adquisición tanto por lo que se refiere a las características del modelo como a las del observador y el formato de presentación.

Factores que mejoran la adquisición de las conductas. La siguiente lista es adaptada de Perry y Furukawa (1986, en Feixas & Miró, 1995):

- Características del modelo
- Semejanza (Sexo, edad, raza y actitudes)
- Prestigio
- Competencia
- Cordialidad
- Características del observador
- Capacidad para procesar y retener la información
- Incertidumbre
- Nivel de ansiedad
- Otros factores de personalidad
- Características del formato de presentación
- Modelo real o simbólico
- Varios modelos
- Modelo de habilidades progresivas
- Procedimientos graduados
- Instrucciones
- Comentario de características y reglas
- Resumen realizado por el observador
- Ensayo
- Minimización de estímulos distractores

El primer grupo de factores señalados se refieren a aspectos que contribuyen a motivar al observador a que ponga en práctica la conducta. Las conductas que el observador ha adquirido pueden mejorarse mediante el ensayo activo y el modelado participativo. Es importante asegurarse de que el cliente ha aprendido no sólo a imitar si no también los principios en que se basa.

Los tratamientos conductuales se han aplicado con éxito a gran variedad de trastornos psicológicos y a una amplia gama de poblaciones. Conviene también mencionar que las técnicas de modificación de la conducta han sido aplicadas también fuera del ámbito clínico y en definitiva forman parte de la tecnología para mejorar la calidad de vida en su más amplio sentido.

La terapia de la conducta ha favorecido el desarrollo de una concepción optimista de los problemas psicológicos que sitúa el énfasis en las probabilidades de cambio e intervención frente a la concepción pesimista que se deriva del modelo intrapsíquico. Durante las últimas décadas sin embargo, la creencia en el poder explicativo de los paradigmas clásicos del condicionamiento se han debilitado. Hasta hoy en día ni el condicionamiento clásico ni el operante, ni el análisis conductual aplicado, son capaces de explicar adecuadamente las numerosas y variadas complejidades de las neurosis contemporáneas.

4.4 Terapia Cognitiva

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.

El rasgo común más destacable que unifica a todos los modelos cognitivos reside en la importancia que otorgan a las cogniciones, tanto en la génesis de los trastornos psicopatológicos como en el proceso de cambio terapéutico. Otro rasgo

importante es el énfasis en el método científico y su alto nivel de sistematización que es compartido por la mayor parte de las terapias cognitivas. El término "cognición" se utiliza en un sentido amplio, incluye ideas, constructos personales, imágenes, creencias, expectativas, atribuciones, entre otros. Este término no hace referencia solo a un proceso intelectual sino a patrones complejos de significado en los que participan emociones, pensamientos y conductas.

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

Lo que quiere decir que la forma en que actuamos y sentimos se encuentra principalmente establecida por las creencias, actitudes, percepciones, esquemas cognitivos y atribuciones propias. Así que mientras los pensamientos sean erróneos, las respuestas emocionales y conductuales serán equivocadas, por lo que en la medida en que la persona piensa cambia, también, la manera en que siente y actúa, cambia.

Por lo anterior los primeros modelos de esta son los denominados de reestructuración cognoscitiva, que es una estrategia destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el diálogo, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos.

Dentro de esta se encuentran la terapia cognitiva (TC) y la terapia racional-emotiva-conductual (TREC), siendo esta última la utilizada primordialmente en el tratamiento para la cesación tabáquica.

La 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 autoverbalizaciones que las personas se hacen de sí (Kazdin, 2000, en Ocampo, A., Et al., 2007). 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.

Es importante señalar que los pensamientos (B) en su mayoría son invisibles, ya que la persona que fuma, ya ha llevado un proceso de aprendizaje, pasando del acontecimiento directo en automático a la consecuencia. Esta circunstancia dentro de la terapéutica TREC es fundamental valorarla, dado que el individuo por sí solo no logra observar estos pensamientos erróneos.

4.5 Desarrollo Histórico de la Terapia Cognitiva

Las terapias cognitivas no sólo surgieron de pensadores independientes (Beck, Ellis, Kelly), sino convergieron con una particular orientación de la terapia conductual: el enfoque cognitivo- conductual. Un factor importante, es el notable nivel de sistematización que normalmente presentan estas terapias, cada una de ellas cuenta con una obra básica que constituye un manual donde se indican con precisión, además de las bases conceptuales, los pasos específicos a realizar por el terapeuta con clientes de una patología concreta.

Los terapeutas cognitivos suelen mencionar como principal referente histórico al estoicismo. En efecto, los estoicos, al destacar el lado subjetivo de la realidad y el papel del pensamiento en las "pasiones", captaron algunos de los supuestos que resultan básicos para las terapias cognitivas. Más tarde, Hume y Spinoza señalaron que lo característico de los trastornos mentales es la pérdida del sentido común y el desarrollo de un "sentido privado". También podemos encontrar como antecedentes filosóficos de las terapias cognitivas en Vico, Vaihinger, y hasta cierto punto a la concepción fenomenológica- existencial (Feixas & Miró, 1995).

Dentro del contexto de la psicología, entre los factores que propiciaron la aparición de las terapias cognitivas destacan los siguientes:

1. La aparición del conductismo mediacional o covariante: El conductismo covariante de Homme (1965, en Feixas & Miró, 1995) sugirió que un mismo estímulo puede provocar dos respuestas distintas, una encubierta y otra manifiesta, que covarían la una con la otra, de forma que también los contenidos mentales tienen una relación de contingencia con los estímulos y las conductas.
2. El descontento existente con los tratamientos, tanto conductuales como psicoanalíticos.
3. La emergencia de la psicología cognitiva como paradigma, y el progresivo desarrollo de modelos clínicos sobre el procesamiento de la información (Ingram, 1986, en Feixas & Miró, 1995).

Se pueden distinguir así tres orígenes principales de las terapias cognitivas:

- ❖ Se considera a Kelly (1955, en Feixas & Miró, 1995) el primer teórico que presenta una teoría de la personalidad, y un enfoque de la clínica y de la terapia que se puede considerar cognitivo (Weishaar & Beck, 1987, en

Feixas & Miró, 1995). Según su postulado principal, la anticipación es la principal responsable de los procesos psicológicos del individuo. Su teoría se basa en la sistematización de las estructuras de significado del individuo, y su práctica clínica en la comprensión de tales estructuras en los propios términos del sujeto. En la última década se ha considerado a la terapia de los constructos personales como uno de los enfoques más originales y característicos de la reciente orientación cognitivo-conductual (Mahoney, 1990, en Feixas & Miró, 1995).

- ❖ Tanto Albert Ellis como Aaron T. Beck fueron destacados fundadores, y aún pueden considerarse los principales representantes, de las terapias cognitivas. Ellis (1962, en Feixas & Miró, 1995) reemplazó la escucha pasiva por una escucha activa y directiva con la que dialogó con sus clientes acerca de las filosofías en las que se inspiraban. Su enfoque se basa en la creencia de que la persona puede sustituir conscientemente los pensamientos irracionales por otros más razonables. Por su parte, Beck (1967, en Feixas & Miró, 1995) en sus investigaciones con los sueños de sus pacientes depresivos no encontró las temáticas deseables de la teoría psicoanalítica, sino que en ellos los pacientes se veían persistentemente como personas derrotadas, frustradas, desvaloradas, anormales o feas. Es decir, se trataba de situaciones en las que estos pacientes aparecían casi invariablemente como víctimas. El enfoque que desarrolló Beck supone que el depresivo tiene pensamientos negativos acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, lo que se conoce como la triada cognitiva de la depresión.

- ❖ Mahoney y Arnkoff (1978, en Feixas & Miró, 1995) señalan a Bandura (1969, en Feixas & Miró, 1995) como el iniciador de la tendencia cognitiva dentro del enfoque conductual. Posteriormente, Bandura (1977^a, en Feixas & Miró, 1995) reafirmó la importancia de la expectativa de refuerzo para el control de la conducta. Mahoney (1974, en Feixas & Miró, 1995) y Meichenbaum (1969, en Feixas & Miró, 1995) otorgaron un papel determinante al autocontrol. También Lazarus (1971, en Feixas & Miró,

1995), empezó a postular la importancia de los componentes cognitivos e imaginativos en esta forma de tratamiento. En los años setenta las terapias cognitivas conocieron un auge importante al confluir el trabajo de autores independientes (Beck, Ellis, Kelly) con el enfoque cognitivo- conductual.

4.6 Conceptos Básicos de la Terapia Cognitiva

Las terapias cognitivas carecen de un marco teórico unificador. Por tanto, al emprender la tarea de delimitar los conceptos básicos de los distintos modelos de psicoterapia cognitiva nos encontramos con un panorama plural y diverso.

- **Esquemas:** estructuras y proposiciones cognitivas: Un esquema como estructura cognitiva, es una abstracción fruto de la experiencia previa. Lo esencial, de acuerdo con Neisser (1967, en Feixas & Miró, 1995), es que el esquema es el responsable de los mecanismos que guían la atención selectiva y la percepción. La estructura cognitiva se concibe como la arquitectura del sistema, como la estructura que organiza internamente la información, mientras que las proposiciones cognitivas se refieren al contenido de tal información.

- **Operaciones Cognitivas:** Son los procesos en los que diferentes componentes del sistema cognitivo operan de forma interactiva para procesar la información. Son las responsables de la manipulación de los datos sensoriales. Como sugieren Turk y Salovey (1988, en Feixas & Miró, 1995), es difícil tratar por separado las estructuras y los procesos cognitivos puesto que estos procesos están gobernados por las estructuras cognitivas, a la vez que influyen en éstas.

- **Modelos Basados en el razonamiento y solución de problemas:** Este enfoque no concibe los problemas desde un punto de vista patológico sino como situaciones vitales que requieren una solución para lograr un funcionamiento efectivo, pero para la que el sujeto no cuenta con una

respuesta inmediatamente disponible (D' Zurilla & Goldfried, 1971, en Feixas & Miró, 1995).

Modelos basados en las teorías evolucionistas y motrices de la mente: Parten de la epistemología evolutiva, como metodología adecuada para la psicología. El referente conceptual psicológico de estos modelos son las teorías motrices de la mente de F. Hayek y W. Weimer (1989, en Feixas & Miró, 1995); Guidano & Liotti (1983, en Feixas & Miró, 1995); (Mahoney, 1991; Miró, 1986, 1989, en Feixas & Miró, 1995). La perspectiva motriz y evolucionista ve los organismos como sistemas de conocimiento que son, a la vez, creadores y productos de su ambiente.

4.7 Método Terapéutico de la Terapia Cognitiva

Las psicoterapias cognitivas son procedimientos activos, directivos, estructurados y de breve duración, para el tratamiento de una gran variedad de trastornos psicológicos. Proponen una colaboración abierta con el cliente para afrontar su problema, planteando un modelo explicativo simple y sugiriendo estrategias específicas para su resolución.

El objetivo de los tratamientos cognitivos es el cambio de las estructuras cognitivas que dificultan el buen funcionamiento psicológico del sujeto.

- La relación terapéutica: Se entiende como un esfuerzo de colaboración mutua que realizan cliente y terapeuta. Con ellos se pretende además, ajustar las expectativas de la terapia que tienen tanto el cliente como el terapeuta, factor que la investigación empírica ha señalado como influyente para la permanencia en terapia y adhesión al tratamiento. En términos generales, los modelos cognitivos reconocen la utilidad de la calidez, empatía, autenticidad y aceptación. Sin embargo, el terapeuta cognitivo debe mostrarse también activo, señalando problemas y dificultades, centrándose en aspectos concretos. Debe proponer y representar roles, y animar al sujeto a llevar a cabo experimentos controlados.

4.7.1 Recursos Técnicos

Se describen sus distintos ingredientes técnicos con independencia del modelo en el que se han generado. Los procedimientos originados en la modificación de conducta hasta llegar más característicamente cognitivos.

- **Asignación gradual de tareas:** Asignar de forma controlada la ejecución de ciertas conductas tiene la ventaja cognitiva de contrarrestar la idea que tiene el paciente de que no podría llevarlas a cabo.
- **Técnicas de distracción:** La propuesta de actividades agradables para el individuo o entretenidas en momentos de depresión o ansiedad permite dirigir los procesos de atención hacia otro tipo de estímulos, incrementando la probabilidad de generar procesos cognitivos más adaptativos.
- **Relajación:** La ventaja cognitiva de este procedimiento clásico es su valor en cuanto a incrementar la percepción que del propio autocontrol tiene el cliente. Ello puede mejorar la autoimagen del sujeto, independientemente de sus efectos sobre el sistema psicofisiológico, en el sentido de la reducción del arousal.
- **Programación de actividades:** Establecer una agenda concreta de las actividades a realizar por parte del cliente tiene la ventaja cognitiva de evitar la inercia, la dificultad para tomar decisiones y la rumiación excesiva.
- **Valoración del dominio y agrado:** Consiste en pedir al cliente que registre mediante una escala del 1 al 5 el nivel de agrado o de dominio con que realiza sus actividades diarias.
- **Autoobservación:** Equivalente a la línea base conductista, permite obtener información más precisa sobre las actividades del cliente y su estado de ánimo.
- **Uso de autoaserciones:** Se trata de la percepción de mensajes de enfrentamiento adaptativos que el cliente debe repetir antes, durante y después de situaciones estresantes o ansiosas.

- Entrenamiento en habilidades específicas: Cuando la evaluación del problema identifica déficit específico la mayoría de modelos cognitivos introducen elementos de entrenamiento adecuados para incrementar las habilidades del cliente.
- Ensayo Conductual y role playing: En general tienen la función de practicar en la consulta conductas que el cliente deberá realizar en su contexto natural. Permite activar los esquemas anticipatorios o bien proporcionar pruebas favorables en cuanto a las posibilidades de ejecución del cliente.
- Ensayo Cognitivo: Consiste en pedirle al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Ello le lleva a fijar su atención en los detalles potencialmente problemático.
- Explicación del Fundamento teórico al cliente: La breve y sencilla exposición del modelo cognitivo que se va a aplicar, de las causas de su problema y de los objetivos de la terapia, proporciona un marco claro y esperanzador donde el problema queda explicado y se vislumbran alternativas de futuro.
- Identificación de pensamientos disfuncionales: La detección de la aparición de tales pensamientos automáticos, al mismo tiempo que se da, por ejemplo, una bajada en el estado de ánimo, permite al terapeuta involucrar al paciente en la tarea de combatirlos.
- Registro diario de pensamientos disfuncionales: Se trata de un registro de Beck (1979, en Feixas & Miró, 1995), que constituye la esencia de la terapia cognitiva para la depresión, aunque se puede emplear también en otros trastornos. Se puede aplicar de forma gradual a dos, tres, o cinco columnas.
- Identificación de errores cognitivos: Característico del enfoque de Beck, supone enseñar al paciente a reconocer sus errores de procesamiento.
- Comprobación de Hipótesis: Es una de las técnicas más empleadas en las terapias cognitivas. La comprobación se puede llevar a cabo de diversas formas:

1. Usando la información disponible para el cliente sobre él mismo o en general sobre cualquier acontecimiento conocido que pueda ejemplificar la contrastación de la hipótesis del cliente.
 2. Proporcionando datos, por parte del terapeuta.
 3. Diseño de un experimento que implique la puesta en juego de la hipótesis del cliente.
 4. Recuperación de datos existentes en la propia historia del sujeto.
-
- **Dispuesta racional:** Es el principal instrumento de la terapia racional-emotiva, y consiste en el cuestionamiento abierto y directo de las creencias del cliente.
 - **Análisis de coste y beneficios:** Supone plasmar en una hoja de papel un análisis de las ventajas y desventajas de recurrir a un determinado pensamiento automático o creencia, o bien de realizar una determinada conducta.
 - **Técnicas de reatribución:** Consiste en un análisis detallado, sobre el papel, de las suposiciones del paciente acerca de las causas o responsabilidades de determinados acontecimientos.
 - **Trabajo de imágenes:** Muchos clientes evocan imágenes intensas.
 - **Búsqueda de soluciones alternativas:** Es característica de la mayoría de modelos cognitivos. Se anima al cliente a inventar nuevas soluciones suspendiendo el juicio crítico durante el ejercicio.
 - **Identificación de esquemas:** Existe un predominio de ciertos temas que reflejan el control que determinados esquemas tienen sobre el patrón idiosincrásico de procesamiento de información del cliente.
 - **Técnicas de rol fijo:** Es un procedimiento en el que el cliente escribe una descripción de sí mismo y luego el terapeuta la reescribe de forma que permita la exploración de otros esquemas alternativos.
 - **Biblioterapia:** Se recomienda a los clientes la lectura de textos específicos que refuercen el conocimiento cognitivo del problema por parte de este.

Los modelos cognitivos representan uno de los desarrollos más notables de la psicoterapia contemporánea. La investigación terapéutica, así como la sistematización de los tratamientos, se han visto, en gran medida, potenciados por estos modelos.

4.8 Terapia Cognitivo Conductual

Durante varios años, ambos principios (modificación conductual y teoría cognitiva) trataron de brindar apoyo a los individuos cada uno por separado; sin embargo fue hasta después que la terapia de la conducta se transforma en la terapia cognitivo-conductual, la cual toma como principios principales de la modificación conductual y de la teoría cognitiva y es por excelencia la más utilizada en el tratamiento de las adicciones (Ocampo, A., Et al., 2007).

La Terapia cognitivo conductual y sus técnicas asumen que el cambio conductual puede lograrse alterando los procesos cognoscitivos; los cuales actúan como punto focal del tratamiento e incluyen percepciones, autoafirmaciones, atribuciones, expectativas, creencias e imágenes.

Se propone que los procesos cognoscitivos desadaptados conducen a conductas desadaptadas y que la modificación de estos procesos, con la guía del terapeuta, pueden conducir al cambio conductual en el paciente.

La teoría cognitivo-conductual brinda la plataforma para la comprensión del tratamiento para los abusos de sustancia. Toma a las atribuciones, la valoración, las expectativas de autoeficacia y las expectativas de efectos relacionados con la sustancia, como la serie de cogniciones que favorecen el proceso de la adicción.

La terapia cognitivo-conductual tiene las siguientes premisas:

- a. Utiliza los principios del aprendizaje y una diversidad de habilidades de afrontamiento, algunas de las cuales son cognitivas para eliminar la conducta adictiva.
- b. Se relaciona con modificar lo que el fumador piensa y hace
- c. Se centra en cogniciones, creencias y algunas expectativas Ayuda a los pacientes a identificar las situaciones, sentimientos, conductas y cogniciones en las que se presenta la conducta

La terapia cognitivo-conductual brinda una aproximación más comprensiva del tratamiento para el abuso de sustancias. Retomando una serie de cogniciones tales como:

- Atribuciones: las cuales son explicaciones que una persona da de la ocurrencia de un evento, por los cuales se implementan en dimensiones atributivas: a) interna-externa, b) estable-inestable y, c) global-especifica.
- Valoración cognitiva: es aquella realizada por el individuo antes las situaciones y de su habilidad para enfrentarlas.
- Habilidades de afrontamiento: son las estrategias que el individuo aplica o piensa en una situación de crisis o ante un riesgo.
- Expectativas de autoeficacia: se trata de las creencias que una persona tiene sobre su capacidad para realizar exitosamente una respuesta o tarea.
- Expectativas relacionadas con el uso de la sustancia: Se refiere a la serie de expectativas cognitivas acerca de los efectos anticipados del tabaco sobre los sentimientos y la conducta.

Para la aplicación de la teoría cognitivo-conductual se llevan a cabo una serie de técnicas, las cuales aplican los principios psicológicos (cognitivos y conductuales) para proporcionar un cambio saludable en el individuo. Dentro de

estas podemos encontrar la inoculación conductual, autorregistro-automonitoreo, relajación, visualización dirigida, rol playing, entre otras.

