

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MAGISTER SCIENTIAE EN INTERVENCIÓN EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

**Efectos de un programa de intervención en un estudio de caso único de
tabaquismo durante marzo – junio del año 2022.**

Autora: Lic. Diana Francella Chavarría Elvir

Tutora: MSc. Zandra Marcela Blanco Rodríguez

León, octubre, 2022

Índice de contenido

Introducción	1
Antecedentes.....	2
Justificación	4
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Marco teórico.....	7
Diseño metodológico	23
Presentación del caso	28
Discusión del caso.....	47
Conclusiones	52
Recomendaciones	53
Referencias Bibliográficas	54
Anexos	60

Índice de figuras

Figura 1	31
Figura 2	32
Figura 3	32
Figura 4	33
Figura 5	33
Figura 6	34
Figura 7	34
Figura 8	46

Introducción

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) se establece que el consumo de tabaco en la región de las Américas parece haber disminuido, pasando del 21% en 2010 al 16% en 2020. No obstante, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) pronostica que, si no se realizan acciones para reducir las prevalencias del consumo de tabaco, se espera que las muertes se incrementen desde 3 millones en la actualidad a 10 millones para el año 2025, donde un 70% de esas muertes ocurrirían en países en vías de desarrollo.

Por lo tanto, se resalta la urgencia de realizar intervenciones en el área de la salud para intentar frenar esta problemática ya que actualmente, más de un tercio de los países de las Américas no están implementando ni una sola medida de control del tabaco (OPS, 2018).

Asimismo, con el surgimiento de la pandemia, se incrementó la preocupación por el consumo de tabaco ya que esta condición puede perjudicar la presencia del COVID – 19 en el organismo, debido a que, tanto el tabaquismo como este virus, impacta gravemente en las vías respiratorias, por lo que ahora más que nunca el tabaquismo se ha posicionado como uno de los mayores problemas a tratar, según lo señala la OMS (2021) en su último informe.

Teniendo lo anterior como referente, el presente estudio trata de evaluar la eficacia de un Protocolo de Intervención basado principalmente en el enfoque cognitivo – conductual, para disminuir el consumo de cigarrillos en un estudio de caso único con adicción al tabaco, así como valorar los cambios generados en el nivel de consumo de tabaco en dicho sujeto, posterior a la ejecución del programa.

Antecedentes

Durante el proceso de revisión de la literatura previa para la realización de este estudio, se encontraron diversas investigaciones internacionales que proponen numerosas técnicas para la erradicación del hábito de fumar, destacando el enfoque cognitivo – conductual. Por otra parte, en la revisión de literatura nacional no se han encontrado muchas investigaciones orientadas a la creación de protocolos de intervención para tratar dicha problemática.

El estudio “Programa de Intervención Psicológica en Tabaquismo”, realizada por Garrido (2011), tiene como objetivo conseguir la abstinencia total de cada uno de los pacientes miembros del programa y del desarrollo de un estilo de vida saludable, o bien que al menos disminuya el consumo del tabaco, con la implementación de diversas estrategias y herramientas terapéuticas, como control de estímulos, entrenamiento en autocontrol y ejercicios de relajación, psicoeducación, ejecutado durante doce sesiones de tratamiento, obteniendo resultados positivos en los dos participantes que culminaron dicho tratamiento, consiguiendo mantener una evolución favorable en el consumo de tabaco.

El siguiente estudio “Efectividad de un programa multicomponente para dejar de fumar aplicado en atención primaria”, realizado por Alonso et al., (2013), tiene como objetivo evaluar la efectividad de un programa multicomponente aplicado en atención primaria por enfermeras. La intervención propuesta consistió en un tratamiento multicomponente grupal. Los resultados obtenidos sugieren la efectividad de este tratamiento en la intervención del tabaquismo, así como la conveniencia de realizar un entrenamiento específico a los profesionales de la salud de cara a implantar este tipo de intervenciones en el ámbito de la atención primaria, como alternativa al consejo médico para aquellos fumadores que lo precisen. Además, resaltan la necesidad de actuar contra el tabaquismo, así como la viabilidad de los programas psicológicos para la obtención de este fin.

