



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Elaboración y Pilotaje de un Tratamiento Cognitivo-Conductual con Atención
Plena para Fumadores de Tabaco (TCCA-T)**

ΠΡΕΣΒΕΥΣΗ
PRESENTA

Antonio Mishel Ponce Gómez.

Para obtener el grado de
Maestro en Psicología

DIRECTOR

Dr. Roberto Oropeza Tena.

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTORIAL

Dra. Mónica Fulgencio Juárez.

Dra. María Rosales García.

Dr. Jorge Alberto Valadez García.

Mtro. Eiji Alfredo Fukushima Taniguchi.

Morelia, Michoacán octubre de 2024

Índice

Resumen.....	7
Capítulo 1. Tabaquismo	9
Definición y desarrollo del tabaquismo.....	10
Procesos neurobiológicos relacionados con el consumo de tabaco.....	11
Tolerancia y síndrome de abstinencia por consumo de tabaco	13
Consecuencias a la salud	14
Consecuencias psicológicas	15
Factores de riesgo relacionados al consumo de tabaco.....	18
Resumen del capítulo	19
Capítulo 2. Terapia cognitivo-conductual y consumo de tabaco	20
Bases de la TCC.....	21
TCC y consumo de tabaco.....	22
Recaídas en el consumo de tabaco	26
Resumen del capítulo	30
Capítulo 3. Atención plena y consumo de tabaco	32
Definición de atención plena	32
Atención plena desde la perspectiva psicológica	34
Atención plena y consumo de tabaco.....	36
Atención plena y prevención de recaídas.....	40
Resumen del capítulo	40
Capítulo 4. TCC y Atención Plena.....	42
TCC con Mindfulness Integrado.....	43
Terapia Cognitiva de la Depresión con Atención Plena.....	44
Programa de Prevención de Recaídas en Conductas Adictivas Basada en Mindfulness	46
Resumen del capítulo	48
Planteamiento del problema.....	49
Justificación	49
Pregunta de investigación general	52
Método	56
Fase 1: Diseño de un TCCA-T	56
<i>Participantes</i>	56
<i>Muestreo</i>	56
<i>Diseño</i>	56
<i>Instrumentos</i>	56

<i>Procedimiento</i>	57
<i>Resultados</i>	62
Fase 2: evaluación de los efectos de un TCCA-T en una muestra piloto	63
<i>Participantes</i>	63
<i>Muestreo</i>	64
<i>Diseño</i>	64
<i>Instrumentos</i>	65
<i>Procedimiento</i>	67
Pre-evaluación de los pilotos.....	67
<i>Resultados</i>	70
Discusión y conclusiones	75
TCC y Atención Plena como intervención	76
Metas de los usuarios	77
Entrevista Motivacional (EM).....	78
Variables que mantienen el consumo de tabaco	79
Ansiedad.....	79
Depresión	80
Consumo como conducta aprendida.....	81
Atención plena y consumo de tabaco.....	83
Limitaciones y sugerencias	85
Financiamiento	86
Referencias	87
Apéndices	106
Apéndice A. Cartel de invitación al TCCA-T.....	106
Apéndice B. Consentimiento informado TCCA-T	107
Apéndice C. Ejemplo de ejercicio guiado	113

Dedicatorias.

El presente proyecto está dedicado a todas las personas humanas y no humanas que ayudaron de una u otra forma a su inicio y culminación.

A mi familia de origen Letty, Jenny y Liz quienes, a su manera, dieron aliento y felicidad en el transcurso de la investigación.

A mi familia política, Carmen, Isaac, Eli, Omar y Lucero, quienes lograron que los malos ratos y desánimos se fueran con su buen humor y salidas de la rutina.

A mi familia nuclear, Itzel. Quien operacionaliza el amor en todas las dimensiones posibles. A nuestros “gathijos” Kumo, Zotz y Kovu que no aportaron nada relevante, pero los disgustos que generaron me ayudaron a salir de la rutina y su compañía durante las madrugadas de escritura hacían más ameno el momento.

A mis amistades: Pau, Amparo, Gerardo y Alfonso, los estimo más de lo que he aprendido a demostrar, gracias a ustedes este proyecto tuvo un buen sabor.

A mi padre, Miguel Ponce Rodríguez quien sufrió los estragos de una vida presa del tabaquismo que de a poco fue culminando con su vida. Para él inició todo el trabajo y en su memoria se culminó.

Agradecimientos.

La presente investigación no se pudo haber concretado sin el valioso apoyo de varias personas e instituciones las cuales se nombran a continuación junto con sus aportes.

- Al programa de Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, cuyos docentes además de comprometidos con su labor destacan por su calidad humana.
- Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías por financiar el proyecto.
- Al Dr. Roberto Oropeza Tena y la Dra. Mónica Fulgencio Juárez, cuya disciplina y compromiso por la investigación y formación de investigadores solamente se ve opacada por su enorme y admirable calidad humana.
- Al Mtro. Eiji Alfredo Fukushima Taniguchi, por sus valiosas aportaciones al apartado teórico, metodológico y de contenido al tratamiento que lograron hacer que el proyecto avanzara cuando encontrábamos alguna dificultad.
- A la Dra. María Rosales García, por sus valiosas sugerencias que lograron que el apartado teórico de la investigación fuera cada vez más consistente.
- Al Dr. Jorge Alberto Valadez García, cuya experiencia en creación de tratamientos dio luz y guía valiosa para concretar la primera fase del trabajo.
- A los participantes pilotos, por confiar y mantener las esperanzas en el proyecto hasta la última sesión.
- A los y las compañeras del Seminario de Investigación del Dr. Roberto, cuyos consejos y sugerencias lograron una sustancial mejora en cada fase de la investigación.
- Al “Club de Tesis: Los Zánganos”, por las reuniones de trabajo constante, en donde se gestó una gran parte de este proyecto.

Tabla de siglas

Abreviatura	Descripción
ENCODAT	Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco
LIBARE	Línea Base Retrospectiva
MFFQ	Siglas en inglés del Cuestionario de Cinco Facetas de Mindfulness
NIDA	Siglas en inglés del Instituto Nacional de Abuso de Drogas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SCL 90	Siglas en inglés del inventario: Lista de verificación de Síntomas – 90
TCC	Terapia cognitivo-conductual
TCCA-T	Tratamiento Cognitivo-conductual con Atención Plena para Fumadores de Tabaco.
TCCMi	Tratamiento Cognitivo Conductual con Mindfulness Integrado

Índice de tablas

Número de tabla	Descripción	Página
1	Investigaciones que prueban la efectividad las TCC relacionadas con el consumo de tabaco	22
2	Modelos de PR	29
3	Modelos de episodios de recaída	29
4	Definiciones psicológicas de la Atención Plena	34
5	Datos de la eficacia de mindfulness/atención plena en la reducción de síntomas relacionados con consumo de sustancias, abstinencia y craving	37
6	Formato de carta descriptiva del TCCA-T	60
7	Nombre e historial de revisión de cada tópico del TCCA - T	61
8	Instrumentos aplicados durante la fase de pilotaje	62
9	Puntajes correspondientes a sintomatología sin riesgo, riesgo y alto riesgo para mujeres y hombres según el SCL - 90	65
10	Resultados de la creación del tratamiento	65
11	Información de los pilotos respecto a la función del consumo obtenidos por el auto-registro	68
12	Niveles de dependencia física y psicológica al tabaco de los participantes en pretest, postest y seguimiento a un mes.	70
13	Niveles de atención plena de cada piloto según el FFMQ	71

Índice de figuras

Número de figura	Descripción	Página
1	Modelo de co-emergencia de refuerzo.	44
2	Proceso de diseño del TCCA-T	57
3	Comparación de consumo por semana en Línea Base, Tx y seguimiento a un mes.	72
4	Puntuaciones de los síntomas de ansiedad de los pilotos durante el tratamiento.	73
5	Puntuaciones de los síntomas de depresión de los pilotos durante el tratamiento.	73

Resumen

La terapia cognitivo-conductual se ha identificado como efectiva en la reducción de conductas adictivas, especialmente en el consumo de sustancias psicoactivas. Gran parte de esa efectividad ha sido consecuencia de las mejoras y adaptaciones que la terapia ha tenido a lo largo de su historia, por otro lado, las intervenciones con base en mindfulness se han situado como efectivas en la prevención de recaídas en conductas adictivas. La presente investigación tuvo como objetivo crear y pilotear un tratamiento con base cognitivo-conductual para fumadores de tabaco añadiendo componentes de prevención de recaída con atención plena, la primera fase correspondiente a la creación del tratamiento se elaboró bajo un diseño transeccional exploratorio que fue base de la segunda fase en la que se utilizó un diseño de caso único para una muestra de cuatro pilotos, el resultado de la primera fase concluyó con la creación de un tratamiento cognitivo-conductual con atención plena para fumadores de tabaco (TCCA-T) como resultado de la segunda fase se encuentra que el tratamiento logró que los pilotos alcanzaran sus objetivos relacionados con el consumo y se lograrán mantener a un mes del tratamiento. Estos resultados deben ser tomados con cautela y se sugiere una tercera fase con sujetos experimentales y una cuarta de ensayo clínico para sustentar la efectividad del tratamiento.

Palabras Clave: tabaquismo, adicción, mindfulness, intervención, conductas

Abstract

Cognitive-behavioral therapy has been identified as effective in reducing addictive behaviors, especially in the consumption of psychoactive substances. Much of this effectiveness is due to the improvements and adaptations the therapy has undergone throughout its history. On the other hand, mindfulness-based interventions have proven effective in preventing relapses in addictive behaviors. This research aimed to create and pilot a cognitive-behavioral treatment for tobacco smokers, adding mindfulness relapse prevention components. The first phase, corresponding to the creation of the treatment, was developed using an exploratory cross-sectional design, which served as the basis for the second phase. In the second phase, a single-case design was used for a sample of four pilots. The result of the first phase concluded with the creation of a cognitive-behavioral treatment with mindfulness for tobacco smokers (TCCA-T). As a result of the second phase, it was found that the treatment helped the pilots achieve their consumption-related goals and maintain them for a month after the treatment. These results should be taken with caution, and a third phase with experimental subjects and a fourth clinical trial phase are suggested to support the effectiveness of the treatment.

Keywords: smoking, addiction, mindfulness, intervention, behaviors.

Capítulo 1. Tabaquismo

La muerte como consecuencia del consumo de tabaco es prevenible y ha llamado la atención de todos los organismos de salud a nivel mundial. Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016) el 82.3% de fumadores diarios y el 98.8% de fumadores ocasionales reportan dependencia física leve, mientras que el 47.9% y 37.9% presentan dependencia psicológica moderada (Paz-Ballesteros et al., 2019).

Como parte del Marco Mundial de Vigilancia para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles se creó el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control de Tabaco. Este convenio pide a los países miembros de la Asamblea General de Salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (de la cual México forma parte) implementar estrategias para reducir el consumo de tabaco. Se espera que estas estrategias logren disminuir las cifras de consumo en un 30% para el 2025 (Blanco et al., 2017).

El tabaquismo hace referencia a la adicción del consumo de tabaco, se mantiene por factores similares a los relacionados con otras sustancias psicoactivas con propiedades adictivas. El tabaquismo presenta numerosos riesgos a la salud de quien lo padece y de quienes se encuentran cerca del consumidor. El hecho de que el tabaco sea una sustancia psicoactiva legal implica situaciones de consumo diferentes a las de sustancias que no lo son y que influyen en el desarrollo de la adicción y de su tratamiento.

En el presente capítulo, se define el concepto de tabaquismo y la serie de consecuencias físicas y psicológicas a la salud en los consumidores, consecuencias que también pueden padecer las personas que interactúan con fumadores y aspiran el humo de tabaco, llamados fumadores pasivos. Se presentan también algunos estudios sobre los factores relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo.

Definición y desarrollo del tabaquismo

La Real Academia Española define al tabaquismo como la adicción al consumo de tabaco (Real Academia Española [RAE], s.f., definición 2), es una enfermedad adictiva crónica que constituye la causa de muerte más prevenible en el mundo. El consumo de tabaco se considera una epidemia universal y sus costos económicos son tan elevados que algunos países destinan grandes recursos para su prevención y tratamiento, este gasto de recursos impide que puedan atenderse otras situaciones de salud importantes (Renda et al., 2020; Villalbí et al., 2019).

El desarrollo del tabaquismo puede explicarse por los mismos modelos y teorías sobre la adicción de otras sustancias psicoactivas. Los reportes describen que existen más de 40 perspectivas teóricas que tratan de explicar el desarrollo de las conductas adictivas; Elizaldo Becoña (1999) elaboró un compilado de las teorías con mayor evidencia empírica respecto a sus componentes, encontrando que la teoría que mejor explica este proceso es la del aprendizaje cognitivo–social propuesto por Bandura (Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas [NIDA], 2021; Sánchez-Hervás et al., 2002).

Según teoría cognitivo-social propuesta por Bandura (1977) la regulación conductual implica tres sistemas: en el primero la conducta se encuentra influenciada por los acontecimientos y los estímulos externos mediante un proceso de condicionamiento clásico. En el segundo las conductas encuentran refuerzos externos mediados por los principios de condicionamiento operante o instrumental. En el tercero los procesos cognitivos mediacionales regulan la influencia del medio y su papel en la ejecución de la conducta, determinando los estímulos a los que se les presta atención y se perciben (Sánchez-Hervás et al., 2002).

Siguiendo esta teoría, el inicio y el mantenimiento de consumo de sustancias psicoactivas se encuentra bajo la influencia de variables ambientales como: el contexto cultural, la familia y el grupo de iguales. Igualmente, los factores cognitivos mediacionales juegan un papel importante, es así que, las expectativas de

resultados que serán o no confirmados al consumir pueden predecir si la persona continuara usando o no la sustancia.

Con relación a lo anteriormente mencionado, Schippers (1991, citado en Sánchez-Hervas et al., 2002) explica la conducta adictiva como un fenómeno de adquisición que sigue leyes del aprendizaje clásico, operante y vicario, estableciendo que:

- La conducta adictiva se encuentra mediada por los factores cognitivos relacionados con las expectativas y las creencias sobre los efectos del consumo.
- Las cogniciones se acumulan mediante la interacción social y la experiencia con los efectos de la sustancia psicoactiva consumida.
- Lo que determinará si se consume o no, será el resultado obtenido de la evaluación entre la funcionalidad de la conducta de consumo y la eficacia esperada de conductas alternativas con relación a un objetivo.
- El hábito de consumo se desarrolla como consecuencia de la limitación de opciones de conductas alternativas y el incremento del estrés.
- El recuperarse de la conducta adictiva se encuentra relacionado con el desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas.

Procesos neurobiológicos relacionados con el consumo de tabaco

Los procesos neurofisiológicos también tienen un gran impacto en el desarrollo del tabaquismo y de cualquier conducta adictiva. Al consumir, el circuito de recompensas es activado por la sustancia, esto refuerza la conducta de consumo y perpetúa la búsqueda de su activación; el consumo supone un incremento en el neurotransmisor básico de este circuito, la dopamina, esto provoca una sensación de placer que hace que la persona consuma de nuevo (Becoña & Cortés, 2010; NIDA, 2021).

De igual forma, la nicotina, el componente más adictivo del cigarro genera un grado de dependencia importante. Al fumar, la nicotina llega a los pulmones en donde se absorbe rápidamente en el torrente sanguíneo y llega al cerebro en donde estimula

las glándulas adrenales para que liberen la hormona de la adrenalina (epinefrina), a su vez estimula el sistema nervioso central y aumenta la respiración y la frecuencia cardíaca; un proceso que tarda aproximadamente 10 segundos. La nicotina también aumenta los niveles de dopamina que tiene efectos en áreas cerebrales relacionadas con el placer y que, como se explicó con anterioridad, se encuentran implicadas en el desarrollo de conductas adictivas (NIDA, 2021).

Existe evidencia de que la nicotina estimula un receptor específico del neurotransmisor acetilcolina, nombrado “receptor nicotínico de acetilcolina” que se encuentra relacionado con la memoria. Estos neurotransmisores se encuentran ampliamente distribuidos en todas las neuronas y células nerviosas del cerebro, lo que podría indicar que la nicotina tiene efecto en distintas estructuras cerebrales.

Existe también evidencia que sugiere que la nicotina aumenta la actividad en regiones cerebrales relacionadas con la memoria y estructuras relacionadas con el movimiento físico. Al aumentar el número de receptores y transmisores de acetilcolina, la nicotina podría mejorar un poco la memoria, sin embargo, los componentes adicionales del cigarro inhiben esta propiedad causando incluso más daño en el cerebro que una posible mejora (Khun et al., 2011).

Cuando la nicotina ingresa al organismo presenta dos características interesantes: la primera se relaciona con la rapidez con la que ingresa en el torrente sanguíneo, esto permite al consumidor tener un mejor control sobre la administración de la sustancia y su distribución hacia el cerebro. Una segunda característica se relaciona con la duración dentro del organismo y sus efectos, 20 minutos después de fumar la concentración de nicotina en la sangre y en el cerebro se reduce a la mitad de lo que había en los primeros 10 minutos, esto quiere decir que las estructuras y áreas cerebrales que reciben la nicotina se encuentran preparadas para recibir más poco tiempo después del último cigarro. Estas características predisponen y apoyan el desarrollo del tabaquismo (Khun et al., 2011).

Tolerancia y síndrome de abstinencia por consumo de tabaco

Todas las sustancias psicoactivas generan un cierto grado de abstinencia. Sin embargo, para poder entender el concepto y su función en el organismo es necesario hablar de un proceso anterior a la abstinencia llamado tolerancia.

La tolerancia es un fenómeno del uso de sustancias que implica que una persona consumidora necesitará cada vez más sustancia para lograr los efectos deseados. Esto quiere decir que algunas sustancias producen reacciones menos fuertes en el organismo al usarlas de manera repetida. Este fenómeno ocurre como consecuencia de tres funciones del organismo, las cuales se exponen a continuación (Khun et al.,2011).

- El hígado produce más enzimas para inactivar las sustancias. Dependiendo de la experiencia con el consumo de la sustancia esta es eliminada cada vez con más rapidez. En caso de los fumadores, estos metabolizan la nicotina con más rapidez que los fumadores pasivos.
- La excesiva estimulación de los receptores hace que las neuronas eliminen el exceso de receptores y/o aumenten los receptores lo que hace que la estimulación regrese a la normalidad, con el tiempo esta eliminación o aumento de receptores fomenta la tolerancia.
- El cerebro “aprende” a anticipar la sustancia, esto genera que los neurotransmisores asociados a la misma se disparen incluso antes del consumo, lo que hace que la sustancia deje tener el mismo efecto que tenía durante los primeros consumos.

El fenómeno de la tolerancia tiene un lado opuesto llamado abstinencia, el efecto de la misma será proporcional a la magnitud de tolerancia desarrollada ante la sustancia. Cuando una sustancia se encuentra en interacción con el organismo este establece mecanismos compensatorios que evitan un estado de intoxicación, al retirar la sustancia el organismo mantiene estos mecanismos que a su vez generan las consecuencias del síndrome de abstinencia (Redolar, 2008).

Como consecuencia de lo anteriormente mencionado, la privación, reducción o abandono del consumo de tabaco se acompaña de un conjunto de síntomas físicos y psicológicos denominados síndrome de abstinencia por consumo de tabaco. Estos síntomas se disparan como consecuencia de la disminución de los neurotransmisores asociados a la nicotina en el cerebro (Corvalán, 2017; Mathar-Khalil et al., 2022).

Durante el periodo de abstinencia por consumo de tabaco, se pueden presentar síntomas como: irritabilidad, hostilidad, ansiedad, disforia, depresión del estado de ánimo, aumento del ritmo cardiaco y pérdida del apetito, entre otros. Todos estos síntomas pueden tener como consecuencia que el fumador recaiga con la finalidad de evitarlos o escapar de ellos, reforzando negativamente la conducta de consumo (Castellanos et al., 2021).

Como se puede observar, según el modelo cognitivo-social el desarrollo del tabaquismo se encuentra mediado por la integración de factores sociales, cognitivos y conductuales. Aunque no existe un modelo o una teoría que logre explicar con total exactitud el desarrollo de la adicción, es importante tener en cuenta que este modelo ha sido la base para desarrollar tratamientos efectivos en la disminución del consumo de sustancias psicoactivas, pero que ha presentado algunos problemas relacionados con el mantenimiento de los resultados obtenidos, como veremos en el capítulo 2.

Consecuencias a la salud

El tabaquismo representa un riesgo para la salud por sus efectos en el organismo. Es la causa que influye de manera más significativa en la morbilidad y mortalidad por ENT como cáncer, enfermedades cardiovasculares (ECV), diabetes y enfermedades respiratorias. Estas enfermedades también representan un riesgo latente para las personas que se encuentran cerca o en constante interacción con fumadores, a los que se les conoce como fumadores pasivos (Achiong et al., 2016; Blanco et al., 2017; Fernández & Figueroa, 2018).

Actualmente las ECV representan la principal causa de muerte e incapacidad física en el mundo, son responsables de una cuarta parte del total de defunciones mundiales, lo que representa un total de 2 millones de muertes anuales según la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Son la primera causa de muerte en las Américas y el 10% de muertes ocasionadas por ellas son consecuencia del tabaquismo (Batista, 2015; OPS, 2021; Páez, 2014).

Del mismo modo, el consumo de tabaco representa un riesgo importante en el desarrollo de otras enfermedades como la periodontitis, enfermedad pulmonar obstructivo crónico-degenerativa (EPOC) y múltiples tipos de cáncer. Aunque es cierto que 9 de cada 10 casos de cáncer de pulmón son consecuencia del consumo de tabaco, también lo es que su consumo puede causar cáncer en casi cualquier parte del cuerpo (Aguiló, 2020).

Como se mencionó anteriormente, se ha encontrado relación entre el consumo de tabaco y cáncer de vejiga, sangre, cuello uterino, colon y recto, esófago, riñón y pelvis renal, hígado, pulmones, bronquios y tráquea, boca y garganta, páncreas estómago y laringe. Estas enfermedades también constituyen un riesgo para los fumadores pasivos y los daños en la mayoría de los casos son irreversibles (Aguiló, 2020; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], 2023; Martínez et al., 2020).

Consecuencias psicológicas

La relación existente entre el consumo de tabaco y trastornos psicológicos es compleja. La probabilidad de que una persona con algún padecimiento de carácter psicológico o psiquiátrico fume es aproximadamente el doble que una que no lo padezca. En el caso de los pacientes que se encuentran internados en centros psiquiátricos, el consumo se presenta de forma más reiterada que en personas que no se encuentran en la misma situación (Cristóbal, 2019).

En el caso de la depresión, se ha encontrado que los fumadores presentan tendencia tres veces mayor a desarrollarla en comparación con los no fumadores. También se ha encontrado que aquellos que ya presentaban el trastorno y no consumían tendían a hacerlo, en ambos grupos existen bajas probabilidades de dejar el cigarro y, de hecho, se reporta que aproximadamente la mitad de las personas con sintomatología depresiva que se encuentra en condición de internamiento fuma diariamente (Cristóbal, 2019; Murphy et al., 2003).

Del mismo modo, se han encontrado relaciones significativas entre consumo de tabaco y síntomas de estrés y ansiedad; esta relación se ha encontrado más en mujeres que en hombres. Los fumadores indican que el consumo les alivia los síntomas, sin embargo, paradójicamente los fumadores en general presentan mayores niveles de estrés y ansiedad que los no fumadores. Trastornos como ansiedad generalizada, agorafobia, trastorno de pánico y ansiedad social se han relacionado significativamente con un mayor nivel de consumo (Cristóbal, 2019; López-Núñez et al., 2021; Valarezo et al., 2021).

En general, se ha encontrado que entre fumadores prevalece mayoritariamente una tendencia a presentar sintomatología relacionada con ansiedad y depresión. En el caso de la ansiedad, el tabaco es visto subjetivamente por los consumidores como un ansiolítico (que disminuye la ansiedad), pero los resultados de diversas investigaciones han encontrado que su consumo crónico es ansiogénico (que detona la ansiedad). En el caso de las personas con depresión, el tabaco es considerado una medida paliativa-antidepresiva y existen probabilidades de que, al dejarlo, el consumidor presente un episodio depresivo en los próximos 9 meses (López-Núñez et al., 2021; Valarezo et al., 2021).

Relacionado con lo anterior, otros padecimientos de carácter psicológico y psiquiátrico se han relacionado con el consumo de tabaco. Se ha encontrado que personas con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, bulimia nerviosa y esquizofrenia presentan una doble tendencia a desarrollar tabaquismo comparado

con los no fumadores. En el caso especial de la esquizofrenia, el consumo de tabaco es utilizado como una medida paliativa para reducir los efectos secundarios de los medicamentos y como ayuda para las funciones cognitivas; muchas personas que padecen esquizofrenia presentan un daño en los receptores nicotínicos en el hipocampo, los efectos de la nicotina podrían compensar en parte este déficit cognitivo (Khun et al.,2011).

