

CONSEJO BREVE Y ATENCIÓN PLENA PARA DEJAR DE FUMAR: UN ESTUDIO DE CASO

BRIEF ADVICE AND MINDFULNESS TO QUIT SMOKING: A CASE STUDY

Diana Aracely Almaraz Castruita y María Magdalena Alonso Castillo

Subdirección de Posgrado e Investigación, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Abstract

We present a clinical case of a 51-year-old man with tobacco addiction with an average of 52 cigarettes smoked daily. *Therapeutic objective:* reduction of tobacco use, anxiety and stress and increase of self-efficacy through a multicomponent intervention. *Method:* A 10-session program composed of Mindfulness and Brief Counseling was applied. Buela-Casañ and Sierra redaction standards were followed for this clinical case. *Results:* At the end of the treatment and during the follow-up, the patient remained abstinent, verified through a biological marker of cotinine in urine, as well as a clear improvement in the symptoms of anxiety and stress.

Keywords: Cigarette Smoking, Cognitive Therapy, Mindfulness

Resumen

Se presenta un caso clínico de un hombre de 51 años con dependencia al tabaco con una media de 52 cigarros fumados diariamente. *Objetivo terapéutico:* reducción del uso de tabaco, ansiedad y estrés y aumento de la autoeficacia mediante una intervención multicomponente. *Método:* Se aplicó un programa de 10 sesiones compuesto por Atención Plena y Consejería Breve. Para la redacción de este caso clínico se han seguido las normas de Buela-Casal y Sierra. *Resultados:* Al finalizar el tratamiento y durante el seguimiento, el paciente se mantuvo abstinento, comprobado mediante un marcador biológico de cotinina en orina, así como una clara mejoría en los síntomas de ansiedad y estrés.

Palabras clave: Atención plena, Hábito de fumar, Terapia cognitiva

Correspondencia: Diana Aracely Almaraz Castruita
San Judas Tadeo 124, Balcones de Anáhuac 2 Sec, Gral. Escobedo, Nuevo León, México.
diana.almaraz09@hotmail.com

El tabaquismo según la OMS representa la segunda causa de muerte a nivel mundial, generando más de siete millones de defunciones al año (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017) por ello, es una amenaza para la salud y la vida de las personas. Además, se reconoce al tabaquismo como una importante carga económica para los países en vías de desarrollo, por el aumento en los costos en salud, que se derivan de la atención de pacientes con enfermedades secundarias al tabaquismo, las defunciones ocurridas en individuos en edades productivas y la disminución de la productividad de los enfermos (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2015).

La nicotina es la principal sustancia que compone el tabaco, estudios han señalado que esta es la responsable del uso, mantenimiento y dependencia y es factor crucial del fracaso durante los tratamientos, (CDC, 2014; NIDA, 2015). La Asociación Americana de Psicología (1996), ha definido la dependencia a la nicotina como un síndrome que se caracteriza por una combinación de síntomas y comportamientos, que incluyen la tolerancia, los síntomas reiterados de abstinencia, el deseo (craving) y el uso compulsivo de la nicotina (uso del tabaco), entre otros.

Uno de los efectos característicos de la dependencia a la nicotina, es su uso reiterado para manejar el estrés y los trastornos emocionales. Diversos estudios han encontrado múltiples determinantes de la motivación para el consumo de tabaco, entre los que destacan: la búsqueda de la relajación y disminución de ansiedad, la costumbre o hábito, la presión de pares o del medio social así como una baja autoeficacia para afrontar estos factores y el deseo de estimulación al presentar síntomas depresivos, por lo que las personas que están mayormente expuestas a tales factores muestran una mayor vulnerabilidad al consumo de manera dependiente (Bnnsar et al., 2011; Duarte, Varela, Salazar, Lema & Tamayo, 2012; Leal, Ocampo & Cicero, 2010).

Ante estos hallazgos, la literatura hace evidente que la baja autoeficacia para resistir la influencia de pares/medio social, la depresión, el estrés y la ansiedad son factores importantes asociados al consumo de tabaco. Una hipótesis que explica dicha relación es que el uso del tabaco podría ser una forma de afrontamiento a estos factores, no obstante, al dejar de fumar, estos estados afectivos negativos (depresión, estrés, ansiedad) pueden influir en una recaída debido a que las personas

desarrollan una fuerte dependencia al tabaco y pueden requerir de varios intentos y de multi tratamientos a largo plazo para alcanzar la abstinencia (Calvete, 2005; Carmody, Vieten, & Astin, 2007; Domínguez & Reyes, 2014; Kassel, Stroud & Paronis, 2003; Moreno & Medina, 2008).

En la actualidad, existen distintos tipos de intervenciones que abordan diferentes aspectos del consumo, los más utilizados son la terapia cognitivo conductual y los tratamientos farmacológicos. La terapia cognitivo-conductual está basada en el asesoramiento, consejos breves, apoyo intensivo, reforzamiento de autoeficacia para resistir la tentación del consumo, entre otros. Mientras el tratamiento farmacológico consiste en el empleo de fármacos que controlen los síntomas que produce la abstinencia a la nicotina como lo es la Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN) en sus distintas modalidades, entre otros (Cañas et al, 2014).