El estudio “Eficacia de una intervención Cognitivo – Conductual para dejar de fumar en mexicanos con diabetes tipo 2” realizado por Pech et al., (2020) tiene como objetivo evaluar la eficacia de una intervención cognitivo – conductual para dejar de fumar en personas que presenten diabetes tipo 2. Los resultados sugieren una reducción estadísticamente significativa del patrón de consumo al final de la intervención con un tamaño apreciable de

la forma. Asimismo, más de una cuarta parte de los participantes mostró abstinencia tras un seguimiento de seis meses. Se obtuvieron, además, diferencias estadísticamente significativas en cuanto al monóxido de carbono, situaciones de consumo de tabaco y autoeficacia del no consumo. Por tanto, se concluye que la intervención demostró ser eficaz respecto al patrón de consumo, variables asociadas a este y mantenimiento de los cambios.

Finalmente, el estudio “Tratamiento de un caso de adicción a la nicotina”, realizado por Pujadas, Pérez – Pareja y García – Pazo (2020) tiene como objetivo que la persona afectada pueda prescindir definitivamente de la nicotina y, al mismo tiempo, reducir su nivel de ansiedad. El resultado del tratamiento fue el deseado, adquiriendo a su vez nuevas estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y, la consiguiente mejoría en su estado de ánimo. Los resultados obtenidos demostraron su efectividad y eficacia en su totalidad al contar con la total extinción de la conducta problema y la regulación emocional, el aprendizaje de nuevas estrategias, el incremento de autoestima y la generalización del pensamiento positivo a la rutina diaria del sujeto de estudio.

Justificación

A lo largo de los años se han ido realizando intervenciones que pretenden dar respuesta a la problemática del tabaquismo, principalmente mediante el enfoque cognitivo – conductual debido a la constante epidemia de tabaco a nivel mundial, que dejan de manifiesto las consecuencias negativas a la salud del consumo de tabaco. Asimismo, con la aparición reciente de la pandemia, estos efectos podrían empeorar en personas que tengan una adicción previa al tabaco (OMS, 2021).

Esta investigación pretende aportar información relevante a nivel teórico de una realidad presente a nivel mundial como es el tabaquismo, que, aunque ha disminuido su consumo a nivel mundial durante los últimos años, según el último informe de las Naciones Unidas (ibid.), aún sigue presente en muchos países y es importante conocer cómo se puede tratar esta problemática, mediante la ejecución de programas que tengan como objetivo erradicar o al menos disminuir el consumo de tabaco.

Es por ello que el presente estudio se propone ser una herramienta práctica para contrarrestar el consumo de tabaco en un sujeto con adicción al mismo, lo que pretende generar cambios en su estilo de vida a fin de adoptar estrategias de afrontamiento al tabaquismo y de esta forma potenciar un mejor nivel de calidad de vida.

Por lo tanto, otro de los principales aportes del presente estudio corresponde al aporte metodológico de un protocolo de intervención adecuado a un contexto nicaragüense, tomando como referencia algunos estudios previos enfocados en intervenir en el consumo de tabaco, ajustándolo según las particularidades del sujeto a quien va dirigido el presente programa.

Planteamiento del problema

El término de adicción se define como la necesidad imperiosa de realizar una determinada acción buscando placer, euforia o alivio de ciertas sensaciones displacenteras, aun sabiendo que a medio y largo plazo dicha conducta produce efectos negativos a diferentes niveles. Por lo general, este concepto es equiparable, en los sistemas internacionales de clasificación, al de dependencia (Becoña, 2011).

Según datos del último informe de la OMS (2021), la epidemia del tabaquismo representa una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo, donde se atribuyen diversas enfermedades tales como afectaciones pulmonares y cardíacas, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer y diabetes, las cuales pueden aumentar la gravedad de la actual pandemia del COVID – 19, por lo que resulta de gran urgencia proteger a la población de los daños que el tabaco genera.