Aunque no existe un modelo etiológico que posicione el consumo de tabaco como causante de trastornos psicológicos, sí se ha encontrado que, como se explicó anteriormente, su consumo se relaciona con sintomatología de ansiedad y depresión. La falta de estudios sobre la etiología entre el consumo de tabaco y los trastornos psicológicos mencionados, se debe principalmente a la carencia de investigaciones en poblaciones clínicas. En la mayoría de los casos, los pacientes ya son consumidores al llegar a las clínicas.

Además, como vimos anteriormente, en muchos de los casos su consumo es visto como una medida paliativa por parte de los consumidores. Incluso algunos profesionales en psiquiatría aceptan y promueven su consumo en pacientes con esquizofrenia, lo que ha ocasionado poco interés en desarrollar o generar intervenciones que busquen la disminución del consumo en dicha población (Jiménez-Treviño, 2019; Lagomazzini et al., 2021; Sendra-Gutiérrez et al., 2012).

Otras consecuencias relacionadas con su consumo se dan en el contexto social del consumidor; problemas familiares, económicos y con amistades son algunos de ellos. El rechazo de las personas y amistades no fumadoras (por su probable condición de fumadores pasivos) además de múltiples problemas con familiares son algunas de las consecuencias sociales más reportadas por los consumidores (Martell et al., 2021; Ramírez & de Andrade, 2005).

Factores de riesgo relacionados al consumo de tabaco

Como se explicó anteriormente, el inicio en el consumo de tabaco es complejo, multifactorial y multidimensional. Entre estos factores, las expectativas sobre el consumo y las habilidades de afrontamiento alternativas ante situaciones diversas y adversas son claves en el desarrollo del tabaquismo (Helena, 2007; Sánchez-Hervas et al., 2002).

Con relación a lo anterior, durante la transición de la infancia a la adolescencia pueden encontrarse los factores de riesgo de consumo más importantes. Es así que la presión de las amistades (especialmente el considerado mejor amigo), el consumo de algún familiar significativo (principalmente el padre) con el que se vive permanentemente, la exposición al tabaco, el sexo y el nivel socioeconómico pueden detonar y mantener la conducta de consumo. Los patrones y niveles de consumo desarrollados durante la adolescencia son un factor importante para el mantenimiento del consumo durante etapas posteriores (Correa-López et al., 2020; González & Berger, 2002; Ramírez & de Andrade, 2005).

Otros factores de mantenimiento durante la adultez son: edad del primer consumo, presencia de sintomatología asociada con depresión y ansiedad, niveles bajos de autocontrol y de tolerancia a la frustración, convivencia con otros consumidores y uso de otras sustancias, modelos televisivos y cinematográficos consumidores y la condición de consumo pasivo (Corvalán, 2017; Delgado-Lobete et al., 2020; Gunter et al., 2019; Jiménez-Treviño et al., 2019; Pech-Puebla et al., 2021; Santiago-Pérez et al., 2019).

Lo anteriormente mencionado obedece a una lógica de reforzamiento en donde la fuerza de la dependencia es producto del potencial de los múltiples refuerzos (positivos o negativos) de la conducta de fumar. Como consecuencia, la conducta cada vez se generaliza más ante la presencia de múltiples estímulos que la persona puede tener en los ambientes y las situaciones en las que fume. La persona que fuma mientras toma su café, asociará el placer de fumar no solo a la taza de café,

también lo hará a la hora del día o a la cafetería, incluso al aroma del café. Como consecuencia, ante estos estímulos el fumador priorizará la conducta de consumo ante cualquier otra conducta (Becoña & Cortés, 2016).

Es por lo anteriormente expuesto, que el tabaquismo representa un riesgo a la salud física y psicológica de los consumidores y de las personas que interactúan con ellos. Las múltiples enfermedades, interacción con trastornos psicológicos y consecuencias socialmente negativas relacionadas con su consumo han originado que el tabaquismo sea considerado una epidemia mundial.

Resumen del capítulo

Hemos explicado que el modelo teórico de la conducta de adicción al tabaco más aceptado tiene como base la teoría cognitivo-social de Bandura, en donde la interacción e integración de los factores sociales y cognitivos son clave para entender y explicar la adquisición del tabaquismo. Entendemos entonces que los tratamientos que busquen disminuir el consumo, deben poner especial atención a los factores sociales y los procesos cognitivos relacionados con las expectativas de consumo y el potencial de reforzamiento de la conducta.

El siguiente capítulo aborda los esfuerzos para generar tratamientos que contemplan los factores anteriormente mencionados y que han probado ser eficaces al lograr el cese o la disminución del consumo, pero que como se mencionó anteriormente, pierden eficacia a largo plazo.

Capítulo 2. Terapia cognitivo-conductual y consumo de tabaco

Definida como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, la terapia cognitivo conductual (TCC) se ha caracterizado por la validez empírica y científica de sus aplicaciones y principios. Su evolución histórica ha permitido la integración de principios y teorías que van más allá del condicionamiento clásico u operante, pertenecientes a la primera generación. Esto no significa que los principios del aprendizaje, establecidos por los primeros científicos de la psicología, hayan sido superados, más bien se complementan con la adhesión de explicaciones que han partido de otros ámbitos dentro de la psicología y que los han enriquecido (Díaz et al., 2017).

Como se mencionó en el capítulo 1, el modelo cognitivo-social de Bandura sienta las bases sobre las cuales se diseñan los tratamientos más efectivos para el consumo de sustancias. Desde esta perspectiva, la TCC ha probado ser eficaz en la modificación de conductas adictivas.

Como veremos en el presente capítulo, la historia de la TCC tiene sus fundamentos en los estudios científicos de laboratorio relacionados con la conducta animal. Esta terapia consolida y aplica clínicamente una historia de investigaciones con rigor metodológico en la modificación de patrones de conducta disfuncionales y desadaptativas. Siendo fiel a sus orígenes, las constantes investigaciones con rigor científico sobre la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales les ha dotado de una enorme validez empírica.

Abordaremos también el tema de la relación que existe entre la TCC y el consumo de tabaco y, como se mencionó anteriormente, los diversos problemas relacionados con el mantenimiento de los resultados a largo plazo en las conductas adictivas.

Bases de la TCC

Los orígenes de la TCC se encuentran en el establecimiento del conductismo. En 1913, John B. Watson, inspirado en las investigaciones sobre los mecanismos de aprendizaje descubiertos por Iván Pavlov y Edward Thorndike, da el nombre de “conductismo” al estudio científico de la conducta. Este evento marcó un cambio radical en la concepción que se tenía de la psicología hasta entonces, originó que las explicaciones sobre la conducta humana que no se ceñían al método científico y la atribuían a conceptos imposibles de medir, observar y cuantificar como el inconsciente fueran perdiendo validez (Antolínez, 2020; Díaz et al., 2017).

Lo anteriormente expuesto, no significó que el conductismo careciera de errores en sus principios teóricos. De hecho, la ausencia de una teoría unificada sobre el aprendizaje y las controversias sobre el papel de las variables cognitivas en la conducta humana, dieron como resultado la necesidad de incluir variables y teorías que es sus principios no eran de interés para el conductismo. Surgió entonces una terapia difícil de conceptualizar y que se unifica más por sus objetivos y técnicas que por sus principios teóricos, la llamada TCC.

Aunque la unificación de estas técnicas generó problemas de carácter teórico-conceptual, la TCC ha logrado crear tratamientos eficaces, breves y con validez científica para el trabajo clínico. Sintomatología relacionada con depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, conductas adictivas entre otras, han disminuido gracias al amplio abanico de tratamientos que tienen como base. Estas centran su trabajo en la modificación de los patrones de pensamiento y de conducta disfuncionales con el objetivo de controlar y modificar las variables que mantienen la conducta desadaptativa (Aguiló, 2020; Almaraz & Alonso-Castillo, 2018; Bermejo, 2019; Díaz et al., 2017; Kaminer et al., 2023; Valdiviesco-Jiménez, 2021).

TCC y consumo de tabaco

Dejar de fumar es un proceso complejo, algunas personas logran hacerlo por ellas mismas sin la necesidad de una intervención psicológica o médica. Para aquellos que no lo logran por sí solos existen tratamientos de carácter cognitivo-conductual centrados en la enseñanza de estrategias de afrontamiento ante las variables que mantienen el consumo (que vimos en el capítulo 1).

Con relación al consumo de tabaco, las intervenciones cognitivo-conductual que han mostrado mayor eficacia son aquellas que centran sus componentes en el desarrollo de habilidades de afrontamiento que incluyen: identificación de variables detonantes, fortalecimiento de la motivación mediante apoyo social, prevención de recaídas, manejo del estrés, aumento en la percepción de riesgos y en la autoeficacia, disminución de creencias fatalistas y análisis de los pros y contras de continuar fumando (Almaraz & Alonso, 2018; Farooq et al., 2020), en la tabla 1 se presentan las estadísticas de eficacia y efectividad reportadas.

Tabla 1

Investigaciones que prueban la efectividad las TCC relacionadas con el consumo de tabaco.

Autor	Diseño	Población	Objetivos	Resultados y tipo de medición
White , 2010	Experimental	n=30 intervención n n=20 control	Comprobar la eficacia de un tratamiento basado en TCC	Se encontró una frecuencia significativamente mayor sobre la reducción en el consumo de cigarrillos entre los sujetos que tomaron el tratamiento en comparación con aquellos que no lo tomaron ($X^2 = 9.78$; $gl=2$; $p=.008$). El autor solamente realizó una medición al finalizar el tratamiento utilizando un registro diario de consumo.
Hunt et al., 2010	Secuencial cuasi-cohorte	n=33 intervención n n=6 control	Evaluar la viabilidad y eficacia de incluir el manejo de contingencias a un tratamiento cognitivo conductual para dejar de fumar en una	Tasa de abstinencia al finalizar el estudio de 58% (intervención) vs. 17% (grupo control) no se encontraron diferencias por el tamaño de muestra. A los 3 meses de seguimiento se encontró diferencias entre las consignas “un día sin fumar” (grupo control) vs “dos o más días sin fumar” (grupo experimental) $w=4.17$ $p<.001$ Los veteranos que tomaron el TCC con manejo de contingencias podían abstenerse hasta dos días de fumar en comparación con los que

			residencia de veteranos	tomaron el tratamiento estándar que no incluyó el componente de manejo de contingencias.
Bock et al., 2010	Estudio piloto aleatorizado y controlado	n=32 intervención n n=23 control	Investigar la viabilidad y eficacia de un programa de TCC y yoga de 8 semanas como tratamiento para dejar de fumar en mujeres.	Al finalizar la intervención la prevalencia puntual de 24 horas en abstinencia fue de 46.9% vs 17.4% (grupo control), La prevalencia puntual a 7 días en abstinencia fue de 40.6% vs 13.0% (grupo control). A los 3 meses la prevalencia puntual de 24 horas de abstinencia fue de 21.9% vs 8.7% (grupo control), la prevalencia puntual de 7 días en abstinencia fue de 21.9% vs. 8.7% (grupo control). A los 6 meses La prevalencia puntual de 24 horas de abstinencia fue de 21.9% vs. 13.0% (grupo control), la prevalencia puntual de 7 días en abstinencia fue de 18.8% vs. 13.0% (grupo control).
Raja et al., 2016	Ensayo clínico	n=20 intervención n n=20 control	Comparar la efectividad de la TCC en con educación de la salud en pacientes interesados en dejar el hábito de fumar.	Hubo reducciones significativas en las puntuaciones medias en el test de Fageström en el 1er y segundo seguimiento en la intervención y entre primero y 2º seguimientos en grupo control (M=4.65 vs M=4.4 vs M=4, p<.005)
Park et al., 2014	Cuasi experimental	n=15 Intervención n N=15 control	Comparar la eficacia de corto plazo de una terapia virtual fue con la TCC para sujetos con dependencia a la nicotina.	Se encontró disminución en el registro diario de fumar, los niveles de CO espirado, y el nivel de dependencia a la nicotina (Fageström). El análisis post hoc confirmó los resultados comparados entre las mediciones iniciales y la semana 4 (final del tratamiento) de manera significativa (F= 110.17, p = 0.00). Se confirmó el aumento significativo de los síntomas de abstinencia al final de 4 semanas de tratamiento (p = 0.00), pero estos síntomas se redujeron por debajo de los niveles basales después de 12 semanas (p = 0.05).

Nota. Adaptado de Almaraz & Alonso, 2018.

Los tratamientos cognitivo-conductuales para consumo de sustancias comparten algunos componentes como la duración de 10 a 16 sesiones (Naeem, et al., 2015). También comparten la inclusión de estrategias motivacionales, desarrollo de habilidades de afrontamiento, solución de problemas, habilidades de planificación y prevención de recaídas (Emmerik-Van et al., 2019). Incluyen en general un

entrenamiento en habilidades de autocontrol conductual para los consumidores (Ray et al., 2020).

Aunque se ha demostrado que estos tratamientos son eficaces en la disminución y el cese del consumo de tabaco, también lo es que sus efectos a largo plazo tienden a presentar tasas de fracaso en el mantenimiento de la abstinencia después de un periodo de tres meses al culminar el tratamiento. Es así que, tres de cada cuatro fumadores logran abstinencia durante el primer mes después de finalizado el tratamiento, pero recaen en el primer año, y el 30% aquellos que logran mantenerla durante un año recaen posteriormente (Martínez et al., 2016).

Lo anteriormente mencionado se debe a factores cognitivos y contextuales del consumidor. Se ha reportado que los fumadores tienden a recaer como consecuencia de eventos individuales y sociales generadores de estrés ante los cuales la persona no se encontraba preparada (Lunden et al., 2019), a un mal manejo del descuento por demora, en donde la persona opta por una recompensa inmediata menor (fumar) en lugar de una recompensa mayor, pero demorada (por ejemplo ejercicios de respiración, reestructuración cognitiva) (García – Pérez, 2021), alteraciones en la inhibición de las respuestas como el control del craving (deseo de consumo) (Liu et al., 2019) y problemas de impulsividad (Martín – Ríos & López – Torrecillas, 2022)

Estos eventos, mayoritariamente imprevistos superan las situaciones para las que el tratamiento estándar los preparó, recuperando el potencial de reforzamiento negativo de la conducta de fumar (Lunden et al., 2019). Algunas sugerencias al terapeuta, de 23 participantes (n=109) que tuvieron recaídas en el consumo de tabaco a los tres meses de culminar un TCC fueron:

- *“Sí, podrías, ya sabes... hacer más seguimientos, tal vez darnos más parches (de nicotina) o cualquier otra cosa. Tener más reuniones (grupales), estar con personas que están en el mismo barco que uno hace que sea más fácil seguir ¿sabe?”.*

- *“Simplemente manténgase más en contacto con los participantes, vea cómo les está yendo”.*
- *“Tal vez sesiones más largas, tal vez de 15 a 20 minutos más”.*
- *“Lo más beneficioso fue el grupo en sí, utilicé el parche, no sé, tal vez si hubiera sido más largo, sí; habría sido más útil si hubiera sido más largo. Para mí sentí que el grupo de apoyo fue uno de los más beneficiosos porque me tenía que gustar presentarme y decir, “tienes que hacerlo”, para mí sería vergonzoso si hubiera fumado un cigarrillo, tenía que ser responsable. Hubiera sido mejor si fuera más largo, tal vez un año, 9 meses.”*
- *“El apoyo externo: más reuniones, debería tener un grupo de fumadores voluntarios, no porque te estén pagando, sino porque realmente quieres dejar de fumar, algo así como un tipo de Alcohólicos Anónimos, pero de fumadores”.*
- *“Tal vez, simplemente hablar de habilidades y controles para retrasar la gratificación, aprender un poco más de eso, hacer que eso se quede en tu cabeza, qué hacer en los 5 minutos donde dejó el craving, no solo distracciones, sino realmente sentarse y desarrollar músculos para retrasar la gratificación”.*
- *“Algún tipo de respaldo, tal vez una vez al mes para que una persona pueda regresar, digamos un par de meses después, para que la gente pueda regresar y registrarse”.*

Otros factores que afectan el periodo de abstinencia son (Campos et al., 2014; González et al., 2021; Hughes et al., 2020):

- El grado de dependencia a la sustancia.
- La intensidad del síndrome de abstinencia.
- La motivación al cambio.
- El empeoramiento de síntomas a largo plazo en personas con alguna enfermedad.

- Los sesgos cognitivos principalmente el de autojustificación relacionado con afirmaciones como: “de algo hay que morir”, “me hace sentir mejor”, o “lo mío no tiene cura”.

Por otro lado, estudios revelan que los efectos en el consumo de tabaco, en tratamientos cognitivo–conductuales tienden a disminuir a las 12 semanas después de concluido el tratamiento. Incluso se han comparado las tasas de abstinencia a las 2 y 4 semanas entre un tratamiento cognitivo-conductual y sesiones de educación básica en salud con relación al consumo, encontrando que no existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos a los 3 y 6 meses después de retirado el tratamiento y las sesiones de educación (Bock et al., 2010; Park et al., 2014; Raja et al., 2014).

Se ha identificado que las terapias cognitivo-conductuales son más eficaces cuando contemplan componentes que afectan las tasas de recaídas como: un adecuado manejo del estrés, una correcta identificación de variables detonantes de consumo, motivación mediante apoyo social y reflexión sobre el éxito-fracaso en el pasado relacionado con el cese en el consumo (Almaraz & Alonso, 2018).

Relacionado con lo anterior, un meta-análisis realizado por Levy, O`Bryan & Tolin (2021) afirma que se ha puesto poca atención y descuido a las tasas de recaída en tratamientos cognitivo-conductuales relacionados con el trastorno de ansiedad y desordenes relacionados como el consumo de sustancias. Se ha probado que los tratamientos cognitivo-conductuales integrados (que combinan las técnicas base de la TCC a la par de otras como atención plena y flexibilidad cognitiva) resultan eficaces en la prevención de recaídas (Capone et al., 2014; Lotzín et al., 2019).

Recaídas en el consumo de tabaco

Como se mencionó anteriormente, dejar de fumar es un proceso complejo, lo que implica que existen probabilidades de regresar a consumir, incluso después de un periodo largo de no hacerlo. Este fenómeno se conoce como recaída, y se define

partiendo de los niveles de consumo durante y después del cese o disminución del consumo.

Se han identificado tres ciclos importantes posteriores al tratamiento en el proceso de recuperación de una persona consumidora. El primero es el del tratamiento de la abstinencia, en este ciclo el consumidor puede presentar cambios en sus estados de ánimo y su complejión fisiológica, son comunes los síntomas ansiógenos y depresivos para los cuales durante el tratamiento se brindan estrategias de control.

El segundo ciclo se caracteriza por los aprendizajes y habilidades adquiridas después de finalizado el tratamiento. En esta etapa es crucial el apoyo social (familiar o de pares) y es indispensable que la persona identifique confianza y respeto de los otros e independencia y determinación por parte de él mismo, esto afianzará los efectos del tratamiento.

El tercer ciclo se caracteriza por la prevención de recaídas, aun concluido el tratamiento los factores contextuales pueden influir en la recaída. Las habilidades que se busca que el paciente adquiera durante el tratamiento deben contemplar estas variables (Martínez et al., 2019; Zapata, 2009).

Como se mencionó al principio, el fenómeno de recaída en el consumo de sustancias se define a partir de la abstinencia y la forma en la que esta se mide. Es así que, ante un proceso de medición de autoinforme (el procedimiento más habitual en los tratamientos cognitivo-conductuales) en donde la persona aporta la información sobre cuántos cigarros ha consumido durante un tiempo determinado, la recaída se considerará en función de comparar un periodo de abstinencia con uno de consumo (e.g. un periodo de consumo de 15 cigarros al día implicaría que la recaída se presenta cuando la persona fuma de nuevo 15 cigarros en un día después de un periodo de no fumar ninguno o fumar menos de 15 al día) (Velicere et al., 1992, citado en Quesada et al., 2002).

Estas definiciones de abstinencia y recaída tienden a presentar algunos problemas y complejidades que se intentan resolver al clasificar distintas formas de abstinencia. Las cuales se presentan a continuación.

Con relación a la abstinencia Benowitz (1983) la clasificó en tres.

- Prevalencia de abstinencia puntual: la cual refleja ausencia de consumo de tabaco en momentos puntuales, en esta clasificación los periodos mínimos de abstinencia más utilizados son de 24 horas, 7 y 30 días. Los periodos menores a una semana pueden ser validados mediante mediciones biológicas.
- Abstinencia continua: refiere a la ausencia de consumo de tabaco desde la realización de algún evento como un tratamiento o algún evento significativo.
- Abstinencia prolongada: se considera cuando una persona no ha consumido en un periodo que abarca de los 6 a los 12 meses, aunque el inicio de la abstinencia no coincida con una intervención o evento significativo.

Tomando en consideración la clasificación de la abstinencia anteriormente mencionada, Ossip-Klein et al. (1986) distinguieron dos procesos diferenciados relacionados con el proceso de abstinencia: el desliz que implicaría un episodio de no más de una semana de duración, en él la persona fuma al menos una calada al día después del mantenimiento de la abstinencia (24 horas) y la recaída que se produce cuando el patrón de consumo se ha mantenido durante más de 7 días.

Con relación a lo anterior, Shifman et al. (1996) proporcionan una definición alternativa en donde ambas variables son consideradas. Determinan que una recaída es producida cuando, después de un periodo de al menos 24 horas de abstinencia se consumen cinco o más cigarrillos al día durante tres días consecutivos.

En el proceso de dejar de fumar, existen tres modelos del proceso de recaída que tienen como pilar central la Predisposición a la Recaída (PR) que se define como el

riesgo latente que existe para que una persona pueda recaer en el consumo en un momento determinado, los modelos se explican en la tabla 2.

Tabla 2

Modelos de PR.

Modelo	Definición
Acumulativo	Propone que los cambios en la PR son producidos de forma continua. Pone especial relevancia en la acumulación de ciertas variables que predisponen al consumo y que podrían tener una carga acumulativa, también considera la personalidad del consumidor (e.g. cuando el nivel de estrés supera ciertos umbrales).
Episódico	Considera la PR como estable hasta la exposición a un evento repentino que precipita el consumo (e.g. una situación estresante que supere los umbrales de la persona).
Interactivo	Es una combinación de los dos modelos anteriores. Combina los posibles episodios detonantes de cese de la abstinencia con la superación de los umbrales o la acumulación de variables que predisponen la PR.

Nota. Adaptado de Shifman et al. (1996).

A los modelos anteriormente descritos se le suman otros relacionados con los determinantes de los episodios de recaída. La base de estos modelos se encuentra en las variables que generan cambios en la PR e incorporan sus principios con los anteriormente descritos. Se describen en la tabla 3, y aunque no son incompatibles (entre ellos o con los postulados anteriormente) sus diferencias se encuentran en el énfasis que ponen en distintas variables.

Tabla 3

Modelos de episodios de recaída.

Modelo	Definición
Aprendizaje Social	Inspirado en el modelo cognitivo-social de Bandura descrito en el capítulo 1. Contempla la integración de las características personales (creencias, expectativas sobre el mantenimiento de la abstinencia y niveles de dependencia física) con las conductuales (experiencias previas con el abandono) y los factores ambientales (normas comunitarias relacionadas con el tabaco o sus normativas sociales).
Bio-conductual	Afirma que las recaídas se pueden presentar como consecuencia de determinados efectos biológicos, como los de condicionamiento directo en donde existen situaciones asociadas al consumo que pueden detonarlo. También considera los efectos propios de la abstinencia descritos en el capítulo 1.

De estado	En los que la conducta de fumar se considera un proceso en el cual, las personas pasan por una serie de estadios en donde la recaída forma parte de ellos y se produce cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento fallan.
De afrontamiento del estrés	Según este modelo existen situaciones de alto riesgo en las que existen probabilidades más altas de recaída. La presencia o no de la conducta de fumar dependerá de las estrategias que la persona ponga en marcha para evitarlas o enfrentarlas. La falta de estrategias de afrontamiento al estrés y el consumo de otras sustancias (como el alcohol) son detonantes de una baja percepción de autoeficacia y un aumento en las expectativas positivas del consumo, como consecuencia se facilitaría el primer desliz.

Nota. Adaptado de Shifman et al. (1996).

El fenómeno de recaída en el consumo de tabaco no aparece espontáneamente, sino que forma parte de un proceso multifactorial. El estudio de sus determinantes ha interesado a los investigadores que buscan describir cómo es que los factores individuales (variables sociodemográficas, de afrontamiento, emocionales, fisiológicas, motivacionales y cognitivas) y ambientales (situaciones de riesgo, estresantes y entorno social) pueden predisponer o precipitar el proceso de recaída. Estos factores abarcan variables que como se describió anteriormente, forman parte del proceso de dejar o no de fumar (Quesada et al., 2002).

Resumen del capítulo

Como se mencionó en este capítulo, los tratamientos que más eficacia han presentado en lograr una reducción y abstinencia son aquellos de corte cognitivo-conductual, sin embargo, el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo parece ser el talón de Aquiles en dichos tratamientos.