Según el National Cancer Institute (NCI), las estrategias de intervención para la cesación del uso de tabaco reflejan tasas de éxito muy fluctuantes debido a que la evidencia disponible es insuficiente para apoyar las recomendaciones acerca de los componentes específicos de una intervención que deben ser aplicados. Por una parte, los ensayos de tratamientos farmacológicos muestran tasas de efectividad elevada a corto plazo en comparación con otros tratamientos, sin embargo, presentan múltiples efectos adversos, como palpitaciones, angina de pecho, hipertensión, dolor torácico, entre otro, aunado a que los sustitutos de la nicotina no siempre están disponibles gratuitamente, teniendo como resultado altas tasas de abandono en los tratamientos (Deutch Institute for Health Care, 2006; Fiore et al, 2008; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2017).

En lo que se refiere a las terapias cognitivo conductuales, generalmente se centran en la enseñanza de habilidades de resistencia para evitar el consumo, mediante el aumento de la autoeficacia, la reestructuración de estados afectivos asociados al consumo de tabaco, la reducción del estrés (por ejemplo, relajación), desviar la atención de las tentaciones y aprender estrategias que reducen el estado de ánimo negativo (Fiore et al, 2008), sin embargo, con frecuencia se aplican con un solo componente, por lo que las tasas de éxito de esta modalidad de tratamiento son menores al 30% (Law & Tang, 1995). De esta manera, la evidencia de los síntomas de la abstinencia y el craving como perpetuadores de fumar, junto con la baja efectividad de

los tratamientos actuales, pone de relieve la necesidad según el National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2003) de proponer tratamientos multicomponentes innovadores para dejar de fumar.

Debido a lo anterior, recientes investigaciones enfocadas en programas para dejar de fumar han recurrido a la búsqueda e incorporación de diversas técnicas cognitivo conductuales y modalidades de medicina complementaria y alternativa (Carim-Todd, Mitchell, & Oken, 2013) en busca de intervenciones que puedan ofrecer beneficios adicionales a los tratamientos convencionales. Por lo que hoy en día, los procedimientos más prometedores en el tratamiento para dejar de fumar son los programas multicomponente. Estos programas se basan en que, dada la complejidad del hábito y la variedad de funciones que cumplen los cigarrillos para los fumadores, se imparte un tratamiento que incluye distintas estrategias terapéuticas para adaptarse mejor a las necesidades de cada caso (López, Buceta & Pérez, 2000).

En las últimas décadas una de las modalidades utilizadas en los tratamientos multicomponentes es la Atención Plena (AP) la cual tiene sus orígenes en prácticas de meditación. La AP se ha definido como "prestar atención a propósito, en el momento presente sin ejercer juicios al respecto, así como desplegar la experiencia momento a momento de manera compasiva". (Kabat-Zinn, 1990) Por medio de la atención plena, todas las experiencias que entran a conciencia (por ejemplo, emociones negativas o angustiantes) son vistas como experiencias pasajeras que naturalmente suben y bajan en vez de experiencias que deben ser evitadas o sobre actuadas (Kabat-Zinn, 2007).

Esta modalidad de terapia ya ha sido utilizada como tratamiento para el abuso de sustancias psicoactivas, tales como el alcohol, la marihuana e incluso el cigarrillo (Brewer et al., 2011; Chiesa & Serreti, 2014; Davis, Manley, Goldberg, Stankevitz & Smith, 2015; De Dios, Herman, Britton, Hagerty, Anderson & Stein, 2014; Mermelstein & Garske, 2015). En lo referente al entrenamiento en AP como terapia para dejar de fumar se han encontrado resultados prometedores. No obstante se presentan discrepancias de un estudio a otro. En razón de lo anterior los autores recomiendan seguir utilizando esta intervención en diferentes modalidades y utilizar adicionalmente componentes motivacionales y de apoyo para aumentar las tasas de éxito.

Por otra parte una de las modalidades más utilizadas en los servicios de salud como tratamiento para dejar de fumar es el Consejo breve que según el NIDA (2003) es una de las modalidades de intervención que ha mostrado ser efectivo cuando se usa con un enfoque de prevención y limitación ya que coadyuva a mejorar los factores de protección, como la autoeficacia y, reducir los factores de riesgo. De esta manera las intervenciones que cuentan con un componente como el Consejo Breve y se complementa con otra terapia cognitivo conductual que incluya materiales de autoayuda o de autocontrol, parecen ser los más efectivos (National Institute on Drug Abuse, 2003).