Asimismo, se ha observado que más del 80% de los 1300 millones de personas que consumen tabaco viven en países de ingresos medianos o bajos, tales como Nicaragua, y donde la carga de morbilidad asociada a este producto es más alta. Además, se establece que, sin apoyo para dejar de fumar, solo el 4% de los intentos funcionan, destacando que el apoyo profesional y una medicación de eficacia probada pueden duplicar en gran medida las probabilidades de éxito para abandonar el tabaco. (ibid.)

En el contexto nacional existe poca información en cuanto al abordaje de esta problemática, por lo que resulta importante la creación de un protocolo de intervención basado en la realidad del país, por lo que surge la necesidad de indagar en esta situación que a su vez permita dar respuesta a la siguiente interrogante: ¿Qué efectos genera la implementación del protocolo de intervención basado en el modelo cognitivo – conductual en un caso de tabaquismo?

Objetivos

General

Evaluar los efectos generados por la implementación de un protocolo de intervención basado en el Modelo Cognitivo – Conductual en un caso de adicción al tabaco durante el período comprendido entre marzo – junio del año 2022.

Específicos

- Caracterizar la conducta del consumo de tabaco en el sujeto de estudio.
- Identificar el nivel de dependencia del sujeto de estudio.
- Valorar los cambios generados en el nivel de consumo de tabaco posterior a la ejecución del programa.

Marco teórico

El presente capítulo señala diversos aspectos teóricos que permitirán comprender los elementos esenciales de este estudio, retomando los planteamientos de diferentes autores que se han dedicado a investigar sobre la intervención en el consumo de tabaco y que a su vez servirán de base para dicho estudio.

Uso y abuso del tabaco

Por uso de una droga se entiende el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo o éste no las aprecia. Este tipo de consumo es el más habitual cuando se utiliza una droga de forma esporádica, o bien cuando se utilizan dosis moderadas, leves, lo que no genera consecuencias negativas en la persona (Belloch et al., 2008), es decir que no se producen efectos médicos, sociales y/o familiares (Del Moral y Fernández, 2009, citado en Gartner, 2016).

Por otra parte, el abuso se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo. La dependencia surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. También puede ocurrir que se produzca un uso continuado intermitente o un alto consumo solo en determinados momentos. (Becoña y Cortés, 2011).

Una manera simple de identificar o diferenciar entre uso y abuso de sustancias, consiste en el esfuerzo que representa el hecho de privarse de la sustancia; es decir, si una persona pudo dejar de fumar sin especiales esfuerzos, claramente esa persona no era dependiente de la nicotina, era simplemente un consumidor regular; contrario a lo que ocurre cuando una persona quiere dejar de fumar y ya ha desarrollado el hábito y por tanto es difícil erradicarlo. En este caso, ya se estaría hablando de abuso a una sustancia (Otero y Ayesta, 2004).

Adicción al tabaco

La adicción al tabaco también conocida como tabaquismo se define como la intoxicación producida por el abuso del tabaco, o bien la adicción al consumo de tabaco (RAE, 2021). Es importante recalcar que el tabaquismo es una dependencia en la que intervienen elementos farmacológicos (la nicotina), sociales (aceptación social, presión para el consumo, publicidad, accesibilidad y disponibilidad, etc.) y psicológico-comportamentales

(creencias, expectativas, situaciones asociadas al consumo, cotidianidad, automatismo, oralidad, manualidad, etc.) (Barrueco et., al 2009).

La conducta de fumar, junto con otro tipo de conductas (beber alcohol, fumar marihuana, etc.) han sido incluidas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas. Una característica común y central a las conductas adictivas es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre su conducta, además de producirle dependencia, tolerancia, neuroadaptación y síndrome abstinencia, términos abordados a continuación (Barrueco et al., 2003)

Dependencia: Es un conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos, que se muestran cuando se lleva a cabo un consumo repetido de una sustancia.

La mayor parte de los consumidores regulares de tabaco son dependientes de la nicotina. Sin embargo, hay fumadores que no son dependientes de la nicotina; son simples consumidores regulares de nicotina que, cuando lo desean, pueden abandonar su consumo fácilmente. Estas personas presentan conducta de riesgo (consumo de tabaco), pero no presentan una dependencia (Moreno, Herrero y Rivero, 2003 citado en Gómez, 2018; Pérez et al., 2006, citado en Romero, 2018).