4.8.1 Terapia Cognitivo Conductual en Tabaquismo

El término Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), hace referencia a un conjunto de herramientas terapéuticas para el tratamiento de la dependencia, en este caso al tabaco y en general se utiliza en el tratamiento de todas las adicciones y trastornos compulsivos, así como en una amplia gama de desórdenes psiquiátricos en los cuales el objetivo es tratar de ayudar al paciente a mejorar sus habilidades cognitivas y conductuales, mediante el cambio de conductas problemáticas. Este modelo conceptualiza cualquier tipo de psicopatología, incluyendo la dependencia a la nicotina, como un proceso desadaptativo de aprendizaje. Así, el objetivo central de los tratamientos Cognitivo Conductuales es el diseño de técnicas a través de las cuales las respuestas inadaptadas puedan ser "desaprendidas" y reemplazadas por conductas adaptativas. Durante los últimos veinticinco años se han desarrollado toda una multitud de abordajes de TCC para el tratamiento del tabaquismo. Estos enfoques han diferido en muchos sentidos incluyendo duración, modalidad y contenido. A pesar de los diversos enfoques existentes de Terapia Cognitivo Conductual, todas comparten dos elementos centrales (López, 2010):

- Emplean estrategias de entrenamiento individual para el afrontamiento y la mejora de los déficits en habilidades de afrontamiento de los consultantes en determinadas situaciones. Todas las variantes de TCC utilizan herramientas de entrenamiento tales como instrucciones, modelado, juego de roles y ensayo conductual, que se basan en la teoría conductista.
- Se basan en los principios de la teoría cognitiva social de Bandura aplicada a las drogodependencias, enfatizando un papel central en las habilidades de afrontamiento.

Las técnicas cognitivo-conductuales se apoyan teóricamente en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Mahoney y Arnoff (1978, en López,

2010), teóricos de la TCC distinguieron tres grandes grupos de terapias cognitivo-conductuales:

- Las terapias centradas en crear habilidades a la hora de enfrentarse y manejar las situaciones problema sus autores son Suinn y Richardson y Kazdin en 1974.
- Terapias centradas en ayudar al sujeto a interpretar racionalmente la realidad objetiva
- Terapias centradas en modificar la forma de abordar situaciones que la persona considera que no tienen solución.

Las técnicas de resolución de problemas están enfocadas a entrenar a las personas en habilidades que le capaciten para abordar con éxito diferentes problemas. Las principales técnicas son la terapia de resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried (1971, en López, 2010), la técnica de resolución de problemas interpersonales de Spivack, Platt y Shure (1976, en López, 2010) y el procedimiento de ciencia personal de Mahoney (1977, en López, 2010).

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento pretende enseñar al sujeto ciertas destrezas con el fin de que las utilice en futuras situaciones evocadoras de ansiedad o productoras de estrés. De entre ellas se destaca el entrenamiento en el manejo de la ansiedad de Suinn y Richardson (1971, en López, 2010), el entrenamiento en inoculación de estrés (Meichenbaum y Cameron, 1983, en López, 2010) y otras técnicas de autocontrol (Carroble, 1985, en López, 2010). Las técnicas de reestructuración cognitiva están encaminadas a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas de los sujetos poniendo de realzando su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones. Dentro de ellas están la terapia cognitiva de Beck (1976, en López, 2010), la terapia racional emotiva de Ellis (1980, en López, 2010), la reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried (1987, en López, 2010) y el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum (1977, en López, 2010). (Becoña, 2004, en López, 2010).

La TCC frecuentemente se clasifica como un “modelo de tratamiento de amplio espectro”, esto es, un acercamiento que no solo se enfoca a los problemas de adicciones del paciente sino que además trabaja con otros conflictos y áreas asociadas a la conducta del consumo y la recaída.

Una característica clave de la TCC es el análisis detallado del patrón de consumo de cada usuario para identificar los antecedentes individuales y consecuentes de la conducta de consumir, (análisis funcional). Los resultados de este análisis proporcionan la base para el desarrollo de un plan específico de tratamiento personal.

En la mayoría de estos abordajes, el diseño indica qué situaciones debe evitar el fumador y cómo se deben manejar si éstas se presentan así como qué conductas alternativas (distintas a fumar) se pueden utilizar para afrontarlas.

Como ya se mencionó anteriormente, se ha encontrado que la entrevista motivacional, también es una estrategia dirigida a incrementar la motivación del usuario para el cambio y en consecuencia, aumentar la efectividad. De manera similar, diversas investigaciones han mostrado consistentemente la implicación del usuario en grupos de autoayuda o bien multimodales, ya que estos se asocian con resultados positivos de abstinencia y potencian la efectividad del TCC, de esta forma se asume que el tabaquismo es una conducta desadaptativa y que la persona por sí misma tiene la capacidad de producir cambios. Con relación a las terapias grupales con orientación cognitivo-conductual, se ha demostrado que los modelos terapéuticos que incluyen una o más personas con el mismo problema en el tratamiento, tales como la terapia de parejas o el reforzamiento de grupos homogéneos, han demostrado mayor efectividad de éxito debido a que incrementan los factores de reforzamiento que ayudan al usuario a mantener un estilo de vida libre de drogas. La TCC también incorpora estrategias de tratamiento basadas en procedimientos de condicionamiento clásico tales como exposición a estímulos. Por último, aunque las actuales TCC se enfocan a entrenar habilidades para afrontar situaciones de alto riesgo de recaída, las TCC también incluyen el entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de

enfrentamiento generales enfocadas a prevenir y tratar las recaída (Prochaska, Velicer, Di Clemente & Fava, en López, 2010).

Algunas revisiones narrativas de la literatura han examinado la eficacia diferencial de las distintas intervenciones; así, diversos autores afirman que salvo en el caso de la depresión y para un esquema cronológico y sociocultural concreto, las terapias cognitivo conductuales son eficaces por el componente conductual que conllevan. Una metodología de investigación capaz de explicar los resultados heterogéneos hallados en la investigación empírica es el meta-análisis, el cual se basa en la integración cuantitativa de los resultados de las investigaciones empíricas sobre un determinado tema. (Fuentes, Calatayud & Castañeda, en López, 2010).

Mediante este procedimiento se han realizado diferentes meta-análisis en este campo, algunos de ellos se han centrado en el estudio de técnicas concretas, otros han analizado esas técnicas de un modo global comparando el uso de diversos modelos de tratamientos de TCC y por último, otros han analizado la eficacia de las diferentes intervenciones en problemas conductuales concretos.

Diversas investigaciones indican que cuando los tratamientos se aplican a sujetos con mayor nivel educativo alcanzan mejores resultados y que el tipo de problema también puede afectar el resultado.

4.8.2 TCC Combinados con Tratamientos Farmacológicos en Tabaquismo

Durante los últimos años esta tendencia se ha extendido. Se trata de una combinación de tratamiento psicológico y farmacológico para apoyar al paciente para que deje de fumar, algunas veces lo lleva a cabo solamente el médico y otras se apoya con el psicólogo y/o terapeuta. Este modelo debería de implicar necesariamente la intervención de psicólogos y médicos, sin embargo, se ha observado que muchas veces la utilización de tratamientos combinados no siempre se hace de manera adecuada, especialmente cuando el médico y/o el psicólogo no tienen la formación y capacitación profesional para hacerlo. Incluso, muchos médicos minimizan el componente psicológico de la conducta del fumar, lo cual limita y disminuye el potencial de éxito de la intervención. El tratamiento

psicológico especializado es un tratamiento técnico para el que se debe tener una formación específica, como la que recibe el psicólogo a lo largo de su formación profesional, que no se puede transmitir simplemente en conferencias o pláticas. La evidencia actual indica, que la terapia de reemplazo de nicotina no mejora la eficacia de un tratamiento psicológico por sí sola (Beck, 2000, en López, 2010)

La fuerte presión ejercida por la industria farmacéutica y la influencia de la publicidad, han contribuido a la utilización indiscriminada e inadecuada de los productos farmacológicos milagrosos para los fumadores en una línea netamente comercial y remunerativa que científica. Este tipo de campañas lleva a una confusión al campo médico y a los fumadores al indicar que “siempre” deben utilizarse tratamientos farmacológicos para dejar el cigarro, su eficacia muestra que su sola utilización no es suficiente en la mayoría de casos.

Los tratamientos combinados médico-psicológicos se definen como aquellos que, parten de un modelo teórico en el cual se combinan los niveles biológicos y conductuales que se abordan de manera integral, en este caso el problema de las conductas adictivas mediante estrategias que provienen de ambas disciplinas. Esta definición conduce a algunas consideraciones, en primer lugar, a la constatación de que los tratamientos combinados no son de uso tan extendido como puede parecer, en segundo lugar, la definición planteada insiste en la existencia de un modelo teórico como punto de partida que es la consideración del consumo de tabaco como una conducta con implicaciones biológicas, que como tal se encuentra condicionada por una adicción física y personal. El abordaje médico por sí solo no considera, ni tiene que ver con el concepto de “apoyo psicológico”, ya que muchos médicos entienden este como una intervención solamente motivacional, escasamente estructurada y con un mínimo soporte teórico y que puede ser otorgada por cualquier profesional, no necesariamente psicólogo, en un contexto en el que la categoría “tratamiento” se reserva solamente a un abordaje médico farmacológico. Frente a este planteamiento, los psicólogos deben reivindicar la efectividad de las intervenciones estructuradas, objetables pero fundamentadas en modelos teóricos sólidos (López, 2010).

La evidencia empírica sobre la combinación del tratamiento psicológico y farmacológico indica que en el tratamiento farmacológico es imprescindible añadir consejería y tratamiento psicológico para obtener adecuados niveles de eficacia, es aconsejable que desde una perspectiva clínica se conozcan bien ambos tipos de tratamiento para optimizar al máximo la intervención y obtener el mejor resultado posible (López, 2010).

Finalmente, con tanta publicidad de los laboratorios médicos y los fármacos poderosos, la mayoría de los fumadores esperan que los tratamientos del tabaquismo den un buen resultado por sí solos y con el mínimo esfuerzo, sin embargo si no existe un buen nivel de motivación y deseo de los fumadores para dejar el cigarro, los tratamientos tenderán a ser poco exitosos. Esto se ve reforzado por la publicidad de que con una pastilla se puede dejar de fumar sin ningún esfuerzo, aunque en la práctica son muy frecuentes las frustraciones, especialmente cuando el fumador se auto aplica el tratamiento farmacológico por sí mismo. En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud, publicó los resultados de diversas investigaciones llevadas a cabo en varias ciudades de Estados Unidos, España e Inglaterra que ilustran cómo la terapia de reemplazo de nicotina utilizada por los fumadores por su cuenta resulta inefectiva en comparación con los que llevaron tratamiento médico y psicológico, este es uno de los efectos de la utilización inadecuada de procedimientos terapéuticos fuera de serie. (Mackenzie, Bartecchi & Schier, en López, 2010).

CAPÍTULO 5

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Múltiples factores pueden influir en la eficacia de un tratamiento: el trastorno al que nos enfrentemos, las características del paciente, las habilidades del terapeuta, el tipo de intervención que se lleve a cabo, entre otros. Además de todas estas características, existe un factor clave: difícilmente un tratamiento podrá ser eficaz si el paciente no lo sigue o no lo cumple (Salvador & Ayesta, 2009).

Por su parte, la irrupción de nuevas tecnologías y tratamientos farmacológicos han posibilitado contar cada día con mejores y más variadas prescripciones médicas. Esto, a su vez, debiera significar un aumento tanto en la efectividad de los tratamientos, así como también incidir directamente en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, para que esto ocurra debieran existir al menos dos condiciones: una adecuada prescripción por parte del equipo médico y un correcto cumplimiento de la misma. Por tal motivo la psicología de la salud tiene mucho que aportar desde un aspecto conductual (Manuel Ortiz & Eugenia Ortiz, 2007).

5.1 ¿Qué es la Adherencia Terapéutica?

Se entiende la adherencia terapéutica como la evaluación del nivel en el cual la conducta del paciente coincide con consejos e indicaciones de los terapeutas (Kawas, 2005, en Begoña, 2011). Cuando se habla de adherencia, se hace referencia a la parte más activa y voluntaria del tratamiento. Cuando se habla de cumplimiento, de la parte más pasiva (Vellgan, Leiden, Sajalovic, Scout, Carpenter, Ross & Docherty, 2009, en Begoña, 2011). En la literatura se han utilizado varios conceptos para señalar que una persona sigue un tratamiento. Haynes (1979, en Salvador & Ayesta, 2009) definió al cumplimiento como "el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas. Este concepto, ha sido criticado porque se concede al paciente un rol pasivo, limitándose a seguir o no las instrucciones del terapeuta.

Actualmente, se considera al paciente agente activo de su propio proceso terapéutico. Esto es especialmente importante en trastornos que implican una modificación en los hábitos de la vida cotidiana: alimentarse saludablemente, seguir un plan de ejercicio físico o dejar de fumar. Desde esta perspectiva se prefiere usar el término adherencia, definido como "una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado" (DiMatteo & DiNicola, 1982, en Salvador & Ayesta, 2009). Como se puede observar, la adherencia terapéutica es un concepto complejo, difícil de objetivar y por tanto de analizar (Salvador & Ayesta, 2009).

Hay quienes conceptualizan la adherencia como una situación en que la conducta del paciente se corresponde con las instrucciones clínicas entregadas (Sackett & Haynes, 1976, en Ortiz. M. & Ortiz. E., 2007). Entonces, se define la adherencia como la magnitud en cual la conducta de una persona coincide con las recomendaciones hechas por el equipo de salud (Haynes, Taylor & Sackett, 1979, en Ortiz M. & Ortiz. E., 2007). Una de las definiciones más aceptadas es la propuesta por Di Mateo y Di Nicola (1985, en Ortiz. M. & Ortiz. E., 2007), quienes conceptualizan la adherencia como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado. Esta definición tiene la virtud de otorgar una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. En este caso el paciente debe adherirse a un plan que acepta y ha acordado con el médico tratante y en el cual se supone ha podido participar en su elaboración.

Ahora bien, la dificultad de consensuar una definición única de adherencia hace difícil su operacionalización y medición. Como un concepto conductual, la adherencia implica acciones complejas, emociones y fenómenos que pueden no ser directamente observables (Morse, Mitcham, Hupsey & Tason, 1996, en Ortiz. M., & Ortiz. E., 2007).

Hay que tener en cuenta que algunos autores señalan que establecer esta diferencia en programas que precisan siempre la participación activa y dinámica

del paciente en su proceso de tratamiento, tal vez no permite hacer evaluaciones adecuadas (Sirvent, 2009, en Begoña, 2011).

5.2 La importancia de Estudiar la Adherencia Terapéutica

Varios son los motivos por los cuales se debe estudiar la adherencia a los tratamientos. En primer lugar, gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por una agente externo al paciente y, al contrario, quedan bajo su directa responsabilidad, entonces, es el paciente quien en definitiva decide si cumplir o no. En efecto, las bajas tasas de adherencia comunicadas, parecieran apoyar la idea de que el paciente mayoritariamente no cumple con el tratamiento (Manuel Ortiz & Eugenia Ortiz, 2007).

Por ejemplo, el National Heart, Lung and Blood Institute (1988, en Manuel Ortiz & Eugenia Ortiz, 2007) señala que entre 30% y 70% de los pacientes no cumple con los consejos entregados por sus médicos. Martín y Grau (2005, en Manuel Ortiz & Eugenia Ortiz, 2007) informan que, en general, 40% de los pacientes no cumplen las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas este porcentaje llega a 20%, mientras que en enfermedades crónicas el incumplimiento alcanzaría a 45%. Cuando los tratamientos generan cambios en los hábitos de vida e invaden diversas áreas (laboral, social, familiar), los porcentajes de no adherencia aumentan significativamente (Rodríguez, 2001, en Manuel Ortiz & Eugenia Ortiz, 2007).

Diversas conductas de los pacientes pueden ser interpretadas como falta de adherencia al tratamiento: retrasos aparentemente justificados para comenzar, suspensión prematura del mismo, falta de asistencia a alguna consulta, experimentar resistencia al cambio de hábitos y estilo de vida para la mejora del trastorno, cumplir de forma incompleta o deficiente las indicaciones, que puede traducirse en errores de omisión, modificación de dosis, entre otros (Amigo, Fernández & Pérez, 1998; Barra, 2002, en Salvador & Ayesta, 2009).

Cabe mencionar, que la falta de adherencia no siempre debe ser contemplada como algo negativo. En ocasiones, puede ser el último o único mecanismo de defensa que el paciente tiene frente a consecuencias imprevistas

de los tratamientos o frente a indicaciones inadecuadamente recibidas o procesadas (Salvador & Ayesta, 2009).

Además, cada día se ha ido estableciendo que una relación de colaboración entre el paciente y el o los prestadores, puede contribuir a mejorar la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas (Ciechanowski, Katon, Russo & Walter, 2001, en Manuel Ortiz & Eugenia Ortiz, 2007), además esta variable parecería asociarse con mejoras en la participación del paciente en su cuidado, con disminución de cancelaciones a las visitas médicas e incrementos en el compromiso del paciente con su tratamiento. A su vez, se ha demostrado que la satisfacción (Korff, Gruman, Schaefer, Curry & Vagner, 1997, en Manuel Ortiz & Eugenia Ortiz, 2007) y la comunicación del paciente con el equipo de atención en salud, son variables que pueden contribuir a la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos (Rodríguez, 2001, en Manuel Ortiz & Eugenia Ortiz, 2007).

Del mismo modo, cuando el tratamiento de la enfermedad consiste en un patrón complejo de conductas e invade diferentes aspectos del paciente o sus resultados son invalidantes, tiende a afectar la adherencia terapéutica. Se podría establecer la siguiente relación: a mayor complejidad del tratamiento, menos adherencia terapéutica (Manuel Ortiz & Eugenia Ortiz, 2007).

5.3 Rol de la psicología de la salud en el fenómeno de la adherencia terapéutica

Pese a que el fenómeno de la adherencia terapéutica involucra a todos los profesionales de la salud, la psicología de la salud proporciona un cuerpo de teorías y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para el pronóstico e intervención sobre la conducta de adherencia. Entre ellas, la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1982, en Ortiz. M., & Ortiz. E, 2007), la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1980, en Ortiz. M., & Ortiz. E, 2007), el Modelo de Creencias en Salud (Rosentock, 1974, en Ortiz. M., & Ortiz., E., 2007), el Modelo Transteórico (Prochaska & Di Clemente, 1982, en Ortiz. M., & Ortiz. E., 2007) y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (Fisher J, Fisher W,

Miscovich, Kimble & Malloy, 1996, en Ortiz. M., & Ortiz. E., 2007) A continuación se presenta una breve descripción de cada una.

Teoría Social Cognitiva: Sugiere que cualquier cambio de conducta (por ejemplo, volverse adherente) se fundamenta sobre la creencia de que una persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada. Esta creencia en la habilidad o capacidad de alcanzar lo deseado se denomina autoeficacia percibida. De acuerdo a la teoría, esta creencia es esencial para predecir la conducta de adherencia, aun cuando otros predictores están presentes. Es así como una persona puede sentirse vulnerable ante una enfermedad, entender y conocer cuáles son los comportamientos específicos que requiere el tratamiento, creer que la adopción de tal conducta saludable disminuirá la probabilidad de enfermar y tener apoyo social. Sin embargo, si la persona no está convencida que tiene la habilidad para ejecutar la conducta, es poco probable que la lleve a cabo.

Teoría de la Acción Razonada: Relaciona las creencias, actitudes, intenciones y conducta. Señala específicamente que el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo. A su vez, la intención es predicha por la actitud hacia ejecutar tal conducta y factores sociales, tales como la percepción que los sujetos significativos para el paciente tienen acerca de tal conducta. Tomando en consideración lo sugerido por la teoría, se podría predecir con mayor exactitud que una persona se involucre en conductas saludables indagando sobre la intención que tenga de realizarlas.