Con relación a lo anterior, la recaída en el consumo de sustancias es un proceso multifactorial que engloba distintas variables y puede explicarse desde diferentes posturas. Tiene como eje central que cuando la persona se enfrenta con situaciones que identifica como no controlables o que rebasan sus umbrales de estrés, tiende a generar expectativas positivas sobre el consumo.

Como consecuencia, es importante que el diseño de tratamientos contemple estas características en la prevención de recaídas. En este sentido, las estrategias que han surgido en el modelo de afrontamiento de estrés parecen ser eficaces, una de ellas es el uso de las herramientas de atención plena, ya que permite a la persona examinar el contenido de los pensamientos y situaciones desde una perspectiva flexible, esto genera que las conductas no sean determinadas por factores cognitivos, conductuales y contextuales disruptivos (Bowen et al., 2013) esto se verá con más detalle en el capítulo 3.

Capítulo 3. Atención plena y consumo de tabaco

Como se mencionó en el capítulo anterior, la atención plena es una herramienta que permite a las personas examinar el contenido de sus pensamientos y de sus conductas sin quedar atrapadas en ellas o enjuiciar de forma punitiva lo que se piensa o hace. Es una herramienta que como veremos más adelante, funciona bajo los principios conductuales del proceso de extinción de conductas, pero que tiene sus orígenes mucho antes de la consolidación de la ciencia conductual.

El presente capítulo expone una definición de atención plena desde la psicología conductual. Se muestran las diferencias entre atención plena como una herramienta psicológica y como un proceso de meditación tradicional budista, se explica cómo es que esta herramienta ha probado ser efectiva como proceso de extinción mediante la aceptación de los pensamientos y estados físicos disfuncionales o molestos. Del mismo modo, el capítulo aborda la relación existente entre atención plena y consumo de sustancias.

Definición de atención plena

Aunque el concepto de atención plena tiene relación directa e histórica con la meditación tradicional budista, no se clasifica como tal. La meditación tradicional tiene una historia de 1500 años y su origen se encuentra en la filosofía budista en la cual el sufrimiento surge del apego a situaciones, objetos y/o personas; la naturaleza finita de todo lo existente en el mundo genera sufrimiento cuando las personas se niegan a aceptar la llamada impermanencia o transitoriedad (el estado natural de que todo por existir tiende a desaparecer o morir (Nhat-Hanh, 2000). Aceptar dicha impermanencia, según el budismo, alivia el sufrimiento ya que cuando esta llega la persona se encuentra preparada y con una actitud de aceptación.

Con relación a lo anterior, la práctica de la meditación tradicional tiene como finalidad que la persona logre aceptar dicha impermanencia mediante la reflexión y la aceptación. Poder aceptar que todo lo que existe es finito, será una pauta de liberación del sufrimiento según el budismo (Gyatso, 2011).

Durante las meditaciones tradicionales budistas, el objeto de atención puede ser un tema en específico al cual se le conoce como “mantra”. Esta es una frase corta o un sonido que engloba una metáfora sobre un tema específico (muerte, vida, apego, impermanencia) y que es motivo de reflexión del meditador.

En la práctica meditativa anteriormente descrita, la atención plena tiene un papel importante, pues durante el proceso de meditación, el meditador puede distraerse o perderse en pensamientos que no se relacionan con el mantra. Como consecuencia es necesario que el meditador se encuentre atento a todos aquellos pensamientos o situaciones que lo alejen de los objetivos de su práctica.

Es así que la atención plena cumple un papel muy importante en este proceso. Atención plena es la traducción de la palabra inglesa Mindfulness, que a su vez es la traducción de la palabra sati del idioma pali (un idioma índico en el que están escritos los textos budistas), engloba tres conceptos: conciencia, atención y recuerdo. Estos procesos son pilares de las diferentes corrientes de meditación tradicional budista (Vásquez-Dextre, 2016).

Los procesos de conciencia, atención y recuerdo son utilizados durante la meditación tradicional como una herramienta para lograr mantener el estado meditativo. En este sentido, el meditador requiere tener conciencia sobre los objetivos de su práctica, atención para identificar pensamientos intrusivos y recuerdo para reorientar esa atención al objetivo principal de la meditación. Es así que, atención plena no es la meditación en sí, sino una herramienta que se utiliza durante la misma.

Atención plena desde la perspectiva psicológica

La aplicación clínica de la atención plena encuentra sus orígenes científicos cuando en 1977 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) reconoce el valor terapéutico de la meditación. Con ello recomienda su investigación con el objetivo de identificar su eficacia clínica y en 1979 en la ciudad de Massachussets el Dr. Kabat-Zinn, funda el “Center of Atención plena” (Coutiño, 2012).

A partir del año 2002 la investigación en atención plena obtuvo un elevado interés dentro de la psicología y las terapias de tercera generación. Este “boom” en la investigación tuvo como consecuencia la obtención de datos en los que atención plena se identifica como eficaz en diversos trastornos psicológicos tales como estrés, ansiedad, sintomatología depresiva y síndrome de estrés postraumático (Coutiño, 2012).

En el campo de la psicología, la práctica de atención plena se define desde tres aspectos: el procedimental, la experiencia derivada de su práctica y el de sus componentes, estos se encuentran en la tabla 4 (Vásquez-Dextre, 2016).

Tabla 4

Definiciones psicológicas de la atención plena.

Aspecto	Definición
Procedimental	Tal como se explicó anteriormente, se identifica como un procedimiento para lograr una meditación adecuada, esta definición hace referencia a la filosofía budista.
Derivación de la práctica	Refiere a la conciencia por el momento presente, sin emitir juicios y con aceptación. Es la habilidad de prestar atención de una manera particular de forma deliberada al momento presente y sin emitir juicios (Kabat-Zinn, 1994).
De sus componentes	Se define por el proceso de autorregulación atencional que permite a la persona tener contacto con la experiencia inmediata. Se caracteriza por la apertura, la curiosidad y la aceptación; así atención plena no solamente implica la conciencia del momento presente, sino también la forma particular de dicha conciencia (Bishop et al., 2002; 2004).

Con relación a la definición de sus componentes, se han presentado diferentes explicaciones sobre los procesos de aprendizaje implícitos en la práctica de la

atención plena. Con motivo de la presente investigación se tomará la explicación cognitivo-conductual.

Relacionado con lo anterior, se ha encontrado que la práctica de la atención plena obedece a los procesos implícitos en el principio de extinción de las conductas privadas o pensamientos. Cuando una situación o pensamiento genera malestar, las personas tienden a focalizar la atención en las emociones y pensamientos derivados de dicho malestar, a este proceso se le conoce como rumia y es la base de sintomatología depresiva y ansiógena. Dicha implicación detona una cadena de pensamientos que se refuerzan mutuamente (Castro & Sánchez, 2021; Errasti-Pérez et al., 2022; Martín & Sevilla, 2013; Palacios et al., 2023).

Como resultado de lo anteriormente expuesto, se presenta una cadena de pensamientos en donde el factor principal es la búsqueda de control o escape. Esta cadena de pensamientos puede disminuirse mediante la práctica de la atención plena bajo el principio de extinción. Este es un proceso mediante el cual una conducta que ha sido reforzada durante un periodo de tiempo tiende a dejar de ocurrir como consecuencia del cese de reforzamiento (Kanter et al., 2011, citados en Espinosa-Posadas, 2023; Miltenberger, 2017; Reza, 2020).

Por lo tanto, para extinguir la cadena de pensamientos o conductas privadas que se generan durante la rumia y generan malestar, estas deben dejar de ser reforzadas. Este proceso se logra con la llamada ecuanimidad, un componente de la atención plena en donde se busca que la persona no se implique con los pensamientos y los perciba desde una postura de imparcialidad y de no dejarse llevar por ellos. Como consecuencia se detendrá la cadena de reforzamientos, así las conductas verbales y privadas perderán su fuerza de ocurrencia (Goenka, 1997).

Desde esta perspectiva, atención plena funciona bajo principios teóricos similares a los procesos de desensibilización sistemática e inhibición recíproca, en donde un estímulo pierde su potencial aversivo y generador de ansiedad al producirse una

respuesta incompatible ya sea con estados de relajación, control estimular o encadenamiento de respuestas. Así, la atención plena podría clasificarse dentro de las técnicas de exposición, autocontrol y relajación (Errasti-Pérez et al., 2022; Martín & Sevilla, 2013).

Aunque la definición de los componentes sobre atención plena aún es un campo de investigación, consideramos que es importante exponer y tomar una postura sobre las investigaciones disponibles a la actualidad que permitan explicar el porqué de su funcionamiento, ya que de no hacerlo caeríamos en lo que Wittgenstein (1916) considera un error categorial (asignar erróneamente un fenómeno a una categoría a la que no pertenece). Con relación a lo anterior, la presente investigación identifica los componentes de atención plena desde una perspectiva conductual.

Atención plena y consumo de tabaco

La relación entre atención plena y consumo de sustancias se encuentra mediada por el efecto de la atención plena sobre las variables que detonan y mantienen el consumo y que vimos en el capítulo 1 (a estas variables se les conoce como variables instrumentales). En este sentido, se ha encontrado relación bidireccional entre el consumo de sustancias y síntomas de ansiedad y depresión. Como se mencionó en el capítulo 2, estas variables mediacionales (ansiedad y depresión) afectan el curso de la persona en su búsqueda por disminuir el consumo y lograr la abstinencia, así como en presentar una mayor probabilidad de recaída.

Se ha encontrado que la práctica de la atención plena es eficaz en la disminución de sintomatología de ansiedad y depresión en pacientes consumidores de sustancias (Andia & Neyra, 2021), en la remisión de las conductas adictivas (Rodas & Reivan, 2021) y en el mantenimiento de la abstinencia y prevención de recaídas en comparación con otros tratamientos y con grupos control (Pumariega et al., 2020; Rodríguez y Hernández, 2017). Los datos relacionados con la eficacia reportada por las investigaciones citadas se encuentran en la tabla 5.

Tabla 5

Datos de la eficacia de mindfulness/atención plena en la reducción de síntomas relacionados con consumo de sustancias, abstinencia y craving.

Nombre del estudio	Autores	Resultados
Efectos de un programa basado en atención plena sobre la depresión y ansiedad de pacientes con trastorno por consumo de sustancias	Andia & Neira, 2021	<p>En el grupo experimental (n=16) se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la disminución de depresión (t=3.77 p=.002, d=.94) y ansiedad (t=3.84, p=.002, d=.96) comparado con el grupo control (n=14) en donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en depresión (t= -.631, p= .539, d= -.17) y ansiedad (t=-.566, p=.581. d=-.15). La sustancia de mayor consumo en ambos grupos fue alcohol (experimental = 68.8%, control = 71.4%) seguida por marihuana y cocaína ambas teniendo un porcentaje de consumo del 6.3 en el grupo experimental y 7.1 en el grupo control. El 18.8% del grupo experimental y el 14.3% del grupo control presentaron policonsumo.</p>
Intervenciones basadas en mindfulness en el tratamiento de consumo de adicciones a sustancias psicotrópicas	Rodas y Reivan, 2021.	<p>La investigación presenta evidencia de la eficacia de las MBI para el tratamiento de las adicciones las cuales se presentan a continuación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el estudio de Bayir y Aylaz se obtuvo que al finalizar el tratamiento la autoeficacia de los participantes aumento de un 76.50 a un 85.50, presentando diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$) comparado con el grupo control. • El estudio de Glasner et al. (2016) identificó que los participantes (n=63) que recibieron una MBI para el estrés (conformado por 8 sesiones) en donde se combinó el manejo de contingencias con técnicas de atención plena mostraron beneficios en la probabilidad de reducir el consumo de cocaína (OR=0.78), en comparación con el grupo control en donde se aplicó manejo de contingencias con educación en salud (OR=.68). • El estudio de Zemestani & Ottaviani (2016). Evaluó el nivel de deseo de consumo (craving) en dos grupos de consumidores de cocaína y marihuana, tres grupos recibieron el programa de reducción de estrés con mindfulness (MBRS) y tres recibieron el llamado por los autores Tratamiento Usual (TAU) encontrando

que los grupos que recibieron el MBRS obtuvieron puntuaciones menores a 20 en la evaluación posttest ($m = 12$) y en el seguimiento ($m = 11.8$), en la escala Penn Alcohol Craving Scale (PACS) que es una escala que mide el deseo de consumo, y en la cual la puntuación mayor es de 60. Demostrando que el MBRS presenta mejores resultados para prevenir recaídas que el TAU.

- Shorey et al. (2016) aplicaron un TAU conjunto a la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (que es una terapia que utiliza atención plena como componente) a consumidores de alcohol, cocaína y marihuana y lo contrastaron con un TAU ($n = 117$) encontrando que el deseo de consumo (medido con el PACS) se presentó en menor medida en el grupo que recibió el TAU + ACT ($d = 0.23$) y una mayor flexibilidad psicológica respecto al uso de sustancias ($d = 0.20$)
 - Wongtongkam et al. (2017) utilizaron un programa de meditación vipassana (una variante un programa de atención plena) conjunto a un TAU en una muestra de 55 hombres consumidores de tabaco y alcohol obteniendo como resultados que los participantes abandonaran el consumo de ambas sustancias.
 - Davis et al., 2018, identificaron menor uso de sustancias (alcohol y otras drogas no especificadas en el estudio) después de aplicar el programa de MBRS ($d = -0.58$) y menor craving ($d = -0.77$) en comparación con un TAU.
 - Price et al. (2019) realizaron un seguimiento a los 6 y 12 meses de tres grupos de mujeres ($n = 187$) a los que se les aplicaron diferentes tratamientos, TAU, Terapia de Atención Plena Orientada al Cuerpo (MABT por sus siglas en inglés) y Educación en Salud para Mujeres (WHE, por sus siglas en inglés), encontrando que a los 6 meses la MABT y WHE obtuvieron más días de abstinencia (Diferencia de Medias = 11.6) en comparación con el TAU, respecto al craving los usuarios que tomaron la MABT lo redujeron significativamente a los 3 (Diferencias de Medias = -3.2) a los 6 (Diferencias de Medias = -5.5) y a los 12 meses (Diferencias de Medias = -4.0)
-

Prevencción de recaída basada en Mindfulness en el tratamiento del tabaquismo – Brasil	Pumariega et al. (2020)	En un ensayo clínico aleatorizado se identificó el efecto de un programa de reducción de recaídas con mindfulness en una muestra de 52 participantes en grupo control (n=26) y experimental (n=26). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental después de finalizado el tratamiento en la reducción de síntomas de ansiedad ($p = 0.043$) y el nivel de monóxido de carbono ($p = 0.03$) en los pulmones de los participantes en comparación con el grupo control. Durante las pruebas pretest no existían diferencias entre ambos grupos. Los autores resaltan los efectos significativos del mindfulness en la reducción de sintomatología relacionada con ansiedad, depresión y nivel de monóxido de carbono en los pulmones.
Eficacia de las técnicas basadas en mindfulness como tratamiento coadyuvante para pacientes con trastorno por consumo de sustancias: Revisión sistemática de la literatura y meta-análisis.	Rodríguez y Hernández (2017)	A partir de 2976 referencias se incluyeron 21 estudios que incluían alguna técnica de mindfulness en pacientes con algún trastorno relacionado al consumo de sustancias. Tres de esos estudios evaluaron la abstinencia de tabaco a 7 días de finalizado el tratamiento. Los resultados del meta-análisis y revisión sistemática indican que hay evidencia suficiente para sugerir que las MBI reducen la prevalencia de la abstinencia de tabaco a 7 días de una manera significativamente mayor que otro tipo de intervenciones.

Por el contrario, los resultados anteriormente expuestos contrastan con los encontrados en una revisión sistemática y meta-análisis sobre el consumo de tabaco elaborado por Maglione et al. (2017). En su investigación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la disminución del consumo de tabaco entre tratamientos con base en la atención plena (Mindfulness Based Interventions [MBI]) y otro tipo de tratamientos. Los autores concluyen que la evidencia existente hasta la fecha de la publicación es de baja calidad y hacen falta investigaciones con rigor metodológico.

Relacionado con lo anteriormente expuesto, la investigación realizada por Rodríguez & Hernández (2017) encontró que las técnicas de atención plena tienen una funcionalidad aceptable como herramientas coadyuvantes en combinación con otros tratamientos. Por lo que incluirlas en tratamientos cognitivo-conductuales

podría resultar significativamente eficaz en la disminución o cese del consumo y en el mantenimiento de mayores tasas de abstinencia.

Atención plena y prevención de recaídas

Con relación al fenómeno de la recaída en consumo de sustancias, la práctica de la atención plena ha presentado eficacia clínicamente significativa. Así, la revisión realizada por Villarea et al. (2020) presenta como resultado que existen efectos significativos en su práctica sobre la regulación de las emociones y la prevención de recaídas en uso de sustancias.

Es así que, el programa de prevención de recaídas de Bowen, Chawla y Marlatt (2013) ha probado ser eficaz al lograr niveles de empoderamiento de los usuarios frente a la prevención de recaídas, asimilando estrategias y habilidades que les permiten identificar cómo actuar frente a un episodio que detone el deseo o craving (Díaz et al., 2019; Roos et al., 2017) el programa de prevención de recaídas se verá con más detalle en el capítulo 4.

Resumen del capítulo

Como hemos observado, la atención plena desde una perspectiva psicológica puede definirse como un proceso de extinción de las conductas privadas o pensamientos relacionados con los procesos de rumia característicos de estados de ansiedad y depresión, aunque la evidencia muestra que procesos de condicionamiento pavloviano pueden ser también resueltos por esta técnica (Hanley & Garland, 2019). La evidencia actual indica que los mecanismos por los que la atención plena funciona se basan en los procesos exposición y extinción (Schuman-Olivier et al., 2020).

Como se presentó en el capítulo 1, la sintomatología ansiógena y depresiva se relaciona directamente con el consumo de tabaco, disminuir o extinguir esta sintomatología ha probado ser eficaz en la reducción del consumo. Como vimos en

el capítulo 2, los tratamientos cognitivo-conductuales han probado ser eficaces en el cumplimiento de estos objetivos.

Combinar la herramienta de la atención plena con los tratamientos cognitivo-conductuales podría incrementar su potencialidad de eficacia y mantener tasas de abstinencia más elevadas y a largo plazo. Aunque existe evidencia sobre la efectividad de atención plena en la prevención de recaídas las investigaciones sobre su eficacia es poca. La gran mayoría de investigaciones relacionadas con el tema sugieren generar más evidencia de este fenómeno.

Como veremos en el capítulo 4, existen esfuerzos por integrar la TCC con la atención plena que han resultado ser eficaces en el tratamiento de la ansiedad y la depresión como variables moduladoras en el consumo de sustancias.

Capítulo 4. TCC y Atención Plena

La integración de la atención plena a la TCC es un estudio relativamente novedoso. Podemos encontrar orígenes de su uso como herramienta en los primeros manuales y publicaciones de la llamada tercera ola de terapias cognitivo–conductuales, principalmente en la terapia dialéctico conductual (DBT, por sus siglas en inglés), la terapia cognitiva basada en mindfulness, terapia de aceptación y compromiso (ACT por sus siglas en inglés), terapia metacognitiva, y la terapia cognitiva con mindfulness integrado (TCCMi) (Cayoun, 2014; Díaz et al., 2017; Silva, 2022).

A partir del desarrollo de las terapias de tercera generación y sus modelos de trabajo, se incluyen variables que no fueron consideradas por las dos generaciones anteriores en los modelos clínicos. Es así que variables como la conciencia plena, la espiritualidad, la desactivación cognitiva y los valores toman especial importancia en el proceso de terapia y en el trabajo clínico (Díaz et al., 2017).

Con relación a lo anterior, los dos principios de los cuales se sirven las terapias de tercera generación son la aceptación radical y la modificación conductual. El primero hace referencia al abandono de la búsqueda del bienestar perpetuo, hace énfasis en la aceptación radical de los síntomas y malestares. El segundo se refiere a la modificación conductual orientada a objetivos valiosos en la vida del consultante. Las terapias de tercera generación buscan aprovechar al máximo los recursos psicológicos que la persona regularmente gasta en evitar y tratar de controlar o eliminar los síntomas (Díaz et al., 2017).

Aunque las terapias de tercera generación parecieran alejarse de los principios de la TCC y retomar los principios básicos de las primeras generaciones, lo cierto es que la atención plena no necesariamente se aleja de ellos. Es así que, la práctica de la atención plena plantea la posibilidad de que la persona centre su atención en los esquemas rígidos de pensamiento e identifique los efectos de estos en su conducta y su cuerpo (Torres-Pagan et al., 2016).

Se ha comprobado, tal como se mencionó en el capítulo 3, que incluir herramientas de atención plena en tratamientos cognitivo-conductuales ha resultado efectivo en la disminución de variables relacionadas con el consumo de sustancias tales como: ansiedad, depresión, estrés y control de la ira (Ortiz et al., 2019; Paz, 2019; Torres-Pagan et al., 2016).

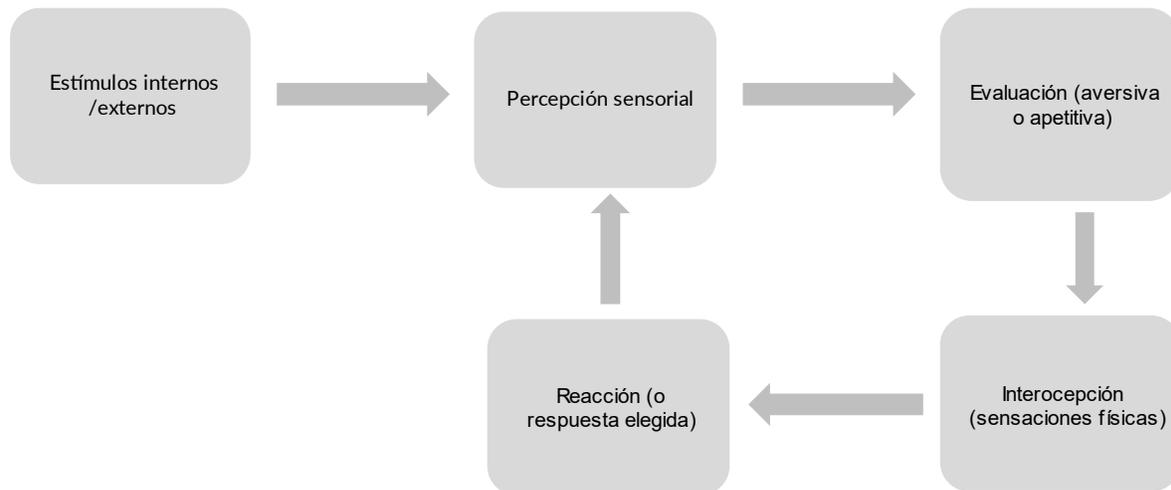
TCC con Mindfulness Integrado

Uno de los autores que mayor trabajo ha presentado relacionado con la integración de la atención plena y la TCC es Bruno Cayoun, que en el 2014 formuló su TCCMi. Este modelo terapéutico integra los procesos de aprendizaje bajo condicionamiento clásico y operante como el origen del malestar y detonantes de pensamientos aversivos. Incluye un modelo explicativo sobre el proceso por el cual se adquieren las conductas y los pensamientos considerados disfuncionales. Coloca especial énfasis en los procesos de condicionamiento respondiente relacionados con la percepción sensorial.

Relacionado con lo anteriormente mencionado, Cayoun propone un modelo de coemergencia de refuerzo de cuatro componentes. En el primero, los estímulos externos o internos son percibidos por el organismo a través de los cinco sentidos. En un segundo momento la persona realiza una evaluación de estos estímulos y les dota de sentido aversivo o apetitivo. En el tercero, se activa el organismo provocando sensaciones físicas que pueden ser muy sutiles (casi imperceptibles) o muy agudas. Como cuarto componente la persona reaccionará emitiendo una conducta relacionada con la evaluación realizada durante el segundo componente. Se puede ver el modelo de coemergencia de refuerzo en la figura 1.

Figura 1

Modelo de coemergencia de refuerzo.



Nota. Tomado de B. Cayoun (2014).

Según este modelo, es posible modificar las respuestas conductuales disfuncionales si mediante la práctica de la atención plena la persona identifica las respuestas que tiene su cuerpo ante los estímulos considerados aversivos. Esto logrará que las evaluaciones sean menos aversivas y la respuesta conductual se modifique (Cayoun, 2014). La terapia centrada en este modelo (TCCMi) ha demostrado eficacia en la disminución de sintomatología relacionada con ansiedad y depresión en diferentes poblaciones (Darby & Beaven, 2020; Frances et al., 2020; 2022; Puyanfard et al, 2020; Sohrabi et al., 2022; Yazdanimehr et al., 2016).