Cuantificar el grado de dependencia de la nicotina de un fumador es importante, ya que aquellos que tienen una dependencia elevada es más probable que necesiten una terapia más intensiva para poder dejar de fumar. Asimismo, existen diversos criterios clínicos para identificar el trastorno por consumo de tabaco, los cuales se encuentran establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, conocido como DSM-5, de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), o bien, los criterios de la 10ª revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993).

Tabla 1

Criterios diagnósticos para trastorno de dependencia del tabaco

- A. Patrón problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
 - 1. Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 - 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco.
-

-
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco.
 5. Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p.ej., interferencia con el trabajo).
 6. Consumo continuado de trabajo a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco (p. ej., discusiones con otros sobre el consumo del tabaco).
 7. El consumo de tabaco provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico (p.ej., fumar en la cama).
 9. Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de que sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el tabaco.
 10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - i. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado.
 - ii. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco.
 11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - i. Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de tabaco).
 - ii. Se consume tabaco (o alguna sustancia similar, como la nicotina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de tabaco, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco", que puede haberse cumplido).

En terapia de mantenimiento: El individuo está tomando una medicación de mantenimiento desde hace tiempo, como un sustituto de la nicotina, y no cumple con ningún criterio del trastorno por consumo de tabaco para esa clase de medicación (salvo tolerancia o abstinencia de la medicación sustitutiva de la nicotina).

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al tabaco.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Presencia de 2-3 síntomas.

Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.

Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Nota. Información tomada de DSM-5 (APA,2014)

La dependencia de nicotina no se incluye como un trastorno aparte en el DSM-5 (APA, 2014), ya que no se separa el diagnóstico de abuso y de dependencia de sustancias como hacía el DSM-IV y hace la CIE-10, sino que se proporcionan criterios diagnósticos para el trastorno de uso de sustancias que incluye las características diagnósticas de los anteriores trastornos de abuso y de dependencia de sustancias. No obstante, en el sistema de clasificación CIE-10, tal y como se ha comentado, si se considera el concepto de dependencia de una droga y se proponen criterios diagnósticos para su diagnóstico. Estos criterios se presentan a continuación.

Según la CIE-10 (OMS, 2018), el diagnóstico de dependencia de una droga, sólo debe hacerse si durante algún momento de los últimos doce meses, o de un modo continuo, han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos:

Tabla 2

Criterios diagnósticos para el trastorno por dependencia de tabaco del CIE – 10 (2018).

-
- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
 - b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
 - c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese.
 - d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originariamente producían dosis más bajas.
 - e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia para recuperarse de sus efectos y,
 - f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales a nivel de salud física (ej., cirrosis hepática), salud mental (ej., depresión), deterioro cognitivo, etc.
-

Nota. Información tomada de CIE – 10 (OMS, 2018)

Los criterios de la CIE-10 (OMS, 2018), sugieren la existencia de dependencia física, psicológica y social en una persona, pero no como elementos separados sino complementarios y entrelazados. Así, tendríamos los factores físicos (tolerancia, neuroadaptación y abstinencia), los psicológicos (aprendizaje y características personales) y los sociales (grupo de afinidad, cultura de grupo y medio ambiente). A continuación, se conceptualizarán estos factores mencionados, resaltando los factores físicos de la adicción al tabaco.

Tolerancia: es la obligación de requerir dosis progresivas ascendentes de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o también, la reducción de los efectos de una dosis equivalente, tras el uso continuado de la droga.

Neuroadaptación: es un concepto que está estrechamente relacionado con la tolerancia a una sustancia y es entendido como el proceso por el que la acción repetida de una sustancia psicoactiva sobre las células neuronales provoca en éstas una serie de cambios destinados a recuperar el nivel de funcionamiento previo cuando no había la sustancia. Funcionaría como un mecanismo homeostático; de ahí que cuando se deja de consumir la sustancia se produce el síndrome de abstinencia (Pereiro, 2005, citado en Becoña, 2010).