Modelo de Creencias en Salud: Integra teorías cognitivas y conductuales para explicar por qué la gente falla en adherir a conductas saludables, considerando el impacto de las consecuencias y expectativas relacionadas con la conducta. Específicamente, la probabilidad que una persona adopte o mantenga una conducta para prevenir o controlar una enfermedad dependerá de:

- a) Grado de motivación e información que tenga sobre su salud.
- b) Autopercepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad.
- c) Percibir la condición como amenazante.
- d) Estar convencido que la intervención o tratamiento es eficaz.

- e) Percepción de poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud. Apoyo empírico a esta teoría ha sido reportado por varios autores.

Modelo transteórico: Propone etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo. Se distingue cinco etapas diferentes para el cambio:

- a. Precontemplación (el individuo no tiene intención para cambiar en el corto plazo, usualmente medido en los próximos 6 meses).
- b. Contemplación (el sujeto no está preparado para tomar acciones en el presente, pero podría intentarlo en el corto plazo de aquí a 6 meses).
- c. Preparación (el individuo está considerando activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato, dentro del próximo mes).
- d. Acción (el sujeto ha hecho un cambio en el pasado reciente, pero este cambio no está bien establecido).
- e. Mantenimiento (se ha cambiado la conducta por más de 6 meses y se está activamente involucrado para sostenerla) (Ruggiero & Prochaska, 1993, en Ortiz. M. & Ortiz. E., 2007).

Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales:

Sometido a rigurosa investigación empírica, tanto en estudios prospectivos como correlacionales, este modelo demuestra que en conjunto la información, la motivación y las habilidades conductuales explican 33% de la varianza del cambio conductual. Específicamente, demuestra que la información es un prerrequisito pero por sí sola no es suficiente para alterar la conducta. Además provee evidencia que la motivación y las habilidades conductuales son determinantes críticos que son independientes del cambio conductual. La información y la motivación afectarían la conducta por medio de las habilidades conductuales. Sin embargo, cuando las habilidades conductuales son familiares o no complicadas, la información y la motivación pueden actuar directamente sobre la conducta. En

este caso, un paciente puede seguir una prescripción basado en la información entregada por el médico. En el modelo, la relación entre motivación e información es débil. Sin embargo, la presencia de ambos aumenta el poder predictivo del modelo.

5.4 Desafíos de la adherencia terapéutica a los profesionales del área de la salud

Por tratarse de un problema de salud pública que incluye múltiples factores y que además posee una naturaleza compleja donde los factores comportamentales y los subjetivos desempeñan un rol importante, se considera a la adherencia a los tratamientos un problema aún no resuelto. En este sentido, los desafíos que impone el fenómeno de la adherencia terapéutica podrían agruparse en las siguientes áreas: definición del concepto de adherencia, evaluación o medición de la adherencia terapéutica e intervención para incrementarla, todas las cuales se encuentran íntimamente relacionadas (Ortiz. M. & Ortiz. E., 2007)

De este modo, métodos indirectos, como las entrevistas, son generalmente utilizados, debido a que poseen la ventaja de presentar la propia evaluación del paciente respecto de su adherencia. La observación de la conducta del paciente no es usualmente relevante, debido a que es un proceso muy complicado e incluso resulta imposible seguir al paciente durante todo el día (Kyngas, 2000, en Ortiz. M., & Ortiz. E., 2007)

Todo indicaría que al parecer sería interesante desarrollar mecanismos o instrumentos que tiendan a considerar la integración de métodos directos e indirectos para evaluar la adherencia terapéutica, y por el momento complementar ambos métodos.

Finalmente, sobran argumentos para efectuar intervenciones que contribuyan a la adherencia terapéutica y se justifican por sí mismos. Sin embargo, parece necesario reflexionar que por tratarse de un fenómeno multidimensional, las intervenciones deben dirigirse a todos los estamentos involucrados, pacientes, prestadores de salud y sistemas de salud.

5.5 Factores que Influyen en la Adherencia Terapéutica

Existen una gran cantidad de trabajos relacionados a la adherencia terapéutica y los diversos factores que pueden influir sobre ella. De una manera esquemática, éstos pueden agruparse en factores dependientes del paciente, factores dependientes de la relación profesional sanitario-paciente y otros factores, como pueden ser el tipo de trastorno, el régimen terapéutico y la organización de los servicios de salud (Meichenbaum & Turk, 1991; Amigo, Fernández & Pérez, 1998; Martín y Grau, 2004; Rodríguez-Marín, 2004, en Salvador & Ayesta, 2009).

a) Variables del paciente

Percepción del problema: Estas afirmaciones se derivan en parte del modelo de creencias de salud, propuesta de la Psicología de la Salud que refleja el interés en identificar las variables que subyacen a las conductas saludables y que ha motivado investigaciones dirigidas a descubrir las razones que llevan a las personas a proteger su salud (Ehrenzweig, 2007, en Salvador & Ayesta, 2009). Según Becker (1979, en Salvador & Ayesta, 2009) este modelo presenta capacidad explicativa y utilidad para promocionar el seguimiento de las prescripciones de salud. Percibir que se está expuesto a una grave enfermedad y ver las ventajas de seguir el tratamiento que trata de paliarla o curarla, se ha relacionado con la adhesión a corto plazo (Amigo et al., 1998, en Salvador & Ayesta, 2009). Sin embargo, el modelo de creencias de salud no parece capaz de explicar totalmente la conducta de adherencia. Así, por ejemplo, un estudio realizado con pacientes con cáncer concluyó que a pesar de que el cáncer es considerado una enfermedad grave, un porcentaje de pacientes refirieron no haber seguido el tratamiento de manera adecuada (Ehrenzweig, 2007, en Salvador & Ayesta, 2009), lo que implica que hay más variables implicadas.

Ambivalencias: Cualquier decisión humana presenta sus pros y sus contras y por muchas que sean las ventajas, es lógico que también se presenten algunos inconvenientes, que en algunos momentos pueden ser percibidos como más relevantes o más urgentes.

Auto-eficacia: Es otra variable del paciente a tener en cuenta; Bandura (1977, en Salvador & Ayesta, 2009) la definió como la convicción de la persona de ser capaz de realizar con éxito la conducta requerida para producir ciertos resultados. En parte dependen de la experiencia previa de la persona en otros campos, aunque puede ser aumentada: si una persona se ve capaz de aplicar alguna de las estrategias cognitivas que se han entrenado en un tratamiento psicológico para dejar de fumar, es más probable que las ponga en práctica y que le puedan resultar útiles.

Contexto personal: Aunque puede ser considerada como una variable externa al paciente, el contexto de éste puede también dificultar la adherencia (Rodríguez, 2004, en Salvador & Ayesta, 2009).

b) Relación terapeuta-paciente

La adhesión a los tratamientos por parte de los pacientes se relaciona estrechamente con la conducta del clínico y su capacidad de influencia en la conducta del paciente. De hecho, las variables relacionadas con la interacción sanitario-paciente están entre las más relevantes en la explicación del grado de adherencia terapéutica (Amigo et al., 1998; Rodríguez, 2004, en Salvador & Ayesta, 2009); en realidad, en la mayor parte de los casos son bastante indistinguibles las variables del paciente de las variables de la relación profesional sanitario-paciente, ya que éstas suelen ir encaminadas a mejorar o interactuar con aquéllas.

Actitud activa del paciente: Si se pide a un paciente que siga unas pautas contrarias a sus expectativas o que interfieran con sus rutinas, es probable que no las cumpla, máxime si su percepción de los costes de seguir el tratamiento son superiores a los supuestos beneficios del mismo. Es por tanto fundamental para mantener la adherencia, conseguir la participación del paciente en la elección del plan terapéutico, favoreciendo que verbalice su compromiso (Amigo et al., 1998; Miller & Rollnick, 1999, en Salvador & Ayesta, 2009).

Manejo de expectativas: La mejora de las expectativas del paciente respecto a la utilidad o beneficios del tratamiento es una manera clave de influir

positivamente en la adherencia (Amigo et al., 1998, en Salvador & Ayesta, 2009). Es así mismo importante que las expectativas de los pacientes sean congruentes con las consecuencias reales que se derivan del tratamiento. Por ejemplo, a la vez que se trasmite el potencial de un determinado fármaco o una determinada estrategia, suele ser necesario advertir que la finalidad del tratamiento no es la desaparición de los deseos de fumar y ayudar a no sobrevalorar la capacidad de un tratamiento para controlar estos deseos (Vogt, Hall & Marteau 2008, en Salvador & Ayesta, 2009).

Del mismo modo, el conocimiento previo de algunos efectos no deseados de las estrategias terapéuticas (como reacciones adversas de la medicación o cierta sensación de aislamiento con algunas conductas de evitación) puede hacerlos más fácilmente identificables cuando aparecen, permitiendo no sobreestimarlos y poder enfrentarse más adecuadamente a ellos. Se ha descrito que la mención de los posibles efectos no deseados de un tratamiento no reduce la adhesión de los pacientes (Álvarez, Gómez, Gallego & Picón 2001, en Salvador & Ayesta, 2009).

Adecuada comunicación: Esta es otra variable fundamental, que se solapa con las anteriores, de la que es cauce o transmisora. Una buena comunicación, en sus vertientes informativa y persuasiva, es una variable relevante en la adherencia terapéutica (Rodríguez, 2004, en Salvador & Ayesta, 2009). A la hora de informar hay que tener en cuenta la capacidad de procesamiento de los pacientes: se ha descrito que los pacientes sólo recuerdan el 50% de la información que reciben y que, además, parte de las instrucciones recibidas son recordadas erróneamente (, en Salvador & Ayesta, 2009, en Salvador & Ayesta, 2009); los consejos e instrucciones se olvidan más que otro tipo de información (Rodríguez-Marín, 2004, en Salvador & Ayesta, 2009). Conviene por tanto adaptarse a las características de los pacientes y cerciorarse de que asimilan adecuadamente las diversas informaciones necesarias.

c) Otros factores

Características del trastorno: Diversos estudios han mostrado que la adherencia se relaciona en parte con las características del trastorno: cuando éste

se manifiesta con síntomas de inicio agudo, fácilmente reconocibles y que molestan al paciente, es más probable la adhesión al tratamiento; sin embargo, cuando los síntomas son prácticamente inexistentes, poco claros o se mantienen constantes durante tiempo de manera que el paciente se adapta a ellos, la adherencia disminuye (Amigo et al., 1998, en Salvador & Ayesta, 2009).

Características del régimen terapéutico: Diversos estudios han encontrado que los pacientes tienden a adherirse menos a aquellos regímenes de medicación que requieren distintas dosis a lo largo del día; también se observa que, a medida que se alargan los tratamientos, es más probable la falta de adherencia a los mismos (Sánchez, 2006, en Salvador & Ayesta, 2009).

Al igual que en toda conducta, los efectos del tratamiento sobre el estilo de vida de un paciente actúan como potenciales condiciones reforzantes o aversivas: las consecuencias son importantes para perpetuar una conducta o no (Amigo et al., 1998, en Salvador & Ayesta, 2009). Cuando el tratamiento provoca la pérdida de gratificaciones en la vida cotidiana de un paciente, se reduce la probabilidad de que éste se adhiera al mismo, por un proceso de castigo negativo.

La organización de los servicios de salud: Diversos factores relacionados con las características de la atención sanitaria pueden también influir en la adherencia de los pacientes a los tratamientos (Amigo et al., 1998, en Salvador & Ayesta, 2009). El entrenamiento de profesionales sanitarios, haciendo énfasis en la buena comunicación entre terapeutas y pacientes aumenta la adherencia al tratamiento (Abad, 2008, en Salvador & Ayesta, 2009).

Determinar los factores que influyen en el bajo cumplimiento y en el abandono precoz podría facilitar establecer programas terapéuticos adecuados para el paciente (Velligan, Weiden, Sajatovic, Scott, Carpenter, Rose & Docherty, 2010, en Begoña, 2011). De igual manera, conocer dichas variables permitiría mejorar las tasas de retención en los distintos programas mediante la aplicación de técnicas específicas orientadas a este fin, con el consiguiente aumento de la eficacia de los mismos (Secades & Fernández, 2000, en Begoña, 2011).

Este número elevado de factores a controlar en la adherencia y la dificultad para aplicar los instrumentos de evaluación de la misma hace que los trabajos realizados tengan en cuenta diferentes grupos de variables (Anderson & Lambert, 2001, en Begoña, 2011); así hay trabajos sobre características del paciente y síntomas de la enfermedad; otros sobre los tratamientos administrados y sus efectos secundarios; otros sobre aspectos sociales y el ambiente que rodea al paciente y otros sobre aspectos clínicos y terapéuticos.(Fenton, Blyler & Heinssen, 1997; Novak & Tavcar, 2002; Perkins, 1999; Gonzalvo, Coronado, Martínez, Álvarez, Megías, Roncero & Casas, 2009, en Begoña, 2011).

5.6 Adherencia en Drogodependencias

Se sabe que las personas con múltiples problemas psicosociales y que precisan tratamiento tienen a menudo dificultades para cumplirlo de forma adecuada. En muchos casos no llegan ni a iniciar tratamiento y si lo hacen lo abandonan de forma prematura, asociándose este hecho a peores resultados (Onken, Blaine & Boren, 1997, en Begoña, 2011). En los estudios de seguimiento realizados en adicciones, lo que parece evidente es que la adherencia al tratamiento está directamente relacionada con la evolución postratamiento y con el éxito terapéutico (Guardia, Catafu, Batlle, Martín, Segura, Gonzalvo, Prat, Carrió & Casas, 2000, en Begoña, 2011). También se produce una mejoría a nivel de los síntomas psiquiátricos y de la actividad psicosocial, incluyendo una disminución de la actividad delictiva cuando ésta existe (Girón, 2007, en Begoña, 2011).

Se sabe que el 40% de las personas con serios problemas por el consumo de sustancias y que solicitan una primera visita no acuden a ella. En el caso de que exista Patología Dual se sabe que no se presentan a esta primera visita el 60%. Si acuden a este primer contacto terapéutico, el número de pacientes que abandonan el tratamiento en el primer mes es alto (Roncero, Barral, Grau, Bachiller, Szerman, Casas & Ruiz; Roncero, Barral, Grau, Esteve & Casas, en Begoña, 2011). Se considera que se debe a un proceso de desmotivación temprana de estos pacientes (Raes, De Jong Cor, De Bécquer, Broekaert & Maeseneer, en Begoña, 2011). Por tanto, en éstos, la probabilidad de recaída, de

no abandono de la sustancia, de reagudización de síntomas psiquiátricos, e incluso de reingreso es alta. (Daley & Zuckoff, 2004; Roncero, Collazos, Valero & Casas, 2007, en Begoña, 2011).

La dependencia de sustancias se considera un trastorno crónico recidivante que puede cursar con recaídas, con una base biológica y genética (Fernández, Ribasés, Roncero, Casas & Gonzalvo, 2010; Volkow, Fowler, Wang, Baler & Telang, 2009; Corominas, Roncero & Casas, 2009, en Begoña, 2011), y que no se debe únicamente a una falta de voluntad o a un deseo de abandono del consumo. Actualmente existen intervenciones y tratamientos adecuados, tanto farmacológicos como psicológicos para la adicción. (OMS, 2004; Brancolini & López, 2002, en Begoña, 2011).

Aunque se sabe que no todas las adicciones responden a un mismo tratamiento ni con la misma eficacia. Los aspectos que pueden influir en el desarrollo y posterior tratamiento serían de tipo sociológico, psicológico y conductual (Dutra, Stathopoulou, Basden, Leyro, Power & Otto, 2008, en Begoña, 2011). Como refieren algunos autores, el abordaje terapéutico de esta patología es más eficaz cuando se realizan abordajes multidisciplinares e integrados, comprendiendo todas las vertientes implicadas en el trastorno; tanto los aspectos psicológicos, médicos, sociales, legales, educacionales y familiares (Guardia, Iglesias, Segura & Gonzalvo, 2003, en Begoña 2011).

De esta manera sería más fácil alcanzar los objetivos del tratamiento: reducir el craving (deseo intenso de consumir) y las recaídas y mejorar la calidad de vida del paciente, disminuyendo las consecuencias médicas, sociales y legales asociadas a la dependencia (Grau & Roncero, 2010; Ahmadi, Kampman, Oslin, Pettinati, Dackis & Sparkman, 2009, en Begoña, 2011).

5.6.1 Factores Implicados en la Adherencia al Tratamiento de Drogedependencias

Aunque los últimos años ha habido grandes avances científicos en el conocimiento de las bases neuropsicobiológicas y farmacológicas de las

adiciones (Guardia, Segura, Gonzalvo & Iglesias, 2002; Mc Lellan, 2002; Mc Lellan, Lewis, O' Brien & Kleber, 2000, en Begoña 2011), aún no se ha podido resolver uno de los principales retos en la práctica clínica diaria del paciente con dependencia de sustancias como es la continuidad en el tratamiento establecido. Las tasas de abandonos suelen ser elevadas, siendo uno de los factores principales de mal pronóstico, y cuando éstas tienen lugar en las primeras fase del tratamiento todavía más ya que algunos autores han señalado que el abandono temprano del tratamiento en drogodependencias es indicativo de una mayor probabilidad de recaída, y que el mantenimiento en el mismo se relaciona con un mejor pronóstico o con mejores resultados (Wierzbicki & Pekarik, 1993; Mc Carty, Gustafson, Widsom, Ford, Chor, Molfenter, Capoccia & Cotter, 2007, en Begoña 2011).

Se han definido algunas variables que pueden favorecer el abandono en el ámbito de las drogodependencias como serían: el ser policonsumidor, tener psicopatología asociada, antecedentes legales, mucho tiempo de consumo de la sustancia y la pobre motivación hacia el cambio. Se definen como variables que pueden facilitar la continuidad la estabilidad de los terapeutas, la implicación familiar, estar en un programa residencial, estar en tratamiento farmacológico y a la dosis terapéutica del mismo (Aron & Daily, 1976 en Guardia, Segura, Gonzalvo, Trujols, Tejero, Suárez & Martí, 2004; López, Fernández, Illescas, Landa & Lorea, 2008, en Begoña 2011).

Lo que sí se conoce como uno de los principales motivos de abandono del tratamiento en drogodependencias es que el objetivo principal del paciente al acudir a la visita no coincida con el objetivo del terapeuta, que en muchos casos suele ser la abstinencia de la sustancia (Rollnick, Stephen, Miler & William, 1999; Domínguez, Miranda, Pedrero, Pérez & Puerta, 2008, en Begoña, 2011).

Para el paciente existen otros problemas prioritarios y es necesario que el equipo terapéutico sea consciente que se necesitará un tiempo hasta la aceptación o reflexión por parte del paciente de este hecho (Gossop, 1978; Prochaska & DiClemente, 1982, en Begoña, 2011).

5.6.2 Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo

La adherencia de los fumadores a los tratamientos para dejar de fumar no es una cuestión de "todo o nada". Podría hablarse de un continuo en el grado de adherencia: puede que asista a las citas, pero no tome la medicación prescrita; que se ponga bien los parches de nicotina, pero los deje antes de tiempo; que comience una terapia psicológica en grupo, pero no entrene las estrategias para controlar los deseos de fumar, entre otras (Salvador & Ayesta, 2009). Mantener la adherencia de los fumadores a los tratamientos de cesación requiere un manejo terapéutico especial, ya que al igual que ocurre con otras sustancias adictivas, en el proceso de dejar de fumar la motivación puede fluctuar, las situaciones de riesgo pueden no ser adecuadamente valoradas y los consumos puntuales pueden dar lugar a recaídas.

La falta de adherencia a los tratamientos tiene repercusiones clínicas y económicas. A nivel clínico, que alguien no se adhiera al tratamiento, supone desaprovechar los beneficios que éste le podría generar ayudándole a dejar de fumar, lo que incide negativamente en su salud; además, al aumentar la posibilidad de recaída, la falta de adherencia puede terminar generando expectativas negativas respecto a la eficacia del tratamiento y respecto a las posibilidades de conseguir la cesación en el futuro. A nivel económico, los tratamientos que no se acaban cumpliendo suponen una pérdida de tiempo y/o de dinero para el propio paciente, para los terapeutas y para la entidad que asuma los gastos (Salvador & Ayesta, 2009).