Como se ha visto, este modelo ha probado efectividad [entendiendo efectividad como la conjunción de: lograr los objetivos planteados con el uso óptimo de los recursos de los que se dispone (Mejía, 1998)] en diferentes poblaciones y diferentes sintomatologías, sin embargo, no hay evidencia de su eficacia en población consumidora de sustancias psicoactivas.

Terapia Cognitiva de la Depresión con Atención Plena

Otro abordaje terapéutico que ha demostrado efectividad en la adhesión de técnicas de atención plena con la TCC es la llamada Terapia Cognitiva de la Depresión Basada en Atención Plena (MBCT por sus siglas en inglés). Los autores de este

modelo de tratamiento, tomando como base la alta tasa de recaídas en personas con depresión crearon un modelo terapéutico basado en los resultados del ensayo clínico del modelo DBT de Marsha Linehan.

La DBT incorpora ejercicios de atención plena con la finalidad de que los pacientes logren descentralizarse de sus pensamientos. Esto resulta particularmente útil, ya que según los estudios que dieron luz a la MBCT, los episodios de recaída que experimentan las personas que han terminado un tratamiento tienen origen en lo que Bruno Cayoun (2014) llamó “cogniciones encarnadas”, esto refiere a que la persona no logra ver sus pensamientos como mera información sobre el mundo y cree que la forma en la que piensa es una verdad absoluta difícilmente cuestionable sobre el mundo, él mismo y los demás (Seagal et al., 2002).

Para este modelo, según sus autores, la importancia de descentralizar al paciente de sus pensamientos, es decir que logre verse como distanciado de ellos, se transforma en la piedra angular de la prevención de recaídas, para lo cual las estrategias de atención plena resultan particularmente útiles, como vimos en el capítulo 3. El modelo terapéutico aborda una serie de estrategias cognitivo-conductuales para el tratamiento de la depresión y finaliza la intervención con un modelo de prevención de recaída utilizando el Programa de Reducción del Estrés con Base en Mindfulness (MBRS por sus siglas en inglés) (Kabat-Zinn, 1990).

La evidencia empírica encontrada sobre la MBCT y el MBSR demuestra que su aplicación puede beneficiar no solamente a poblaciones clínicas, se han demostrado mejoras en la salud mental y el bienestar de la población en general al aplicar ambos programas (Querstret et al., 2020). Pero también se encontrado eficaz en tratar problemas relacionados con dolor crónico (Ju-Hong et al., 2020), síntomas de ansiedad y depresión (Burgees et al., 2021), ideación suicida (Zhang et al., 2022), trastorno obsesivo compulsivo (Mathur et al., 2021) y estigma relacionado con el padecimiento de esquizofrenia (Tang et al., 2021).

Programa de Prevención de Recaídas en Conductas Adictivas Basada en Mindfulness

El Programa de Prevención de Recaídas en Conductas Adictivas Basada en Mindfulness (MBRP por sus siglas en inglés) es un programa grupal que integra actividades de atención plena conjunto a un programa de prevención de recaídas de corte cognitivo-conductual. Este programa toma como base la experiencia e investigación de uno de sus autores, G. Alan Marlatt en modelos de prevención de recaída, identifica que esta, después de un programa para lograr la abstinencia se da por varios motivos.

- Las conductas adictivas son consideradas problemas morales que deben ser castigadas, de esta idea surgen tratamientos punitivos en donde la idea central es que la persona adicta es responsable de su “habito nocivo”, estos tratamientos no hacen sino aumentar la vergüenza y el miedo al rechazo de los consumidores, lo que genera que se mantengan conductas de evitación o escape como el mismo consumo, generando un círculo en donde la conducta adictiva sigue perpetuándose.
- Los tratamientos efectivos para que los consumidores dejen de hacerlo no contemplan estrategias para enfrentar las recaídas por la creencia de que “hablar de la recaída es dar permiso de que recaigan”.
- Los tratamientos que implementan sistemas de condicionamiento aversivo sobre las conductas adictivas, eficazmente logran una disminución a corto plazo, sin embargo, a largo plazo la falta de conductas alternativas de afrontamiento a los detonadores de consumo tiene como consecuencia que la conducta suprimida aparezca de nuevo.
- Las situaciones de alto riesgo (situaciones que amenazan el sentido de autoeficacia y aumentan el riesgo de recaída) detonan fuertes expectativas positivas (deseo o craving) en relación al consumo como estrategia de afrontamiento. El consumidor no cree que pueda hacer frente a determinadas situaciones de estrés a menos que elabore la conducta adictiva.

Con relación a lo anterior, la piedra angular del modelo de prevención de recaída de G. Alan Marlatt consiste en crear la disponibilidad de una conducta de afrontamiento alternativa ante las situaciones que detonen el deseo de consumo. Si la persona logra implementar esta estrategia de afrontamiento resulta en una prevención de recaída eficaz y en un aumento de su autoeficacia (Bowen et al., 2011).

La búsqueda de estrategias de conductas de afrontamiento llevó a identificar la meditación de atención plena como una herramienta especialmente útil en la prevención de recaídas. La capacidad de observar los propios pensamientos y el desarrollo de la experiencia, sin necesariamente quedar atrapado en ella y descentralizándose de los pensamientos, sentimientos e imágenes resulta en una estrategia eficaz para que la persona evite el consumo. La persona logra “desprenderse” del deseo de consumo y de los pensamientos relacionados con la sustancia (Marlatt & Gordon, 1985).

El MBRP consta de ocho sesiones grupales y como se mencionó anteriormente combina técnicas de la TCC con estrategias de atención plena. Su principal objetivo es prevenir la recaída en conductas adictivas incrementando la atención en los desencadenantes y las reacciones habituales, busca que la persona genere una nueva relación con sus vivencias y logre implementar habilidades concretas en situaciones de alto riesgo (Bowen et al., 2011).

Respecto a la efectividad del MBRP se ha encontrado evidencia que sustenta su efectivo en la disminución del deseo de consumo, la frecuencia de uso de sustancias y mejora los síntomas relacionados con depresión (Ramadas et al., 2021). Adicionalmente se ha encontrado que el uso del programa aumenta las habilidades en atención plena de los usuarios, estos efectos no solamente se obtienen al aplicar grupalmente el programa, individualmente también ha demostrado estos efectos (Massaro et al., 2022).

Resumen del capítulo

Como se ha visto, existen múltiples tratamientos y programas que han combinado de forma exitosa la TCC con estrategias de atención plena. Estos tratamientos y programas han logrado mostrar evidencia empírica sobre su efectividad en poblaciones con distintas características, desde sintomatología relacionada con ansiedad y depresión hasta uso de sustancias y conductas adictivas.

De cara a proporcionar tratamientos eficaces implementar estrategias de atención plena a tratamientos cognitivo conductuales parece resultar en tratamientos efectivos y con buenos resultados.

Planteamiento del problema

Justificación

Según datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016) 5.5 millones de mexicanos son fumadores diarios, 9.4 millones fumadores ocasionales y 13 millones llevan un mes o más de abstinencia. Hasta el 2016, 1.8 millones de fumadores presentaban adicción a la nicotina y 9.8 millones eran fumadores pasivos. El 98.4% de la población mexicana es consciente de que fumar tabaco es una causa de enfermedades serias e incluso la muerte (Paz-Ballesteros et al., 2019).

Respecto a los avances en el estudio del tabaquismo se ha encontrado que, fumar de uno a cuatro cigarros por día se asocia con un riesgo significativamente mayor de morir por cardiopatía isquémica y otros eventos cardiovasculares. En comparación con no fumadores se ha identificado mayor riesgo de contraer cáncer de pulmón (9 veces mayor), muerte por cáncer de pulmón (el cual se triplica en hombres y quintuplica en mujeres) y un mayor riesgo (64%) de muerte temprana. El riesgo es menor cuanto más temprana es la edad en que se abandona el tabaco (Aguiló, 2020).

Fumar un solo cigarro al día comporta la mitad del riesgo de enfermedad o accidente cardiovascular que fumar veinte. Un fumador de menos de cinco cigarros al día puede perder la misma función pulmonar en un año que un fumador de más de treinta al día durante 9 meses. En este sentido se entiende que no existe un nivel seguro para fumar.

Una de las preocupaciones importantes respecto al consumo de tabaco es el daño que puede hacer a fumadores pasivos, en este sentido el llamado humo de tercera mano (THS, por sus siglas en inglés) refiere a las sustancias tóxicas suspendidas en el humo de tabaco y que posteriormente se adhieren a distintas superficies, pudiendo permanecer hasta seis meses en ellas y reaccionando con oxidantes naturales, esto implica riesgo para no fumadores e infantes (Aguiló 2020).

En los últimos años, se ha puesto importante atención respecto al consumo de tabaco y su relación con el momento de pandemia por la Enfermedad por Coronavirus 2019 (CoViD – 19 por sus siglas en ingles), durante la cual se observó un aumento en su consumo, el cual se ha explicado como consecuencia directa de las restricciones de movilidad sanitarias en dónde las personas debieron pasar gran cantidad de tiempo dentro de sus hogares en aislamiento (García-Alvares et al., 2020).

Como se explicó en el capítulo 1, los factores de riesgo asociados con el consumo de tabaco incluyen variables de carácter social y cognitivo, a la par de ciertos padecimientos psicológicos y psiquiátricos como ansiedad, depresión y problemas de adicción a otras sustancias (Becoña-Iglesias, 2003, citado en Mae et al., 2009; Mae et al., 2009; Valdez & Lira, 2013).

Tomando en consideración lo anteriormente expuesto y según el NIDA (1999), las intervenciones psicológicas constituyen el núcleo central y crítico de los tratamientos para trastornos adictivos. El instituto afirma que las estrategias biológicas (medicación) deben subordinarse ante los tratamientos de carácter psicológico (Becoña, 2008).

Relacionado con lo anterior, los tratamientos psicológicos se encuentran en la primera línea de atención ante conductas adictivas y de consumo de sustancias. Es así que se consideran como una estrategia efectiva para disminuir y lograr el cese del consumo de tabaco. Con motivo de la presente investigación nos centraremos en el modelo cognitivo-conductual con mindfulness integrado (Cayoun, 2014) descrito en el capítulo 4.

Los tratamientos de carácter breve, sustentados en la teoría del aprendizaje social de la terapia de conducta son considerados efectivos para lograr el control y la abstinencia en el consumo de sustancias. Los tratamientos breves han centrado su

mensaje principal en la premisa “no se ha de perder el tiempo”, esta brevedad ha sido posible gracias a su enfoque centrado en problemas y orientado a soluciones, además de la adición de técnicas sofisticadas y efectivas de evaluación (Lazarus, 1999).

Aunque no existe un consenso común entre la duración de las terapias breves cognitivo-conductuales y las horas invertidas en sesión, Lazarus (1999) afirma que su efectividad depende menos del tiempo invertido en ellas que del contenido incluido en esas horas. Los terapeutas que trabajan la terapia breve se esfuerzan por “conseguir más con menos”, esto implica que el terapeuta posea la habilidad de adoptar rápidamente muchas decisiones importantes y difíciles sin acelerar la terapia. Teniendo como medida estándar de entre 4 y 10 sesiones y una duración de entre 15 y 60 minutos semanalmente se ha demostrado efectividad en la disminución y cese del consumo de sustancias; lo que confirma los planteamientos de Lazarus (1999) respecto a los tratamientos breves.

Sin embargo, con relación a la efectividad en el mantenimiento de la abstinencia (recaídas) como vimos en el capítulo 2, se ha demostrado que las terapias con base cognitivo-conductual presentan poca efectividad, teniendo un periodo de mantenimiento de la abstinencia relativamente corto (3 meses), esto puede explicarse por la falta de estrategias brindadas para el control de estímulos contextuales relacionados con el deseo de consumo (Bowen et al., 2013).

Al respecto y como vimos en el capítulo 4, una de las estrategias utilizadas en los últimos años relacionada con el mantenimiento de la abstinencia en sustancias como alcohol, tabaco, marihuana y cocaína es la atención plena. Definida anteriormente y que parte de la idea central de la psicología budista de reconocer, sentir y aceptar el malestar cuando aparezca y que en lugar de buscar librarse de él o controlarlo se opte por entenderlo y aceptarlo como un proceso pasajero y de corta duración (Bowen et al., 2013).

La práctica de atención plena brinda un estado de consciencia meta-cognitiva en la cual la persona puede ver el plano completo de la experiencia en lugar de sólo un aspecto de él. Esto genera una modificación de pensamientos y conductas diferentes a las conocidas como automáticas (dominio subcortical – cortical) (Valdivieso-Jiménez & Macedo-Orrego, 2018), dicho proceso tiene relación con el principio de extinción, fenómeno que se explicó en el capítulo 3.

El proceso de “no implicarse” con los pensamientos, sin embargo, no implica que estos no deban ser detectados. Según la perspectiva de la TCCMi el origen de los estados de malestar se encuentra inicialmente en la percepción sensorial de los estímulos ambientales. La observación del cuerpo es el núcleo de los principios de regulación emocional, aprender a sentirse bien con las sensaciones físicas minimiza la reactividad emocional tal como vimos en el capítulo 4.

Con relación al consumo de sustancias, se ha identificado la efectividad de la atención plena en conductas de consumo de alcohol, marihuana y tabaco, respecto a este último se han encontrado resultados prometedores, aunque con cierta discrepancia entre autores, por lo que la recomendación general es la de utilizar la atención plena como un componente y no como una terapia en sí, tal como vimos en el capítulo 3.

Pregunta de investigación general

Relacionado con lo anteriormente mencionado la presente investigación, se plantea elaborar en dos fases:

- Fase 1: diseño de un TCCA-T
- Fase 2: evaluación de los efectos de un TCCA-T en una muestra piloto

Ambas fases plantean contestar a la pregunta de investigación general del actual trabajo.

¿Es posible diseñar y evaluar mediante pilotos un Tratamiento Cognitivo-Conductual con Atención Plena para Fumadores de Tabaco?

Cada apartado presenta individualmente su pregunta de investigación, objetivos, tipo de estudio, variables identificadas e hipótesis de investigación, los cuales se presentan a continuación.

Fase 1: Diseño de un TCCA-T

Pregunta de investigación

¿Es posible adaptar estrategias de atención plena a un tratamiento cognitivo-conductual para fumadores de tabaco?

Objetivo general

Diseñar un TCCA-T.

Objetivos específicos

- Identificar las estrategias más utilizadas en TCC para disminuir el consumo de tabaco.
- Identificar las estrategias de atención plena más utilizadas en el tratamiento de conductas adictivas.

Tipo de estudio

Exploratorio: se pretende generar una hipótesis para estudiar en la fase 2.

Variables identificadas

- Independiente: TCCA-T
- Dependiente: Pertinencia, definida como la aceptación por pares académicos y profesionales respecto al contenido de cada tópico del tratamiento.

Hipótesis

H¹: El TCCA-T es evaluado como un tratamiento pertinente para su implementación en población consumidora de tabaco.

Fase 2: Evaluación de los efectos de un TCCA-T en una muestra piloto

Pregunta de investigación

¿Es posible que una muestra piloto alcance sus objetivos y logre mantenerlos después de finalizado un TCCA-T?

Objetivo general

Pilotear un TCCA-T

Objetivos específicos

- Identificar los efectos de un TCCA-T sobre los objetivos de los pilotos con relación a su consumo de tabaco.
- Identificar la relación entre sintomatología de ansiedad y depresión de los pilotos y los efectos de un TCCA-T en dicha sintomatología.
- Identificar los niveles de atención plena de los pilotos y los efectos de un TCCA-T sobre ellos.

Tipo de estudio

Correlacional: se busca identificar el grado en el que la variable independiente afecta a las variables dependientes

VARIABLES IDENTIFICADAS

Independiente: TCCA-T

Dependientes.

- Consumo de tabaco, definida como el número total de cigarrillos que una persona consume por día.
- Adicción física a la nicotina, definida a partir de los resultados del Test de Fagëstrom de adicción física a la nicotina.

- Adicción psicológica a la nicotina, definida a partir de los resultados de Glover-Nilsson de adicción psicológica de la nicotina.
- Ansiedad, definida como los resultados de ansiedad arrojados por la lista de verificación de Síntomas – 90 (SCL-90).

Hipótesis

H¹: El TCCA-T logra que los pilotos logren alcanzar y mantener sus metas relacionadas con el consumo de tabaco.

H²: El TCCA-T logra disminuir los niveles de adicción física y psicológica de dependencia a la nicotina en una muestra piloto.

H³: El TCCA-T tiene efectos positivos en la disminución de sintomatología relacionada con ansiedad y depresión.

H⁴: El TCCA-T tiene efectos positivos en las habilidades de atención plena.

Método

Cada fase del tratamiento, elaborada en distintas etapas, presenta su propia metodología.

Fase 1: Diseño de un TCCA-T

Participantes

- Pares académicos: estudiantes o titulados de maestría o doctorado con experiencia en creación de tratamientos.
- Expertos profesionales con experiencia en la elaboración, implementación y evaluación de tratamientos relacionados con el consumo de sustancias y conductas adictivas.

Muestreo

Muestra de expertos

Diseño

Exploratorio de tipo cualitativo, consistente en los siguientes pasos.

1. Revisión teórica y estado del arte.
2. Elaboración de cartas descriptivas.
3. Jueceo por pares académicos.
4. Modificaciones.
5. Jueceo por expertos.
6. Modificaciones.
7. Diseño del material del tratamiento
8. Repetición de pasos 3, 4, 5 y 6.

Instrumentos

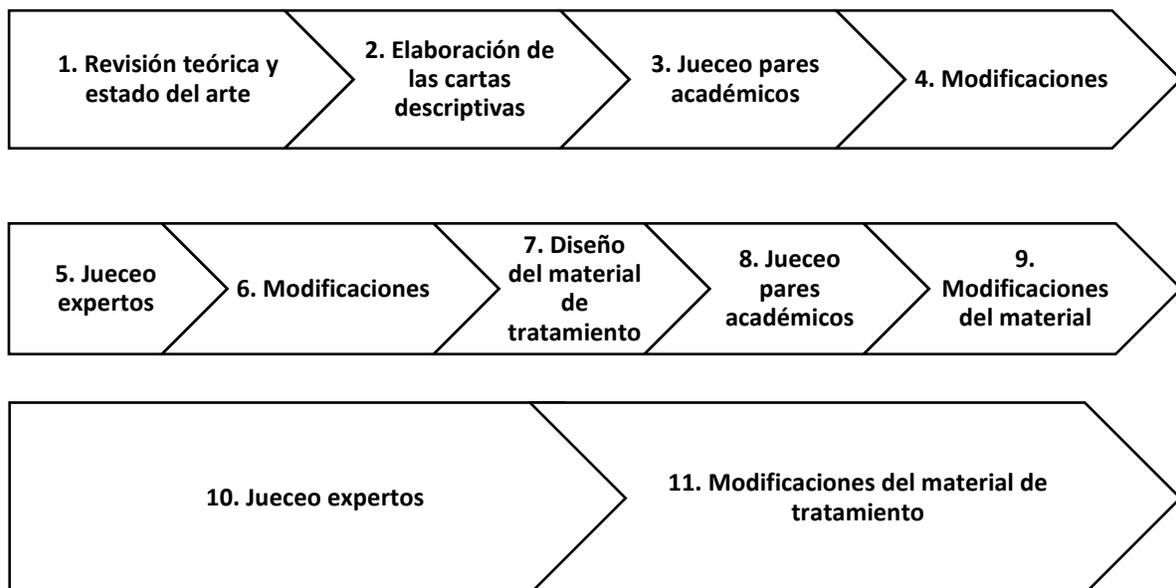
- Formato de jueceo ad hoc para cada tópico.
- Entrevistas y reuniones semanales.

Procedimiento

En la figura 2 se observa el proceso mediante el cual se diseñó el tratamiento, así como las diferentes evaluaciones a las que fue sometido. A continuación, se describen los pasos del proceso mencionado.

Figura 2

Proceso de diseño del TCCA-T



1. Revisión teórica y estado del arte. Para el diseño del tratamiento se utilizó el método de revisión teórica, localizando las aportaciones más importantes en un periodo que abarca del año 2017 al 2023 en materia de los siguientes temas.

- Variables relacionadas con el mantenimiento del consumo de tabaco.
- Diseño y efectividad de los tratamientos cognitivo–conductuales relacionados con el consumo de tabaco.
- Efectividad de las técnicas de atención plena en el tratamiento del consumo de tabaco y en el mantenimiento de los objetivos relacionados con el consumo.

La revisión teórica tuvo una duración aproximada de seis meses. Se procedió a buscar en las bases de datos mencionadas en el apartado correspondiente. Para la identificación de las variables psicológicas relacionadas con el consumo de tabaco se utilizaron distintas combinaciones de los términos: variables, psicológicas, consumo, tabaco, adicción, cigarro, cigarrillos, nicotina, tabaquismo, tratamiento cognitivo-conductual, eficacia, atención plena, mindfulness, conciencia plena, caída, recaída, mantenimiento y abstinencia. También se realizó la búsqueda con los mismos términos en idioma inglés. La búsqueda de la información se realizó en los repositorios: Google Académico, Redalyc, Research Gate, IBECS, Elsevier, EBSCO, Springer, PubMed, Scielo y Cochrane.

2. Elaboración de las cartas descriptivas. Al finalizar la etapa de búsqueda de información se procedió a elaborar las cartas descriptivas del tratamiento con la información obtenida. Se buscó que las estrategias cognitivo-conductuales y de atención plena utilizadas tuvieran congruencia respecto a los contenidos de cada tópico. Se decidió utilizar el término “Tópico de Tratamiento” para diferenciar entre la sesión primera y la última, ya que cada tópico maneja un tema distinto relacionado con el desarrollo, aumento o modificación de las habilidades del usuario.

Para el diseño del tratamiento se utilizaron como guía, respecto a los tópicos y actividades el Tratamiento Breve para Usuarios de Drogas (TBUD, Oropeza y Fukushima, 2018), el TCCMi (Cayoun, 2014), la Intervención Breve Motivacional para Fumadores (IBMF) (Lira, Cruz y Ayala, 2012) y la Prevención de Recaídas en Conductas Adictivas Basada en Mindfulness (Bowen et al., 2013). Además, se siguieron las recomendaciones de la Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones (Becoña y Cortés, 2008), el Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación (Becoña & Cortés, 2010) y el Manual de Casos Clínico de Dependencia del Tabaco (Becoña, 2010).

La selección de las estrategias utilizadas en los diversos tópicos tiene las bases de la TCC y la terapia de modificación de conducta. Las primeras descritas en el

Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo-conductuales (Díaz et al., 2017), El volumen 1 del Manual para el TCC de los Trastornos Psicológicos (Caballo, 2002) específicamente el capítulo relacionado con ansiedad general. Las segundas se encuentran descritas en los libros de Modificación de Conducta (Martín & Pear, 2007) y Modificación de Conducta Principios y Procedimientos (Miltenberger, 2017). Con relación a las actividades de atención plena se desarrollaron guías de meditación ad hoc. Estas tuvieron como base el modelo teórico de la TCCMi (Cayoun, 2014), la Terapia Centrada en la Compasión (Gilbert, 2015) y la MBCT (Bowen et al., 2011).

Para la aplicación del tratamiento se consideró indispensable que el terapeuta tuviese formación comprobable en la aplicación de técnicas de atención plena y de tratamientos cognitivo-conductuales relacionados con el consumo de sustancias.

Se procedió a elaborar las cartas descriptivas del tratamiento, se utilizó una tabla como la que se presenta en la tabla 6. En ella se vertió la información correspondiente a las bases teóricas tanto de la TCC como de atención plena, se describieron las siguientes categorías: número, duración, nombre, objetivo y material necesario del tópico.

Con el objetivo de diferenciar las bases categóricas a las que pertenecía cada estrategia (atención plena o TCC) se estableció un apartado de categoría, el tiempo correspondiente a cada una, así como el tema a tratar, la técnica utilizada y la actividad que realizaría el usuario.

Tabla 6*Formato de carta descriptiva del TCCA-T.*

TCCA-T				
Base teórica de sesión Atención Plena				
Base teórica de sesión Cognitivo-conductual				
Sesión: Tópico:	Duración de sesión			Nombre de tópico
Objetivo				Material
Categoría	Tiempo	Tema	Técnica	Actividad

3. Jueceo de pares académicos. Para la evaluación del diseño del tratamiento se solicitó la revisión de las cartas descriptivas por parte de pares académicos que cumplieran con los siguientes criterios: ser estudiante o haber concluido un posgrado (maestría y doctorado) y que hayan elaborado o participado en la elaboración de alguna intervención.

Los pares académicos eran miembros de un seminario de tesis de maestría y doctorado que tenía reuniones semanales. Los participantes cumplían con los criterios anteriormente mencionados. El periodo de revisión de pares académicos tuvo una duración aproximada de tres meses y se realizaron las modificaciones correspondientes a las cartas descriptivas.

4. Modificaciones de las cartas descriptivas. Ya elaboradas las cartas descriptivas fueron enviadas a los pares académicos quienes realizaron sugerencias relacionadas con las categorías descritas anteriormente. Se procedió a realizar las correcciones pertinentes y se enviaron de nuevo; este proceso se realizó en cuatro ocasiones.