Abstinencia: es un conjunto de signos y síntomas, habitualmente desagradables que aparecen cuando se produce carencia de una sustancia. Según el DSM-5, se establecen los siguientes criterios diagnósticos para identificar la abstinencia del tabaco (APA, 2014).

Tabla 3

Criterios diagnósticos de la abstinencia del tabaco.

-
- A. Consumo diario de tabaco por lo menos durante varias semanas.
- B. Cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido en las 24 horas siguientes por cuatro (o más) de los signos o síntomas siguientes:
- Irritabilidad, frustración o rabia.
 - Ansiedad.
 - Dificultad para concentrarse.
 - Aumento de apetito.
 - Intranquilidad.
 - Estado de ánimo deprimido.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.
-

Nota. Información tomada de DSM – 5 (APA, 2014).

Tabla 4

Criterios diagnósticos de la abstinencia de la nicotina.

Tabla 4. *Criterios diagnósticos de la abstinencia de la nicotina de la CIE-10 (OMS, 1993)*

- A. Se deben satisfacer los criterios generales de síndrome de abstinencia
-

B. Cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido en las 24 horas siguientes por cuatro (o más) de los signos o síntomas siguientes:

- Irritabilidad, frustración o rabia.
- Ansiedad.
- Dificultad para concentrarse.
- Aumento de apetito.
- Intranquilidad.
- Estado de ánimo deprimido.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Nota. Información tomada de CIE – 10 (OMS, 1993).

Efectos del tabaco sobre el organismo

Los efectos perjudiciales del tabaquismo sobre la salud son muchos, principalmente cuando se comienza a fumar desde temprana edad; a su vez estas consecuencias pueden ser tanto a corto como a largo plazo. Los efectos a corto plazo incluyen daños en el aparato respiratorio como tos, disnea, mayor probabilidad a contraer enfermedades respiratorias. Los efectos a largo plazo, están asociados a la muerte ya sea por distintos tipos de cáncer – el principal de ellos y que mayormente se presente es el cáncer pulmonar-, enfermedades cardiovasculares y respiratorias; estas consecuencias de largo plazo generalmente aparecen 30 o 40 años luego de haber empezado a fumar (OPS, 1999, citado en Gartner, 2016).

El papel nocivo del tabaco ha sido ampliamente demostrado desde hace mucho tiempo, situando al tabaquismo como uno de los problemas más graves de salud pública a escala mundial, y se ha definido como la gran epidemia silenciosa del siglo XX (Lugones et al., 2006).

Asimismo, el tabaquismo pasivo también origina un problema secundario de salud pública importante, ya que la exposición involuntaria al aire contaminado por humo de tabaco ocasiona muerte prematura y enfermedad tanto en niños como en adultos (Becoña, 2001).

Tabla 5*Efectos de la nicotina sobre el organismo.*

Sistema	Efectos
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none">- Aumento de frecuencia cardíaca y tensión arterial- Vasoconstricción periférica- Aumento de consumo de oxígeno por el miocardio e incremento del gasto cardiaco.- Descenso del umbral arritmogénico.- Miocardiopatía: hipoquinesia del ventrículo izquierdo.- Aumento de la viscosidad sanguínea y lesión de la pared vascular, favoreciendo a arterioesclerosis y trombofilia.
Gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none">- Náuseas y vómitos.- Diarrea e hipersalivación.- Ulcus gastroduodenal.
Endocrino – metabólico	<ul style="list-style-type: none">- Aumento de GH, prolactina, ADH, cortisol.- Cambios en el metabolismo lipídico.- Aumento del gasto energético.- Menopausia precoz.- Osteoporosis.
Nervioso	<ul style="list-style-type: none">- Sensación de placer (reducción de las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia).- Aumento de la capacidad de concentración.- Dependencia y adicción física.- Patrón de alerta: predominio de onda beta en el EEG.
Neuromuscular	<ul style="list-style-type: none">- Temblor de manos.- Hipotonía muscular.
Efectos sobre la gestación	<ul style="list-style-type: none">- Aborto espontáneo.- Prematuridad- Patología placentaria.- Riesgo de embarazo ectópico.- Bajo peso al nacer.
Efectos sobre la coagulación	<ul style="list-style-type: none">- Trombocitosis.- Aumento de la adhesividad plaquetaria.- Incremento de tromboxano y fibrinógeno.