Conforme a lo anterior se presenta a continuación una descripción y evaluación de un estudio de caso en un adulto masculino con dependencia al tabaco en el cual se utilizó un tratamiento multicomponente compuesto por Técnicas de Atención Plena (AP) (Kabat-Zinn, 2007; Segal, Williams & Teasdale, 2007) y Consejería Breve (IDEAS; Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, CONADIC & SSA, 2009), con el objetivo de reducir el consumo de tabaco, los síntomas depresivos, estrés y ansiedad y aumentar la autoeficacia.

MÉTODO

Para la redacción de este caso clínico se han seguido las normas propuestas por Buena-Casal & Sierra (2002).

Identificación del paciente

El paciente L.C.G. es un hombre casado de 51 años, con dos hijos de 31 y 24 años de edad, desde los 20 años trabaja en un negocio familiar de comercio de carnes magras, dedicándose actualmente a la atención del mismo.

Análisis del motivo de consulta

El paciente L.C.G solicitó este tratamiento tras presentar serios problemas de salud respiratorios y ser internado en el hospital por dos semanas debido a complicaciones por una neumonía. Durante su hospitalización su médico le sugirió buscar un tratamiento para dejar de fumar, ya que las complicaciones que presentó, se debían en gran medida a su hábito por fumar altas cantidades de cigarrillos. Sin embargo, el paciente indica que le cuesta mucho trabajo dejar el tabaco ya que lo considera su "escape" de los altos niveles de estrés que le provoca su negocio y

mantener la economía familiar, no obstante, reconoce que el tabaco le provoca poca concentración, tos y expectoración por las mañanas, así como taquicardia al mínimo esfuerzo, por lo que decidió poner en marcha una solución a su problema con el tabaco y mejorar su salud.

Historia del problema

El paciente refiere que consumió tabaco por primera vez a los 14 años debido a la curiosidad, sin embargo, no continuó con el hábito hasta el fallecimiento de su madre hace 7 años, lo que lo impulsó a comenzar el consumo excesivo, que según el paciente, fue lo que le ayudó a sobrellevar la tristeza y el dolor. El paciente L.C.G ha intentado dejar el cigarro en dos ocasiones de las cuales el último intento fue hace nueve meses, con una recaída debida a una sobre carga laboral y a los altos niveles de estrés, ansiedad y síntomas depresivos. Actualmente fuma diariamente 52 cigarros por día en promedio, que pueden llegar hasta 70, durante una situación de mucho estrés.

Análisis y descripción de las conductas problema

La principal conducta problema es el consumo excesivo de tabaco y la inadecuada gestión de emociones negativas como el estrés, ansiedad y síntomas depresivos así como la falta de autoeficacia para resistir las situaciones de tentación para el consumo de tabaco.

A continuación se presenta un análisis funcional breve de la conducta:

La conducta problema inicia como un aparente gestor de una emoción negativa como lo es la depresión y el proceso de duelo por la pérdida de un ser querido (madre) con quien mantenía una relación muy afectuosa y cercana. Actualmente parece surgir la conducta problema como un mecanismo de afrontamiento a situaciones difíciles que le provoca su trabajo o situaciones diarias que le generan estrés, ansiedad o síntomas depresivos. Por otro lado a nivel fisiológico el paciente presenta episodios de taquicardia, agitación e hiperventilación al tener actividad física de mínimo esfuerzo, sin embargo, a lo largo del día se presentan pensamientos como "necesito el cigarro para empezar bien el día" "necesito un escape/distracción" "ya no puedo más, ocupo un cigarro" "seguro el cigarro me calma esta ansiedad/estrés", lo que a su vez produce sentimientos de culpabilidad y vergüenza por el daño que le provoca el cigarro a su salud o de quienes están a su alrededor.

Ante esta situación L.C.G opta por fumar un cigarro, ya que refiere tener problemas para el control de sus pensamientos los cuales considera como tentaciones para consumir. Una vez que inicia el consumo no puede parar, por lo que un cigarro lo lleva a fumar hasta seis en un lapso de tiempo no mayor a 30 minutos, así durante todo el día. Las únicas situaciones en las que trata de resistir la tentación de consumo son cuando está con su esposa o hijos y cuando tiene que atender a un cliente en su negocio.

Establecimiento de las metas del tratamiento

De acuerdo a lo anterior, las metas principales que se establecieron fueron: abandonar el consumo de tabaco usando metas de reducción semanal hasta llegar a la abstinencia, así como mejorar la autogestión de emociones negativas como el estrés/ansiedad/síntomas depresivos y mejorar la autoeficacia para resistir tentaciones de consumo.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Los primeros objetivos terapéuticos a trabajar fueron: que aprendiera algunas estrategias básicas de meditación para el manejo y/o control emocional, enseñar estrategias para no consumir o no consumir en exceso en situaciones difíciles. Los objetivos se trabajaron simultáneamente ya que para L.C.G era importante aprender a controlar sus emociones de manera que estas no tuvieran la posibilidad de desatar el consumo de tabaco en exceso, por lo que se avanzó paulatinamente en el cumplimiento de cada objetivo.