5 y 6 Jueceo de expertos y modificaciones. Como siguiente paso respecto al diseño del tratamiento se solicitó la revisión de cuatro investigadores que cumplieran con los siguientes criterios: maestría o doctorado terminado, experiencia en el

campo de las intervenciones en conductas adictivas con enfoque cognitivo-conductual. Este proceso tuvo una duración aproximada de tres meses, el instrumento de evaluación puede encontrarse en el apartado correspondiente. Después de realizar las modificaciones pertinentes de acuerdo a las observaciones de los investigadores se procedió a la creación del tratamiento.

Las cartas descriptivas, así como el formato fueron enviados por correo electrónico a cada uno de los jueces y se tuvo una reunión virtual para recabar información relevante relacionada con las cartas descriptivas. Se procedió a realizar las correcciones pertinentes.

7. Diseño del material de tratamiento. Posterior a la revisión de las cartas descriptivas de pares académicos e investigadores se procedió a la elaboración del material del tratamiento. Este consistió en 8 folletos, uno de cada tópico, los cuales contenían explicaciones y ejercicios para ser llenados por el usuario.

El material del tratamiento tuvo la revisión de dos investigadores con maestría y doctorado, ambos creadores de material de tratamientos relacionados con conductas adictivas. Este proceso tuvo una duración aproximada de 3 meses.

Se procedió a elaborar el material de tratamiento de cada tópico y se realizaron las correcciones correspondientes. Los tópicos, así como el número de versiones que se elaboraron con relación a las correcciones de los investigadores se encuentran en la tabla 7.

Tabla 7

Nombre e historial de revisión de cada tópico del TCCA - T.

Número y nombre de la sesión y tópico	Versiones
0. Evaluación inicial e introducción al TCCA-T	1
1. Etapas de cambio	5
2. Deseo de consumo, autocontrol y detección de pensamientos	4
3. Habilidades de afrontamiento, solución de problemas e interocepción	4

4. Control de la ansiedad e interocepción	4
5. Activación conductual	3
6. Regulación emocional y reestructuración cognitiva	4
7. Comunicación y habilidades asertivas	3
8. Prevención de recaídas con atención plena	3
9. Cierre y programa de seguimientos	1

Resultados

El TCCA-T es un tratamiento evaluado como pertinente por parte de pares académicos y expertos para su implementación en una muestra piloto. Es un tratamiento breve que consta de 10 sesiones, las cuales se dividen en una sesión de introducción al tratamiento y una de cierre que programa los seguimientos, consta de 8 tópicos que combinan estrategias cognitivo-conductuales con atención plena.

Cada tópico del tratamiento consta con su propio material que el usuario va elaborando conjunto al terapeuta. Las estrategias de atención plena se elaboran en guías auditivas que se entregan al usuario y que forman parte de las actividades para casa que cada tópico contempla.

Los resultados detallados correspondientes a la creación del tratamiento pueden observar en la tabla 8.

Tabla 8

Resultados de la creación del tratamiento.

Etapas	Revisiones	Resultado.
Revisión teórica y estado del arte	Director y comité de tesis	Los tratamientos cognitivo-conductuales poseen evidencia suficiente respecto a la efectividad del tratamiento de consumo de sustancias, incluir un componente de atención plena a los mismos ha demostrado tasas de mantenimiento de abstinencia más efectivas que aquellos que no la usan.

Elaboración de las cartas descriptivas	Pares académicos Investigadores	Las cartas descriptivas son adecuadas respecto a la conveniencia en la redacción de las instrucciones de las actividades, la propiedad de los instrumentos propuestos para evaluar las variables y la adecuación de los tiempos sugeridos para cada tópico.
Diseño del material del tratamiento	Pares académicos e Investigadores	8 folletos para usuario con las actividades pertinentes al tratamiento y 6 ejercicios guiados. de atención plena (en audio y guía escrita). Un ejemplo puede observarse en el anexo C.

Fase 2: evaluación de los efectos de un TCCA-T en una muestra piloto

Participantes

Fumadores de tabaco mayores de edad que deseen disminuir o dejar de fumar, que presenten niveles de riesgo medio o sin riesgo en ansiedad y depresión, que no hayan participado en ningún tratamiento para dejar de fumar en los últimos 12 meses y que no presenten policonsumo de riesgo, consumo de sustancias ilegales y enfermedades relacionadas con su consumo.

Para la etapa de pilotaje se aplicó el tratamiento a cuatro usuarios consumidores de tabaco que cumplieran con los criterios de inclusión para participar, los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser mayores de edad, consumidor de tabaco, presentar puntuación de riesgo bajo o medio en los síntomas evaluados por el SCL-90, presentar dependencia física y psicológica alta según los resultados del Test de Fagëstrom y Glover - Nilsson, expresar el deseo de disminuir o cesar el consumo y firmar el consentimiento informado de participación.

Los criterios de exclusión fueron: presentar sintomatología de alto riesgo en alguno de los síntomas evaluados por el SCL-90, presentar alguna enfermedad relacionada con el consumo de tabaco, haber tomado algún tratamiento psicológico relacionado con el consumo de tabaco en los últimos 12 meses, presentar poli-consumo

riesgoso de otras sustancias legales y/o consumir una o varias sustancias de carácter ilegal como marihuana, cocaína, cristal, anfetaminas, entre otras.

Fueron criterios de eliminación: no asistir, sin previa cancelación (de al menos 12 horas) a tres sesiones seguidas, no realizar las actividades para casa en tres ocasiones seguidas (incluyendo los ejercicios de atención plena), comenzar a consumir alguna otra sustancia durante el transcurso del tratamiento, mentir u ocultar información relacionada con el tratamiento y el consumo de tabaco al terapeuta.

Para captar a los participantes se procedió a elaborar un cartel de invitación al tratamiento el cual fue revisado en distintas ocasiones por pares académicos con el objetivo de que fuese llamativo y claro. El cartel puede observarse en el apéndice A.

Se procedió a captar usuarios pilotos y se les citó para la aplicación de los instrumentos pertenecientes a la fase de admisión. Se obtuvieron 6 personas, de las cuales dos fueron descartadas y puestas en lista de espera ya que no cumplían con los criterios de inclusión. Las sesiones se llevaron a cabo en un consultorio privado ubicado en la ciudad de Morelia.

Después de la sesión de admisión se citó a cada usuario piloto, se le presentó el folleto de bienvenida al tratamiento y se procedió a la firma del consentimiento informado (apéndice B). Las sesiones se llevaron a cabo de manera individual, una vez por semana y con una duración de 90 minutos.

Muestreo

La investigación presenta un muestro por conveniencia

Diseño

Diseño de N=1 con tres fases (A-B-A), con test-postest y línea base múltiple.

A: Condición de línea base

B: Implementación de TCCA-T

A: Retirada del TCCA-T

Instrumentos

Con relación a la aplicación del tratamiento a los pilotos se utilizaron instrumentos y aparatos de evaluación tanto para la sesión primera (correspondiente a la sesión de admisión) como para el resto del tratamiento. Adicionalmente se evaluaron los contenidos de los tópicos, la competencia del terapeuta y los tiempos de aplicación del tratamiento. Los instrumentos, así como los momentos de aplicación se encuentran en la tabla 9.

Tabla 9

Instrumentos aplicados durante la fase de pilotaje.

Instrumento	Descripción	Momento de aplicación
Línea Base Retrospectiva (LIBARE) (Sobell et al., 1979)	Consta de un calendario en el que se registran los días y la cantidad de consumo en los tres meses anteriores a la evaluación. La confiabilidad y validez de este instrumento ha sido establecido a través de la comparación de la línea base contra métodos comunes de cantidad/ frecuencia (Martínez et al., 2008).	1ª Sesión
Sympton Checklist-90 (SCL-90) (Derogatis et al., 1975)	Evalúa el grado de malestar psicológico actual que experimenta una persona. Consiste en un listado de 90 síntomas psiquiátricos de variado nivel de gravedad, el usuario indica en qué medida han molestado o perturbado cada uno de esos problemas durante el período comprendido entre el día de la evaluación y la semana inmediatamente anterior. Se responde en una escala de cinco opciones "nada", "muy poco", "poco", "bastante" y "mucho". Es posible caracterizar la sintomatología del evaluado en un perfil de nueve dimensiones: Somatización, Obsesiones, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo. Las puntuaciones para considerar riesgo y alto riesgo en hombres y mujeres pueden encontrarse en la tabla 10.	1ª Sesión completo, en los tópicos 1º a 8º solo los ítems relacionados con ansiedad y depresión

Tabla 10

Puntajes correspondientes a sintomatología sin riesgo, riesgo y alto riesgo para mujeres y hombres según el SCL - 90.

	Sin riesgo		Riesgo		Alto riesgo	
	M	H	M	H	M	H
SOM	0.73	0.43	1.34	0.86	1.65	1.6
OBS	0.89	0.77	1.47	1.31	1.9	1.8
S.I.	0.7	0.54	1.24	1	1.45	1.6
DEP	0.9	0.64	1.57	1.12	1.8	2.3
ANS	0.66	0.54	1.2	1.02	1.75	1.7
HOS	0.57	0.5	1.06	0.97	1.25	1.4
FOB	0.36	0.24	0.83	0.59	1.45	1.25
PAR	0.64	0.65	1.2	1.22	1.4	1.4
PSIC	0.29	0.24	0.7	0.58	1.2	1.25

M = Mujeres

H = Hombres

SOM = Somatización

OBS = Obsesión –
compulsión

S.I. = Sensibilidad
interpersonal

DEP = Depresión

ANS = Ansiedad

HOS = Hostilidad

FOB = Ansiedad fóbica

PAR = Ideación paranoide

PSIC = Psicoticismo

Cuestionario de cinco facetas de atención plena (FFMQ) (Bear et al., 2004)	Consiste en 39 ítems que agrupan cinco dimensiones interrelacionadas de la conciencia plena: Observación, Ausencia de juicio, Ausencia de reacción, Actuación consciente y Descripción de la experiencia	1ª y 9ª sesión
Test de Fageström de dependencia a la nicotina (Fageström, 1991)	Cuenta con seis ítems que evalúan el grado de dependencia a la Nicotina en baja (0-4 puntos), media (5-6 puntos) y alta (7-10), posee confiabilidad alta ($\alpha=0,86$) (Arias-Gallegos, Humania-Cahua y Choque-Vera, 2018) y se encuentra validado en población de habla hispana ($\alpha=0,76$) (Roa-Cubaque et al., 2015).	1ª y 9ª sesión
Test de Glover – Nilson de dependencia psicológica a la nicotina.	Consta de 11 ítems y clasifica la dependencia psicológica, según la puntuación obtenida, en leve (≤ 12 puntos), moderada (12-22 puntos), fuerte (23-33 puntos) y muy fuerte (≥ 33 puntos) (Nerin et al., 2005). Se encuentra validado en población de habla hispana ($\alpha= 0,90$) (Roa et al., 2012).	1ª y 9ª sesión
Algoritmo de Diagnóstico de Fases	Elaborado especialmente para este tratamiento es un diagnóstico que tiene la finalidad de identificar la fase de cambio en la que se encuentra el usuario, a través de una serie de preguntas relacionadas con su interés y/o intentos previos de dejar de fumar.	1ª Sesión y tópico 1º.

Auto-registro de consumo de tabaco	Es un formato de auto-registro ad hoc para la presente investigación, en él se registra el día y la hora de consumo, el número de cigarrillos consumidos, la intensidad de deseo de consumo (craving), la situación de consumo y las consecuencias del mismo.	Todos los tópicos.
Auto-registro de firma interoceptiva (Cayoun, 2018)	Consta de la parte delantera y trasera de una figura humana que se encuentra dividida en cuadrantes. Mediante los ejercicios de atención plena el usuario va coloreando las partes del cuerpo en las que logra poner atención.	Todos los tópicos.

A continuación, se describen brevemente los datos sociodemográficos y la función de consumo de cada pilotaje, ambos datos obtenidos mediante la entrevista inicial. Se encuentran en seguida, los niveles de dependencia física y psicológica del tabaco, las puntuaciones obtenidas en el FFMQ y los niveles de consumo registrados a lo largo de tratamiento en el primer seguimiento. Se reportan también los resultados de ansiedad y depresión de los pilotos durante el pretest y el postest.

Procedimiento

Pre-evaluación de los pilotos

A continuación, se describen los resultados de los pilotos (en adelante los pilotos se abreviarán con la letra “P” y el número asignado) realizados durante el tratamiento. Se describirá brevemente cada caso particular y se presentarán los resultados en las tablas correspondientes. La función conductual - contextual del consumo de cada piloto se encuentra en la tabla 11.

P1. Hombre de 35 años. Menciona que fuma para evitar el aburrimiento, cuando se encuentra estresado, para mejorar la función digestiva o como conducta automática. Su objetivo respecto al consumo es lograr y mantener la abstinencia total.

P2. Hombre de 33 años. Menciona que su consumo es esporádico y lo hace cuando se encuentra en situaciones que le generan ansiedad se plantea como objetivo la abstinencia.

P3. Hombre de 32 años. Menciona que su consumo se debe principalmente a pensamientos catastróficos relacionados con su manera de ver el mundo y su autopercepción frente a otras personas, sus objetivos son disminuir su consumo.

P4. Hombre de 25 años. Menciona que su consumo lo utiliza como una medida paliativa para enfrentar el aburrimiento. Su objetivo es disminuir su consumo.

Tabla 11

Información de los pilotos respecto a la función del consumo obtenidos por el auto-registro.

	Lugar / espacio	Función
P1	Camino al trabajo	“A veces voy con sueño, entonces me prendo un cigarro para terminar de despertar, aunque en muchas situaciones lo prendo automáticamente.”
	En horarios de trabajo	“A veces estoy estresado por el trabajo, entonces me salgo a fumar para relajarme.”
	A la hora de la comida en el trabajo	“Después de comer me prendo un cigarro para la digestión.”
	De regreso a casa	“El camino de regreso a veces es aburrido, entonces me prendo un cigarro, aunque igual que en la mañana, a veces ni siquiera me doy cuenta de cuando lo prendo.”
	En casa después de cenar	“Para relajarme después de todo el que hacer del día.”
P2	En casa al jugar en la computadora	“A veces las partidas son muy estresantes, el juego es en línea entonces a veces te tocan unas personas que no saben jugar, entonces me estresa jugar con esas personas y fumo para relajarme.”
	En fiestas	“Hay momentos en las fiestas en las que no hay con quien platicar o con quien estar, para no quedarme parado sin estar haciendo nada, o verme mal solo estando parado prendo un cigarro.”
	En reuniones con amigos o familiares	“Cuando estoy en algún bar o en algún ambiente con mis amigos o primos, a veces me invitan o al ver a fumar otros, para convivir, además de que se me antoja, fumo.”
P3	Cuando estoy en casa pintando	“Cuando comienzo a elaborar una pintura, me prendo un cigarro, pienso que así me llega mejor la creatividad.”
	Cuando hace mucho calor	“Me imagino un mundo post-apocalíptico y me dan ganas de fumar, me siento como en una de esas escenas en las que se está terminando el mundo.”
	Cuando visito a un amigo en la Ciudad de México	“Es mi amigo desde la adolescencia, cuando nos vemos nos la pasamos bien, fumar y tomar son una forma de revivir cuando éramos adolescentes.”
	En el trabajo	“A veces en el trabajo cometo errores, mi trabajo tiene que ver con una imagen al público (elabora las publicidades de una dependencia de gobierno) y cuando me equivoco, hago quedar mal a toda la dependencia, eso me pone ansioso.”

P4	En el trabajo	“Cuando estoy en el trabajo a veces tengo que estar quieto durante mucho tiempo, me aburro y me prendo un cigarro para no quedarme dormido.”
	Con amigos	“Con mis amigos del trabajo fumamos cuando estamos escuchando alguna “compartición” porque a veces duran hasta 4 horas.”

Resultados

Efectos del TCCA-T Sobre las Variables Adicción Física y Psicológica a la Nicotina. Los puntajes de los pilotos relacionados con los niveles de adicción física y psicológica se muestran en la tabla 12.

Tabla 12

Niveles de dependencia física y psicológica al tabaco de los participantes en pretest, postest y seguimiento a un mes (S1).

	Test de Fageström			Test de Glover – Nilsson		
	Pretest	Postest	S1	Pretest	Postest	S1
P1	2	2	2	15	10	8
P2	2	0	0	10	5	3
P3	5	3	3	10	5	5
P4	3	2	2	8	8	5

Como se puede observar en la tabla 12, los pilotos 1, 2 y 4 presentaban adicción fisiológica baja a la nicotina, el piloto 3 se encontraba con adicción fisiológica media, los cuatro pilotos presentaban adicción psicológica media a la nicotina según los resultados de la prueba aplicada.

Se puede observar disminución en los puntajes de adicción física y psicológica en los pilotajes (excepto en la adicción fisiológica del P1), al finalizado el tratamiento, mientras que los puntajes respecto a la adicción fisiológica se mantuvieron después del primer mes, los puntajes relacionados con la adicción psicológica continuaron disminuyendo después del primer mes de finalizado el tratamiento.

Efectos del TCCA-T sobre la variable de habilidades de atención plena.

Los niveles de atención plena presentados por los pilotos en la evaluación pretest se encuentran en la tabla 13.

Tabla 13

Niveles de atención plena de cada piloto según el FFMQ.

Faceta	P1		P2		P3		P4	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Observación	20	15	28	28	30	30	30	30
Descripción	9	13	16	20	17	20	22	20
Actuar con conciencia	-18	-10	-14	-11	-20	-13	-7	-7
Ausencia de reactividad	14	12	20	25	18	20	27	29
Ausencia de juicio	-18	-15	-18	-10	-18	-12	-19	-15

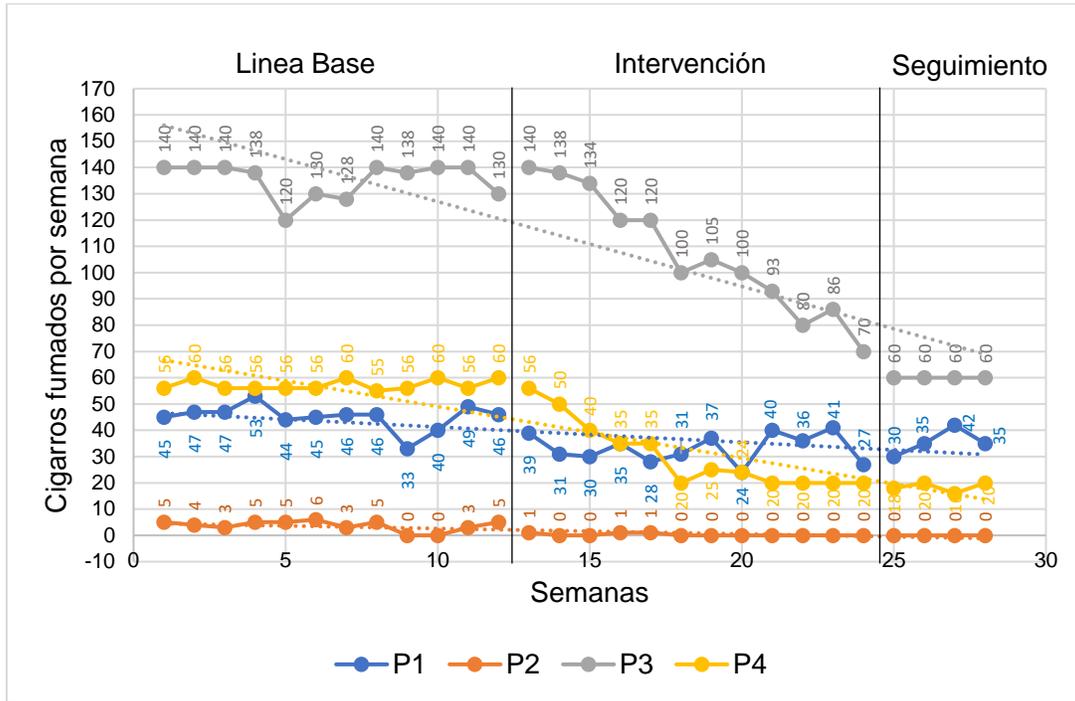
Nota. Puntuaciones negativas indican lo alejado que se encuentra el usuario de presentar la faceta. En el cuestionario se utiliza el término faceta como un sinónimo de componente.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el pre y postest con relación a las habilidades de atención plena, los pilotos 2, 3 y 4 presentaron aumento en la habilidad de describir su entorno y las sensaciones de su cuerpo en diferentes momentos; los pilotos 1, 2 y 3 presentaron un aumento en la tendencia actuar con conciencia que puede definirse como la habilidad de poner atención a la actividad efectuada en el presente; respecto a la habilidad de ausencia de reactividad los pilotos 2, 3 y 4 presentaron al final del tratamiento un aumento, esto indica aumento en la tendencia a no reaccionar de forma impulsiva o automática a los acontecimientos ambientales o físicos. Por último, todos los pilotos presentaron disminución en la tendencia a enjuiciar sus experiencias y a ellos mismo de forma negativa.

Efectos del TCCA-T sobre la variable consumo de tabaco. La comparación entre los promedios de consumo de tabaco durante el inicio, el transcurso de la intervención y el seguimiento a un mes se observan en la figura 3.

Figura 3

Comparación de consumo por semana en Línea Base, Tx y seguimiento a un mes.

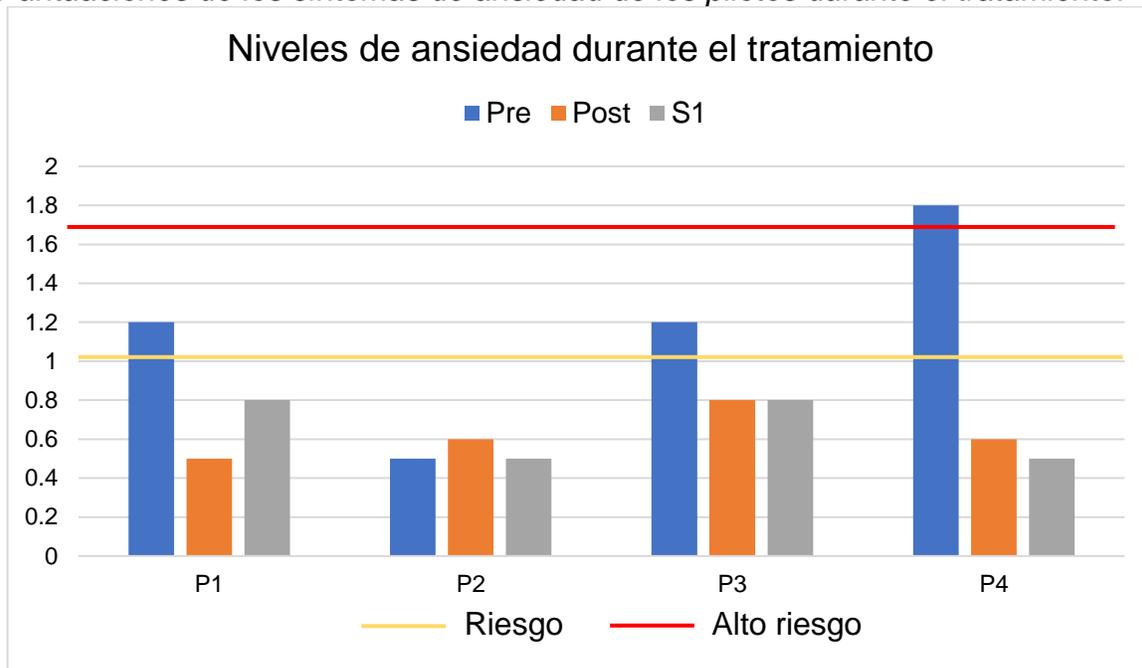


Como se puede observar el consumo de tabaco de los pilotajes disminuyo, se logró cumplir con los objetivos de los pilotos 2, 3 y 4, sin embargo, el P1 no logró cumplir su objetivo de lograr abstinencia total pero sí logro disminuir su consumo.

Efectos del TCCA-T sobre las variables ansiedad y depresión. Las puntuaciones relacionadas con sintomatología de ansiedad medida mediante el SCL-90 a lo largo de los diferentes tópicos y el seguimiento se encuentran en la figura 4.