Identificar las variables predictoras de éxito de una intervención ahorra y polariza esfuerzos en el abordaje de cualquier trastorno. En el caso del consumo de tabaco, la adherencia al tratamiento, junto con otros factores como la ausencia de depresión, se ha identificado sistemáticamente como una variable predictora del mantenimiento de la abstinencia a largo plazo (Crucelaegui, Nerín, Sobradíel, Belmonte, Novella, Bernal & Gargallo, 2004; López & Gil, 2001; Llambí, Esteves, Blanco, Barros, Parodi & Goja, 2008, en Salvador & Ayesta, 2009).

En el abordaje del consumo de tabaco, en función del tipo de tratamiento que se lleve a cabo, la falta de adherencia puede adoptar diferentes manifestaciones (Salvador & Ayesta, 2009):

- ❖ Tras interesarse en una terapia para dejar de fumar, muchas personas posponen la decisión cuando se les llama para comenzar; o empiezan y la abandonan tras las primeras sesiones.
- ❖ En cuanto al tratamiento farmacológico, los fumadores pueden cometer con frecuencia errores en la toma de medicación: olvidar ponerse un parche de nicotina por la mañana al levantarse, usar los chicles de nicotina masticando rápidamente buscando el alivio inmediato de la urgencia de fumar, dejar de tomar los comprimidos de bupropion o vareniclina por encontrarse mejor, entre otros.
- ❖ Cuando se someten a un tratamiento psicológico, a veces no se implican en las tareas: muchos terapeutas se quejan de que sus pacientes fumadores no traen los auto-registros o no ensayan las técnicas de relajación que se les enseñan; si se les recomiendan unas pautas de control de la ingesta de alimentos o de ejercicio físico, muchos no siguen las indicaciones por ser un sobreesfuerzo que no están dispuestos a soportar, entre otros.

En tabaco suele ocurrir, además, que los pacientes habitualmente reciben múltiples instrucciones, sugerencias o ideas que pueden facilitarles la cesación, el cambio de conducta. Sin embargo, éstas no siempre son transmitidas o recibidas de acuerdo a su importancia, lo que puede acabar ocasionando que el paciente asuma algunas de las pautas más accesorias y prescinda de alguna de las potencialmente más importantes (Salvador & Ayesta, 2009).

No debe asumirse de manera acrítica que alguien está motivado para dejar de fumar sólo por el hecho de que siga estrictamente las indicaciones prescritas. El mejor indicador de que alguien está en disposición de aprovechar los beneficios de la terapia es que se implique activamente en ella, no como un mero "cumplidor de instrucciones", sino participando en el diseño de su plan de tratamiento. Por tanto, en vez de intentar transmitir una serie de recomendaciones prácticas y esperar que sean cumplidas, es más útil analizar conjuntamente con el paciente las medidas que pueden ser más convenientes y favorecer que él mismo

haga propuestas de cambio a lo largo de todo el proceso de cesación, propuestas con las que pueda comprometerse (Salvador & Ayesta, 2009).

En cuanto a las **variables del paciente y su percepción del problema**, tenemos que el primer requisito para que alguien que fuma se adhiera a una terapia de cesación es percibir y aceptar que tiene un problema.

El hecho de implicarse en un proceso de deshabituación tabáquica, de estar en condiciones de tolerar mejor los esfuerzos y dificultades que este proceso conlleva, se ve facilitado por las siguientes tres percepciones por parte de los pacientes:

1. Percepción de que fumar le genera inconvenientes que no le compensa asumir.
2. Percepción de que el problema es solucionable.
3. Percepción de que en su caso concreto le va a ser útil la ayuda profesional que se le preste para el abandono del consumo.

Por el propio concepto de riesgo, la probabilidad de llegar a padecer enfermedades graves derivadas del consumo de tabaco no es absoluta; además, en el caso del tabaco, la mayoría de los riesgos son diferidos, se producen a medio-largo plazo. Además, quienes fuman pueden presentar creencias falsas o ideas distorsionadas sobre los riesgos para la salud que genera el tabaco, el proceso de dejar de fumar o también sobre las implicaciones del tratamiento.

Son frecuentes ideas como "fumar poco no hace daño", "a mí no me va a tocar", "si siento ganas de fumar durante el tratamiento, es que no me está funcionando", "si ya me encuentro bien, debería dejar la medicación", "los medicamentos van a generarme la misma dependencia que el tabaco", etc. Las creencias falsas que impliquen una menor vulnerabilidad a la toxicidad del tabaco, una menor valoración de los riesgos o una idea distorsionada sobre el curso del tratamiento, podrían derivar en el abandono prematuro de éste, afectando con ello a la adherencia.

En cuanto a las ambivalencias, la motivación de las personas que deciden dejar de fumar va a fluctuar en el tiempo. Se habla del conflicto de querer y no querer: la ambivalencia (Miller & Rollnick, 1999, en Salvador & Ayesta, 2009). Al igual que ocurre en el inicio del consumo, los beneficios de seguir fumando pueden ser bastante intangibles y no basarse en nada objetivo, sino sólo en expectativas creadas por la promoción y la publicidad. Sin embargo, el hecho de que el fumador los perciba puede dificultar el reconocimiento o descubrimiento de algunas ambivalencias. Aunque las ambivalencias pueden ser manifiestas desde el inicio, lo más frecuente es que éstas vayan apareciendo a lo largo del proceso de cesación, a medida que:

- a) Se van asumiendo como normales los beneficios de la cesación y se van olvidando las consecuencias negativas reales que ocasionaba el tabaco.
- b) No se logran algunas expectativas infundadas (y no siempre explícitamente formuladas).
- c) Aparecen circunstancias externas que alteran la percepción del balance (mi mejor amigo ha caído; ¿para que esforzarme si yo también acabaré cayendo?) o disminuyen los apoyos sociales (familia o amigos), que ven normal que ya no fume y no refuerzan su nueva conducta.

De tal forma, que conviene ayudar a los pacientes a que afronten y resuelvan sus ambivalencias. Para esto es útil objetivar el balance costes-beneficios de la cesación, intentando identificar la presencia de resistencias, creencias irreales y expectativas ilusorias, aunque también conviene abordar aquellos aspectos más relacionados con la conducta adictiva, como su impulsividad y los estímulos desencadenantes de los deseos de consumir (Ayesta & Rodríguez, 2007, en Salvador & Ayesta, 2009).

En el coste percibido de dejar de fumar, quien pretende dejar de fumar habitualmente está sano o presenta síntomas menores. Esto hace que, al dejar de fumar, pasen de estar "sanos" a estar "incómodos" con motivo de la sintomatología de abstinencia, o sientan malestar debido a la dificultad de controlar las situaciones para cuyo manejo usaban el consumo de tabaco. Esto

puede hacer también menos soportables algunas reacciones adversas de la medicación que, aunque objetivamente sean leves, pueden ser más relevantes para el fumador que los beneficios que aportan. Ante la presencia de estos inconvenientes o menores gratificaciones a corto plazo, conviene ayudar al paciente a fijarse en los beneficios y objetivos que ya se están obteniendo y en los que se lograrán a medio-largo plazo.

En la variable de auto-eficacia, en parte se depende de la experiencia previa de la persona en otros campos, aunque puede ser aumentada: si una persona se ve capaz de aplicar alguna de las estrategias cognitivas que se han entrenado en un tratamiento psicológico para dejar de fumar, es más probable que las ponga en práctica y que le puedan resultar útiles.

En la variable del contexto personal, un ejemplo de esto serían aquellas personas que, dentro del tratamiento para dejar de fumar, se plantean cambiar alguna pauta de alimentación para no ganar mucho peso: es posible que no encuentren apoyo familiar, bien porque alguien vea peligrar sus hábitos alimenticios (miedo a que se deje de comprar dulces o determinados refrescos, etc.) o simplemente porque complique la elaboración de las comidas.

En cuanto a la variable de la relación terapeuta-paciente en el abordaje del consumo de tabaco, como ocurre en las otras conductas adictivas, una actitud del terapeuta de carácter motivacional aumenta la adherencia al tratamiento. Conviene evitar la confrontación con el paciente y no discutir con él ni tratar de imponerle un programa de tratamiento. Miller & Rollnick (1999, en Salvador & Ayesta, 2009) sugieren que debemos aprender a bailar con nuestro paciente, ayudándole a avanzar en el proceso, sin olvidar que es él quien tiene que ver la necesidad de cambiar y hacer los esfuerzos necesarios.

En el manejo de expectativas, es imprescindible que quien desea dejar de fumar perciba que las estrategias de tratamiento le aportan algo, le sirven para afrontar situaciones concretas, le pueden resultar útiles. Por ello, la mejora de las expectativas del paciente respecto a la utilidad o beneficios del tratamiento es una manera clave de influir positivamente en la adherencia (Amigo et al., 1998, en Salvador & Ayesta, 2009).

Otros factores que pueden influir en la adherencia al tratamiento en tabaquismo, son los siguientes:

Características del trastorno, en el caso del tabaco, los perjuicios no son siempre evidentes: el problema fundamental es que el consumo de tabaco, de cigarrillos sobre todo, es un factor de riesgo de enfermedad grave y que ésta puede debutar sin presentar sintomatología previa. Además, muchos de los síntomas asociados al consumo de tabaco (cansancio, tos matutina, modificación del timbre de voz, menor resistencia al esfuerzo, dificultad para percibir los olores y sabores, etc.) van apareciendo paulatinamente, lo que hace que la persona vaya acostumbrándose a ellos. Del mismo modo, al haberse ido asociando por repetición a diversas circunstancias de la vida del fumador, ya no le resultan extraños determinados comportamientos, propios de las conductas adictivas, como ir a comprar tabaco a cualquier hora que se acabe, planificar actividades de ocio de acuerdo a la posibilidad de consumo o dosificar consciente o inconscientemente el consumo, no en virtud de la apetencia.

Por estos motivos, mientras que la funcionalidad del consumo de tabaco suele ser más o menos evidente, la funcionalidad de los esfuerzos de cesación puede no serlo tanto y dificultar la adherencia a los tratamientos.

En las características del régimen terapéutico, en el caso del tabaco, tomar diferentes pautas diarias requiere una mayor dedicación por parte del fumador y, por tanto, un mayor esfuerzo. En general, asociar la toma a las comidas principales tiende a hacer menos probables los fallos producidos por olvidos. En el caso del tabaco, los costes pueden ser diversos (economía, esfuerzo, etc.) mientras que los beneficios suelen estar más asociados a la desaparición de síntomas (Rodríguez, 2004, en Salvador & Ayesta, 2009). En las conductas preventivas, como dejar de fumar, el riesgo que se pretende evitar o la enfermedad que se pretende prevenir rara vez es contingente con la no adherencia; es decir, que el abandono del tratamiento habitualmente no supone a corto plazo la aparición de una enfermedad grave, ni tan siquiera de un síntoma molesto. Cuando el tratamiento permite el alivio o la eliminación del malestar que produce el trastorno, la adhesión podría fortalecerse por reforzamiento negativo

(Amigo et al., 1998, en Salvador & Ayesta, 2009). Sin embargo, en tabaco el consumo rara vez se asocia directamente con malestar.

Dejar de fumar puede suponer un cambio significativo en la vida de una persona, ya que es posible que la conducta de fumar haya quedado asociada a numerosas circunstancias de la vida de un fumador: tomar café, hacer un descanso, afrontar una emoción negativa, entre otras. Además puede ser necesario controlar la pauta de alimentación y hacer algo de ejercicio físico para evitar una excesiva ganancia de peso, que no siempre ocurre. Dado que los regímenes terapéuticos que suponen cambios importantes en la vida cotidiana de los pacientes y requieren la incorporación de pautas de comportamiento nuevas derivan en una baja tasa de cumplimiento (Rodríguez, 2004, en Salvador & Ayesta, 2009), esto también se observa y es esperable en la cesación tabáquica.

En la organización de los servicios de salud, respecto al abordaje del consumo de tabaco están descritos como obstáculos: la falta de formación en tabaquismo de los profesionales sanitarios, las listas de espera, los horarios de los tratamientos incompatibles con la disponibilidad del fumador, el tiempo escaso para dedicarle al paciente en la consulta, la falta de continuidad en la atención del profesional sanitario, entre otros. Es habitual que en las instituciones que realizan tratamiento del tabaquismo existan listas de espera. Aunque esto podría servir para reafirmar al paciente en su deseo de dejar de fumar, en general, cuando una persona se interesa por incorporarse a una terapia, sería ideal que la iniciara lo antes posible para que la motivación del momento redundara positivamente en la adherencia al tratamiento; si se le apunta en una lista de espera prolongada, cuando se le llame para asistir, quizá se haya perdido una gran ventana de oportunidad y puede que la motivación haya disminuido. Además, los tratamientos para dejar de fumar se realizan frecuentemente en horario laboral, con lo que quien desea dejar de fumar debe faltar al trabajo para poder asistir, lo cual suele complicar más la adherencia que en otros trastornos, ya que en tabaco muy frecuentemente los fumadores están "sanos", no presentan aún una patología asociada relevante.

Por otra parte, la falta de continuidad en la atención del profesional sanitario, hace que en ocasiones la intervención sea realizada por una persona y el seguimiento por otra, lo que puede influir negativamente en el vínculo terapéutico, pudiéndose resentir, por tanto, la adherencia.

5.6.3 Estrategias para Mejorar la Adherencia al Tratamiento en Tabaquismo

A continuación se indican una serie de estrategias que pueden ser útiles para mejorar el seguimiento de los tratamientos en cesación tabáquica (Abad, 2008; Amigo et al., 1998, en Salvador & Ayesta, 2009):

- *Conseguir establecer un buen vínculo terapéutico con el paciente:* Esto es especialmente relevante en los procesos crónicos que conllevan un cambio de conducta, como es el caso del tabaco. Se consigue mostrando interés por las peculiaridades del fumador, sus necesidades y preferencias, sus expectativas y temores, mostrando empatía y expresando confianza en el tratamiento y en el paciente, lo cual derivará en el aumento de sus expectativas positivas con respecto a sus posibilidades de dejar de fumar.
- *Anticipar la falta de adhesión:* Ser consciente de las dificultades con las que puede encontrarse una persona fumadora para seguir el tratamiento, permite anticiparse a ellas. Conviene identificar las posibles creencias falsas que pudiera tener e indagar qué características de su contexto (familiar, social o laboral) pueden favorecer u obstaculizar la adhesión. Es de gran ayuda instar al fumador a que busque apoyo social para afrontar las dificultades que se planteen y fuentes alternativas de gratificación, en previsión de que a lo largo del tratamiento pueda perder alguna de las que tenía.
- *Conocer e incorporar como objetivos los propios del paciente (dentro de las posibilidades clínicas):* Es indispensable conocer las expectativas del fumador respecto las diferentes herramientas terapéuticas que puedan ofrecérsele para así poder encauzarlas, reestructurarlas y, en la medida de lo posible, adaptarse a ellas. Si una persona cree que asistiendo a las sesiones de una terapia en grupo para dejar de fumar le va a resultar más

fácil que si lo hace con un tratamiento individual, sería deseable elegir la primera opción. Sin embargo, es importante ajustar las expectativas erróneas del paciente a la realidad: si cree que en la terapia para dejar de fumar en grupo va a ser convencido para que deje de fumar, es fundamental corregir esta expectativa.

- *Ofrecer información y asegurarnos de que el paciente la recibe:* La información que se facilite al fumador sobre el tratamiento ha de describir la conducta que se solicita, las condiciones (rutinas cotidianas) en las que ha de utilizarse, la utilidad del tratamiento, las consecuencias positivas y negativas que cabe esperar y cómo manejar los efectos secundarios si aparecen. El objetivo es conseguir que la información que se considera necesaria llegue al paciente, que la comunicación sea eficaz. Los profesionales de la salud tienden a sobreestimar la importancia del tiempo que emplean dando información al paciente y a subestimar el deseo de los pacientes para obtener información (Rodríguez, 1999, en Salvador & Ayesta, 2009). Una estrategia que ayuda al paciente a recibir la información adecuadamente es darle un folleto con la información fundamental y repasarla juntos. Conviene también sondear las posibles dudas que el fumador quizá no se atreva a preguntar. Es recomendable que las indicaciones sean específicas y operativas: por ejemplo, si dentro del tratamiento para dejar de fumar vamos a incluir el ejercicio físico para evitar el aumento de peso, no basta con decir "haga ejercicio", sino que es preferible decirle, "¿qué le parece si a partir de ahora sube a su casa por las escaleras al menos una vez al día?".
- *Simplificar el tratamiento e individualizarlo en lo posible al estilo de vida del paciente:* En los procesos crónicos la simplificación de las pautas dosificadoras mejora la adherencia (Álvarez et al., 2001, en Salvador & Ayesta, 2009). Dentro de lo clínicamente posible, es más fácil la adherencia al tratamiento farmacológico si las dosis son siempre similares y se mantiene una cierta flexibilidad con los horarios y hábitos del fumador. Si se da la indicación de "subir las escaleras de su casa al menos una vez al día" a una persona que vive en un 9º piso, seguramente no la seguirá; en

ese caso, puede sugerirse que use el ascensor hasta el 7º piso, por ejemplo. Es importante tener en cuenta el grado de interferencia del tratamiento en la rutina diaria y contexto del paciente. Anticipando los problemas que puedan aparecer, se pueden buscar soluciones conjuntas.

- *Establecer metas terapéuticas asequibles y consensuadas con el paciente:* Como se ha señalado, conocer las preferencias del fumador e involucrarle activamente en su tratamiento aumenta la adherencia al mismo. Conviene planificar los objetivos terapéuticos con el paciente en función de lo que considere asequible e importante. Si un fumador desea que el inicio de la cesación sea progresivo y no desea reducir todo de golpe, puede hacerse un inicio progresivo. Si considera mejor no retirar los ceniceros de casa, mostraremos respeto a su decisión. Si en un tratamiento en grupo una persona refiere necesitar más tiempo para dar un determinado paso, compensa acompañar a esa persona con el ritmo que nos marque. A este respecto, ayuda establecer una "jerarquía de estrategias", más o menos explícita, en la que se muestren al fumador las ventajas de seguir aquellas que son consideradas fundamentales, pero dándole margen para elegir utilizar o no otras que se consideren más secundarias.
- *Entrenar las competencias requeridas al paciente:* Cuando un paciente cuenta con las competencias necesarias para seguir las pautas establecidas, aumenta su autoeficacia percibida. Conviene confirmar que el fumador es capaz de realizar correctamente las estrategias indicadas, siendo en muchos casos necesario ensayar la conducta concreta. Rellenar un autorregistro del consumo de cigarrillos no es tarea fácil. Para que este instrumento tenga utilidad, hay que rellenarlo correctamente: para ello hay que saber identificar las circunstancias que elicitán el deseo de fumar (antecedentes) y los procesos (internos y externos) que se desencadenan una vez se ha fumado el cigarro (consecuentes); esta tarea requiere entrenamiento. Del mismo modo, es útil ensayar con algunos pacientes cómo rechazar tabaco cuando le ofrecen, cómo solicitar que no se fume en su presencia o cómo pedir ayuda a alguien de su entorno en momentos concretos de deseos intensos de consumir.

- *Reforzar el seguimiento:* Uno de los reforzadores más potentes son los propios efectos del tratamiento sobre la sintomatología y sobre el estado psicológico del paciente, pero esto no siempre es posible percibirlo. Cambiar conductas aprendidas conlleva siempre un esfuerzo y, por muy reforzador que sea mantenerse sin fumar, afrontar las situaciones cotidianas de la vida sin el apoyo del tabaco puede costar. Es importante reforzar que los esfuerzos por mantener la abstinencia son importantes; conviene mantener la empatía y reforzar los comportamientos de adherencia del fumador, aun cuando no haya conseguido mantenerse abstinente.