Selección del tratamiento adecuado

El diseño del tratamiento se sustentó en los programas de REBAP de Kabat-Zinn (2007), el programa de Mindfulness Based Cognitive Therapy de Zindel Segal, Mark Williams & John Teasdale (2007) y el protocolo de Consejo breve IDEAS (Martínez, Salazar, Ruiz, Barrientos y Ayala, CONADIC & SSA, 2007), los cuales fueron adaptados para la reducción del consumo de tabaco.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase

Como medidas de evaluación se utilizaron: la entrevista clínica semiestructurada, autoregistros, autoinformes y tres mediciones de cotinina en orina

En la entrevista semiestructurada se abordó el programa y se presentó el terapeuta buscando inicialmente una interacción personal de respeto y

empática, se explicó la forma de trabajo, y se realizaron preguntas sobre datos generales y datos específicos del consumo de tabaco del participante.

Los autoinformes que se utilizaron fueron los siguientes:

Escala de Dependencia a la Nicotina Fagerstrom (Karl O. Fagerstrom, 1999). Su objetivo es medir la dependencia a la nicotina relacionada con el consumo de cigarro.

Escala de depresión, ansiedad y estrés DASS-21 (Lovibonden, 1995). Este instrumento tiene el propósito de medir la severidad de la alteración de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones SCQ-39 (Marlatt, 1980; Traducción y adaptación Ayala & Echeverría, 1997). Su objetivo es medir el concepto de autoeficacia, con relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de consumo.

Mediciones bioquímicas. Se realizaron en el participante tres mediciones de cotinina en orina: antes y después de la intervención y en el seguimiento. Esta medición es un biomarcador que permite cuantificar la exposición de las personas que fuman a los constituyentes del humo de tabaco.

Por otro lado se solicitó un autoregistro que lleva por nombre Línea Base Retrospectiva (LIBARE; Sobell & Sobell, 1996). Mediante este método fue posible obtener registros precisos del consumo, antes, durante la aplicación del tratamiento y después de su conclusión. Es un autoregistro que sirve para medir la cantidad exacta de cigarrillos fumados por día en una semana, situaciones que podrían influir en el consumo así como estrategias utilizadas para el no consumo.

Aplicación del tratamiento

El objetivo y trabajo de cada una de las sesiones se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Trabajo por sesiones

| Sesión 1 | Sesión 4 |
|--|--|
| <p>Objetivo: Establecimiento de rapport e inició de la entrevista motivacional de aproximación a la persona y su problemática y realización de las mediciones iniciales.</p> <p>Actividades durante la sesión: Llenado de cuestionarios (medición inicial) Entrevista motivacional Se abordó la forma general de trabajo Entrega de CD de las prácticas de AP para realizar en casa así como un manual de trabajo para llevar autoregistros y orientaciones de reforzamiento</p> | <p>Objetivo: Enseñanza de estrategias para el no consumo y enseñar herramientas de AP para no actuar con impulsividad y mayor control emocional.</p> <p>Actividades durante la sesión: Revisión del LIBARE Revisión de las prácticas y tareas en casa Establecimiento de meta de reducción Psicoeducación: estrategias para el no consumo y evitar el consumo (estados de ánimo negativo) Ejercicio de Atención Plena: -Meditación de la escucha -Ejercicio de espacio de respiración de 3 minutos (ER3M) -Estiramiento Atento</p> |
| Sesión 2 | Sesión 5 |
| <p>Objetivo: Abordar situaciones que desatan el consumo o bien que estrategias para evitarlo e introducción a las prácticas de AP</p> <p>Actividades durante la sesión: Revisión del LIBARE Psicoeducación sobre las pautas de pensamiento que provocan estados de ánimo negativos y estrategias de afrontamiento Ejercicio de Atención Plena: -Escáner corporal -Uva pasa</p> | <p>Objetivo: Enseñanza del manejo de aversión, rumiación y divagación por medio de la AP.</p> <p>Actividades durante la sesión: Revisión del LIBARE Revisión de las prácticas y tareas en casa Establecimiento de meta semanal de reducción Indagación sobre la percepción actual del consumo y como evitarlo Ejercicio de Atención Plena: -Meditación de los sonidos y manejo de pensamientos</p> |
| Sesión 3 | Sesión 6 |
| <p>Objetivo: Conocer las consecuencias en la salud de corto y largo plazo asociadas al consumo de tabaco, así como los beneficios de eliminar el hábito y ejercitar la AP</p> <p>Actividades durante la sesión: Revisión del LIBARE Revisión de las prácticas y tareas en casa Psicoeducación sobre consecuencias y beneficios Ejercicio de pensamientos y sentimientos Ejercicio de Atención Plena: -Meditación sentado</p> | <p>Objetivo: Trabajar sobre la pauta interaccional del problema y su ruptura y Enseñanza de una práctica para enfrentarse a las situaciones difíciles o los momentos en los que se presentará el síndrome de abstinencia.</p> <p>Actividades durante la sesión: Revisión del LIBARE Revisión de las prácticas y tareas en casa Re-establecimiento de meta de reducción Trabajo sobre la pauta interaccional del problema Ejercicio de Atención Plena: -Meditación invitar a la dificultad -Ejercicio de espacio de respiración de 3 minutos (ER3M)</p> |