Figura 4

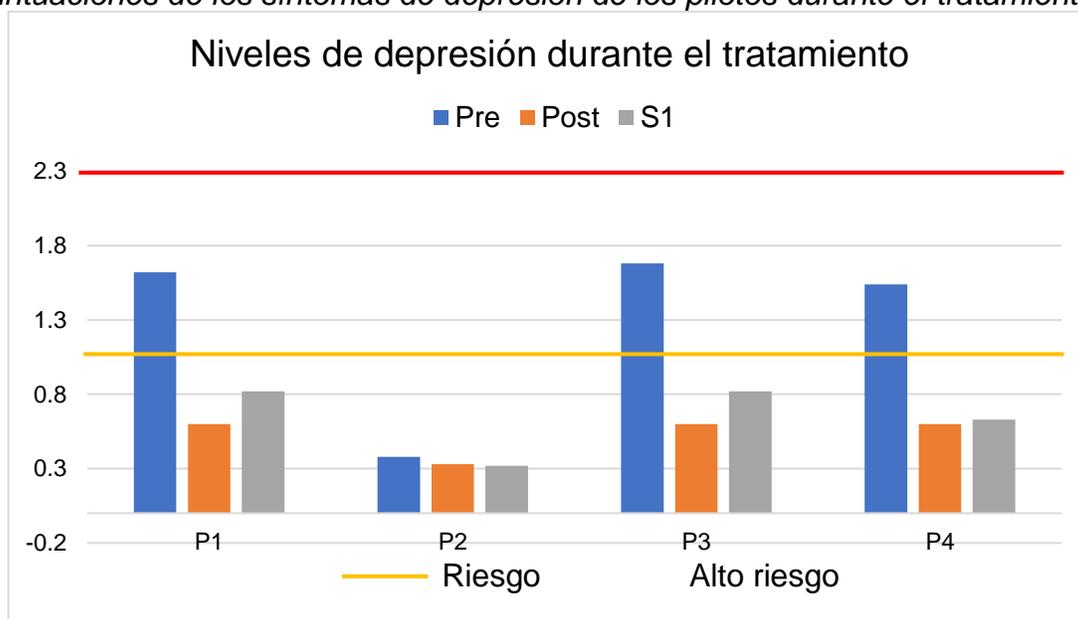
Puntuaciones de los síntomas de ansiedad de los pilotos durante el tratamiento.



Las puntuaciones relacionadas con sintomatología de depresión medidos con el SCL-90 a lo largo de los diferentes tópicos y el seguimiento se encuentran en la figura 5.

Figura 5

Puntuaciones de los síntomas de depresión de los pilotos durante el tratamiento.



Como se puede observar en las figuras 4 y 5, los pilotos 1, 3 y 4 presentaban sintomatología de riesgo en ansiedad y depresión (el P4 presentaba puntuación de alto riesgo en ansiedad). Al finalizar el tratamiento se observa que ambas variables lograron disminuir a niveles bajos.

Discusión y conclusiones

La actual investigación tuvo como objetivo diseñar y pilotear TCCA–T. Se logró diseñar un tratamiento en el que los cuatro participantes lograron cumplir sus metas respecto a su consumo (tres participantes lograron disminuir su consumo y uno logro la abstinencia) y mantuvieron los resultados después de finalizado el tratamiento (a un mes de seguimiento). Para lograrlo, el tratamiento combinó estrategias cognitivo-conductuales con actividades de atención plena.

Cuatro usuarios hombres mayores de edad recibieron el tratamiento. Se buscó que los usuarios no presentaran condiciones médicas que tuvieran incidencia directa sobre su capacidad respiratoria o tuvieran relación con el consumo de tabaco y que en ese momento no se encontraran en tratamiento farmacológico ni psicológico para dejar de fumar. Estas características son comunes en las investigaciones de tratamientos cognitivo conductuales relacionados con el consumo de tabaco (García-Pazo et al., 2021; Pérez–Pareja et al., 2020).

A continuación, se redactan las contribuciones derivadas de los resultados del presente trabajo. Estas intentan abonar evidencia y sustento al cuerpo de conocimientos sobre tratamientos que abordan la prevención de recaída como un componente, especialmente aquellos que utilizan estrategias de atención plena para lograrlo. También se encuentran las limitaciones y sugerencias que podrían contribuir a mejorar futuras investigaciones relacionadas con los tratamientos cognitivo conductuales que incluyan atención plena como componente para la prevención de recaídas.

TCC y Atención Plena como intervención

Los resultados obtenidos por la aplicación del tratamiento a los usuarios piloto aportan evidencia sobre la posibilidad de incluir componentes de atención plena a los tratamientos cognitivo-conductuales enfocados en la prevención de recaídas. El TCCA-T centró las estrategias en las sensaciones físicas y los pensamientos que se detonan ante el craving con la finalidad de que los usuarios identificaran y modificaran patrones de conducta automáticos y disfuncionales que pueden llevar a la recaída (Cayoun, 2014; Marlatt, 2013).

Respecto a la dinámica y duración del TCCA-T en contraste con los resultados obtenidos, se puede deducir que los tratamientos breves son eficaces para lograr los objetivos que los usuarios se plantean con relación a su consumo. Esto ayuda a reforzar el conocimiento de que los tratamientos breves resultan eficaces para cumplir objetivos terapéuticos en el ámbito específico de las conductas adictivas (Lazaruz, 1999).

Con relación a lo anterior, durante la creación del TCCA-T se puso interés en lograr resultados instrumentales (cambios que sirven como instrumentos para el logro de otros resultados) relacionados con el consumo de tabaco. Es así que durante las evaluaciones de los usuarios se confirmó la relación (al menos observacional) entre el consumo de tabaco y síntomas de ansiedad y depresión (Contreras et al., 2020; González et al., 2010; Lugo-González & Pérez-Bautista, 2021; Mae et al., 2009), los resultados entre síntomas de ansiedad y depresión y disminución del consumo de tabaco abona a la evidencia sobre la eficacia de los TCC en dichos síntomas.

Metas de los usuarios

El TCCA-T se plantea como objetivo lograr que los usuarios alcancen sus metas con relación al consumo de tabaco y logren mantenerlas a lo largo del tiempo. De tal manera que son los participantes los que eligen sus metas con relación a su consumo.

Aunque es cierto que, en su mayoría, los usuarios identifican los beneficios de dejar de fumar y las consecuencias a la salud de seguir con la conducta, lo cierto es que lograr la abstinencia es una tarea compleja y en muchos casos no es el objetivo principal del usuario. Es así que el TCCA-T, toma en cuenta el enfoque de reducción de daños, en donde se busca disminuir los daños que la sustancia puede causar en la vida y el contexto del consumidor mediante la regulación en el suministro de la sustancia o el llamado “consumo responsable” (Bosques-Prous & Brugal, 2016; Pons, 2008).

Con relación a lo anterior, la literatura menciona que no hay un porcentaje seguro de consumo de tabaco. Fumar un cigarro ya representa el mismo riesgo que fumar 10, y aunque el ideal sería la abstinencia, como se mencionó anteriormente lograrlo es complejo y difícil para los usuarios. Al respecto futuras investigaciones podrían contemplar establecer una sesión en donde el usuario se convenza de la importancia de la abstinencia como en un consejo breve y establecer metas en función de la abstinencia.

Con relación a lo anterior, el TCCA-T brinda toda la información relacionada con las consecuencias del consumo continuo de tabaco (esta información se trabaja en el tópico 1. Balance Decisional) es así que los usuarios, después de tener toda la información se deciden entre dos metas: a) lograr la abstinencia en el consumo o b) disminuir el consumo actual.

Relacionado con lo anterior, de los cuatro usuarios que participaron en el presente estudio tres decidieron disminuir su consumo (P1, P3, y P4) y uno lograr la

abstinencia (P2). Los resultados indican que los usuarios lograron el cumplimiento de sus metas en dos momentos 1) durante el transcurso del tratamiento y 2) manteniendo las metas a un mes después de finalizado el tratamiento. Esto refuerza los hallazgos de otras investigaciones en donde los tratamientos cognitivo-conductuales tienen efectos significativos para la intervención en consumo de tabaco (Almaraz y Alonso, 2017; González, 2023; Pérez-Pareja et al., 2010; Pérez y Sanango, 2018) y los componentes de atención plena en la prevención de recaídas (Hervás et al., 2016; Tejedor et al., 2015)

Entrevista Motivacional (EM)

Los resultados del actual estudio resaltan la importancia de utilizar el estilo de EM por parte del terapeuta durante el curso de todo el tratamiento. Tal como mencionan Miller y Rollnick (2015) *“La EM presta atención al lenguaje natural acerca del cambio (...) y organiza las conversaciones de modo que las personas se persuadan a sí mismas de cambiar en función de sus propios valores e intereses”* (pp.17), del mismo modo el TCCA-T buscó que el terapeuta utilizara en la primera sesión (y siempre que sea necesario) el estilo de la EM para que los participantes encontraran sus propios motivos para cambiar su conducta de consumo.

Relacionado con lo anterior, el cuestionario de aspectos sobre la sesión (Beck, 2013) en dónde se evalúa el que hacer del terapeuta, la pertinencia de las técnicas y las actividades para casa, los participantes reportaron encontrarse motivados para lograr sus objetivos y hacer lo posible por lograr avances. Esto podría confirmar los resultados obtenidos por Moore et al. (2017) en donde el estilo de EM es efectivo en tratamientos y consejería breve para fumadores de tabaco.

Resulta importante que los consumidores identifiquen sus propios motivos para lograr el cambio de sus conductas adictivas. En el tratamiento se confirma que mientras el terapeuta refuerce y logre que el participante mantenga presentes las razones para el cambio de conducta, este se mantendrá motivado y orientará sus esfuerzos en lograr sus metas (Miller & Rollnick 2015; Moore et al., 2017).

Variables que mantienen el consumo de tabaco

Ansiedad

Durante el transcurso de la investigación, se encontró que los fumadores de tabaco tienden a presentar síntomas relacionados con ansiedad y depresión. Con relación a la ansiedad, Mae et al. (2009) mencionan que existe una elevada comorbilidad entre consumo de tabaco y ciertos trastornos de ansiedad. Según los autores, el principal detonante se encuentra en una baja percepción sobre la eficacia en el control de la activación fisiológica ante situaciones problemáticas que superan la autoeficacia de la persona para resolverlas.

Durante la investigación se encontró que los participantes mantenían síntomas de ansiedad (evaluados mediante el SCL – 90) de riesgo y alto riesgo. Con relación a lo anterior, los objetivos del tópico 3. *Habilidades de afrontamiento, solución de problemas e interocepción* buscan que el participante adquiriera la habilidad de identificar y controlar la activación fisiológica provocada por el deseo de consumo.

Esta habilidad de identificar y controlar la activación fisiológica, sin embargo, no detiene el proceso de rumia característico de la ansiedad y la depresión (Cayoun, 2014). Es por ello que durante el tópico 4. *Control de la ansiedad e interocepción* se brindan al participante una serie de estrategias cognitivo-conductuales (como el diálogo o debate socrático y ejercicios de detección de pensamientos) para disminuir y controlar el proceso rumia.

Con relación a lo anterior, los participantes reportaron disminución en la sintomatología de ansiedad. Estos resultados se confirman con los puntajes de los instrumentos utilizados y con sus autorregistros, en los cuales se reporta mayor capacidad de control de pensamientos y la evitación de la automaticidad en la conducta de consumo. Con relación al deseo de consumo, se encontró aumento en la faceta de descripción de la experiencia. Esto incluye la habilidad de describir las

sensaciones físicas durante el deseo de consumo, lo que reportaron como una habilidad que les permitió no ceder ante el deseo de consumo.

Es así que se confirma y afianza a la evidencia de los estudios que demuestran que desarrollar en los participantes la habilidad de identificar sus sensaciones físicas y describirlas sin implicarse, mediante actividades de atención plena a la par de cuestionar los pensamientos derivados del deseo de consumo, resulta en un mejor manejo de la ansiedad, en la disminución en el consumo y abona a la prevención de recaídas (Berdazco et al., 2022; Bowen et al., 2013; Cayoun, 2014; Ceberio & De la Cruz, 2023; Gil & Cano, 2001; Mae et al., 2009).

Depresión

En la investigación, durante la fase de pretest, y con relación a síntomas de ansiedad, se encontró que los participantes presentaron síntomas de riesgo y alto riesgo relacionados con depresión evaluados con el SCL – 90. Como se mencionó en el capítulo 1, existe evidencia sobre la relación de estas dos variables (Contreras et al., 2020; González et al., 2010) que se confirma en los participantes y aunque no existe un modelo único que explique la naturaleza de esta asociación, se ha reportado que los tratamientos cognitivo-conductuales resultan eficaces en la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión (Lugo-González & Pérez-Bautista, 2021).

Relacionado con lo anterior, la terapia de Activación Conductual para la Depresión ha resultado favorable en la disminución de los síntomas asociados con este trastorno (Ramírez-Cruz et al., 2023) y existen propuestas de tratamiento que utilizan la sola Activación Conductual para el tratamiento del tabaquismo (Martínez et al., 2019; Sánchez et al., 2020). Teniendo los puntos anteriores en cuenta y la guía clínica de Activación Conductual para la Depresión elaborada por Martell et al. (2010) el tópico 5. *Activación Conductual* buscó que los participantes implementaran estrategias de la terapia de activación conductual para disminuir la sintomatología asociada con este trastorno.

Es así que, se ha encontrado que uno de los factores que mantienen los síntomas relacionados con la depresión tienen como base el juicio de la propia persona respecto a diversas características de ella misma y de su entorno (Vega, 2020). En las pruebas aplicadas, principalmente en aquella que mide las facetas de mindfulness, los participantes obtuvieron puntajes en la faceta de ausencia de juicio que disminuyeron al finalizar el tratamiento. Estos resultados indican que los usuarios disminuyeron la crítica y la auto-crítica característica de la depresión, variable que como se mencionó con anterioridad puede mantener el consumo de tabaco.

El TCCA-T contiene tópicos que ayudan al usuario a desarrollar estrategias y habilidades para disminuir la sintomatología relacionada con ansiedad y depresión (Corvalán, 2017; Jiménez-Treviño et al., 2019; Pech-Puebla et al., 2021; Santiago-Pérez et al., 2019) correspondientes a los tópicos 4 y 5 y el entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva, regulación emocional (Delgado-Lobete et al., 2020; Gunter et al., 2019) correspondientes a los tópicos 3, 6 y 7.

Como se analizó anteriormente y con base en el estudio de Almaraz y Alonso (2018) la conducta de consumo se encuentra reforzada por la tendencia de los usuarios de percibir un mejor manejo de los trastornos emocionales. En el presente trabajo, los participantes reportaron utilizar el tabaco durante ciertos momentos de su día, como una medida de paliar los sentimientos de ansiedad y depresión. La disminución en los síntomas de ansiedad y depresión durante el tratamiento es un indicativo de que el tratamiento tiene efecto positivo en ambas variables. A la par de la utilización de las herramientas de atención plena para la prevención de recaídas en el consumo y en las variables asociadas.

Consumo como conducta aprendida

Aunque las investigaciones confirman la relación existente entre depresión, ansiedad y consumo de tabaco, también existe la tendencia a que el consumo se

presente como una costumbre o un hábito (Almaraz & Alonso, 2018). Es así como los participantes reportaron mantener el consumo, en ciertas horas del día, como una conducta aprendida, la cual no implicaba la necesidad de disminuir estados emocionales disfuncionales, sino de extinguirla.

Relacionado con lo anterior, los participantes reportan que algunas de las conductas de consumo las elaboraban en lo que se podría catalogar como un hábito. Este, en ocasiones se liga con situaciones psicológicamente placenteras (Peiró, 2023). Conductas como la ingesta de alimentos, la toma de café, dibujar, terminar una jornada laboral, reuniones con amistades, fiestas e incluso algunas horas del día específicas eran acompañadas con el consumo.

El TCCA–T contempló como objetivo la deshabitación tabáquica (teniendo como base las propias metas de los participantes). Para lograrlo se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales y componentes de atención plena durante todo el tratamiento. Los participantes reportaron haber identificado sus pensamientos previos al acto de fumar en las situaciones mencionadas anteriormente, esto les brindó la oportunidad de evaluarlos y cuestionarlos, lo que resultó en un mayor control sobre su conducta de consumo. Este fenómeno aporta evidencia adicional a las investigaciones que afirman que la TCC es efectiva en el tratamiento de la deshabitación tabáquica. (Almaraz & Alonzo, 2018; Peiró, 2023).

Cómo se puede observar en la investigación, los detonantes de consumo de tabaco varían dependiendo del contexto del consumidor. Es así, que en algunas ocasiones los participantes fumaban buscando una disminución de estados emociones negativos, y en otras lo hacía por la tendencia a disfrutar más de ciertas actividades.

Lo anterior, refuerza la hipótesis sobre la complejidad de la adicción al tabaco. Sus componentes físicos (químicos) mencionados en el capítulo 1, psicológicos y sociales se reflejan en las diferentes tendencias de consumo que presentan los consumidores (Corvalán, 2017). Es así que los participantes de la presente

investigación reportan distintas tendencias de consumo en diferentes contextos en los que se desarrollan en su día a día.

Atención plena y consumo de tabaco

Para coadyuvar a la prevención de recaídas, así como para lograr que los usuarios mantuvieran sus metas el tratamiento, además de los componentes cognitivo conductuales, se incluyeron componentes de atención plena que se llevaron de manera sincrónica con el entrenamiento en habilidades y estrategias para disminuir el consumo. Es así que cada tópica contempló una habilidad o estrategia a desarrollar y un componente de atención plena. El tópico 8.- *prevención de recaídas con atención plena* buscó afianzar los componentes desarrollados por el usuario durante todo el tratamiento.

Relacionado con lo anterior, se encontró que los fumadores presentaban una baja predisposición a la atención plena, esto puede traducirse en una baja tendencia a prestar atención a los efectos fisiológicos y psicológicos del deseo de consumo (Bowen & Enkeman, 2013; Sanz et al., s.f.). Lograr que los participantes tuvieran contacto con la experiencia presente, podría ayudarlos a detectar los efectos anteriormente mencionados, esto a su vez lograría mejor tolerancia a las emociones y sensaciones que acompañan al deseo y reduciría el automatismo de las conductas de consumo (Witkiewitz et al., 2014).

Lograr que los consumidores mantengan contacto y manejen los efectos del deseo de consumo ha demostrado ser una estrategia eficaz en la prevención de recaídas después de finalizado el tratamiento, especialmente en los componentes de toma de conciencia y ausencia de juicio (Sanz, et al. s.f.). Los resultados de la investigación refuerzan lo mencionado por los autores, ya que los usuarios presentaron un aumento en los componentes de atención plena y lograron mantener los resultados después de un mes de finalizado el tratamiento.

Con respecto al punto anterior, los resultados de la implementación del TCCA -T podrían abonar a la evidencia sobre la efectividad de los componentes de atención plena en la prevención de recaídas en consumo tabaco y manejo del deseo de consumo (Lotfalian et al., 2020; Marlatt, 2013; Tapper, 2018).

Los resultados de la presente investigación indican que la combinación de técnicas cognitivo-conductuales con atención plena resultan efectivas en la disminución del consumo de tabaco (Apolinario-Hagen, 2020).

Los resultados obtenidos de la aplicación del TCCA-T en su fase de pilotaje lo proyectan como una opción viable para abordar el consumo de tabaco relacionado con las metas de los consumidores. Estos resultados, sin embargo, deben ser tomados con cautela ya que se requieren más análisis del tratamiento para identificar la efectividad del mismo a largo plazo. Además, es importante recordar que no hay un nivel seguro de consumo, lo ideal sería lograr la abstinencia completa y que el participante del tratamiento se convenza de ello.

Limitaciones y sugerencias

La limitación más importante de la presente investigación fue la captación de participantes. Si bien es cierto que existe una cantidad importante de consumidores de tabaco en la ciudad de Morelia, Michoacán, también lo es que la población que intenta disminuir su consumo en la ciudad que cuenten con los criterios de inclusión de la presente investigación limita las personas que puedan incluirse en el tratamiento. Respecto a lo anterior, abrir los criterios de inclusión (por ejemplo, a personas que ya practiquen la meditación o que presenten condiciones médicas relacionadas con el consumo) podría hacer que la cantidad de participantes aumente.

Como se mencionó en las conclusiones una limitación importante del presente trabajo radicó en la posibilidad de medir los procesos coadyuvantes en la efectividad del tratamiento. Se logró que los participantes disminuyeran su consumo de tabaco, pero no se identificó si el contenido de atención plena o cognitivo-conductual abonaron a este proceso. Idear mecanismos de medición más específicos podría disminuir esta limitación.

Otra limitante se encuentra en las necesidades específicas de cada participante. Si bien es cierto que el tratamiento aborda algunas de las variables que mantienen el consumo de tabaco, cada participante presenta contextos de vida distinto, lo que hacen que cada variable se presente en mayor o menor medida. Por lo anterior, adecuar el tratamiento con tópicos movibles podría ser una solución a esta limitante.

Durante el tratamiento, los participantes reportaron que las actividades de atención plena tienen una duración que consideran larga, siendo meditaciones guiadas de hasta 30 minutos. Esto provocó que algunos días los participantes no realizarán esas actividades, debido a su longitud y a la falta de tiempo para realizarlas. Adecuar las meditaciones formales a meditaciones informales, disminuir la duración de las meditaciones formales y enfocarlas a los contextos de cada

participante abriría la posibilidad de que se pudiesen realizar de forma más adecuada y efectiva.

Lo anterior implicaría que el terapeuta pudiese elaborar meditaciones formales e informales adecuadas para cada participante, que incluya sus características más presentes durante la abstinencia y que contemple sus contextos y rutinas.

La limitación más importante encontrada en la presente investigación se centra en la identificación de la efectividad de los componentes por separado.

Financiamiento

El presente proyecto de investigación tuvo el financiamiento del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología a través de la beca para estudios de posgrado.

Referencias

- Achiong A, M., Achiong, E. A., Achiong, A. F., Alfonso de L. A., Álvarez, E. A. & Suárez, M. M. (2016). Riesgo cardiovascular global y edad vascular: herramientas claves en la prevención de enfermedades cardiovasculares. *Revista Médica Electrónica*, 38 (2), 1-20.
- Aguiló, J. (2020). Tabaquismo: aspectos novedosos para su abordaje y revisión actualizada de conceptos. *Pharmaceutical Care Español*, 22(5), 353-366.
- Almaraz, C. D. A. & Alonso, C. M. M. (2018). Consejo breve y atención plena para dejar de fumar: un estudio de caso. *Health and Addictions*, 18(2). 91-200.
- Almaraz, C. D. A. & Alonso-Castillo, M. M. (2018). Terapia cognitivo conductual para dejar de fumar: revisión sistemática. *Revista Internacional de Cuidados de Salud Familiar y Comunitaria*, 14, 1-8.
- Almaraz, C. D. & Alonso, C. M. (2018). Consejo breve y atención plena para dejar de fumar: un estudio de caso. *Salud y Drogas*, 18(9), 91-100. https://www.researchgate.net/profile/Diara-Almaraz/publication/326738759_Consejo_Breve_y_Atencion_Plena_para_dejar_de_fumar_un_estudio_de_caso/links/5bab8db545851574f7e76333/Consejo-Breve-y-Atencion-Plena-para-dejar-de-fumar-un-estudio-de-caso.pdf
- Andia, H. M. & Neyra, A. L. (2021). *Efectos de un programa basado en atención plena sobre la depresión y ansiedad de pacientes con trastorno por consumo de sustancias* [Tesis de licenciatura] Universidad Nacional de Arequipa <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/11962/PSneaqlm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Andino, A. & Cano, A. (2001). Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de ansiedad generalizada. *Revista Psiquiatría*, 5(3). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2255>
- Antolínez, D. (2020). Revisitando a Jhon B. Watson y la epistemología inaugural del conductismo. *Epistemología e Historia de la Ciencia*, 5(1), 5-25. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/afjor/article/view/29788/31551>
- Apolinario-Hagen, J., Drüge, M. & Fritsche, L. (2020). Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance Commitment Therapy

- for anxiety disorders: integrating traditional with digital treatment approaches en Kim, Y. (Ed) *Anxiety Disorders. Advances in Experimental Medicine and Biology* (pp. 291-329). Springer.
- Bandura, A. (1977). *Aprendizaje social*. (A. R. Wagner & R. H. Walters, Trad.). McGraw-Hill
- Batista, C. A. (2015). Epidemiología de los factores de riesgo cardiovascular global en personas de 40 a 70 años en atención primaria. *Revista de Enfermedades Cardiovasculares*, 7(1), [www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view File/12/33](http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/File/12/33)
- Becoña, I. E. (2010). *Dependencia del tabaco: manual de casos clínicos*. Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Becoña, I. E., Cortés, T. M., Pedrero, P. E. J., Fernández, L. C., Bermejo, G. M. P., Secades, V. R. & Tomás, G. V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. SOCIDROGALCOHOL.
- Becoña, I. E. & Cortés, T. M. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. SOCIDROGALCOHOL
- Benowitz, N. L. (1983). The use of biological fluid samples in assessing tobacco smoke consumption. NIDA Research Monograph Series 48, 6-26.
- Berdazco, P., Hernández, M. & González, T. (2022). Trastorno de ansiedad generalizada, un estudio de caso desde la terapia cognitivo conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 25(4). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?!DARTICULO=111422>
- Bermejo, N. A. (2019). *Eficacia de la terapia cognitivo conductual grupal en el tratamiento de trastorno de pánico y la agorafobia*. [Tesis de fin de grado, Máster en Psicología]. Universidad Miguel Hernández. <http://dspace.umh.es/handle/11000/5360>.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241.