- *Favorecer la accesibilidad y continuidad de la atención:* En la medida de lo posible se deben intentar controlar las variables dependientes de la organización sanitaria que dificultan la adhesión. Conviene que la espera tras realizar una demanda de ayuda para dejar de fumar no se alargue desproporcionadamente. Debe procurarse que las sesiones de seguimiento sean atendidas por un mismo terapeuta, si es posible (Martín, 2006, en Salvador & Ayesta, 2009). Puede también ser útil establecer un protocolo de seguimiento, de manera que pueda llamarse a alguien que no acude a alguna cita, mostrando interés por la persona y motivándole para que continúe (Álvarez et al., 2001, en Salvador & Ayesta, 2009).

CAPÍTULO 6

RESULTADOS OBTENIDOS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

De acuerdo al abordaje terapéutico y las actividades realizadas dentro del servicio social, se presentan a continuación los resultados obtenidos a través de la descripción de la intervención en los casos clínicos llevados dentro del Programa de Servicio Social en la Clínica Contra Tabaquismo del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM 1

Paciente femenino de 50 años de edad que acude a la Clínica contra el Tabaquismo para iniciar tratamiento de cesación tabáquica puesto que desea dejar de fumar para mejorar su estado de salud. Referida de la Unidad de Neumología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, debido a un diagnóstico inicial de Bronquitis Crónica, el cual fue atendido mediante tratamiento médico. Asimismo señala un antecedente de hipertensión arterial.

En cuanto a su descripción física, asiste en buenas condiciones de aliño e higiene personal, apariencia física acorde a su edad cronológica, ubicada en las cuatro esferas (tiempo, espacio, persona y circunstancia); de complexión esbelta, tez morena clara, de estatura promedio (1.55-1.60m), viste de manera casual, muestra disposición y fluidez en facilitar información, lenguaje fluido y pensamiento ordenado.

En relación a su historia familiar, señala que se tienen antecedentes de hipertensión arterial, alcoholismo y tabaquismo. Sus padres actualmente viven y es la mayor de 7 hermanos. Cuenta con un grado de escolaridad de media superior trunca y actualmente se encuentra casada y tiene un hijo mayor de edad.

Dentro de su padecimiento actual y de acuerdo a la entrevista inicial realizada, refiere un consumo promedio de 6 cigarros diarios desde hace cuatro años. Su edad de inicio de consumo, fue a los 14 años, teniendo como principal factor de inicio, la imitación, puesto que todos a su alrededor fumaban. Asimismo, reportó una historia de consumo y abuso de alcohol, el cual mantuvo hasta la

edad de 47 años, ingresando a un grupo AA. De igual forma, reportó una historia de consumo y abuso de cocaína (crack o piedra) a la edad de 30 años, consumo que mantuvo hasta los 47 años. También refirió, consumo de marihuana de los 18 a 22 años y consumo de Inhalables (cemento) en una ocasión a los 24 años.

Finalmente, la paciente reportó problemas para dormir debido a una mala higiene de sueño, puesto que el mismo no es constante. De igual manera, mantiene un estilo de vida poco saludable en cuanto a alimentación e ingesta de líquidos, asimismo es muy inconstante en sus actividades deportivas o físicas.

Posteriormente, se le aplicó una batería de pruebas psicológicas que incluyeron pruebas de dependencia a la nicotina, depresión, ansiedad y exploración de vida saludable, Obteniendo los siguientes resultados en las escalas psicológicas:

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS UTILIZADAS		
Fagerström: 9	Dependencia Alta	
BAI: 17	Ansiedad Moderada	
BDI: 31	Depresión Severa	
CES-D: 41	Depresión Moderada	
Russell: Estímulo: 7 Manipulación: 7 Relajamiento: 7		
Reducción de tensión: 9 Necesidad: 7 Adicción: 5		
IDARE:		
Estado: 54	Ansiedad Media	
Rasgo: 66	Ansiedad Alta	
BARRAT: Motora: 23 Cognitiva: 25 No Planeada: 23		

Sesiones Terapéuticas llevadas con la paciente:

NÚMERO DE SESIÓN	TIEMPO	TEMAS	ACTIVIDADES	OBJETIVOS
1	60 minutos	Entrevista	<p>Encuadre Terapéutico</p> <p>Entrevista Inicial</p> <p>Evaluación Psicométrica</p>	<p>Establecimiento de encuadre terapéutico y rapport.</p> <p>Recabar información acerca de la historia personal y de consumo del paciente.</p> <p>Conocer mediante el uso de pruebas psicométricas el grado de dependencia hacia la nicotina, motivos por los cuales consume tabaco, estados y rasgos de ansiedad – depresión y manejo de estilos de vida saludables.</p>
2	60 minutos	<p>Estilos de Vida saludables</p> <p>Tareas en casa</p> <p>Respiración</p>	<p>Uso del plato del buen comer y de la jarra del buen beber.</p> <p>Psicoeducación para la salud.</p> <p>Explicación de los autorregistros individuales</p> <p>Historia del consumo de tabaco o historia de fumador</p> <p>Respiraciones Profundas</p>	<p>Modificar hábitos asociados con el consumo de tabaco e incrementar la motivación al cambio en el paciente.</p> <p>Entablar una relación de confianza (rapport).</p> <p>Que el paciente comience un automonitoreo de su consumo logrando una reducción inicial.</p>

3	60 minutos	<p>Dependencia psicológica</p> <p>Dependencia social</p> <p>Teoría del reforzamiento</p> <p>Teoría del aprendizaje social</p> <p>Tabaquismo como conducta aprendida</p> <p>ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)</p>	<p>Lectura de historia de fumador</p> <p>Revisión de autorregistro</p> <p>Técnica de respiración profunda</p> <p>Autodiálogos positivos de ánimo o Autodiálogos eficaces</p> <p>Autorregistro ABC y de línea base</p>	<p>Conocer los mecanismos de dependencia psicológica y social.</p> <p>Generar estrategias de afrontamiento a la presión social.</p> <p>Que el paciente reconozca sus patrones de consumo y el mecanismo de adquisición de las conductas, para posteriormente facilitar el abandono del tabaquismo.</p>
4	60 minutos	<p>Adicción física a la nicotina</p> <p>Daños a la salud ocasionados por el tabaco</p> <p>Terapia de Reemplazo</p> <p>Suspensión Abrupta</p> <p>Registro de Automonitoreo</p>	<p>Revisión de registro ABC y de línea base</p> <p>Fecha de abstinencia</p> <p>Juego de roles</p> <p>Exposición</p> <p>Balance Decisional</p> <p>Respiraciones profundas</p>	<p>Que la paciente logre identificar al tabaquismo como una adicción y conozca los mecanismos de dependencia psicológica y social.</p> <p>Que sea capaz de generar estrategias de afrontamiento a la presión social.</p> <p>Motivar a la paciente hacia su toma de decisión sobre la fecha próxima de abstinencia.</p>
5	60 minutos	<p>Síndrome de Abstinencia y Duelo</p> <p>Terapia racional Emotiva</p> <p>Mecanismos de evitación</p> <p>Manejo de emociones (tristeza y culpa)</p>	<p>Ejercicio de respiración profunda</p> <p>Revisión de autorregistros</p> <p>Elaboración de carta de despedida</p> <p>Suspensión abrupta y Prevención de recaídas y Registro ABC</p>	<p>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.</p>

6	60 minutos	Síntomas que se presentaron durante la abstinencia Beneficios de dejar de fumar Manejo de emociones (relajación)	Relajación de despedida al tabaco Lectura de carta de despedida Revisión de autorregistro ABC Autoafirmaciones positivas de ánimo Juego de roles y exposición Autorregistro núm. 3.	Desarrollar habilidades que le faciliten a la paciente el afrontamiento de situaciones estresantes.
7	60 minutos	Habilidades sociales: comunicación efectiva, manejo del conflicto o solución de problemas y asertividad. Repaso de teorías del aprendizaje	Revisión de síntomas de abstinencia, desintoxicación y duelo Relajación Autodiálogos eficaces Ensayo de conductas. Autorregistro núm. 3.	Desarrollar en el paciente habilidades sociales y de solución de conflictos que lo mantengan en abstinencia
8	60 minutos	Manejo de emociones (ansiedad y enojo) Estilos de vida saludable TREC y abstinencia	Autoafirmaciones positivas de ánimo Revisión de autorregistro núm. 3. Revisión de estilos de vida saludables Exposición y juego de roles	Que la paciente conozca los factores que predisponen la recaída en su medio natural y elabore estrategias de afrontamiento a los mismos
9	60 minutos	Manejo y Prevención de recaídas Despedida	Identificación y manejo de situaciones de crisis La escritura como método de abstinencia Autoafirmaciones positivas Ejercicios de Respiración y Cierre	Mantener la abstinencia establecida y prevenir futuras recaídas

Conclusiones del caso:

Como se pudo observar a través de las sesiones con la paciente se lograron los siguientes objetivos del plan terapéutico:

- Tratamiento individual en el cual se le brindaron herramientas para lograr la suspensión de la conducta de fumar, evitar recaídas y adquirir un estilo de vida más saludable.
- Se logró la suspensión abrupta del consumo de tabaco durante la 5ª sesión del tratamiento terapéutico, manteniendo desde este momento su abstinencia total y llevando a cabo la implementación de un programa de prevención de recaídas.
- Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) con la cual se trabajó mediante la orientación ante ideas irracionales que la paciente logró identificar en cuanto al proceso de cesación tabáquica como con su estado emocional de tristeza, enojo y de autoconcepto. En este caso se debilitaron los estados de ansiedad y estrés, se mejoró el autoconcepto de la paciente.
- Se implementaron técnicas de relajación para debilitar los episodios de ansiedad que se presentaron ante situaciones estresantes de su vida cotidiana.
- Se desarrollaron habilidades sociales como fue el caso de: autodiálogos eficaces asertivos y solución de problemas para afrontar situaciones de estrés y ansiedad. En este contexto, la paciente logró el incremento de sus actividades cotidianas y prestó más atención a sus emociones y sentimientos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM.2

Paciente femenino de 48 años de edad que acude a la Clínica contra el Tabaquismo para iniciar tratamiento de cesación tabáquica, debido a que no le gustaría que en un futuro sus hijos la estén cuidando debido a alguna enfermedad que pudiera padecer ocasionada por el consumo de tabaco, igualmente refiere que le preocupa que su hijo menor inhale el humo del cigarro puesto que duermen en la misma habitación. Asimismo, refiere que le gustaría dejar de fumar por motivos de salud, puesto que señala al momento de la entrevista padecer de

hipertensión arterial y refiere un diagnóstico de Diabetes Mellitus II y actualmente se encuentra bajo tratamiento médico para controlar glucosa, se encuentra en revisión debido a una posible hernia discal que le causa dolor en espalda y pierna izquierda a raíz de dos caídas.

En cuanto a su descripción física, asiste en buenas condiciones de aliño e higiene personal, apariencia física acorde a la edad cronológica, ubicada en las cuatro esferas: tiempo, espacio, persona y circunstancia, de complexión robusta y estatura promedio (1.60-1.65), tez morena, cabello oscuro corto, viste de manera casual, muestra disposición en facilitar información, de lenguaje fluido, pensamiento ordenado y coherente.

En relación a su historia familiar, señala que se tienen antecedentes de diabetes por parte materna. Sus padres actualmente se encuentran fallecidos y ocupa el sexto lugar de diez hermanos. Cuenta con un grado de escolaridad de secundaria y actualmente es madre soltera, tiene 3 hijos, dos de ellos mayores de edad y uno menor de edad.

Dentro de su padecimiento actual y de acuerdo a la entrevista inicial realizada, refiere un consumo promedio de 20 cigarros diarios desde hace 10 años. Su edad de inicio de consumo, fue a los 7 años, teniendo como principal factor de inicio, que le dieron a probar un cigarro, posteriormente a la edad de 18 años incrementó su consumo a 2-10 cigarros diarios debido a un sentimiento de ansiedad y temor. Refiere un consumo ocasional de alcohol y señala que anteriormente ha intentado dejar de fumar en más de 5 ocasiones sin lograr abstinencia total.

Finalmente, la paciente reportó problemas para dormir. De igual manera, mantiene un estilo de vida poco saludable en cuanto a alimentación e ingesta de líquidos, asimismo no lleva a cabo actividades deportivas o físicas.

Posteriormente, se le aplicó una batería de pruebas psicológicas que incluyeron pruebas de dependencia a la nicotina, depresión, ansiedad y

exploración de vida saludable, Obteniendo los siguientes resultados en las escalas psicológicas:

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS UTILIZADAS		
Fagerström: 11	Dependencia Alta	
BAI: 39	Ansiedad Severa	
BDI: 24	Depresión Moderada	
CES-D: 26	Depresión Leve	
Russell: Estímulo: 9 Manipulación: 6 Relajamiento: 7		
Reducción de tensión: 9 Necesidad: 6 Adicción: 3		
IDARE:		
Estado: 53	Ansiedad Media	
Rasgo: 57	Ansiedad Alta	
BARRAT: Motora: 17 Cognitiva: 19 No Planeada: 33		

Sesiones Terapéuticas llevadas con la paciente:

NÚMERO DE SESIÓN	TIEMPO	TEMAS	ACTIVIDADES	OBJETIVOS
1	60 minutos	Entrevista	<p>Encuadre Terapéutico</p> <p>Entrevista Inicial</p> <p>Evaluación Psicométrica</p>	<p>Establecimiento de encuadre terapéutico y rapport.</p> <p>Recabar información acerca de la historia personal y de consumo del paciente.</p> <p>Conocer mediante el uso de pruebas psicométricas el grado de dependencia hacia la nicotina, motivos por los cuales consume tabaco, estados y rasgos de ansiedad – depresión y manejo de estilos de vida saludables.</p>
2	60 minutos	<p>Estilos de Vida saludables</p> <p>Psicoeducación sobre tabaquismo y diabetes</p> <p>Tareas en casa</p> <p>Respiración</p> <p>Llenado de autorregistros</p>	<p>Uso del plato del buen comer y de la jarra del buen beber.</p> <p>Psicoeducación para la salud.</p> <p>Explicación de los autorregistros individuales</p> <p>Historia del consumo de tabaco o historia de fumador</p> <p>Respiraciones Profundas</p> <p>Autorregistro núm. 1.</p>	<p>Modificar hábitos asociados con el consumo de tabaco e incrementar la motivación al cambio en el paciente.</p> <p>Conciencia sobre la importancia de evitar el tabaco cuando se tiene un padecimiento médico, en este caso, Diabetes Mellitus tipo II.</p> <p>Entablar una relación de confianza (rapport).</p> <p>Que el paciente comience un automonitoreo de su consumo logrando una reducción inicial.</p>

3	60 minutos	<p>Dependencia psicológica</p> <p>Dependencia social</p> <p>Teoría del reforzamiento</p> <p>Teoría del aprendizaje social</p> <p>Tabaquismo como conducta aprendida</p> <p>ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)</p>	<p>Lectura de historia de fumador</p> <p>Revisión de autorregistro</p> <p>Técnica de respiración profunda</p> <p>Autodiálogos positivos de ánimo o Autodiálogos eficaces</p> <p>Autorregistro núm.1 y núm.2</p>	<p>Conocer los mecanismos de dependencia psicológica y social.</p> <p>Generar estrategias de afrontamiento a la presión social.</p> <p>Que el paciente reconozca sus patrones de consumo y el mecanismo de adquisición de las conductas, para posteriormente facilitar el abandono del tabaquismo.</p>
4	60 minutos	<p>Adicción física a la nicotina</p> <p>Daños a la salud ocasionados por el tabaco</p> <p>Terapia de Reemplazo</p> <p>Suspensión Abrupta</p> <p>Registro de Automonitoreo</p>	<p>Revisión de registro núm. 1 y núm. 2</p> <p>Fecha de abstinencia</p> <p>Juego de roles</p> <p>Exposición</p> <p>Balance Decisional</p> <p>Respiraciones profundas</p> <p>Autorregistro núm. 1 y núm.2</p>	<p>Que la paciente logre identificar al tabaquismo como una adicción y conozca los mecanismos de dependencia psicológica y social.</p> <p>Que sea capaz de generar estrategias de afrontamiento a la presión social.</p> <p>Motivar a la paciente hacia su toma de decisión sobre la fecha próxima de abstinencia.</p>
5	60 minutos	<p>Síndrome de Abstinencia</p> <p>Balance decisional</p> <p>Repaso teorías del aprendizaje</p>	<p>Revisión de autorregistros núm. 1 y núm.2</p> <p>Elaboración de carta de despedida</p> <p>Autorregistro núm. 1 y 2.</p>	<p>Motivar a la paciente al cambio mediante el uso del balance decisional, observando las ventajas y desventajas por dejar de fumar, así como las ventajas y desventajas de seguir fumando.</p>

Conclusiones del caso:

Como se pudo observar la paciente abandono el Tratamiento individual después de la quinta sesión, su consumo inicial de 20 cigarros se redujo a 18, sin embargo, no se pudieron cumplir los objetivos planteados en el plan terapéutico en el cual se pretendía lo siguiente:

- Brindarle herramientas para lograr la suspensión de la conducta de fumar, evitar recaídas y adquirir un estilo de vida más saludable.
- Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) con la que se pretendía darle orientación ante ideas irracionales, así como lograr su identificación en relación a su estado emocional de tristeza, enojo y de autoconcepto.
- Implementar técnicas de relajación para debilitar los episodios de ansiedad presentados ante situaciones estresantes de su vida cotidiana.
- Desarrollar habilidades sociales como: autodiálogos eficaces asertivos y solución de problemas para afrontar situaciones de estrés y ansiedad.
- Llevar un control de peso y de medición de glucosa para evitar los daños a la salud relacionados con la combinación de tabaco.
- Realizar psicoeducación para entender los daños a la salud ocasionados por su enfermedad y por el tabaquismo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM. 3

Paciente femenina de 46 años de edad que acude a la Clínica contra el Tabaquismo para iniciar tratamiento de cesación tabáquica puesto que desea dejar de fumar para mejorar su estado de salud. Refiere que padece de hipertensión arterial. Asimismo acudió a la Unidad de Ginecología dentro del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, debido a que dejó de tener su ciclo menstrual por un tiempo aproximado de 3 meses y al ser tratada le fue detectado un quiste ovárico benigno del lado izquierdo, por lo que estuvo bajo tratamiento médico. De igual forma, señala que tuvo una microcirugía debido a una úlcera gástrica en el año 2006.

En cuanto a su descripción física, se presentó en buenas condiciones de aseo e higiene personal. Su edad cronológica corresponde a la edad aparente y

se encuentra ubicada dentro de las 4 esferas: tiempo, espacio, persona y circunstancia, de complexión esbelta y estatura promedio (1.60-1.65), tez morena, cabello corto negro, viste de manera casual, muestra disposición en facilitar información, tiene un lenguaje fluido y un pensamiento ordenado.

En relación a su historia familiar, señala que se tienen antecedentes de hipertensión arterial, alcoholismo y tabaquismo. Actualmente solamente vive su madre y es la quinta de nueve hermanos. Cuenta con un grado de escolaridad de secundaria trunca, es soltera sin hijos.

Dentro de su padecimiento actual y de acuerdo a la entrevista inicial realizada, refiere un consumo promedio de 1 a 3 cigarros diarios desde hace 16 años. Su edad de inicio de consumo, fue a los 30 años, teniendo como principal factor de inicio, el rompimiento de una relación sentimental con su pareja con la cual contraería matrimonio. Menciona que intentó dejar de fumar en menos de 5 ocasiones, logrando una abstinencia durante 2 semanas, sin embargo, retomó su consumo debido al rompimiento de una segunda relación sentimental. Asimismo, reportó una historia de consumo y abuso de alcohol con amistades de su trabajo. Posteriormente ingresó a un grupo AA, pero lo abandonó en poco tiempo. Actualmente su consumo de alcohol ha disminuido y solo consume de manera eventual.

Finalmente, la paciente reportó problemas para dormir debido a una mala higiene de sueño. De igual manera, mantiene un estilo de vida poco saludable en cuanto a alimentación e ingesta de líquidos, es inconsistente para la realización de actividad física, aunque refirió haber practicado zumba durante dos meses, periodo en el que también se mantuvo en abstinencia tabáquica.