Tabla 1. Trabajo por sesiones (continuación)

| Sesión 7 | Sesión 9 |
|--|--|
| <p>Objetivo: Psicoeducación de ventajas y desventajas de abandonar el consumo y enseñanza de estrategias para enfrentar situaciones difíciles</p> <p>Actividades durante la sesión: Revisión del LIBARE Revisión de las prácticas y tareas en casa Re-establecimiento de meta de reducción Ejercicio de ventajas y desventajas del cambio Ejercicio de Atención Plena: -Meditación invitar a la dificultad -ER3M</p> | <p>Objetivo: Prevención de Recaídas y retroalimentación de lo aprendido</p> <p>Actividades durante la sesión: Revisión del LIBARE Revisión de las prácticas y tareas en casa Verificación del cumplimiento de meta Prevención de recaídas Ejercicio de Atención Plena: -Escáner corporal -Vistazo retrospectivo del inicio y final de la terapia</p> |
| Sesión 8 | Sesión 10 |
| <p>Objetivo: Explorar los momentos en los cuales no hay consumo y estrategias utilizadas y enseñanza de la AP como un primer paso antes de los periodos de desaliento o dificultad que podrían desembocar el hábito de fumar</p> <p>Actividades durante la sesión: Revisión del LIBARE Revisión de las prácticas y tareas en casa Re-establecimiento de meta de reducción Trabajo con Excepciones Ejercicio de Atención Plena: -ER3M</p> | <p>Objetivo: verificación del cumplimiento de la meta y mediciones finales</p> <p>Actividades durante la sesión: Llenado de cuestionarios (medición final) Verificación del cumplimiento de la meta Se le atribuyeron los cambios al paciente y su competencia para abandonar el hábito del tabaco, Se da por finalizado el tratamiento</p> |

RESULTADOS

Evaluación de la eficacia del tratamiento

Al momento de finalizar el tratamiento habían pasado casi tres semanas desde que L.C.G había dejado de fumar. La mejora en la salud del paciente fue notable, expresada desde su propia perspectiva. Se apreció una gran evolución para el manejo y control de las emociones, que el paciente adquirió progresivamente para disminuir sus niveles de estrés y ansiedad, y como consecuencia ir disminuyendo el número de cigarrillos utilizados como medio de afrontamiento a estas situaciones difíciles.

L.C.G fue capaz de gestionar sus emociones mediante el uso de la meditación para ampliar su perspectiva y dar

soluciones a sus problemas en lugar de utilizar el cigarro como una salida fácil.

Con respecto a los síntomas de estrés y ansiedad disminuyeron considerablemente en el postest, no obstante en cuanto al dominio de síntomas depresivos, L.C.G, no presento síntomas al inicio y al finalizar el tratamiento. Asimismo, para la puntuación del cuestionario SCQ-39 que mide la autoeficacia para confrontar situaciones de tentación de consumo se encontró un aumento en los valores al postest, los resultados se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Resultados sobre variables psicológicas

| | DASS-21 Ansiedad | | DASS-21 Estrés | | DASS-21 Síntomas depresivos | | SCQ-39 | |
|-----------|----------------------|------|-------------------|------|-----------------------------------|------|--------|--------|
| | Pre | Post | Pre | Post | Pre | Post | Pre | Post |
| | Medición por puntaje | 11 | 3 | 11 | 1 | 0 | 0 | 69.7 % |
| Severidad | NES | NN | NM | NN | NN | NN | NMC | ANC |

Nota: NES=Nivel Extremadamente Severo; NN=Niveles Normales; NM=Nivel Moderado; NMC=Nivel Moderado de Confianza; ANC=Alto Nivel de Confianza

Con referencia al consumo de tabaco al momento de finalizar el tratamiento habían pasado casi tres semanas desde que L.C.G había dejado de fumar, la disminución se dio progresivamente con el paso de las sesiones, a continuación, se presentan las Tabla 3 y 4 con el número de cigarrillos fumados por semana durante el tratamiento, obtenidos a través del LIBARE, así como de los niveles de dependencia y cotinina en orina, al pretest y postest, respectivamente.