Nota. (Pérez et al., 2006, p. 282, citado en Romero, 2018)

Efecto de Craving: se define como aquella conducta marcada por la necesidad de consumo de sustancias y la falta de control sobre el mismo, asentada sobre una base neuroquímica. Recoge este término aspectos fisiológicos (tolerancia, abstinencia, búsqueda del efecto euforizante de las sustancias) y psicológicos (incluidos los promovidos por la interacción social) (Becoña et al. 2009).

Efecto de Priming: se define como el proceso básico por el que una persona se hace adicta a una sustancia iniciando con pequeños consumos de la misma, que favorecen la compulsión de seguir consumiendo, dando lugar a la aparición del *craving* o necesidad imperiosa de consumo. Cuando este abuso se hace crónico, se produce en el cerebro una neuroadaptación que hace que la persona sufra los efectos de tolerancia y abstinencia, definiéndose de esta manera el fenómeno de la dependencia (Becoña et al., 2010).

Cuando el efecto disparador del craving se produce por la administración de una pequeña dosis de la sustancia, se conoce como efecto “priming” o efecto “cebador” (Pereiro, 2010 citado en Becoña et al., 2010).

Tratamiento psicológico del tabaquismo

Este tipo de tratamiento surge alrededor de los años 60, de la mano de las técnicas de modificación de conducta, y se expande en los años 70 (Schmahl, Lichtenstein y Harris, 1972, citado en Becoña, 2003). Desde esos primeros momentos hasta el día de hoy, se han ido desarrollados tratamientos psicológicos efectivos, con técnicas tan conocidas y utilizadas tales como las técnicas psicológicas conductuales, cognitivas, motivacionales y de prevención de la recaída (Orleans y Slade, 1993; Schwartz, 1987; Niaura y Abrams, 2002, citado en Becoña, 2003).

La terapia psicológica es eficaz para el tratamiento de los fumadores y actúa básicamente sobre los aspectos conductuales que van más allá del síndrome de abstinencia, con el objetivo de conseguir períodos prolongados de abstinencia previniendo las recaídas. Tiene como objetivo reconvertir el pensamiento, los conocimientos y la conducta del fumador frente al tabaco, y para ello se utilizan las técnicas cognitivo-conductuales (Barrueco et al., 2009).

El modelo teórico subyacente al tratamiento psicológico de la conducta de fumar, propone que ésta puede ser explicada por tres tipos de factores: sociales (disponibilidad de la sustancia, accesibilidad, publicidad del consumo), psicológicos (reforzamiento positivo y negativo, procesos cognitivos asociados al consumo) y por la dependencia fisiológica que

causa la nicotina y el tabaco. Estos componentes sociales, psicológicos y fisiológicos explican por qué las personas fuman, han fumado o van a empezar a fumar (Becoña, 2006; U. S. D. H. H. S., 1988; Tiffany, Conklin, Shiffman y Clayton, 2004, citado en Becoña, 2010).

Estos tratamientos pueden ser aplicados tanto de forma individual, colectiva y en formato de autoayuda, así como con distintos niveles de intensidad en su aplicación, desde el consejo psicológico hasta los tratamientos clínicos intensivos. Por su eficacia, tanto el propio tratamiento psicológico como derivaciones del mismo en forma de consejo, constituyen en muchas ocasiones el mejor abordaje para ayudar a un fumador a dejar de fumar (ibid.).

En la siguiente tabla se recogen las principales técnicas empleadas en los tratamientos psicológicos del tabaquismo (Pérez et al., 2003, citado en Garrido, 2011).

Tabla 6

Principales tratamientos psicológicos del tabaquismo.