- Blanco, A., Sandoval, R., Martínez-López, L. & de Betania, C. R. (2017). Diez años del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: avances en las Américas. *Salud Publica de México*, 59(1), <https://doi.org/10.21149/8682>.
- Bock, B. C., Morrow, K. M., Becker, B. M., Williams, D. M., Tremont, G., Gaskins, R. B., Jennings, E., Fava, J. & Marcus, B. H. (2010). yoga as a complementary treatment for smoking cessation: rationale, study design and participant characteristics of the Quitting-in-Balance- Stud&. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 10(14), doi: 10.1186/1472-6882-10-14.
- Bosque-Prous, M. & Brugal, M. T. (2016) Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*, (30),99-105. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.020>
- Bowen, S., Chawla, N. & Marlatt, G. (2013). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en mindfulness*. Desclée de Brouwer
- Bowen, S. & Enkeman, M. C. (2013). Relationship Between dispositional mindfulness and substance use: findings for a clinical sample. *Addictive Behaviors*, 39, 532-537. 10.1016/j.addbeh.2013.10.026
- Burgess, E.E., Selchen, S., Diplock, B.D. & Rector, N. A. (2021). A Brief Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Intervention as a population-level strategy for anxiety and depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14, 380–398. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00105-x>
- Caballo, E. V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, volumen 1, trastornos por ansiedad, sexuales afectivos y psicóticos*. Siglo XXI
- Campos, T., Richter, K., Cupertino, A., Galil, A. Banhato, E., Colugnati, F. & Bastos, M. (2014). Cigarette smoking among patients with chronic diseases. *International Journal of Cardiology*, 174(3), 808-810. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2014.04.150>
- Capone, C., Eaton, E., McGrath, A. C. & McGovern, M. P. (2014). Integrated Cognitive Behavioral Therapy (ICBT) for PTSD and substance use in Iraq and Afghanistan veterans: A Feasibility Study. *Journal of Traumatic Stress Disorders and Treatment*, 3(4). 10.4172/2324-8947.1000134

- Castellanos, H. F., Gómez, C. B., Lozada, R. N., Pajarito, B. D. & Del Pilar, S. M. (2021). Aspectos generales de la nicotina. Revisión bibliográfica. En Durán, G. E., Moreno, V. K., Sánchez, V. M. & Rojas, S. J. (Eds.), XII Jornada de investigación (pp. 220-224). Universidad Católica de Colombia.
- Castro, R. J. & Sánchez, P. P. (2021) *Asociación de la rumia mental y rasgos de ansiedad en la aparición de depresión en estudiantes de medicina de la universidad de ciencias aplicadas y ambientales*. [Tesis de grado inédita.] Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.
- Cayoun, B. (2014). *Terapia cognitivo conductual con mindfulness integrado*. Desclée de Brouwer.
- Ceberio, M., & De la Cruz, R. (2023). Eficacia de la psicoterapia en comparación con la terapia farmacológica en el tratamiento de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad. *Revista Científica Retos de la Ciencia*, 7(15). <https://doi.org/10.53877/rc.7.15.2023070110>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2023). El tabaco y el cáncer. <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/tobacco/index.htm>
- Correa-López, L., Morales-Romero, A., Olivera-Ruiz, J., Segura-Márquez, C., Cedillo-Ramirez, L. & Luna-Muños, C. (2020). Factores asociados al consumo de tabaco en estudiantes universitarios de lima metropolitana. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 227-232. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2872>
- Corvalán, B. M. (2017). El tabaquismo: una adicción. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33(3), 186-189. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300186>
- Coutiño, M. A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/atención plena. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-17. <https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>
- Cristóbal, R. P. (2019). Trastornos mentales severos y tabaquismo. *Psiquiatría*, 23, https://psiquiatria.com/trabajos/usr_9467460934241.pdf

- Darb&, M. & Beaven, V. (2020). Grist to te mill: a qualitative investigation of mindfulness-integrated cognitive behaviour therap& for experienced health professionals. *Australian Psychologist*, 52. <https://doi.org/10.1111/ap.12215>
- Delgado-Lobete, L., Montes-Montes, R., Vila-Paz, A., Cruz-Valiño, J., Gándaro-Gafo, B., Talavera-Valverde, M. & Santos-del-Riego, S. (2020). Individual and Environmental Factors Associated with Tobacco Smoking, Alcohol Abuse and Illegal Drug Consumption in University Students: A Mediating Analysis. *International Journal of Environmental Research and public Health*, 17(9), 3019. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093019>
- Díaz, C. A., Zapata, B. D. & Gil, O. S. (2019). *Programa de prevención en recaídas basado en atención plena para personas con adicción a sustancias psicoactivas en proceso de transformación de vida de la Institución Prestadora de Servicios de Salud PSICO de la ciudad de Cartago*. [Tesis de especialización en intervenciones psicosociales para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas]. Universidad Católica de Pereira. <https://repositorio.ucp.edu.co/handle/10785/5593>
- Díaz, M. I., Ruíz, M. A. & Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Errasti-Pérez, J., Al-Halabi, S., López-Navarro, E. & Pérez-Álvarez, M. (2022). Atención plena (atención plena): ¿Por qué es posible que funcione y por qué es seguro que triunfe?. *Psicología Conductual*, 30(1), 235-248.
- Espinosa-Posadas, J., Ramírez, M. A. & Álvarez-García, H. (2023). Eficacia de la terapia de activación conductual en síntomas de ansiedad y depresión: reporte de caso. *Revista Innovación Digital y Desarrollo Sostenible*, 3(2), 70-77. <https://doi.org/10.47185/27113760.v3n2.115>
- Farooq, M. U., Puranik, M. P. & Uma, S. R. (2020). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy compared with basic health education for tobacco cessation among smokers: A randomized controlled trial. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*, 18, 25-30. [10.4103/jiaphd.jiaphd_106_19](https://doi.org/10.4103/jiaphd.jiaphd_106_19)

- Fernández, G. E. & Figueroa, O. D. (2018). Tabaquismo y su relación con enfermedades cardiovasculares *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(2), 225-235.
<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2044>
- Frances, S., Shawyer, F., Cayoun, B., Enticott, J. & Meadows, G. (2020). Study protocol for a randomized control trial to investigate the effectiveness of an 8-week mindfulness-integrated cognitive behavior therapy (MiCBT) transdiagnostic group intervention for primary care patients. *BMC Psychiatry*, 20(7). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2411-1>
- Frances, S., Shawyer, F., Cayoun, B., Enticott, J. & Meadows, G. (2022). Group Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy (MiCBT) Reduces Depression and Anxiety and Improves Flourishing in a Transdiagnostic Primary Care Sample Compared to Treatment-as-Usual: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fps&t.2022.815170>
- Fumero, A., Peñate, W., Oyanadel, C. & Porter, B. (2020). The effectiveness of mindfulness-based interventions on anxiety disorders. A systematic meta-review. *European Journal of Investigation in Health Psychology and Education*, 10(3), 704-719. <https://doi.org/10.3390/ejihpe10030052>
- García-Álvarez, L., de la Fuente-Tomas, L., Alejandra, S. P., García-Portilla, M. & Bobes, J. (2020). ¿Se observaron cambios en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento por COVID-19? *Adicciones*, 32(2). <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1546/0>
- García-Pazo, P., Fornés-Vives, J., Sesé, A. & Pérez-Pareja, F. (2021). Apps para dejar de fumar mediante terapia cognitivo-conductual. Una revisión sistemática. *Adicciones*, 33. <https://doi.org/10.20882/adicciones.143>
- García-Pérez, N., Alonso-Diego, G., Weidberg, S., González-Roz, A. y Secades-Villa, R. (2021). Reinforcer pathology predicts relapse in smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 36(5), 567-571. doi: 10.1037/adb0000773
- Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en la compasión*. Desclée de Brouwer

- Goenka, S. N. & Hart, W. (1997). *The art of living: Vipassana Meditation*. Vipassana Research Institute.
- Gonzales, C. C., Angel, G. E., & Avendaño, P. B. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psicología. Avances de la Disciplina*, 5(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-23862011000100006&script=sci_arttext
- González, M. C., López, N. C., Ruiz, A. D. & Navas, C. D. (2021). Deshabitación tabáquica para pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2): una revisión bibliográfica de programas de tratamientos actuales y retos futuros en Bermúdez, V. M. (Ed.), ***Luces en el camino filosofía y ciencias sociales en tiempos de desconcierto*** (1 ed. pp. 3191-3214). Dykinson.
- González, H. L. & Berger, V. K. (2002). Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores. *Ciencia y Enfermería*, 8(2), <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000200004>
- González, J. E. (2023). *Programa de Intervención Cognitivo Conductual para Disminución de Tabaquismo en Centro Penitenciario de Bogotá*. [Proyecto aplicado]. Repositorio Institucional UNAD. <https://repositorio.unad.edu.co/handle/10596/56679>
- Gunter, R., Szeto, E., Jeong, S., Suh, S. & Waters, A. (2019). Cigarette smoking in South Korea: a narrative review. *Korean Journal of Family Medicine*, 41(1), 3-13. 10.4082/kjfm.18.0015
- Gyatso, G. K. (2011). *Budismo moderno, el camino de la compasión y la sabiduría*. Tharpa.
- Helena, A. L. (2007). Factores de riesgo para iniciar el consumo de tabaco. *Revista Colombiana de Cancerología*, 11(4), 250-257.
- Hervás, G., Cebolla, A. & Soler J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness & sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(9), 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.cl&sa.2016.09.002>
- Hughes, J. R., Klemperer, E. M. & Peasley-Miklus, C. (2020). Possible New Symptoms of Tobacco Withdrawal II: Anhedonia-A Systematic Review.

- Nicotine y tobacco research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 22(1), 11–17. <https://doi.org/10.1093/ntr/nt&171>
- Jiménez-Treviño, L., Velasco, A., Rodríguez-Revuelta, J., Iciar, A., de la Fuente-Tomás, L., González-Blanco, L., García-Álvarez, L., Fernández-Peláez, A., Menéndez-Miranda, I., Flórez, G., García-Portilla, P., Bobes, J. & Sáiz, P. (2019). Factores asociados con consumo de tabaco en pacientes con depresión. *Adicciones*, 31(4), 298-308. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/53796/Factores%20asociados.pdf?sequence=1>
- Jiménez-Treviño, L., Velazco A., Rodríguez-Revuelta, J., Abad, I., Fuente-Tomás, L., González-Blanco, L., García-Álvarez, L., Fernández-Peláez, A., Menéndez-Miranda, I., Flórez, G., García-Portilla, P., Bobes, J. & Sáiz, P. (2019). Factores asociados con consumo de tabaco en pacientes con depresión. *Adicciones*, 31(4), 298-308.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Atención plena en la vida cotidiana, donde quiera que vayas, ahí estás*. Paidós.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living. Using the wisdom of your body and mind to face the stress, pain and illness*. Dell Publishing.
- Kaminer, D., Simmons, C., Seedat, S., Skavenski, S., Murray, L., Kidd, M. & Cohen, J. A. (2023). Kaminer, D., Simmons, C., Seedat, S., Skavenski, S., Murray, L., Kidd, M. & Cohen, J. A. (2023). Eficacia de la terapia cognitiva conductual abreviada centrada en el trauma para adolescentes sudafricanos: un ensayo controlado aleatorizado. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2181602>
- Khun, C., Swartzwelder, S. & Wilson, W. (2011). *Drogas*. Debate.
- Lagomazzini, M. B., Escobar, M. P., Salgado, P. I. & Vázquez, G. A. (2021). Asociación entre esquizofrenia y tabaquismo. *SANUM Revista Científico-Sanitaria*, 5(3), 60-69. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8837834>
- Lazarus, A. A. (1999). *El enfoque multimodal una psicoterapia breve pero completa*. Desclée de Brouwer.

- Levy, H. C., O`Br&an, E. M. & Tolin, F. D. (2021). A meta-analysis of relapse in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 81, <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102407>
- Lira, J., Cruz, M. S. & Ayala, V. H. (2012). *Manual de terapeuta de la aplicación de la intervención breve motivacional para fumadores (IBMF)*. Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones.
- Liu, C., Dong, F., Li, Y., Ren, Y., Xie, D., Wang, Xue, T., Zhang, M., Ren, G., von Deneen, K. M., Yuan, K. & Yu, D. (2019). 12hrs Abstinence-Induced ERP changes in young smokers: electrophysiological evidence from a Go/NoGo study. *Frontiers in Psychology*, 10, doi: 10.3389/fpsyg.2019.01814
- López-Núñez, C., González-Roz, A., Weidberg, S. & Fernández-Artamendi, S. (2021). Sensibilidad a la ansiedad como factor de vulnerabilidad transdiagnóstico para el consumo de tabaco: implicaciones clínicas y para el tratamiento. *Adicciones*, 33(2), 85-94. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/60792/1549-4987-3-PB.pdf?sequence=1>
- Lotfalian, S., Spears, C. & Juliano, L. (2020). The effects of mindfulness-based yogic breathing on craving, affect, and smoking behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*, 34(2), 351-359. <https://doi.org/10.1037/adb0000536>
- Lotzin, A., Hiller, P., Shner, S., Driessen, M., Hillemacher, T., Schäfer, M., Scherbaum, B. & Grundmann, J. (2019). A multisite randomized controlled trial of Seeking Safety vs. Relapse Prevention Training for women with co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1577092>
- Lugo-González, I. & Pérez-Bautista, Y. (2021). Intervención cognitivo-conductual para disminuir depresión y ansiedad en una persona con asma: Estudio de caso. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 7(2). <https://doi.org/10.22402/j.rdi&cs.unam.7.2.2021.331.364-383>
- Lunden S. E., Pittman, J. C., Prashad, N., Malhotra, R. & Sheffer, C. E. (2019). Cognitive, behavioral, and situational influences on relapse to smoking after

- group treatment for tobacco dependence. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02756>
- Mae, W. C., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I. & Dongil, E. (2009). Ansiedad y tabaco. *Intervención Psicosocial*, 18(3), 213-231.
- Maglione, M. A., Ruelas, M. A., Ewing, B., Colaiaco, B., Newberry, S., Kandrack, R., Shanman, R. M., Sorbero M. E. & Hempel, S. (2017). Efficacy of atención plena meditation for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Addictive Behavior* 69, 27-34.
- Marlatt, G. A. (2013). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en mindfulness*. Desclée de Brouwer.
- Martell, M. M., Bentancourt, S. N., Lozada, B. R., Echemendía, R. E., Suárez, R. L. & Reyes, H. B. (2021). Intervención educativa sobre consecuencias del tabaquismo en adolescentes de Nuevitas. *Revista Medisur*, 19(2), 260-267. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4941>
- Martell, R. C., Dimidjian S. & Herman-Dunn, R. (2010). *Activación conductual para la depresión, una guía clínica*. Desclée de Brouwer
- Martín, O. L. & Sevilla, G. J. (2013). ¿Por qué no soy un terapeuta de atención plena? *Información Psicológica*, 106(2), 54-69.
- Martín-Ríos, R & López-Torrecillas, F. (2022). Potenciales indicadores pronósticos de recaída en fumadores que buscan tratamientos de deshabituación tabáquica. *Psicología Conductual*, 30(3), 773-785, <https://doi.org/10.51668/bp.8322311s>
- Martínez, H., Rodríguez, A. & Vines, G. (2019). Factores asociados en la adicción y recaídas con pacientes con consumo de estupefacientes. *Universidad Ciencia y Tecnología*, 23(93), 82-89. <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/148>
- Martínez, L. M., Rojas, G. A., Lázaro, P. R., Meza, A. J., Ubaldo, L. R. & Ángeles, C. M. (2020). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Bases para el médico general. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 63(3), 28-35.

- Martínez, U., del Río, F. E., López-Durán, A., Rodríguez-Cano, R., Martínez-Vispo, C. & Becoña, E. (2016). La recaída en fumadores que dejan de fumar con un tratamiento psicológico: ¿una cuestión de sexo?. *Acción Psicológica*, 13(1), <https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.16722>
- Martínez, V. C., López, D. A. & Becoña, E. (2019). Activación conductual para el abandono del tabaco en una persona con depresión: un estudio de caso. *Praxis*, 119. doi: [dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2019.117.2](https://dx.doi.org/10.14635/IPSIC.2019.117.2)
- Massaro, A., Lecuona, O., García-Rubio, C. & Castro-Paredes, A. (2022). Bringing Mindfulness-Based Relapse Prevention for substance use disorders into individual therapy with spanish population: a feasibility and effectiveness study. *Mindfulness*, 13, 766-785. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01835-5>
- Mathar-Khalil, S., Piedrahita, V. C. & Juárez, P. C. (2022). Del consumo ocasional del tabaco a la adicción a la nicotina. *Nova*, 20(39), 151-161. <https://doi.org/10.22490/24629448.6592>
- Mathur, S., Sharma, M., Balachander, S., Kandavel, T. & Reddy, Y. (2020). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy vs stress management training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 282, 58-68. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.082>
- Mejía, C. (1998). Indicadores de efectividad y eficacia. Obtenido de *Centro de Estudios en Planificación, Políticas Públicas e Investigación Ambiental*: <http://www.ceppia.com.co/Herramientas/INDICADORES/Indicadores-efectividad-eficacia.pdf>
- Miller, W., & Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional, ayudar a las personas a cambiar*. Paidós.
- Miltenberger, R. G. (2017). *Modificación de conducta principios y procedimientos*. Pirámide.
- Moore. P., Pavie, G., Véjar, L. & Corvalán, M. (2017). Consejería y entrevista motivacional para reducir el consumo de tabaco. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 33(3). <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300193>

- Murphy, J.M., Horton, N.J. Monson, R.R., Laird, N.M., Sobol, A.M. & Leighton, A.H. (2003). Cigarette Smoking in Relation to Depression: Historical Trends From the Stirling County Study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1062-1069.
- Naem, F., Farooq, S. & Kingdon, D. (2015). Cognitive-Behavioral therapy (brief versus standard duration) for schizophrenia (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD010646.pub3.
- National Institute on Drug Abuse. (2021). Cigarrillos y otros productos con tabaco. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/cigarrillos-y-otros-productos-con-tabaco>
- Nhat-Hanh, T. (2000). *El corazón de las enseñanzas de Buda*. Planeta.
- Organización Panamericana de la Salud (2021). Las enfermedades del corazón siguen siendo la principal causa de muerte en las Américas. <https://www.paho.org/es/noticias//29-9-2021-enfermedades-corazon-siguen-siendo-principal-causa-muerte-americas>
- Ortiz, L. S., Sandoval, B. E., Adame, R. S., Ramírez, A. C., Jaimes, M. A. & Ruíz, R. A. (2019). Manejo del estrés; resultado de dos intervenciones: cognitivo conductual y yoga, en estudiantes irregulares de medicina. *Investigación en Educación Médica*, 8(30). <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.30.1764>
- Osiip-Klein, D.J., Bigelow, G., Parker, S., Curry, S., Hall, S.M. & Kirkland, S. (1986). Task Force 1: Classification and assessment of smoking behavior. *Health Psychology*, 5, 3-11.
- Páez, N. (2014). Tabaquismo: el enemigo del corazón. *Revista Colombiana de Cardiología*, 21(3), https://www.researchgate.net/publication/265337794_Tabaquismo_el_enemigo_del_corazon
- Pei, J. H., Ma, T., Nan, R. L., Chen, H. X., Zhang, Y. B., Gou, L., & Dou, X. M. (2020). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for treating chronic pain a systematic review and meta-analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 26(3), 333–346. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1849746>

- Palacios, G. J., Cadenillas, A. V., Ma&orga, R. J. & Uribe, H. &. (2023). Rumiating on anxiety in college students in times of pandemic. *Venezuelan Archives of Pharmacology and Therapeutics*, 41(1). http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/26039
- Park, C. B., Choi, J. S., Park, S. M., Lee, J. Y., Jung, H. Y., Seol, J. M., Hwang, J. Y., Gwak, A. R. & Know, J. S. (2014). Comparison of the Effectiveness of Virtual Cue Exposure Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Nicotine Dependence. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 17(4), 262-267. doi: 10.1089/c&ber.2013.0253
- Paz, A. B. (2019). *Efectividad de la terapia cognitivo conductual basada en mindfulness en el manejo de la ira con mujeres en proceso de divorcio*. [Tesis de maestría]. Universidad de Panamá.
- Paz-Ballesteros, W. C., Zavala-Arciniega, L., Gutiérrez-Torres, D. S., Ponciano-Rodríguez, G. & Reynales-Shigematsu, L. M. (2019). Evaluación de la dependencia física y psicológica al tabaco en fumadores mexicanos adultos, Encodat 2016. *Salud Pública de México*, 61(2), <https://doi.org/10.21149/9858>.
- Pech-Puebla, D., Lira-Mandujano, J., Cruz-Morales, S. & Reynoso-Erazo, L. (2021). Ansiedad, depresión, calidad de vida y consumo de tabaco en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud & Drogas*, 21(9), 91-110. doi:10.21134/haaj.v21i1.526
- Peiró, R. J., (2023). Deshabitación tabáquica: mucho más que buenas intenciones. *El Farmacéutico: Profesión y Cultura*, (617), 31-37. Disponible en: <https://www.elfarmaceutico.es/uploads/s1/16/24/32/ef-617-te-interesa-deshabituacion.pdf>
- Pérez, N. & Sanango, A. (2018). Programa de prevención y reducción del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el personal del distrito de salud 03D02 Cañar. *Repositorio Institucional UNIANDES*. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/7659>
- Pérez-Pareja, F., García-Pazo, P., Jiménez, R., Escalas, T. & Gervilla, E. (2020). Dejar de fumar, terapia cognitivo-conductual y perfiles diferenciales con

- árboles de decisión. *Clínica y Salud* 31(3).
<https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a12>
- Pérez-Pareja, F., Palmer, A., Sesé, A., Filomena, R. & Tomas, M. (2010). Influencias de las emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) sobre la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual de deshabituación tabáquica. *Clínica y Salud*, 21(1), 9-19. DOI: 10.5093/cl2010v21n1a2
- Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4(2). 157-186. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/polis/v4n2/v4n2a6.pdf>
- Pouanfard S., Mohammadpour, M., Parvizi-Fard, A. & Sadeghi, K. (2020). Effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on anxiety, depression and hope in multiple sclerosis patients: a randomized clinical trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(1).
<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0105>
- Pumariega, &, Vitória, C. P., Nunez, C. R., Dos-Santos, F. E. & Pumariega, T. C. (2020). Prevención de recaídas basada en mindfulness en el tratamiento del tabaquismo. *Revista CES Psicología*, 13(2),
<https://doi.org/10.21615/cesp.13.2.9>
- Quesada, M., Carreras, J. M. & Sánchez, L. (2002). Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones*, 14(1), 65-78.
- Querstret, D., Morison, L., Dickinson, S., Copley, M., & John, M. (2020). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy for psychological health and well-being in nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stress Management*, 27(4), 394–411. <https://doi.org/10.1037/str0000165>
- Raja, M., Saha, S., Mohd, S., Narang, R., Krishna, R. L. & Kumari, M. (2014). Cognitive Behavioural Therapy versus Basic Health Education for Tobacco Cessation among Tobacco Users: A Randomized Clinical Trail. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(4), 47-49. doi: 10.7860/JCDR/2014/8015.4279
- Ramadas, E., de Lima, M., Caetano, T., Lopes, J. & Dixe, M. (2021). Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention in Individuals with Substance Use

- Disorders: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, 11(10), 133.
<https://doi.org/10.3390/bs11100133>
- Ramírez, R. M. & de Andrade, D. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 13(1), 813-818.
- Ramírez-Cruz, J., Bianchi, J. M., Santan-Cárdenas, S., Javier-Juárez, S. P. & Franco-Paredes, K. (2023). Eficacia de las terapias online de activación conductual y cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión en mujeres mexicanas víctimas de violencia. *Terapia Psicológica*, 41(1).
<http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082023000100087>
- Ray, L. A., Meredith, L. R., Kiluk, B. D., Walthers, J., Carroll, K. M. & Magill, M. (2020). Combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy for adults with alcohol or substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(6), e208279-e208279.
- Real Academia Española. (s.f.). Tabaquismo. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 11 de agosto del 2023, de <https://dle.rae.es/tabaquismo>
- Redolar, R. (2008). *Cerebro y adicción: neurobiología del refuerzo*. UOC
- Renda, V. L., Cruz, B. Y., Parejo, M. D. & Cuenca, G. K. (2020). Nivel de conocimiento sobre el tabaquismo y su relación con la cavidad bucal. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(1),
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2020/cmm201e.pdf>
- Reza, J. A. (2020). Gestión emocional durante la cuarentena: orientación desde la práctica de atención plena. *Revista de Orientación Educativa AOSMA*, (28), 134-140.
- Rodas, F. D. & Reivan, O. G. (2021). Intervenciones basadas en atención plena en el tratamiento de adicciones a sustancias psicotrópicas. *Revista Ecuatoriana de psicología*, 4(10), 181-202.
- Rodríguez, B. J. & Hernández, P. K. (2017). *Eficacia de las técnicas basadas en atención plena como tratamiento coadyuvante para pacientes con trastorno por consumo de sustancias: revisión sistemática de la literatura y meta-análisis*. [Tesis para especialización en psiquiatría] Universidad Colegio

- Mayor de Nuestra Señora Del Rosario.
<https://repositor&.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13531/RodriguezBarbosa-JuanSebastian-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=&>
- Roos, C., Bowen, S. & Witkiewitz, K. (2017). Baseline Patterns of Substance Use Disorder Severity and Depression and Anxiety Symptoms Moderate the Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1041-1051. doi:10.1037/ccp0000249
- Sánchez, J., Reyes, M. & Barraca, J. (2020). Propuesta de un programa de tratamiento para dejar de fumar basado en la Activación Conductual. *Análisis y Modificación de Conducta*, 46(173), 3-22.
<http://dx.doi.org/10.33776/amc.v46i173-4.4675>
- Sánchez-Hervás, E. Molina, B. N., Del Olmo, G. R., Tomás, G. V. & Morales, G. E. (2002). Modelos teóricos aplicados en la adicción a drogas. *Información Psicológica* 80,
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/ModeloTeorico.pdf
- Santiago-Pérez, M., Pérez-Rios, M., Malvar, P. A. & Hervada, V. X. (2019). Consumo de tabaco en el embarazo: prevalencia y factores asociados al mantenimiento del consumo. *Revista Española de Salud Pública*, 93, 1-8. e201907034
- Santiago-Pérez, M., Pérez-Rios, M., Malvar, P. A. & Hervada, V. X. (2019). Consumo de tabaco en el embarazo: prevalencia y factores asociados al mantenimiento del consumo. *Revista Española de Salud Pública*, 93, 1-8. e201907034.
- Sanz, N., Treen, D., Forcadell, E., Garriz, M. & Astals, M. (s.f.) Atención plena: paradigma de tratamiento emergente en el mundo de las adicciones. *Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones*.
<http://www.postermedic.com/parcdesalutmar/pparcdesalutmar1413027/pdfbaja/pparcdesalutmar1413027.pdf>
- Seagal, Z. V., Williams, J. M. & Teasdale, J. D. (2002). *Terapia Cognitiva de la Depresión Basada en la Consciencia Plena*. Desclée de Brouwer.