Tabla 3. Cantidad de cigarrillos fumados por semana de tratamiento

| Semana | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|---|----|
| CFD | 52 | 51 | 40 | 20 | 15 | 10 | 5 | 3 | 0 | 0 |
| TCS | 364 | 357 | 281 | 145 | 104 | 71 | 37 | 12 | 0 | 0 |

Nota: CFD=Cantidad de cigarrillos fumados al día; TCS=Total de cigarrillos fumados por semana

Tabla 4. Resultados sobre nivel de dependencia al tabaco y cotinina en orina

| | Escala de Dependencia a la Nicotina Fagerstrom | | Cotinina en orina | |
|----------------------|--|-----------------|--|--|
| | Pre | Post | Pre | Post |
| Medición por puntaje | 8 | 0 | 1 | 0 |
| Severidad | Dependencia al tabaco elevada | Sin dependencia | Positiva, niveles mayores a 200 ng/ml de cotinina en orina | Negativa, Sin niveles de cotinina en orina |

Seguimiento

El seguimiento se realizó en una única sesión posterior a un mes del término del tratamiento aplicando la entrevista motivacional y reforzando los beneficios de mantener la meta de no fumar. En esta sesión el paciente refirió seguir en abstinencia, menciona que ahora cuando pasa por una situación difícil toma su distancia para realizar una meditación y posteriormente aclarar sus ideas y tomar una decisión para resolver el problema de la mejor manera posible; por ultimo menciona que ha mejorado su condición física ya que ha comenzado a realizar un poco de ejercicio sin tener episodios de agitación y dificultad para respirar. Se realizó una última medición de cotinina en orina que dio como resultado negativo.

DISCUSIÓN

En las últimas décadas ha crecido potencialmente el interés por el desarrollo de intervenciones cognitivo conductuales que utilizan la dualidad mente-cuerpo y medicina complementaria debido a los efectos positivos, la rentabilidad, la viabilidad y aceptabilidad de la intervención por parte del paciente y la seguridad de los procedimientos que evitaron riesgos en el paciente durante la aplicación (Carim-Todd, Mitchell & Oken, 2013). El objetivo principal de este estudio de caso fue la disminución del consumo de tabaco y la mejora de la autogestión de las emociones negativas como el estrés y ansiedad así como la mejora de la autoeficacia, mediante

una intervención compuesta por Técnicas de Atención Plena y Consejería Breve.

Los hallazgos principales de este caso fueron, la disminución de la dependencia a la nicotina, y los niveles de cotinina en orina así como una disminución importante en los síntomas de estrés y ansiedad y un aumento en los niveles de autoeficacia. Estudios similares han encontrado que la atención plena es una herramienta eficaz en la reducción/ abandono del consumo de tabaco (Brewer et al., 2011; Elwafi, Witkiewitz Mallik, Thornhill & Brewer, 2013; De Souza et al., 2015; Tang, Tang & Posner, 2013), sin embargo, estos estudios solo utilizan el componente de atención plena en sus estudios, sin considerar las estrategias conductuales de terapia breve como lo es el consejo breve para mejorar la autoeficacia.

Al respecto, Fiore et al en el 2008 indicaron que el consejo breve es un recurso que debe ser incluido en todas las terapias para la cesación del consumo de tabaco en los servicios de salud debido a que su utilización ha demostrado aumentar las tasas de abstinencia cuando se usa en conjunto con otras terapias, al mejorar los niveles de autoeficacia para confrontar situaciones de riesgo (Alba, Murillo & Castillo, 2013). La baja autoeficacia se ha relacionado anteriormente con altos niveles de dependencia a la nicotina y con el abandono y fracaso de los tratamientos para dejar de fumar (Morales, Díaz, Garrido & Pascual, 2011; Palacios, 2010), por lo que en este estudio se optó por abordar la autoeficacia adicionalmente por medio del consejo breve como una herramienta para brindar estrategias cognitivas y estrategias conductuales de afrontamiento efectivas. Los resultados del presente caso concuerdan con diversos estudios, que a su vez han mostrado que el consejo breve es eficaz en la reducción y abandono del uso del tabaco (Alba, Murillo & Castillo, 2013; García, et al., 2015; Sanz et al., 2006), ya que mejora la utilización de estrategias de afrontamiento ante las situaciones de alto riesgo, disminuye la probabilidad de que se produzca una recaída y ayuda a que se mantenga la conducta de abandono (Baer et al, 1989; Kamark & Lichtenstein, 1988; O´Conell et al, 1998; Shiffman et al, 1996).

Algunos autores mencionan que los objetivos principales para el tratamiento que conduzcan al abandono del consumo de tabaco son: el desarrollo de habilidades de afrontamiento para ayudar a lograr y

mantener la abstinencia del tabaco, identificación de factores desencadenantes, fortalecimiento de la motivación mediante el apoyo social, plan de prevención de recaídas mediante la reflexión de éxitos y fracasos, el manejo del estrés y ansiedad (Bock et al, 2010; Park et al, 2014; Raja et al, 2016; Ussher, Taylor & Faulkner, 2014). La integración de la Atención Plena y la Consejería Breve, como opciones de tratamiento complementario para el abandono del hábito tabáquico, respalda la atención médica y el cuidado de enfermería centrado en el paciente, puede reducir los costos en los servicios de salud y puede prevenir las complicaciones asociadas con el consumo de tabaco (Brewer et al., 2011; Chiesa & Serretti, 2014; De Dios, Herman, Britton, Hagerty, Anderson & Stein, 2014; NIDA, 2003; Tang, Tang & Posner 2013).