Posteriormente, se le aplicó una batería de pruebas psicológicas que incluyeron pruebas de dependencia a la nicotina, depresión, ansiedad y exploración de vida saludable, Obteniendo los siguientes resultados en las escalas psicológicas:

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS UTILIZADAS

Fagerström: 5 Dependencia Media

BAI: 11 Ansiedad leve

BDI: 8 Depresión leve

CES-D: 12 Depresión Leve

Russell: Estímulo: 6 Manipulación: 8 Relajamiento: 7

Reducción de tensión: 7 Necesidad: 7 Adicción: 3

IDARE:

Estado: 32 Ansiedad baja

Rasgo: 34 Ansiedad baja

BARRAT: Motora: 14 Cognitiva: 12 No Planeada: 22

Sesiones Terapéuticas llevadas con la paciente:

NÚMERO DE SESIÓN	TIEMPO	TEMAS	ACTIVIDADES	OBJETIVOS
1	60 minutos	Entrevista	<p>Encuadre Terapéutico</p> <p>Entrevista Inicial</p> <p>Evaluación Psicométrica</p>	<p>Establecimiento de encuadre terapéutico y rapport.</p> <p>Recabar información acerca de la historia personal y de consumo del paciente.</p> <p>Conocer mediante el uso de pruebas psicométricas el grado de dependencia hacia la nicotina, motivos por los cuales consume tabaco, estados y rasgos de ansiedad – depresión y manejo de estilos de vida saludables.</p>
2	60 minutos	<p>Estilos de Vida saludables</p> <p>Tareas en casa</p> <p>Respiración</p> <p>Llenado de autorregistros</p>	<p>Uso del plato del buen comer y de la jarra del buen beber.</p> <p>Psicoeducación para la salud.</p> <p>Explicación de los autorregistros individuales</p> <p>Historia del consumo de tabaco o historia de fumador</p> <p>Cierre de entrevista</p> <p>Respiraciones Profundas</p> <p>Autorregistro núm.1</p>	<p>Modificar hábitos asociados con el consumo de tabaco e incrementar la motivación al cambio en el paciente.</p> <p>Entablar una relación de confianza (rapport).</p> <p>Que el paciente comience un automonitoreo de su consumo logrando una reducción inicial.</p>

3	60 minutos	<p>Dependencia psicológica</p> <p>Dependencia social</p> <p>Teoría del reforzamiento</p> <p>Teoría del aprendizaje social</p> <p>Tabaquismo como conducta aprendida</p> <p>ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)</p>	<p>Lectura de historia de fumador</p> <p>Revisión de autorregistro núm.1</p> <p>Técnica de respiración profunda</p> <p>Autodiálogos positivos de ánimo o Autodiálogos eficaces</p> <p>Autorregistro núm. 1 y 2</p>	<p>Conocer los mecanismos de dependencia psicológica y social.</p> <p>Generar estrategias de afrontamiento a la presión social.</p> <p>Que el paciente reconozca sus patrones de consumo y el mecanismo de adquisición de las conductas, para posteriormente facilitar el abandono del tabaquismo.</p>
4	60 minutos	<p>Adicción física a la nicotina</p> <p>Daños a la salud ocasionados por el tabaco</p> <p>Síndrome de abstinencia</p> <p>Prevención de recaídas</p> <p>Registro de Automonitoreo</p>	<p>Revisión de registro núm. 1 núm.</p> <p>Juego de roles</p> <p>Exposición</p> <p>Balance Decisional</p> <p>Respiraciones profundas</p> <p>Autorregistro núm. 2 y 3.</p>	<p>Que la paciente logre identificar al tabaquismo como una adicción y conozca los mecanismos de dependencia psicológica y social.</p> <p>Que sea capaz de generar estrategias de afrontamiento a la presión social.</p> <p>Motivar a la paciente hacia el mantenimiento del estado de abstinencia, explicando los síntomas que pueden presentarse al dejar de consumir tabaco.</p>

5	60 minutos	<p>Síndrome de Abstinencia</p> <p>Duelo</p> <p>Terapia racional Emotiva</p> <p>Mecanismos de evitación</p> <p>Manejo de emociones (tristeza y culpa)</p>	<p>Ejercicio de respiración profunda</p> <p>Revisión de autorregistros</p> <p>Elaboración de carta de despedida</p> <p>Revisión de síntomas del síndrome de abstinencia</p> <p>Prevención de recaídas</p> <p>Registro núm. 2 y 3</p>	<p>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.</p>
6	60 minutos	<p>Beneficios de dejar de fumar</p> <p>Manejo de emociones (relajación)</p> <p>TREC y escritura emocional autorreflexiva</p>	<p>Relajación de despedida al tabaco</p> <p>Lectura de carta de despedida</p> <p>Revisión de autorregistro 2 y 3.</p> <p>Autoafirmaciones positivas de ánimo</p> <p>Juego de roles y exposición</p> <p>Autorregistro núm. 3.</p> <p>Prevención de recaídas</p>	<p>Desarrollar habilidades que le faciliten a la paciente el afrontamiento de situaciones estresantes.</p>
7	60 minutos	<p>Habilidades sociales: comunicación efectiva, manejo del conflicto o solución de problemas y asertividad.</p>	<p>Revisión de síntomas de abstinencia, desintoxicación y duelo</p> <p>Relajación</p> <p>Autodiálogos eficaces</p> <p>Ensayo de conductas.</p> <p>Revisión Autorregistro 3.</p> <p>Prevención de recaídas</p>	<p>Desarrollar en el paciente habilidades sociales y de solución de conflictos que lo mantengan en abstinencia.</p>

8	60 minutos	Manejo de emociones (ansiedad y enojo) Estilos de vida saludable TREC y abstinencia	Autoafirmaciones positivas de ánimo Revisión de estilos de vida saludables Exposición y juego de roles Prevención en recaídas	Que la paciente conozca los factores que predisponen la recaída en su medio natural y elabore estrategias de afrontamiento a los mismos
9	60 minutos	Manejo y Prevención de recaídas Despedida	Identificación y manejo de situaciones de crisis La escritura como método de abstinencia Autoafirmaciones positivas Ejercicios de Respiración Cierre	Mantener la abstinencia establecida y prevenir futuras recaídas

Conclusiones del caso:

Como se pudo observar la paciente logró la abstinencia de tabaco en la sesión número 4, a partir de éste momento se trabajó con ella para mejorar su autoconcepto, por lo que a partir de estos resultados se lograron los siguientes objetivos del plan terapéutico:

- Brindarle herramientas para lograr la suspensión de la conducta de fumar, evitar recaídas y adquirir un estilo de vida más saludable.
- Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) con la que se le dio orientación ante ideas irracionales, así como lograr su identificación en relación a su estado emocional de tristeza, enojo y de autoconcepto.

- Tareas en casa para incrementar su autoconcepto, asertividad y solución de problemas
- Implementación de técnicas de relajación para debilitar los episodios de ansiedad presentados ante situaciones estresantes de su vida cotidiana.
- Desarrollo de habilidades sociales como: autodiálogos eficaces asertivos y solución de problemas para afrontar situaciones de estrés y ansiedad.

DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM 4.

Paciente femenino de 40 años de edad que acude a la Clínica contra el Tabaquismo para iniciar tratamiento de cesación tabáquica puesto que desea dejar de fumar para mejorar su salud, por su hijo y por demostrarse a sí misma que es capaz de dejar de fumar. Reporta que hace 2 años le diagnosticaron cáncer que hizo metástasis entre el riñón y la matriz por lo cual, le quitaron ésta última (Histerectomía), sin embargo refiere que el cáncer fue erradicado y solo se encuentra bajo vigilancia médica.

En cuanto a su descripción física, asiste en buenas condiciones de aliño e higiene personal. Su edad cronológica corresponde a la edad aparente y se encuentra ubicada en las 4 esferas mentales: persona, tiempo, lugar y circunstancia, de complejión robusta, presenta sobrepeso, tez morena y estatura arriba del promedio. Viste de manera casual, muestra disposición y lenguaje fluido.

En relación a su historia familiar, señala que se tienen antecedentes de cáncer por parte de su mamá. Sus padres actualmente se encuentran fallecidos y es la menor de 9 hermanos. Actualmente vive con su pareja con la que se encuentra en unión libre y tiene un hijo menor de edad de su primer matrimonio.

Dentro de su padecimiento actual y de acuerdo a la entrevista inicial realizada, refiere un consumo promedio de 6 a 10 cigarros diarios desde 3 meses. Su edad de inicio de consumo, fue a los 21 años, teniendo como principal factor de inicio, que una compañera le ofreció un cigarro para quitarle el dolor de cabeza. Asimismo, reportó que durante el último año hubo 7 días en los cuales no

fumó debido a que realizaba actividad física y notó que se sentía fatigada, también señala que en fiestas ha llegado a incrementar su consumo a 15 cigarros por ocasión. Asimismo ha intentado dejar de fumar en menos de 5 ocasiones, logrando un periodo máximo de abstinencia de 1 año, hace 3 años debido a una apuesta con una amiga, sin embargo volvió a fumar puesto que hace 2 años y 8 meses le detectaron metástasis entre el riñón y la matriz.

Finalmente, la paciente no reportó problemas para dormir y no realiza actividades recreativas o ejercicio físico por falta de tiempo. Mantiene un estilo de vida saludable a raíz de su histerectomía.

Posteriormente, se le aplicó una batería de pruebas psicológicas que incluyeron pruebas de dependencia a la nicotina, depresión, ansiedad y exploración de vida saludable, Obteniendo los siguientes resultados en las escalas psicológicas:

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS UTILIZADAS		
Fagerström: 4	Dependencia Poca	
BAI: 7	Ansiedad Mínima	
BDI: 4	Ansiedad Mínima	
CES-D: 11	Depresión Leve	
Russell: Estímulo: 3	Manipulación: 6	Relajamiento: 6
Reducción de tensión: 5	Necesidad: 5	Adicción: 3
IDARE:		
Estado: 28	Ansiedad Muy Baja	
Rasgo: 29	Ansiedad Muy Baja	
BARRAT: Motora: 8	Cognitiva: 14	No Planeada: 9

Sesiones Terapéuticas llevadas con la paciente:

NÚMERO DE SESIÓN	TIEMPO	TEMAS	ACTIVIDADES	OBJETIVOS
1	60 minutos	Entrevista	<p>Encuadre Terapéutico</p> <p>Entrevista Inicial</p> <p>Evaluación Psicométrica</p>	<p>Establecimiento de encuadre terapéutico y rapport.</p> <p>Recabar información acerca de la historia personal y de consumo del paciente.</p> <p>Conocer mediante el uso de pruebas psicométricas el grado de dependencia hacia la nicotina, motivos por los cuales consume tabaco, estados y rasgos de ansiedad – depresión y manejo de estilos de vida saludables.</p>
2	60 minutos	<p>Estilos de Vida saludables</p> <p>Tareas en casa</p> <p>Respiración</p> <p>Llenado de autorregistros</p>	<p>Uso del plato del buen comer y de la jarra del buen beber.</p> <p>Psicoeducación para la salud.</p> <p>Explicación de los autorregistros individuales</p> <p>Historia del consumo de tabaco o historia de fumador</p> <p>Respiraciones Profundas</p> <p>Autorregistro núm. 1</p>	<p>Modificar hábitos asociados con el consumo de tabaco e incrementar la motivación al cambio en el paciente.</p> <p>Entablar una relación de confianza (rapport).</p> <p>Que el paciente comience un automonitoreo de su consumo logrando una reducción inicial.</p>

3	60 minutos	Dependencia psicológica Dependencia social Teoría del reforzamiento Teoría del aprendizaje social Tabaquismo como conducta aprendida ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)	Lectura de historia de fumador Revisión de autorregistro núm. 1 Técnica de respiración profunda Autodiálogos positivos de ánimo o Autodiálogos eficaces Autorregistro núm. 1 y 2	Conocer los mecanismos de dependencia psicológica y social. Generar estrategias de afrontamiento a la presión social. Que el paciente reconozca sus patrones de consumo y el mecanismo de adquisición de las conductas, para posteriormente facilitar el abandono del tabaquismo.
4	60 minutos	Adicción física a la nicotina Daños a la salud ocasionados por el tabaco Terapia de Reemplazo Suspensión Abrupta Registro de Automonitoreo	Revisión de registro ABC y de línea base Fecha de abstinencia Juego de roles Exposición Balance Decisional Respiraciones profundas	Que la paciente logre identificar al tabaquismo como una adicción y conozca los mecanismos de dependencia psicológica y social. Que sea capaz de generar estrategias de afrontamiento a la presión social. Motivar a la paciente hacia su toma de decisión sobre la fecha próxima de abstinencia.
5	60 minutos	Síndrome de Abstinencia Duelo Terapia racional Emotiva Mecanismos de evitación Manejo de emociones (tristeza y culpa) Prevención de recaídas	Ejercicio de respiración profunda Revisión de autorregistros Elaboración de carta de despedida Suspensión abrupta Registro ABC	Generar estrategias de afrontamiento a la presión social. Motivar a la paciente hacia su toma de decisión sobre la fecha próxima de abstinencia

Conclusiones del caso:

Como se pudo observar la paciente abandono el Tratamiento individual después de la quinta sesión, su consumo inicial de 6 a 10 cigarros, se redujo durante dos semanas a 3 cigarros diarios, sin embargo, expresó que le costaba trabajo decir que "no" cuando le ofrecían un cigarro, por tal motivo se trabajó con ella solución de problemas y estrategias de afrontamiento ante la presión social, sin embargo, no se obtuvieron resultados significativos, por lo que no se pudieron cumplir los objetivos planteados en el plan terapéutico en el cual se pretendía lo siguiente:

- Brindarle herramientas para lograr la suspensión de la conducta de fumar, evitar recaídas y adquirir un estilo de vida más saludable.
- Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) con la que se pretendía darle orientación ante ideas irracionales, así como lograr su identificación en relación a su estado emocional de tristeza, enojo y de autoconcepto.
- Implementar técnicas de relajación para debilitar los episodios de ansiedad presentados ante situaciones estresantes de su vida cotidiana.
- Desarrollar habilidades sociales como: autodiálogos eficaces asertivos y solución de problemas para afrontar situaciones de estrés y ansiedad.

DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM. 5

Paciente masculino de 33 años de edad que acude a la Clínica contra el Tabaquismo para iniciar tratamiento de cesación tabáquica puesto que desea dejar de fumar por salud, problemas de trabajo y problemas familiares. No refiere padecer de alguna enfermedad médica durante la entrevista.

En cuanto a su descripción física, asiste en buenas condiciones de aliño e higiene personal, apariencia física acorde a su edad cronológica, ubicado en las cuatro esferas (tiempo, espacio, persona y circunstancia); hombre de complexión robusta, tez clara, de estatura promedio (1.60-1.70m), viste de manera casual con pantalón de mezclilla, tenis, sudadera y gorra. Muestra disposición y fluidez en facilitar información, lenguaje fluido y pensamiento ordenado.

En relación a su historia familiar, señala que no tiene antecedentes de alguna enfermedad. Sus padres actualmente viven y es el mayor de 2 hermanos. Cuenta con un grado de escolaridad de media superior trunca y actualmente se encuentra casado y tiene dos hijas menores de edad.

Dentro de su padecimiento actual y de acuerdo a la entrevista inicial realizada, refiere un consumo promedio de 25 cigarros diarios desde hace un año y medio. Su edad de inicio de consumo, fue a los 14 años, teniendo como principal factor de inicio, la curiosidad. Asimismo, reportó que no ingiere bebidas alcohólicas y nunca ha consumido algún tipo de droga. Refiere que ha intentado dejar de fumar en menos de 5 ocasiones, sin lograr un estado de abstinencia tabáquica.

Finalmente, el paciente no reportó problemas para dormir y mantiene un estilo de vida poco saludable en cuanto a alimentación e ingesta de líquidos, no realiza actividades deportivas o físicas debido a falta de tiempo.

Posteriormente, se le aplicó una batería de pruebas psicológicas que incluyeron pruebas de dependencia a la nicotina, depresión, ansiedad y exploración de vida saludable, Obteniendo los siguientes resultados en las escalas psicológicas:

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS UTILIZADAS			
Fagerström: 11	Dependencia Alta		
BAI: 11	Ansiedad leve		
BDI: 10	Depresión leve		
CES-D: 14	Depresión leve		
Russell: Estímulo: 6	Manipulación: 7	Relajamiento: 9	
Reducción de tensión: 9	Necesidad: 9	Adicción: 3	
IDARE: Estado: 45	Ansiedad Media	Rasgo: 36	Ansiedad Baja
BARRAT: Motora: 8	Cognitiva: 14	No Planeada: 24	

Sesiones Terapéuticas llevadas con el paciente:

NÚMERO DE SESIÓN	TIEMPO	TEMAS	ACTIVIDADES	OBJETIVOS
1	60 minutos	Entrevista	<p>Encuadre Terapéutico</p> <p>Entrevista Inicial</p> <p>Evaluación Psicométrica</p>	<p>Establecimiento de encuadre terapéutico y rapport.</p> <p>Recabar información acerca de la historia personal y de consumo del paciente.</p> <p>Conocer mediante el uso de pruebas psicométricas el grado de dependencia hacia la nicotina, motivos por los cuales consume tabaco, estados y rasgos de ansiedad – depresión y manejo de estilos de vida saludables.</p>
2	60 minutos	<p>Estilos de Vida saludables</p> <p>Tareas en casa</p> <p>Respiración</p> <p>Llenado de autorregistros</p>	<p>Uso del plato del buen comer y de la jarra del buen beber.</p> <p>Psicoeducación para la salud.</p> <p>Explicación de los autorregistros individuales</p> <p>Historia del consumo de tabaco o historia de fumador</p> <p>Respiraciones Profundas</p> <p>Autorregistro núm. 1</p>	<p>Modificar hábitos asociados con el consumo de tabaco e incrementar la motivación al cambio en el paciente.</p> <p>Entablar una relación de confianza (rapport).</p> <p>Que el paciente comience un automonitoreo de su consumo logrando una reducción inicial.</p>

3	60 minutos	<p>Dependencia psicológica</p> <p>Dependencia social</p> <p>Teoría del reforzamiento</p> <p>Teoría del aprendizaje social</p> <p>Tabaquismo como conducta aprendida</p> <p>ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)</p>	<p>Lectura de historia de fumador</p> <p>Revisión de autorregistro núm. 1</p> <p>Técnica de respiración profunda</p> <p>Autodiálogos positivos de ánimo o Autodiálogos eficaces</p> <p>Autorregistro núm. 1 y 2</p>	<p>Conocer los mecanismos de dependencia psicológica y social.</p> <p>Generar estrategias de afrontamiento a la presión social.</p> <p>Que el paciente reconozca sus patrones de consumo y el mecanismo de adquisición de las conductas, para posteriormente facilitar el abandono del tabaquismo.</p>
4	60 minutos	<p>Adicción física a la nicotina</p> <p>Daños a la salud ocasionados por el tabaco</p> <p>Terapia de Reemplazo</p> <p>Suspensión Abrupta</p> <p>Registro de Automonitoreo</p>	<p>Revisión de registro 1 y 2</p> <p>Fecha de abstinencia</p> <p>Juego de roles</p> <p>Exposición</p> <p>Balance Decisional</p> <p>Respiraciones profundas</p>	<p>Que la paciente logre identificar al tabaquismo como una adicción y conozca los mecanismos de dependencia psicológica y social.</p> <p>Que sea capaz de generar estrategias de afrontamiento a la presión social.</p> <p>Motivar a la paciente hacia su toma de decisión sobre la fecha próxima de abstinencia.</p>

5	60 minutos	Suspensión abrupta Síndrome de abstinencia Terapia racional Emotiva y repaso teorías del aprendizaje Beneficios de dejar de fumar	Ejercicio de respiración profunda Revisión de autorregistros 1 y 2 Elaboración de carta de despedida Suspensión abrupta Prevención de recaídas Registro ABC	Motivar al paciente al cambio, logrando abstinencia tabáquica y haciendo hincapié en beneficios al dejar de fumar.
6	60 minutos	Suspensión abrupta Balance Decisional Beneficios de dejar de fumar Manejo de emociones (relajación)	carta de despedida Revisión de autorregistro 1 y 2 Autoafirmaciones positivas de ánimo Juego de roles y exposición Autorregistro núm. 2	Desarrollar habilidades que le faciliten a la paciente el afrontamiento de situaciones estresantes. Motivar al paciente al cambio logrando la abstinencia tabáquica.