- Sendra-Gutiérrez, J.M., Casanova, P.B. & Vargas, A.M.L. (2012). Tabaquismo y trastorno mental grave: conceptualización, abordaje teórico y estudios de intervención. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 707-722.
- Shiffman, S. (1986) A cluster analytic classification of smoking relapse episodes. *Addictive Behaviors* 11, 295- 307.
- Shiffman, S., Paty J.A., Gnys, M., Kassel, J.A. & Hickox, M. (1996). First lapses to smoking: within- subjects analysis of real-time reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 366-379.
- Silva, P. C. (2022). Estrategias de terapia dialéctica conductual para depresión en adolescentes: una propuesta teórica. *Revista de Investigación Talentos*, 9(2), 84-100. <https://doi.org/10.33789/talentos.9.2.172>
- Sohrabi, F., Sohrabi, A., Shams-Alizadeh, N. & Cayoun, B. (2022). Managing type 2 diabetes and depression with Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy (MiCBT). *Discover Psychology*, 2. <https://link.springer.com/article/10.1007/s44202-022-00026-6>
- Tang, Q., Yang, S., Liu, C., Li, L., Chen, X., Wu, F. & Huang, X. (2021). Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on stigma in female patients with schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 12, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.694575>
- Tapper, K. (2018). Mindfulness and Craving: effects and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 59, 101-117. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.003>
- Tejedor, R., Raich, A., Martínez, Y. Díez, D. & Durall, E. (2015). Mindfulness en la prevención de recaídas en pacientes con patología dual. *Revista de Patología Dual*, 2(4), 1-5. <http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.02.23>
- Torres-Pagan, L., Vilaro-Colón, M. & Rodríguez-Loyola, &. (2016). Cognitive-behavioral therapy and mindfulness: A case from a gender perspective. *GRIOT Journal*, 9(1), 19-33. <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1932/4385>
- Valarezo, B. O., Erazo, C. R. & Muñoz, V. Z. (2021). Síntomas de ansiedad y depresión asociados a los niveles de riesgo del consumo de alcohol y tabaco

- en adolescentes de la ciudad de Loja, Ecuador. *Salud y Drogas*, 21(1), 279-293. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7935006>
- Valdez, P. E. & Lira, M. J. (2013). Asociación entre la sensibilidad a la ansiedad y el consumo de tabaco. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(2), 343-358.
- Valdivieso-Jímenes, G. & Macedo-Orrego, L. (2018). Neuroscience and psychotherapy: mechanism top-down and bottom-up. *Revista de Neuropsiquiatría*, 81(3), 183-195. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i3.3386>.
- Valdivieso-Jiménez, G. (2021). Eficacia de la terapia cognitiva conductual para el trastorno bipolar: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.05.006>
- Van Emmerik-Van, O. K., Vedel, E., Kramer, F. J., Blankers, M., Dekker, J. J., van den Brink, W. & Schoevers, R. A. (2019). Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use disorder patients: Results of randomized clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 28-36. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.023>
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Atención plena: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Neuropsiquiatría*, 79(1), 42-51.
- Vega, F. G. (2020). *El procesamiento emocional y el foco del terapeuta en la depresión, la autocrítica y la autocompasión*. [Tesis de fin de master en Psicología General Sanitaria]. Comillas Universidad Pontificia.
- Villalbí, J. R., Suelves, M. J., Martínez, C., Valverde, A., Cabezas, C. & Fernández, E. (2019). El control del tabaquismo en España: situación actual y prioridades. *Revista Española de Salud Pública*, 93, <https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201907044/#ModalArticles>
- Villarea, M. J., Navarro, O. E., Bresó, E. E., Rodríguez, P. L., Alonso-Castillo, M. M. & Obregón, R. T. (2020). Atención plena e inteligencia emocional en la prevención de recaídas en personas en tratamiento: una revisión. *Revista Electrónica de Salud Mental Alcohol y Drogas*, 16(3), 81-87. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.167320>

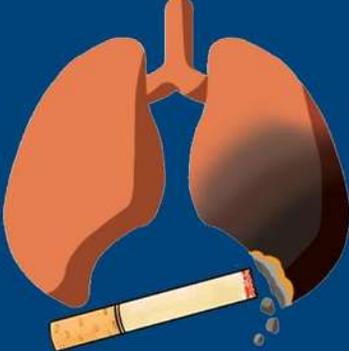
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Harrop, E., Douglas, H., Enkema, M. & Sedgwick, C. (2014). Mindfulness-Based Treatment to Prevent Addictive Behavior Relapse: Theoretical Models and Hypothesized Mechanisms of Change. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 513–524. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.891845>
- Wittgstein, L. (1921). *Tractatus logico-philosophicus- Investigaciones filosóficas*. Gredos.
- Yazdanimehr, R., Omid, A., Sadat, Z. & Akbari, H. (2016). The Effect of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy on Depression and Anxiety among Pregnant Women: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 5(3), 195-204. doi10.15171/jcs.2016.021
- Zapata, V. M. (2009). La familia soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología*, 2(2), 86-94. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539413007>
- Zhang, B., Fu, W., Guo, Y., Chen, Y., Jiang, C., Li, X. & He, K. (2022). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy against suicidal ideation in patients with depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 319, 655-662. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.091>

Apéndices

Apéndice A. Cartel de invitación al TCCA-T

**¿TE GUSTARÍA DEJAR DE FUMAR
O
DISMINUIR TU
CONSUMO DE TABACO?**

¡TENEMOS BUENAS NOTICIAS PARA TI!
**TE INVITAMOS A TOMAR UN TRATAMIENTO GRATUITO
PARA LOGRARLO**



OCHO SESIONES, UNA HORA Y MEDIA, UNA VEZ A LA SEMANA

ADemás de **LOGRAR TUS OBJETIVOS** RELACIONADOS CON EL CONSUMO
EXPERIMENTARÁS **DISMINUCIÓN** EN SÍNTOMAS DE **ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN**, ADQUIRIRÁS **HABILIDADES** PARA LA **SOLUCIÓN DE
PROBLEMAS**, MANEJAR LAS **EMOCIONES** Y MANTENER TUS
RESULTADOS MEDIANTE LA PRÁCTICA DE LA **ATENCIÓN PLENA**

Imparte: Antonio Mishel Ponce Gómez
Licenciado en Psicología
Informes:
4436842588 | 4432563327
0451943h@umich.mx





Apéndice B. Consentimiento informado TCCA-T

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO:
Eficacia de un Tratamiento Cognitivo – Conductual con Atención Plena para Fumadores de Tabaco.

Investigador principal: Antonio Mishel Ponce Gómez.

Dirección del investigador: Roberto Oropeza Tena

Teléfono de contacto del investigador (incluyendo uno para emergencias 24 horas): 4432563327

Investigadores participantes:

Versión de consentimiento informado y fecha de su preparación:

INTRODUCCIÓN:

Este documento es una invitación a participar en un estudio de investigación de la Facultad Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Por favor, tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento; pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga.

Usted tiene el derecho a decidir si quiere participar o no en este proyecto. El investigador le debe explicar ampliamente los beneficios y riesgos del proyecto sin ningún tipo de presión y usted tendrá todo el tiempo que requiera para pensar, solo o con quien usted decida consultarlo, antes de decidir si acepta participar.

Con el fin de tomar una decisión verdaderamente informada sobre si acepta participar o no en este estudio, usted debe tener la información suficiente acerca de los posibles riesgos y beneficios al participar. Este documento le dará información detallada acerca del estudio de investigación, la cual podrá comentar con quien usted quiera, por ejemplo, un familiar, su médico tratante, el investigador principal de este estudio o con algún miembro del equipo de investigadores. Al final, una vez leída y entendida esta información, se le invitará a que forme parte del proyecto y si usted acepta, sin ninguna presión o intimidación, se le invitará a firmar este consentimiento informado.

Este consentimiento informado cumple con los lineamientos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la Declaración de Helsinki y de las Buenas Prácticas Clínicas emitidas por la Comisión Nacional de Bioética.

Al final de la explicación, usted debe entender los puntos siguientes:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los riesgos o molestias previstos.
- III. Los beneficios que se puedan observar.

- IV. Garantía para recibir respuestas a las preguntas y aclarar cualquier duda sobre los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.
- V. La libertad que tiene de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se afecte su atención y el tratamiento en el instituto.
- VI. La seguridad de que no se le va a identificar de forma particular y que se mantendrá la confidencialidad de la información relativa a su privacidad.
- VII. El compromiso del investigador de proporcionarle la información actualizada que puede ser obtenida durante el estudio, aunque esto pudiera afectar su decisión para continuar con su participación.

Puede solicitar más tiempo para leer y analizar este formulario (incluso llevarlo a casa) antes de tomar una decisión final sobre su participación.

INVITACIÓN A PARTICIPAR COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:

Estimado(a) Sr.(a)

La Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), a través del grupo de investigación de posgrado, le invitan a participar en este estudio que tiene como objetivo: Identificar la eficacia de un Tratamientos Cognitivo-Conductual con Atención Plena para Consumo de Tabaco.

La duración total del estudio es de: dos años

Su participación en el estudio tendrá una duración de: dos meses

El número aproximado de participantes será de: una persona

Usted fue invitado al estudio debido a que tiene las siguientes características:

- Es usuario consumidor de tabaco.
- Presenta ansiedad y depresión de riesgo bajo – medio.
- Ha manifestado el deseo de querer disminuir o dejar de fumar.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

Su participación en el estudio consiste en: presentarse a sesión una vez por semana en un horario acordado entre el investigador y usted para participar en el Tratamiento Cognitivo – Conductual con Atención Plena para Fumadores de Tabaco, el cual es un tratamiento que consta de 10 de sesiones (dos evaluaciones y ocho tópicos), que tiene como objetivo ayudarle a cumplir sus metas las cuales pueden ser, disminuir o lograr la abstinencia en el consumo de tabaco.

RIESGOS E INCONVENIENTES:

La presente investigación no representa ningún riesgo para usted.

BENEFICIOS POTENCIALES:

Los beneficios que usted puede obtener de participar en este proyecto de investigación son:

1. Alcanzar sus objetivos respecto al consumo de tabaco. Ya sea que su objetivo sea disminuir o lograr el cese en el consumo de tabaco.
2. Lograr periodos de abstinencia más largos. Gracias a la prevención de recaída con atención plena, usted puede lograr el mantenimiento de sus objetivos.
3. Potenciar habilidades en solución de conflictos. El entrenamiento en habilidades conductuales busca que el usuario sea capaz de resolver problemas que se presenten en la vida diario de manera eficaz, sin la necesidad de acudir al consumo de tabaco.
4. Disminuir los síntomas de ansiedad y depresión. Los tópicos relacionados con ansiedad y depresión brindan herramientas y habilidades que han demostrado ser eficaces en la reducción de sintomatología depresiva y ansiógena en otros tratamientos.
5. Adquirir habilidades de comunicación asertiva. La comunicación asertiva es importante en el buen manejo de las relaciones interpersonales, saber establecer límites y la forma de comunicarlo son habilidades que ayudan a las personas a poder establecer relaciones sanas.

CONSIDERACIONES ECONÓMICAS: No se cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le hará pago alguno. Todos los gastos de la investigación correrán por parte del investigador.

COMPENSACIÓN: No se tiene prevista alguna compensación para este estudio.

ALTERNATIVAS A SU PARTICIPACIÓN: Su participación es voluntaria. Por lo que usted puede elegir no participar en el estudio. En caso de decidir no participar, no habrá ninguna consecuencia negativa.

ACCIONES PARA SEGUIR DESPUÉS DEL TÉRMINO DEL ESTUDIO:

Usted puede solicitar información sobre el avance de la investigación a Antonio Mishel Ponce Gómez al número de contacto 4432563327 o al correo 0451943h@umich.mx

PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO:

Recuerde que su participación es VOLUNTARIA. Usted tiene la libertad de retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento.

El investigador del estudio puede excluirlo si no se concluyen los procedimientos que forman parte de la investigación; en este caso usted será notificado sobre su retirada de la investigación.

CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE SU INFORMACIÓN

Su nombre no será usado para reportar los resultados de la investigación. Los resultados no podrán ser usados para estudios de investigación que estén relacionados con condiciones distintas a las estudiadas en este proyecto, y estos estudios deberán ser sometidos a aprobación por un Comité de Ética.

La información que usted proporcione estará solo disponible para los investigadores titulares, quienes están obligados por la Ley a no divulgar su identidad. Los documentos que contengan la información obtenida serán guardados en un disco duro con contraseña. Sólo los investigadores tendrán acceso a ellos.

Si bien existe la posibilidad de que su privacidad sea afectada como resultado de su participación en el estudio, su confidencialidad será protegida como lo marca la ley, asignando códigos a su información. El código es un número de identificación que no incluye datos personales. Ninguna información sobre su persona será compartida con otros sin su autorización, excepto:

- Si es necesario proteger sus derechos y bienestar (por ejemplo, si requiere algún tratamiento con urgencia).
- Si es solicitado por la ley.

Todas las hojas de recolección de datos serán guardadas con las mismas medidas de confidencialidad y solo los investigadores titulares tendrán acceso a los datos que tienen su nombre. Si usted decide retirarse del estudio, podrá solicitar el retiro y destrucción de su información; si así lo desea, deberá contactar al investigador responsable y expresar su decisión por escrito.

Los datos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones en foros académicos. Su nombre y otra información personal serán eliminados antes de usar los datos.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES: Si usted tiene preguntas sobre el estudio, puede ponerse en contacto con Antonio Mishel Ponce Gómez al número de celular 4432563327.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído con cuidado este consentimiento informado, he hecho todas las preguntas que he tenido y todas han sido respondidas satisfactoriamente.

Para poder participar en el estudio, estoy de acuerdo con todos los siguientes puntos:

1. Estoy de acuerdo en participar en el estudio descrito anteriormente. Los objetivos generales, particulares del reclutamiento y los posibles daños e inconvenientes me han sido explicados a mi entera satisfacción.

2. Estoy de acuerdo en otorgar la información que se me solicite con fines propios de la investigación.
3. Estoy de acuerdo, en caso de ser necesario, que se me contacte en el futuro si el proyecto requiere información adicional o si se encuentran información relevante para mi salud.
4. Mi firma también indica que he recibido un duplicado de este consentimiento informado.

Por favor responda las siguientes preguntas, marcando Sí o No en la columna correspondiente:

	SÍ	NO
a. ¿Ha leído y entendido el formato de consentimiento informado, en su lengua materna?		
b. ¿Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y de discutir este estudio?		
c. ¿Ha recibido usted respuestas satisfactorias a todas sus preguntas?		
d. ¿Ha recibido suficiente información acerca del estudio y ha tenido el tiempo suficiente para tomar la decisión?		
e. ¿Entiende usted que su participación es voluntaria y que es libre de suspender su participación en este estudio en cualquier momento, sin tener que justificar su decisión y sin que esto le afecte?		
f. ¿Entiende los posibles riesgos de participar en este estudio?		
g. ¿Entiende que puede no recibir algún beneficio directo por participar en este estudio?		
h. ¿Entiende que no está renunciando a ninguno de sus derechos legales a los que es acreedor de otra forma como sujeto en un estudio de investigación?		
i. ¿Entiende que el investigador principal del estudio puede retirarlo del mismo sin su consentimiento, ya sea debido a que usted no concluyó los procedimientos de la investigación?		
j. ¿Entiende que usted recibirá un original firmado y fechado de esta Forma de Consentimiento para sus registros personales?		

Declaración del participante:

Yo, _____ declaro que es mi decisión participar en el estudio. Mi participación es voluntaria.

Se me ha informado que puedo negarme a participar o terminar mi participación en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Yo puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participación en este estudio.

Si tengo preguntas sobre el estudio, puedo ponerme en contacto con el Lic. Antonio Michel Ponce Gómez, al teléfono 4432563327

He leído y entiendo toda la información que me han dado sobre mi participación en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Coloque la huella digital del participante sobre esta línea si no sabe escribir

Fecha

Nombre del Investigador que explicó el documento

Firma del Investigador

El presente documento es original y consta de 6 páginas.

Apéndice C. Ejemplo de ejercicio guiado

Guía de ejercicios de atención plena para TCCA–T

♩ = 1 segundo

∅ = Sonido de cuenco

Ejercicio Guiado 4

La Ola del Craving.

Introducción.

Tratamiento Cognitivo Conductual con Atención Plena para Consumo de Tabaco, Bienvenida, bienvenido a este ejercicio de atención plena sobre el craving. Este ejercicio tiene la finalidad de ayudarte a controlar el impulso y el deseo de consumo de tabaco, también llamado Craving. Hasta el día de hoy, quizás no eras consciente del enorme poder que tiene este fenómeno en tu conducta de fumar y es importante que sepas que el craving se puede acompañar de pensamientos, sensaciones físicas y cierto malestar, sin embargo, es igualmente importante que sepas que estas consecuencias del craving no duran para siempre y son tolerables si saben manejarse. El craving es como una ola que puede llegar en cualquier momento y en la que te encuentras atrapado, luchar o intentar controlarla no suele ser eficiente, lo mejor es mantener la calma y esperar a que por su naturaleza desaparezca mientras conservas la calma.

Desarrollo.

∅ Comienza cerrando tus ojos o si te encuentras en la calle puedes mantener tu mirada fija en algún punto particular ♩ - ♩ - ♩. Comenzaremos prestando atención a la respiración, inhala ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩., sostén el aire en tus pulmones ♩ - ♩ - ♩ y exhala ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩., una vez más, inhala ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩., sostén ♩ - ♩ - ♩ y exhala ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩., de nuevo, inhala ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩., sostén ♩ - ♩ - ♩ y exhala ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩., una última vez, inhala ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩., sostén ♩ - ♩ - ♩ y exhala ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩..

Centra tu atención ahora en alguna imagen que puedas visualizar, puede ser un paisaje en tu imaginación o si te encuentras con tus ojos abiertos trata de centrarte en el punto particular en el que has decidido mirar ♩ - ♩ - ♩ - ♩, identifica los colores de lo que vez ¿cuántos hay? ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩ ¿Qué figuras logras identificar? ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩ Quizás algún patrón de figuras o colores? ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩, mientras presta atención a la imagen que estás observando, regresa a la respiración, inhala ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩, sostén ♩ - ♩ - ♩, exhala ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩, inhala ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩, sostén ♩ - ♩ - ♩ y exhala ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩, inhala ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩, sostén ♩ - ♩ - ♩ y exhala ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩.

Puede ser que algunos pensamientos intrusivos logren captar tu atención y que se relacionen con las ganas de fumar, no trates de luchar con ellos, sencillamente obsérvalos como si fueran nubes que pasan sobre tu cabeza y regresa a prestar atención a las imágenes y a la respiración, inhala ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩, sostén ♩ - ♩ - ♩ y exhala ♩ - ♩ - ♩ - ♩ - ♩.

Ahora centraremos nuestra atención en los sonidos del ambiente. ¿qué sonidos logras identificar? autos, personas conversando, animales como perros o gatos, centra tu atención en los sonidos que puedas captar y mientras lo haces inhala, sostén y exhala, ¿qué sonidos escuchas más cerca? ¿Cuáles se encuentran más a la distancia?, inhala, sostén y exhala, ¿acaso logras identificar las palabras de las personas que conversan o logras identificar si el sonido es de un auto grande o pequeño? Inhala, sostén y exhala.

Si algún pensamiento cruza tu mente, recuerda no luchar con él, simplemente deja que esté y se vaya, no lo alimentes y si acaso te notas poniendo atención a ellos, regresa a identificar los sonidos, inhala, sostén y exhala.

Dirige ahora tu atención a tu cuerpo, pon atención a los músculos de tus pantorrillas y piernas ¿notas tensión? Inhala, sostén y mientras exhalas relaja los músculos, centra ahora tu atención a los músculos de tu espalda ¿notas tensión? Si es así inhala, sostén y mientras exhalas relaja los músculos,

Si notas que en algún momento te encuentras poniendo atención a los pensamientos relacionados con las ganas de fumar, recuerda no pelear con ellos, tampoco te juzgues por tenerlos, esto es normal, solo regresa a poner atención a tu cuerpo.

Ahora centra tu atención en tus hombros, ¿existe alguna tensión? Inhala, sostén y mientras exhalas relaja tus hombros, por último, centra tu atención en tu cuello y si existe tensión inhala, sostén y relaja el cuello mientras exhalas.

Final

Trata de identificar si el deseo de consumir ha disminuido lo suficiente como para no fumar, si es así, felicidades haz logrado surfear la ola del craving, si aun mantienes un deseo fuerte repite este ejercicio hasta que disminuya o se vaya, recuerda que el deseo no dura para siempre y sus efectos psicológicos y físicos desaparecen con el tiempo, si funciona, al finalizar este ejercicio anota en tu celular o en un papel los motivos que tienes para dejar de fumar y cuando logres surfear la ola, felicítate por hacerlo. ☺

Antonio Mishel Ponce Gómez

Elaboración y Pilotaje de un Tratamiento Cognitivo-Conductual con Atención Plena para Fumadores de T

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:399416471

Fecha de entrega

28 oct 2024, 2:09 p.m. GMT-6

Fecha de descarga

28 oct 2024, 2:15 p.m. GMT-6

Nombre de archivo

Elaboración y Pilotaje de un Tratamiento Cognitivo-Conductual con Atención Plena para Fumado....pdf

Tamaño de archivo

1.4 MB

114 Páginas

30,745 Palabras

173,711 Caracteres

32% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Fuentes principales

- 32%  Fuentes de Internet
- 17%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Maestría en Psicología	
Título del trabajo	Elaboración y pilotaje de un Tratamiento Cognitivo-Conductual con Atención Plena para Fumadores de Tabaco (TCCA-T).	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Antonio Mishel Ponce Gómez	0451943h@umich.mx
Director	Dr. Roberto Oropeza Tena	roberto.oropeza@umich.mx
Codirector		
Coordinador del programa	Dra. Blanca Edith Pintor Sánchez	mae.psicologia@umich.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	No	

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	No	
Traducción a otra lengua	Sí	Microsoft Edge para revisar resumen en inglés
Revisión y corrección de estilo	Sí	Languaje Tool corrector ortográfico
Análisis de datos	No	
Búsqueda y organización de información	No	
Formateo de las referencias bibliográficas	No	
Generación de contenido multimedia	No	
Otro	No	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Antonio Mishel Ponce Gómez 
Lugar y fecha	Morelia, Michoacán a 22 de octubre de 2024