Técnicas generales de modificación de la conducta

- a) Contrato de contingencias
 - Contrato con el terapeuta
 - Contrato con otra persona distinta del terapeuta
 - Contratos con empresas y empleados
- b) Técnicas de autocontrol
 - Desensibilización sistemática o control de estímulos y extinción
 - Entrenamiento en relajación
- c) Técnicas aversivas generales
 - Shock eléctrico
 - Sensibilización encubierta

Procedimientos psicológicos específicos

- a) Técnicas aversivas específicas
 - Fumar rápidamente
 - Retener el humo
 - Saciación
 - Fumar focalizadamente
 - b) Técnicas de reducción gradual del consumo de cigarrillos y de nicotina
 - Cambio de marca de cigarrillos semanal
 - Cambio de marca de cigarrillos diaria
 - Autorregistros
 - Fijar horas para no fumar
-

-
- Fumar de forma programada
 - c) Técnicas de modificación de la conducta o de afrontamiento y ensayo conductual
 - Creación de ambientes sin humo
 - Entrenamiento en la búsqueda y realización de conductas alternativas
 - Aprendizaje del rechazo de cigarrillos
 - Técnicas para la disminución del refuerzo positivo
 - Reestructuración cognoscitiva
 - d) Plan de 5 días
 - e) Medición del monóxido de carbono en el aire respirado. Retroacción fisiológica (*feedback*)
 - f) Programas multicomponente
-

Nota. Pérez et al., 2003, citado en Garrido, 2011.

Por otra parte, se ha empezado a utilizar otro tipo de técnicas en el tratamiento del tabaquismo tales como la hipnosis o la acupuntura. Existen algunos estudios que utilizan la hipnosis como elemento principal o complementario y que han demostrado efectividad en el tratamiento del tabaquismo (Bazaco, 2021; Ayala, 2010; Elkins y Rajab, 2004; Molina del Peral, 2001; Mendoza, 2000;).

También se han publicado numerosos estudios de metaanálisis con la intención de comprobar la eficacia de la acupuntura en el tratamiento del hábito de fumar observando resultados prometedores en cuanto a la eficacia de este procedimiento (Cheng, 2019; Wang et al., 2019; Ramírez, 2012; White et al., 1999; Berg et al., 1997; Ashenden et al., 1997).

Últimamente se ha destacado la reciente utilización de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento de las adicciones, donde se señala el tabaco, consiguiéndose resultados muy prometedores (López, 2014).

Este estudio se centra principalmente en las técnicas contempladas en los programas multicomponentes, enfoque que ha sido altamente utilizado en la intervención en consumo de tabaco debido a la eficacia que han presentado.

Programas multicomponentes

Comenzaron a utilizarse alrededor de los años 80 y se caracterizan por la utilización combinada de varias técnicas (componentes) con el fin de intervenir sobre los diferentes factores que ayudan a mantener este hábito y se definen como programas intensivos que utilizan integradamente todos los elementos de efectividad constatada, siendo particularmente eficaces por su alta intensidad y por combinar técnicas psicológicas y

farmacológicas adaptadas a distintos tipos de fumadores o, lo que es lo mismo, individualizadas para cada paciente (Becoña, 2011).

Actualmente se consideran estrategias eficaces en la intervención del tabaquismo por lo que se han convertido en el tratamiento de elección tipo psicológico, principalmente a largo plazo, obteniendo buenos resultados (Becoña, 2004; Bustamante 2002; Secades Villa, Díez Álvarez y Fernández Hermida, 1999; Secades Villa y Fernández Hermida, 2001, citado en Garrido, 2011).

Fases de los tratamientos multicomponentes

De forma general, estos programas se dividen en tres fases, *preparación, abandono y mantenimiento* (Secades Villa, Díez Álvarez y Fernández Hermida, 1999, citado en Garrido, 2011).

Fase de preparación: tiene como objetivo principal trabajar la motivación del fumador y el compromiso para dejar de fumar. Durante esta fase también es vital la exploración de las razones y beneficios del fumador al abandonar el consumo de tabaco, por lo que es un momento donde la persona puede experimentar cierto nivel de concientización y exploración del hábito de fumar, propiciando un mejor entendimiento de su conducta de fumar. Para ello, se puede hacer uso de técnicas de autoobservación, automanejo y autocontrol. Al mismo tiempo se establece el momento en que la persona dejará de fumar.