Conclusiones del caso:

Como se pudo observar el paciente abandono el Tratamiento individual después de la sexta sesión, su consumo inicial de 25 cigarros al día se mantuvo durante las sesiones, por lo que se hizo mucho hincapié en el desarrollo de estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes, puesto que el fumar le causa una sensación de relajamiento, sin embargo, no se pudieron cumplir los objetivos planteados en el plan terapéutico en el cual se pretendía lo siguiente:

- Brindarle herramientas para lograr la suspensión de la conducta de fumar, evitar recaídas y adquirir un estilo de vida más saludable.
- Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) con la que se pretendía darle orientación ante ideas irracionales, así como lograr su identificación en relación a su estado emocional de tristeza, enojo y de autoconcepto.
- Implementar técnicas de relajación para debilitar los episodios de ansiedad presentados ante situaciones estresantes de su vida cotidiana.
- Desarrollar habilidades sociales como: autodiálogos eficaces asertivos y solución de problemas para afrontar situaciones de estrés y ansiedad.

DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM. 6

Paciente femenino de 55 años de edad que acude a la Clínica contra el Tabaquismo para iniciar tratamiento de cesación tabáquica puesto que desea dejar de fumar por motivos de salud. Refiere que le diagnosticaron hace 5 años Diabetes Mellitus tipo II, por lo que actualmente se encuentra en tratamiento médico para controlar niveles de glucosa. Asimismo padece de hipertensión arterial. Por otro lado, señala que hace un año estuvo bajo tratamiento psiquiátrico debido a un diagnóstico de depresión, sin embargo, asistió solamente a 4 sesiones.

En cuanto a su descripción física, asiste en buenas condiciones de aliño e higiene personal, apariencia física acorde a su edad cronológica, ubicada dentro de las cuatro esferas (tiempo, espacio, persona y circunstancia); mujer de complexión robusta, tez morena, de estatura promedio (1.60-1.70m), viste de manera casual, pantalón de vestir, blusa y zapatos bajos. Muestra poca disposición en facilitar información, de lenguaje fluido y pensamiento concreto.

En relación a su historia familiar, señala que se tienen antecedentes de hipertensión arterial y alcoholismo. Actualmente vive solamente su madre y es la tercera de nueve hermanos. Cuenta con un grado de escolaridad de primaria terminada y actualmente se encuentra casada y tiene tres hijos mayores de edad de su primera pareja de la cual quedó viuda.

Dentro de su padecimiento actual y de acuerdo a la entrevista inicial realizada, refiere un consumo de 7 cigarros diarios desde hace dos años. Su edad de inicio de consumo, fue a los 13 años, teniendo como principal factor de inicio, que le prendía los cigarros a su mamá y por curiosidad probó uno. Asimismo, reportó que nunca ha consumido alcohol ni otras drogas. Señala que ha intentado dejar de fumar en menos de 5 ocasiones, logrando solamente una semana de abstinencia tabáquica.

Finalmente, la paciente no reportó problemas para dormir. De igual manera, mantiene un estilo de vida poco saludable en cuanto a alimentación e ingesta de líquidos, no realiza actividad física, debido a falta de tiempo.

Posteriormente, se le aplicó una batería de pruebas psicológicas que incluyeron pruebas de dependencia a la nicotina, depresión, ansiedad y exploración de vida saludable, Obteniendo los siguientes resultados en las escalas psicológicas:

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS UTILIZADAS	
Fagerström: 4	Dependencia Poca
BAI: 15	Ansiedad leve
BDI: 33	Depresión Severa
CES-D: 30	Depresión leve
Russell: Estímulo: 6 Manipulación: 3 Relajamiento: 3	
Reducción de tensión: 7 Necesidad: 4 Adicción: 3	
IDARE:	
Estado: 47	Ansiedad Media
Rasgo: 44	Ansiedad Media
BARRAT: Motora: 15 Cognitiva: 25 No Planeada: 3	

Sesiones Terapéuticas llevadas con la paciente:

NÚMERO DE SESIÓN	TIEMPO	TEMAS	ACTIVIDADES	OBJETIVOS
1	60 minutos	Entrevista	<p>Encuadre Terapéutico</p> <p>Entrevista Inicial</p> <p>Evaluación Psicométrica</p>	<p>Establecimiento de encuadre terapéutico y rapport.</p> <p>Recabar información acerca de la historia personal y de consumo del paciente.</p> <p>Conocer mediante el uso de pruebas psicométricas el grado de dependencia hacia la nicotina, motivos por los cuales consume tabaco, estados y rasgos de ansiedad – depresión y manejo de estilos de vida saludables.</p>
2	60 minutos	<p>Estilos de Vida saludables</p> <p>Tareas en casa</p> <p>Respiración</p> <p>Llenado de autorregistro núm. 1</p>	<p>Uso del plato del buen comer y de la jarra del buen beber.</p> <p>Psicoeducación para la salud.</p> <p>Explicación de los autorregistros individuales</p> <p>Historia del consumo de tabaco o historia de fumador</p> <p>Respiraciones Profundas</p> <p>Autorregistro núm. 1</p>	<p>Modificar hábitos asociados con el consumo de tabaco e incrementar la motivación al cambio en el paciente.</p> <p>Entablar una relación de confianza (rapport).</p> <p>Que el paciente comience un automonitoreo de su consumo logrando una reducción inicial.</p>

3	60 minutos	Dependencia psicológica Dependencia social Teoría del reforzamiento Teoría del aprendizaje social Tabaquismo como conducta aprendida ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)	Lectura de historia de fumador Revisión de autorregistro núm. 1 Técnica de respiración profunda Autodiálogos positivos de ánimo o Autodiálogos eficaces Autorregistro núm. 1 y 2	Conocer los mecanismos de dependencia psicológica y social. Generar estrategias de afrontamiento a la presión social. Que el paciente reconozca sus patrones de consumo y el mecanismo de adquisición de las conductas, para posteriormente facilitar el abandono del tabaquismo.
---	------------	--	--	---

Conclusiones del caso:

Como se pudo observar la paciente abandono el Tratamiento individual después de la tercera sesión, su consumo inicial de 7 cigarros, incrementó a 10 durante las sesiones, por lo que se trató de darle seguimiento a su caso, sin embargo en repetidas ocasiones se reagendó cita para retomar tratamiento sin éxito alguno, de tal manera que no se pudieron cumplir los objetivos planteados en el plan terapéutico en el cual se pretendía lo siguiente:

- Brindarle herramientas para lograr la suspensión de la conducta de fumar, evitar recaídas y adquirir un estilo de vida más saludable.
- Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) con la que se pretendía darle orientación ante ideas irracionales, así como lograr su identificación en relación a su estado emocional de tristeza, enojo y de autoconcepto.
- Implementar técnicas de relajación para debilitar los episodios de ansiedad presentados ante situaciones estresantes de su vida cotidiana.

- Desarrollar habilidades sociales como: autodiálogos eficaces asertivos y solución de problemas para afrontar situaciones de estrés y ansiedad.
- Llevar un control de medición de glucosa para evitar los daños a la salud relacionados con la combinación de tabaco.
- Realizar psicoeducación para entender los daños a la salud ocasionados por su enfermedad y por el tabaquismo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM.7

Paciente masculino de 57 años de edad que acude a la Clínica contra el Tabaquismo para iniciar tratamiento de prevención en recaídas, puesto que se encuentra en abstinencia desde el mes de febrero del 2012. Fue referido del servicio de Cardiología del Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga, al sufrir "angina de pecho fulminante" y estar internado durante 6 días en el mes de febrero. Señala que a principios de ese mes comenzó a presentar los siguientes síntomas: malestar en hombro y cuello, dolor de pecho y mandíbula, así como obrar sangre, por tal motivo ingresó en primer lugar al hospital del XOCO a la Unidad de emergencias debido a un posible infarto, posteriormente fue trasladado a la Unidad de cardiología del Hospital General de México Dr. Liceaga.

En cuanto a su descripción física, se presentó en buenas condiciones de aliño e higiene personal. Su apariencia física corresponde a la edad cronológica, ubicado dentro de las 4 esferas mentales: tiempo, espacio, persona y circunstancia. De compleción robusta y estatura promedio (1.65-1.75m). Muestra disposición y fluidez en facilitar información, lenguaje fluido y pensamiento ordenado.

En relación a su historia familiar, señala que sus padres actualmente ya fallecieron y es el segundo de siete hermanos. Cuenta con un grado de escolaridad de media superior y actualmente se encuentra casado y tiene dos hijos mayores de edad.

Dentro de su padecimiento actual refiere encontrarse en abstinencia desde el mes de febrero, presenta síntomas del síndrome de abstinencia de nicotina de acuerdo con el DSM-IV TR (F17.3). Reporta una historia de consumo moderado

eventual del alcohol desde los 16 años. Anteriormente fumaba un promedio de 6-8 cigarros diarios, su edad de inicio de consumo, fue a los 17 años, teniendo como principal factor de inicio, la imitación. Refiere que anteriormente tenía problemas para dormir. Actualmente presenta un estilo de vida saludable por indicaciones del médico, aunque la ingesta de líquidos no es la adecuada. Asimismo no realiza actividades físicas o deportivas.

Posteriormente, se le aplicó una batería de pruebas psicológicas que incluyeron pruebas de depresión, ansiedad y exploración de vida saludable, Obteniendo los siguientes resultados en las escalas psicológicas:

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS UTILIZADAS		
Inventario de Ansiedad de Beck, (BAI): 11 puntos, ansiedad leve		
CES-D: 16, depresión leve		
BDI: 9, depresión mínima.		
IDARE:		
Estado: 39		
Rasgo: 40		
TOTAL: 79		
BARRAT: NP:23 M: 15 C:18		

Sesiones Terapéuticas llevadas con el paciente:

NÚMERO DE SESIÓN	TIEMPO	TEMAS	ACTIVIDADES	OBJETIVOS
1	60 minutos	Entrevista	<p>Encuadre Terapéutico</p> <p>Entrevista Inicial</p> <p>Evaluación Psicométrica</p>	<p>Establecimiento de encuadre terapéutico y rapport.</p> <p>Recabar información acerca de la historia personal del paciente.</p> <p>Conocer mediante el uso de pruebas psicométricas, rasgos de ansiedad – depresión y manejo de estilos de vida saludables.</p>
2	60 minutos	<p>Prevención de recaídas</p> <p>Síndrome de abstinencia</p> <p>Estilos de Vida saludables</p> <p>Tareas en casa</p> <p>Respiración</p>	<p>Lista de factores de riesgo para evitar la abstinencia tabáquica.</p> <p>Uso del plato del buen comer y de la jarra del buen beber.</p> <p>Explicación de los autorregistros individuales</p> <p>Respiraciones Profundas</p> <p>Autorregistro núm. 3</p>	<p>Incrementar la motivación del paciente para lograr mantener el periodo de abstinencia tabáquica de manera permanente.</p> <p>Modificar estilos de vida saludables.</p> <p>Entablar una relación de confianza (rapport).</p> <p>Que el paciente logré identificar el grado de ansiedad que siente por querer fumar.</p>

3	60 minutos	<p>Dependencia psicológica</p> <p>Dependencia social</p> <p>Teoría del reforzamiento</p> <p>Teoría del aprendizaje social</p> <p>Prevención de recaídas</p> <p>ABC de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)</p>	<p>Revisión de autorregistro núm. 3</p> <p>Revisión de lista de factores para evitar la abstinencia tabáquica.</p> <p>Técnica de respiración profunda</p> <p>Autodiálogos positivos de ánimo o Autodiálogos eficaces</p> <p>Autorregistro núm. 2 y 3</p>	<p>Conocer los mecanismos de dependencia psicológica y social.</p> <p>Generar estrategias de afrontamiento a la presión social.</p> <p>Seguir manteniendo el periodo de abstinencia a través de la explicación de la escritura emocional autorreflexiva y TREC.</p>
4	60 minutos	<p>Prevención de recaídas</p> <p>Daños a la salud ocasionados por el tabaco</p> <p>Síndrome de abstinencia</p>	<p>Revisión de autorregistro 2 y 3</p> <p>Juego de roles</p> <p>Exposición</p> <p>Balance Decisional</p> <p>Respiraciones profundas</p>	<p>Que el paciente logre identificar al tabaquismo como una adicción y conozca los mecanismos de dependencia psicológica y social.</p> <p>Que sea capaz de generar estrategias de afrontamiento a la presión social.</p> <p>Motivar a la paciente hacia el mantenimiento del periodo de abstinencia tabáquica.</p>
5	60 minutos	<p>Prevención de recaídas</p> <p>Duelo</p> <p>Terapia racional Emotiva</p> <p>Mecanismos de evitación</p> <p>Manejo de emociones (tristeza y culpa)</p>	<p>Ejercicio de respiración profunda</p> <p>Revisión de autorregistros 2 y 3</p> <p>Elaboración de carta de despedida</p> <p>Prevención de recaídas</p>	<p>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.</p> <p>Motivación al cambio</p>

6	60 minutos	Beneficios de dejar de fumar Manejo de emociones (relajación) Prevención de recaídas	Lectura de despedida al cigarro Autoafirmaciones positivas de ánimo Juego de roles y exposición Cierre de tratamiento	Desarrollar habilidades que le faciliten a la paciente el afrontamiento de situaciones estresantes. Mantener la abstinencia establecida y prevenir futuras recaídas
---	------------	--	--	--

Conclusiones del caso:

Como se pudo observar el paciente se encontraba en abstinencia al ingresar al Tratamiento individual, motivo por el cual después de 6 sesiones se consideró oportuno terminar el tratamiento, puesto que se lograron los objetivos establecidos en el plan terapéutico para la prevención de recaídas, los cuales fueron:

- Brindarle herramientas para lograr el mantenimiento de la conducta de no fumar, evitar recaídas y adquirir un estilo de vida más saludable.
- Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) con la que se pretendía darle orientación ante ideas irracionales, así como lograr su identificación en relación a su estado emocional de tristeza, enojo y de autoconcepto.
- Implementar técnicas de relajación para debilitar los episodios de ansiedad presentados ante situaciones estresantes de su vida cotidiana.
- Desarrollar habilidades sociales como: autodiálogos eficaces asertivos y solución de problemas para afrontar situaciones de estrés y ansiedad.

DESCRIPCIÓN DEL CASO NUM. 8

Paciente femenino de 52 años de edad que acude a la Clínica contra el Tabaquismo para iniciar tratamiento de cesación tabáquica puesto que desea dejar de fumar por salud, y sentirse libre del cigarro pues ya no lo tolera, así como por cuestiones de estética. No refiere tener antecedentes de alguna enfermedad médica o psiquiátrica.

En cuanto a su descripción física, se presentó a la sesión de entrevista en buenas condiciones de aliño e higiene personal. Su edad cronológica corresponde a la edad aparente y se encuentra ubicada en las 4 esferas mentales: persona, tiempo, lugar y circunstancia. De complexión esbelta, tez morena clara, estatura promedio (1.55-1.60m), cabello teñido, viste de manera formal con saco sastre y falda con zapatos de tacón. Muestra disposición y fluidez en facilitar información, lenguaje fluido y pensamiento ordenado.

En relación a su historia familiar, solamente vive actualmente su madre. Es la octava de nueve hijos. Cuenta con un grado de escolaridad de carrera en secretariado ejecutivo y actualmente se encuentra viviendo en unión libre con su pareja, tiene dos hijos mayores de edad de diferentes matrimonios.

Dentro de su padecimiento actual y de acuerdo a la entrevista inicial realizada, refiere un consumo de 6 a 8 cigarros diarios desde hace 7 meses. Su edad de inicio de consumo, fue a los 18 años, teniendo como principal factor de inicio, la convivencia social. Asimismo, no reportó una historia de consumo y abuso de alcohol y otras drogas. De igual forma, señala que ha intentado dejar de fumar en menos de 5 ocasiones, logrando un periodo máximo de una semana de abstinencia mediante el uso de parches de nicotina, sin embargo retomó su consumo debido a que descontinuare estos parches.

Finalmente, la paciente no reportó problemas para dormir. De igual manera, mantiene un estilo de vida saludable en cuanto a alimentación e ingesta de líquidos, asimismo realiza ejercicio físico (gimnasio, ejercicios cardiovasculares y spinning) desde los 28 años aproximadamente.

Posteriormente, se le aplicó una batería de pruebas psicológicas que incluyeron pruebas de dependencia a la nicotina, depresión, ansiedad y exploración de vida saludable, Obteniendo los siguientes resultados en las escalas psicológicas:

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS UTILIZADAS	
Fagerström: 4	Dependencia Poca
BAI: 10	Ansiedad Leve
BDI: 11	Ansiedad Leve
Russell: Estímulo: 3 Manipulación: 3 Relajamiento: 7	
Reducción de tensión: 8 Necesidad: 7 Adicción: 3	
IDARE:	
Estado: 35	Ansiedad Baja
Rasgo: 39	Ansiedad Baja

Cabe mencionar que las calificaciones de la prueba de impulsividad de BARRAT no se registraron dentro del caso clínico, debido a que la paciente no terminó de contestar la prueba, por lo que no se pudo calificar el resto de ésta.

Sesiones Terapéuticas llevadas con la paciente:

NÚMERO DE SESIÓN	TIEMPO	TEMAS	ACTIVIDADES	OBJETIVOS
1	60 minutos	Entrevista	Encuadre Terapéutico Entrevista Inicial Evaluación Psicométrica	Establecimiento de encuadre terapéutico y rapport. Recabar información acerca de la historia personal y de consumo del paciente. Conocer mediante el uso de pruebas psicométricas el grado de dependencia hacia la nicotina, motivos por los cuales consume tabaco, estados y rasgos de ansiedad – depresión y manejo de estilos de vida saludables.

Conclusiones del caso:

Como se pudo observar la paciente abandono el Tratamiento individual en la primera sesión, dejando incompleto el tratamiento, sin embargo al hacerle un seguimiento para invitarla a retomarlo, la paciente refirió que se encontraba en abstinencia y ya no consideraba necesario acudir a la clínica, por lo que a pesar de mantener en abstinencia, no se lograron los objetivos del plan terapéutico en el cual se pretendía lo siguiente:

- Brindarle herramientas para lograr la suspensión de la conducta de fumar, evitar recaídas y adquirir un estilo de vida más saludable.

- Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) con la que se pretendía darle orientación ante ideas irracionales, así como lograr su identificación en relación a su estado emocional de tristeza, enojo y de autoconcepto.
- Implementar técnicas de relajación para debilitar los episodios de ansiedad presentados ante situaciones estresantes de su vida cotidiana.
- Desarrollar habilidades sociales como: autodiálogos eficaces asertivos y solución de problemas para afrontar situaciones de estrés y ansiedad.

DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM.9

Paciente masculino de 48 años de edad que acude a la Clínica contra el Tabaquismo para iniciar tratamiento de cesación tabáquica puesto que desea dejar de fumar para mejorar su estado de salud, mejorar sus relaciones sociales y familiares, así como económicas. Refiere antecedentes de diabetes, tabaquismo y alcoholismo. De igual forma refiere la extracción de un tumor en la glándula cervical, señalando que tiene cita en la Unidad de patología el día 27 de Diciembre del 2011 para obtener los resultados de laboratorio. Asimismo señala que padece obesidad e hipertensión arterial.