Conclusión

Los hallazgos de este trabajo pueden respaldar el uso en conjunto de la AP y el CB para el abandono del consumo de tabaco. La intervención fue bien aceptada por el paciente y demostrada como benéfica para el abandono del hábito, la reducción de los niveles de estrés y ansiedad y el aumento en los niveles de autoeficacia. El número de cigarrillos fumados en promedio, el estrés y ansiedad disminuyeron desde el inicio hasta el punto final y en el seguimiento al mes.

Finalmente, estos resultados deben ser tomados con cautela por las siguientes limitaciones: solo se abordaron los resultados de un solo caso, por lo que no se pudo realizar un análisis estadístico, así como la falta de un caso control. Para futuras investigaciones se sugiere estandarizar el protocolo de intervención, ampliar el tamaño de muestra y utilizar un grupo control a fin de ganar poder estadístico. Realizar un estudio longitudinal con un número mayor de mediciones e indagar sobre motivaciones intrínsecas y extrínsecas.

REFERENCIAS

- Alba, L., H, Murillo, R., & Castillo, J., S. (2013). Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. *Salud Pública de México*, 55(2), 196-206.
- American Psychiatric Association. (1996). *Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence*. Washington DC, United States: American Psychiatric Association.
- Ayala, H. V, & Echeverría I. (1997) Autocontrol Dirigido: Intervenciones Breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(1), 113-127.
- Baer, J., S., Kamarck, T., Lichtenstein, E, & Ransom, Cc Jr. (1989). Prediction of smoking relapse: analyses of temptations and transgressions after initial cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 623-627.
- Becoña, I. E. (1998) *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas, Plan Nacional Sobre Drogas*. Recuperado de <http://www.cedro.sld.cu/bibli/i/i4.pdf>.
- Bnnasar V., M., et al (2011). Self-perceived factors associated with smoking cessation among primary health care nurses: a qualitative study. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 19(6), 1437-1444.
- Bock, B., C, et al. (2010) Yoga as a complementary treatment for smoking cessation: Rationale, study design and participant characteristics of the Quitting-in-Balance study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 10(14).
- Brewer, J. A. et al. (2011) Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Substnce Abuse*, 30(4), 306-317.
- Buela, C. G, & Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 525-532.
- Calvete, E. (2005). Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos automáticos. (Spanish). *Ansiedad y Estrés*, 11(2), 203-214.
- Cañas, A, et al. (2014). Eficacia y seguridad del uso de medicamentos para la cesación de la adicción al tabaco: revisión de guías de práctica clínica. (Spanish). *Revista de Salud Pública*, 16(5), 772-785.
- Carim, T. L., Mitchell, S, & Oken, B. (2013) Mind-body practices: an alternative, drug-free treatment for smoking cessation? A systematic review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(3), 399-410. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.04.014.
- Carmody, T., Vieten, C, & Astin, J., (2007). Negative affect, emotional acceptance, and smoking cessation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(4), 499-508.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014) *Efectos sobre la salud de los Fumadores de Cigarrillos versión traducida al español*. Recuperado de https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/50th-anniversary/pdfs/executive-summary-spanish.pdf.
- Chiesa, A, & Serretti, A, (2014) Are Mindfulness- Based Interventions Effective for Substance Use Disorders? A Systematic Review of the Evidence. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 492-512. doi:10.3109/10826084.2013.770027.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2006). *Segundo Encuentro Nacional de Clínicas para Dejar de Fumar*. Recuperado de www.conadic.salud.gob.mx.
- Davis, J., Manley, A., Goldberg, S., Stankevitz, K, & Smith, S. (2015) Mindfulness training for smokers via web-based video instruction