En cuanto a su descripción física, asiste en buenas condiciones de aliño e higiene personal, apariencia física acorde a su edad cronológica, ubicado en las cuatro esferas (tiempo, espacio, persona y circunstancia). Padece de sobrepeso, con estatura promedio y tez morena. De vestimenta casual, pantalón de mezclilla y playera con chamarra. Muestra poca disposición y fluidez en facilitar información.

En relación a su historia familiar, sus padres actualmente se encuentran fallecidos, es el séptimo de ocho hermanos. Cuenta con un grado de escolaridad de bachillerato trunco y actualmente vive en unión libre con su actual pareja y tiene 5 hijos con su ex pareja.

Dentro de su padecimiento actual y de acuerdo a la entrevista inicial realizada, refiere un consumo de 20-30 cigarros diarios desde hace cuatro años. Su edad de inicio de consumo, fue a los 13 años, teniendo como principal factor de inicio, la imitación, puesto que sus amigos fumaban.

Finalmente, el paciente reportó problemas para dormir debido a una mala higiene de sueño. De igual manera, mantiene un estilo de vida poco saludable en cuanto a alimentación e ingesta de líquidos, no realiza actividades deportivas o físicas.

Posteriormente, se le aplicó una batería de pruebas psicológicas que incluyeron pruebas de dependencia a la nicotina, depresión, ansiedad y exploración de vida saludable, Obteniendo los siguientes resultados en las escalas psicológicas:

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS UTILIZADAS		
Fagerström: 10	Dependencia Alta	
BAI: 11	Ansiedad Leve	
BDI: 14	Depresión Leve	
CES-D: 20	Depresión Leve	
Russell: Estímulo: 7 Manipulación: 4 Relajamiento: 7		
Reducción de tensión: 8 Necesidad: 9 Adicción: 6		
IDARE:		
Estado: 50	Ansiedad Media	
Rasgo: 50	Ansiedad Media	
BARRAT: Motora: 17 Cognitiva: 19 No Planeada: 33		

Sesiones Terapéuticas llevadas con el paciente:

NÚMERO DE SESIÓN	TIEMPO	TEMAS	ACTIVIDADES	OBJETIVOS
1	60 minutos	Entrevista	Encuadre Terapéutico Entrevista Inicial Evaluación Psicométrica	Establecimiento de encuadre terapéutico y rapport. Recabar información acerca de la historia personal y de consumo del paciente. Conocer mediante el uso de pruebas psicométricas el grado de dependencia hacia la nicotina, motivos por los cuales consume tabaco, estados y rasgos de ansiedad – depresión y manejo de estilos de vida saludables.

Conclusiones del caso:

Como se pudo observar el paciente abandono el Tratamiento individual durante la primera sesión, su consumo inicial de 20-30 cigarros no se redujo, por lo que se intervino para invitar al paciente a retomar su tratamiento, sin embargo, no se obtuvo éxito, de tal forma que no se pudieron cumplir los objetivos planteados en el plan terapéutico en el cual se pretendía lo siguiente:

- Brindarle herramientas para lograr la suspensión de la conducta de fumar, evitar recaídas y adquirir un estilo de vida más saludable.
- Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) con la que se pretendía darle orientación ante ideas irracionales, así como lograr su identificación en relación a su estado emocional de tristeza, enojo y de autoconcepto.

- Implementar técnicas de relajación para debilitar los episodios de ansiedad presentados ante situaciones estresantes de su vida cotidiana.
- Desarrollar habilidades sociales como: autodiálogos eficaces asertivos y solución de problemas para afrontar situaciones de estrés y ansiedad.

DESCRIPCIÓN DEL CASO NÚM. 10

Paciente femenino de 54 años de edad que acude a la Clínica contra el Tabaquismo para iniciar tratamiento de cesación tabáquica puesto que desea dejar de fumar, debido a que ya no le es placentero ni gratificante, siente avergüenza, le desagrada fumar, es una carga que no necesita y le duele llamarse adicta. Señala que padece de hipertensión arterial y se encuentra en tratamiento hormonal debido a que se encuentra en la menopausia. A los 17 años le realizaron una operación en la rodilla derecha y hace 22 años asistió a un grupo de neuróticos anónimos durante 5 años, de igual forma, hace año y medio asistió a un instituto de tanatología privado debido al fallecimiento de uno de sus hijos quien cometió suicidio.

En cuanto a su descripción física, asiste en buenas condiciones de aliño e higiene personal, apariencia física acorde a su edad cronológica, aunque de semblante cabizbajo, ubicada en las cuatro esferas (tiempo, espacio, persona y circunstancia); mujer de complexión esbelta, tez clara, de estatura promedio (1.55-1.60m), viste de manera casual, muestra disposición y fluidez en facilitar información, lenguaje fluido y pensamiento ordenado.

En relación a su historia familiar, señala que no se tienen antecedentes de hipertensión arterial, alcoholismo y tabaquismo. Sus padres actualmente viven y tiene una media hermana que es mayor. Cuenta con un grado de escolaridad superior con una licenciatura en arte dramático, y actualmente se encuentra viviendo en unión libre con su actual pareja, tuvo dos matrimonios anteriores de los cuales, del primero, tuvo una hija y posteriormente en su segundo matrimonio tuvo dos hijos, de los cuales uno de ellos se suicidó.

Dentro de su padecimiento actual y de acuerdo a la entrevista inicial realizada, refiere un consumo de 20 cigarros diarios desde año y medio, fecha en la que falleció su hijo. Su edad de inicio de consumo, fue a los 13 años, teniendo como principal factor de inicio, que un familiar le dio a probar un cigarro y ella lo hizo por imitación y curiosidad. Asimismo, no reportó una historia de consumo y abuso de alcohol u otras drogas. De igual forma, reportó que ha intentado dejar de fumar en más de 5 ocasiones, logrando un periodo máximo de abstinencia de dos años, sin embargo retomó su consumo.

Finalmente, la paciente reportó problemas para dormir, siendo inconstante sus horarios, debido a una mala higiene de sueño. De igual manera, mantiene un estilo de vida poco saludable en cuanto a alimentación e ingesta de líquidos, asimismo es no realiza ejercicio física o actividades deportivas.

Posteriormente, se le aplicó una batería de pruebas psicológicas que incluyeron pruebas de dependencia a la nicotina, depresión, ansiedad y exploración de vida saludable, Obteniendo los siguientes resultados en las escalas psicológicas:

PRUEBAS PSICOMÉTRICAS UTILIZADAS		
Fagerström: 9	Dependencia Alta	
BAI: 10	Ansiedad Leve	
BDI: 14	Depresión Leve	
CES-D: 13	Depresión Leve	
Russell: Estímulo: 4 Manipulación: 4 Relajamiento: 6		
Reducción de tensión: 9 Necesidad: 9 Adicción: 6		
IDARE:		
Estado: 41	Ansiedad Baja	
Rasgo: 43	Ansiedad Baja	
BARRAT: Motora: 15 Cognitiva: 21 No Planeada: 28		

Sesiones Terapéuticas llevadas con la paciente:

NÚMERO DE SESIÓN	TIEMPO	TEMAS	ACTIVIDADES	OBJETIVOS
1	60 minutos	Entrevista	<p>Encuadre Terapéutico</p> <p>Entrevista Inicial</p> <p>Evaluación Psicométrica</p>	<p>Establecimiento de encuadre terapéutico y rapport.</p> <p>Recabar información acerca de la historia personal y de consumo del paciente.</p> <p>Conocer mediante el uso de pruebas psicométricas el grado de dependencia hacia la nicotina, motivos por los cuales consume tabaco, estados y rasgos de ansiedad – depresión y manejo de estilos de vida saludables.</p>
2	60 minutos	<p>Cierre de entrevista</p> <p>Relajaciones profundas</p>	Segunda parte de entrevista	<p>Entablar una relación de confianza (rapport).</p> <p>Recopilar información sobre la historia de consumo del paciente, así como también, recopilar información sobre la relación con sus hijos.</p>

Conclusiones del caso:

Como se pudo observar la paciente abandono el Tratamiento individual al inicio de éste, no se pudo completar la entrevista inicial, puesto que la paciente se mostró poco cooperativa durante la primera sesión. Su consumo de tabaco se mantuvo, posteriormente se le hizo la invitación para retomar sesiones terapéuticas, sin embargo, no se obtuvo éxito, de tal manera que no se pudieron cumplir los objetivos planteados en el plan terapéutico en el cual se pretendía lo siguiente:

- Brindarle herramientas para lograr la suspensión de la conducta de fumar, evitar recaídas y adquirir un estilo de vida más saludable.
- Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) con la que se pretendía darle orientación ante ideas irracionales, así como lograr su identificación en relación a su estado emocional de tristeza, enojo y de autoconcepto.
- Manejo del duelo no resuelto
- Implementar técnicas de relajación para debilitar los episodios de ansiedad presentados ante situaciones estresantes de su vida cotidiana.
- Desarrollar habilidades sociales como: autodiálogos eficaces asertivos y solución de problemas para afrontar situaciones de estrés y ansiedad.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Como se observó en el presente trabajo a través de los capítulos anteriores, se debe tomar como asunto de suma importancia al tabaquismo, que es considerado un grave problema de salud a nivel mundial, y que actualmente en México muestra una alta prevalencia en grupos vulnerables, existiendo más de 16 millones de fumadores que se encuentran en riesgo de padecer alguna enfermedad relacionada con el tabaquismo. Asimismo, deben detectarse aquellos factores de riesgo dentro de la sociedad que desencadenan y promueven la conducta tabáquica, para ser considerados en cuenta en los modelos preventivos utilizados en los diferentes niveles de salud para que los usuarios puedan informarse acerca de los daños a la salud ocasionados por el tabaquismo y puedan recibir un tratamiento adecuado por medio de las modalidades de intervención psicoterapéutica llevada a cabo por los profesionales de la salud. En este sentido, es de suma importancia que el profesional de la salud tome en cuenta y se apoye de equipos multidisciplinarios para brindar un mejor tratamiento en la cesación tabáquica. De igual forma, uno de los aspectos relevantes dentro del presente trabajo, se enfoca en la importancia que tiene la Adherencia Terapéutica dentro del éxito terapéutico relacionado con la cesación tabáquica y la implementación de un estilo de vida saludable en las personas.

En cuanto a los objetivos obtenidos dentro del programa de servicio social dentro de la Clínica Contra Tabaquismo del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga se lograron los siguientes alcances:

- Obtención y desarrollo de habilidades en la aplicación de las técnicas de modificación de conducta y terapéutica cognitivo conductual enfocadas al tratamiento de las adicciones, en este caso del tabaquismo.
- Inducción a las teorías y técnicas cognitivo- conductuales.
- Inducción al tema de tabaquismo mediante la investigación bibliográfica.
- Actualización en temas sobre drogodependencias.
- Aplicación de pruebas psicométricas.

- Elaboración de casos clínicos e integración de estudios psicológicos.
- Participación como terapeuta y coterapeuta en la aplicación de la entrevista clínica.
- Participación como observador en las sesiones individuales de cesación tabáquica.
- Pláticas informativas y elaboración de material de difusión de salud para la prevención del tabaquismo.

Dentro de las habilidades profesionales adquiridas se mejoró la calidad de manera gradual en la realización de entrevista inicial y profunda. Asimismo, se adquirieron herramientas en la aplicación de adherencia terapéutica para mejorar el tratamiento psicológico y capacitación en temas relacionados con adicciones, entre ellas, la asistencia al primer curso hospitalario en actualización de alcohol, tabaco y otras drogas. Se llevaron a la práctica técnicas cognitivo conductuales en las cuales se pudo reforzar el conocimiento, como en el caso del tema de asertividad y solución de problemas. De igual forma se mejoró la capacidad de establecimiento de rapport con el paciente de manera respetuosa y siempre ligada al contrato terapéutico establecido y a los lineamientos determinados en el Código Ético del Psicólogo.

Finalmente, se debe considerar la inducción del terapeuta en el tema de la Adherencia Terapéutica y poner un mayor énfasis en el aprendizaje del mismo. Debe tomarse en cuenta, el desarrollo del profesional en psicología a través del desarrollo de las habilidades anteriores para poder mejorar el éxito psicoterapéutico en la cesación tabáquica y a través del modelo preventivo para combatir al tabaquismo.

REFERENCIAS

Becoña, E. (2003). *El Tratamiento Psicológico de la Adicción a la Nicotina*. Papeles del Psicólogo, mayo-agosto. Madrid, España, 24 (85), 48-69.

Balcells, O., Torres, M., & E, Yahne. (2004). *La Terapia Motivacional en el Tratamiento del Tabaquismo*. Adicciones, 16 (2), 227-236.

Becoña, E. (2003). *El Tratamiento Psicológico de la Adicción a la Nicotina*. Papeles del Psicólogo, mayo-agosto. Madrid, España, 24 (85), 48-69.

Becoña, E., & Lorenzo, P. (2004). *Evaluación de la Conducta de Fumar*. Adicciones, 16 (2), 201-226.

Becoña, E., & Vázquez, F. (1998). *The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample*. Psychological Reports, 83, (3 part 2) ,1455-1458.

Begoña, G.C. (2011). *Factores de Adherencia al Tratamiento en Pacientes Dependientes de Cannabis*. Universidad Internacional de Cataluña, España. Servicio de Psiquiatría. Trabajo de Suficiencia Investigadora.

Caballo, E. V. (1998). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. España: Siglo XXI de España Editores.

Chóliz, M. M. (s.f). *Técnicas Para el Control de la Activación: Relajación y Respiración*. (En línea). Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Recuperado de Técnicas para el control de la activación www.uv.es/=cholz

Cuevas, A. E., & Hernández, P. M. (2008). *Evaluación de la Impulsividad en Fumadores: Una Revisión Sistemática*. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 34 (2), 293-311.

Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS). 2009; Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Feixas & Miró. (1995). *Aproximaciones a la Psicoterapia: Una Introducción a los Tratamientos Psicológicos*. Barcelona: Paidós.

García, F.P., (2011). *Intervención Cognitivo-Conductual Para la Cesación del Tabaquismo*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Hernández, L.A. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo- Conductual para Trastornos de la Salud*. México: Libros en Red.

Jenkins, C.S., Tinsley, J.A., & Van Loon, J.A. (2001). *Manual de Psiquiatría*. España: Elsevier.

Jurado, C. D. (2008). *Sensibilidad a la Ansiedad, Afectos Negativos y Consumo de Tabaco en Pacientes con Ansiedad y Depresión*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Kuri, M.M., González- Roldán, F., Hoy, J., & Cortés, R. M. (2006). *Epidemiología del Tabaquismo en México*. *Salud Pública de México*, 48 (1), 91-98.

Leal, M.B., Ocampo, O.A., & Cicero, R. (2010). *Niveles de Asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar*. *Salud Mental*, 33 (6), 489-497.

Lira, M., González, J.B., Carrascoza, F.V., Ayala, V., Cruz, M., & Sara, E. (2009). *Evaluación de un Programa de Intervención Breve Motivacional para*

Fumadores: Resultados de un Estudio Piloto. Salud Mental. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, 32 (1), 35-41.

López, A. María Elena. (2007). *Manual Para el Tratamiento Multicomponente del Tabaquismo.* Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Martínez, A., Contreras, E., Kalawski & Martínez, L. (2005). *Tratamiento e Intervención Psicoeducativa.* En Pérez de los Cobos, P. J. Sociedad Española de Toxicomanías. Tratado Set de Trastornos Adictivos (pp. 446-450). Madrid, España: Médica Panamericana.

Moreno, A. (2003). *Tabaquismo. Programa para Dejar de Fumar.* Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.

Moscoso, S.M. (1998). Estrés, Salud y Emociones: Estudio de la Ansiedad, Cólera y Hostilidad. *Revista de Psicología*, 3 (3), 8-47.

Nazira, C. (2012). *Medidas para el Control del Tabaco en México y el Mundo.* Enseñanza e Investigación en Psicología, 17 (1), 83-99.

Ocampo, M.A. (2002). *El fumador, un enfoque conductual.* Revista Conadic Informa. México: Noviembre, 23-24.

Ocampo, Leal & Pájaro. (s.f). *Tratamiento a Fumadoras en la Clínica Contra el Tabaquismo del Hospital General de México.* En *Tabaco y Mujeres* (pp. 73-82). México: Centros de Integración Juvenil (CIJ).

Ocampo, Magallan, Elpihue & Cuevas. (2011). *Programa de Cesación del Tabaquismo en un Hospital de Tercer Nivel. Terapia Breve Cognitivo-Conductual.* México: Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC).

Ortiz, P.M., & Ortiz, P.E. (2007). *Psicología de la Salud: Una Clave para Comprender el Fenómeno de la Adherencia Terapéutica*. Revista Médica. Chile, 135, 647-652.

Ortiz de Zarate, A. (2011). *Adicciones. Volumen 6 de Guías de Cuidados de Enfermería en Salud Mental*. España: Elsevier.

Ponciano, R.G., & Morales, R.A. (2007). *Manual Para el Tratamiento Integral del Tabaquismo*. México: Trillas.

Regalado, P.J., Lara, R. G., Osio, E. J., & Ramírez, V.A. (2007). *Tratamiento Actual del Tabaquismo*. Salud Pública México, 49 (2), 270-279.

Reynoso, E., & Seligson, N. (2005). *Psicología Clínica de la Salud: Un Enfoque Conductual*. México: El Manual Moderno.

Rothmann, F. (2003). *Técnicas y Consejos Para Dejar de Fumar*. Buenos Aires, Argentina: Imaginador.

Ruiz, M., Rodríguez, G., Rubio, C., Revert, C., & Hardisson, A. (2004). *Efectos Tóxicos del Tabaco*. Revista de Toxicología. Asociación Española de Toxicología. Pamplona, España, 21 (2-3), 64-71.

Salvador, M.M., & Ayesta, A.F. (2009). *La Adherencia Terapéutica en el Tratamiento del Tabaquismo*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, España, 18 (3), 233-244.

Sansores, H.R., Pérez- Bautista, O., & Ramírez, V.A. (2010). *Guías de Atención Médica para dejar de fumar. Una Propuesta para Latinoamérica*. Salud Pública de México, 52 (2), 355-365.

Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2002 (ENA); Dirección General de Epidemiología. México D.F. S.S.A

Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA);
Dirección General de Epidemiología. México D.F. S.S.A

Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA);
Dirección General de Epidemiología. México D.F. S.S.A

Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones 2004
(CONADIC) México.

Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones 2003
(CONADIC) México.

Secretaría de Salud. Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Boletín
Epidemiológico 2011. Dirección General de Epidemiología, México.

Secretaría de Salud. Perfil Epidemiológico del Tabaquismo en México
2012. Dirección General de Epidemiología, México.

Spielberger, C. D. & Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE. Inventario de
ansiedad rasgo-estado. Manual e instructivo*. México: El manual moderno.

Urdapilleta, H., Sansores, R., Ramírez, V., Méndez, G., Lara, R., Guzmán,
B., Ayala, G., Haro, F., Cansino, R., & Moreno, C. (2010). *Ansiedad y Depresión
en Fumadores Mexicanos y su Relación con el Grado de Adicción*. Salud Pública
de México. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, 52 (2), 120-
128.

Villarreal-González, M.E. (2009). *Un Modelo Estructural del Consumo de
Drogas y Conducta Violenta en Adolescentes Escolarizados*. Tesis Doctoral
Inédita. Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

Zabert, G., Chatkin, J.M., & Ponciano, R.G. (2010). *Reflexiones Sobre Oportunidades de Intervención en Tabaquismo en Latinoamérica*. Salud Pública de México, 52 (2), 283-287.

Antecedentes Históricos. (Revisado 13 de Julio de 2012). Recuperado el 13 de Noviembre de 2012, de <http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/dirgral/antecedentes1.html>

Antecedentes Históricos. (s.f). Recuperado el 13 de Noviembre de 2012, del sitio web del Hospital General de México: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/neumo/historia.pdf

Misión, Visión y Valores. (Revisado 16 de Mayo de 2012). Recuperado el 13 de Noviembre de 2012, de http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/dirgral/mis_vis_valores.html