- with phone support: a prospective observational study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*; 15(1), 95.
- De Dios, M. A. et al. (2012). Motivational and mindfulness intervention for young adult female marijuana users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(1), 56-64. doi:10.1016/j.jsat.2011.08.001.
- De Souza, I. et al. (2015) Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Smoking: A Systematic Literature Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(3): 129-140. doi:10.1089/acm.2013.0471.
- Deutch Institute for Health Care CBO (2006) *Guideline treatment of tobacco dependence*. Den Haag, The Netherlands: Van Zuiden Communications B.V.
- Domínguez, R., M., & Pérez, Y., V. (2014). Ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés ante el diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2. (Spanish). *Gaceta Médica Espirituana*, 16(3), 24-31.
- Duarte, C., Varela, M., Salazar, I., Lema, L., & Tamayo, J. (2012). Motivaciones y recursos para el consumo de sustancias psicoactivas en universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(1), 92-104.
- Elwafi, H., M., Witkiewitz, K., Mallik, S., IV, T. T., & Brewer, J., A. (2013). Mindfulness training for smoking cessation: Moderation of the relationship between craving and cigarette use. *Drug & Alcohol Dependence*, 130(1-3), 222-229. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.11.015.
- Fiore, C. et al. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>.
- García, L. et al (2015). Impacto del consejo breve para dejar de fumar. (Spanish). *Salud Pública De México*, 57(5), 366-367.
- Gurrola, G. L., Balcázar, P., Bonilla, M. P., & Virseda, J. A. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social*, 8(2), 3-7.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Nueva York, United States: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona, España: Kairós.
- Kamarck, T., W. & Lichtenstein, E. (1988). Program adherence and coping strategies as predictors of success in an smoking treatment program. *Health Psychology*, 7(6), 557-74.
- Kassel, J.D., Stroud, L., R., & Paronis, C., A. (2003) Smoking, stress and negative affect: correlations, causation and context across stages of smoking. *Journal Psychol Bull*, 129(2), 270-304.
- Law, M, & Tang, J. (1995) An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch. Intern. Med*, 155(18),1933-1941.
- Leal, B., Ocampo, O, & Cicero, S. (2010). Niveles de asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar. *Salud mental*, 33(6), 489-497.
- López D., A., Buceta, J, & Pérez, L. M (2000). Evaluación de un programa de tratamiento psicológico Para dejar de fumar: el efecto del feedback de co. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(2), 131-144.
- Lovibond, P., F, & Lovibond, S., H (1995) The structure negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scale (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behavior Research and therapy*, 33(3), 35-343.
- Marlatt, G., A. (1980) *Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change*. *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. New York, United States: Alcoholism & Drug Abuse Institute.
- Martínez, M., K., Salazar, G., M., Ruiz, T., G., Barrientos, C., V, & Ayala, V., H. (2009). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del Terapeuta*. Recuperado de http://conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/intervencion_breve.pdf
- Mermelstein, L. C, & Garske, J., P. (2015). A brief mindfulness intervention for college student binge drinkers: A pilot study. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 29(2), 259-269. doi: 10.1037/adb0000040.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2017). *Plan Nacional sobre Drogas*. Recuperado de http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf.
- Morales, D., Z., Díaz, B., C., Garrido, M., De Arenillas, M., R. & Pascual, O., L. (2011). Autoeficacia y consumo de tabaco en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 29, 459-470.
- Moreno, C., A, & Medina, M., M. (2008). Tabaquismo y depresión. *Salud mental*, 31(5), 409-415.
- National Institute on Drug Abuse. (2003) *Preventing drug use among children and adolescents, a research-based guide for parents, educators, and community leaders*. (2thed). Recuperado de https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf
- National Institute on Drug Abuse. (2015) *El Tabaco/la nicotina*. United States: National Institute on Drug Abuse. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/el-tabacola-nicotina>
- O'Connell, K., A, et al (1998). Coping in real time: using Ecological Momentary Assessment techniques to assess coping with the urge to smoke. *Research ins Nursing and Health*, 21(6), 487- 497.
- Palacios, D., J. (2010) Autoeficacia e intención conductual del consumo de tabaco en adolescentes: validez factorial y relación estructural. *Adicciones*, 22.

- Park, C, et al. (2014) Comparison of the effectiveness of virtual cue exposure therapy and cognitive behavioral therapy for nicotine dependence. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(4), 262-267.
- Raja, M, et al. (2016). Cognitive behavioural therapy versus basic health education for tobacco cessation among tobacco users: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(4), ZC47-ZC49.
- Sanz, P., et al (2006) Efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo realizado por profesionales de enfermería. *Atención Primaria*, 37(5), 266-272.
- Segal, Z., Williams, M. & Teasdale, J. (2007). *Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión*. Barcelona, España: Kairos.
- Shiffman, S., Paty, J., A., Gnys, M., Kassel, Ja, & Hickox, M. (1996). First lapses to smoking: within subjects analysis of real-time reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 366-379.
- Sobell, L., C, & Sobell, M., B. (1995). *Alcohol Timeline Followback Users' Manual*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.
- Stead, L., Perera, R., Bullen, C., Mant, D, & Lancaster, T. (2008) Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review*. 23(1). doi: 10.1002/14651858.CD000146.pub3.
- Tang, Y., Tang, R, & Posner, M. I. (2013). Brief meditation training induces smoking reduction. *Proceedings of The National Academy Of Sciences Of The United States Of America*, 110(34), 13971-13975. doi:10.1073/pnas.1311887110.
- Test de Fagerström. Validación. [en línea] 1998. Disponible en: [http://www.ducosky.info/.../161%20-%20FTND%20\(6%20items\)%20-Instrucciones.doc](http://www.ducosky.info/.../161%20-%20FTND%20(6%20items)%20-Instrucciones.doc)
- Ussher, M., Taylor, A, & Faulkner, G. (2008) Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
- World Health Organization (2017) *Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2017-Advertencia sobre los peligros del Tabaco*. Recuperado de http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/es