Fase de abandono: el objetivo principal durante esta fase consiste en ayudar a la persona a dejar de fumar, mediante estrategias aversivas, no aversivas y farmacológicas. Asimismo, se delimita si el procedimiento del abandono de tabaco será paulatinamente, disminuyendo el consumo poco a poco, o de forma definitiva, abandonándolo en un día previamente estipulado.

Fase de mantenimiento o prevención de recaída: tiene como objetivo principal promover la abstinencia a largo plazo a fin de prevenir futuras recaídas. Durante esta fase se pueden emplear técnicas de asistencia o mantenimiento a lo largo del tiempo, entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones, habilidades de resistencia a la tentación, entrenamiento en solución de problemas, estrategias cognitivas, autoinstrucciones, o apoyo social.

En la siguiente tabla, se exponen mejor cada una de estas fases con sus respectivas técnicas (Becoña, 2004).

Tabla 7*Fases y elementos de un programa multicomponente.*

Fase	Elementos
Preparación	<ul style="list-style-type: none">▪ Movilizar la motivación y compromiso del cliente- Depósitos monetarios contingentes a la asistencia a las sesiones de tratamiento- Revisar las razones para dejar de fumar y los beneficios de abandonar los cigarrillos▪ Autoobservación: aumento de la concienciación y del conocimiento de la propia conducta▪ Establecer el día que va a dejar de fumar (de 1 a 3 semanas)▪ Entrenarlo en técnicas de automanejo y autocontrol- Utilización de autorregistros para identificar los estímulos que elicitán la conducta de fumar- Identificar posibles conductas alternativas a la conducta de fumar- Entrenamiento en manejo del estrés: relajación o ejercicio
Abandono	<ul style="list-style-type: none">▪ Estrategias aversivas (ej., fumar rápido, retener el humo, saciación)▪ Estrategias no aversivas- Reducción gradual de nicotina y alquitrán- Contratos en los que conste el día de la fecha de abandono▪ Estrategias farmacológicas- Terapia sustitutiva de la nicotina (chicles y parches de nicotina)
Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none">▪ Sesiones de seguimiento o llamadas telefónicas▪ Entrenamiento en estrategias de afrontamiento- Estrategias de automanejo para evitar los estímulos elicitadores de la conducta de fumar y en conductas alternativas (ej., tomar agua, hacer inspiraciones profundas)- Estrategias de afrontamiento cognitivo – conductual (anticipar situaciones de alto riesgo, planificar habilidades de afrontamiento)- Estrategias para evitar el síndrome de abstinencia: entrenar al sujeto en habilidades conductuales o seguir administrando terapia sustitutiva de la nicotina (chicles o parches)- Estrategias para manejar las caídas (aprender del desliz, etc.)▪ Apoyo social- Uso de ayuda mutua (entre los participantes del grupo de tratamiento)- Buscar el apoyo e implicación de personas próximas al sujeto (esposa, amigos)▪ Estrategias específicas de prevención de la recaída

Nota. Becoña, 2014.

Modelo transteórico del cambio

Este modelo se inició con los trabajos de Prochaska y DiClemente en los que analizaron los procesos de cambio en fumadores que habían abandonado este hábito, tanto en personas que habían buscado ayuda a través de programas psicoterapéuticos, como en personas que habían conseguido dejar de fumar por propia voluntad. El modelo surgió como un intento de dar respuesta a la pregunta de cuáles eran los factores comunes del proceso de cambio en terapia; para identificar dichos procesos básicos integraron las principales terapias del momento, concretamente dieciocho teorías psicoterapéuticas distintas. Por esta razón, al modelo de etapas de cambio se le conoce más habitualmente como Modelo Transteórico (Morales, 2008).

Dicho planteamiento, formulado por Prochaska y DiClemente durante los años ochenta, consiste en un modelo tridimensional que proporciona una visión global y al mismo tiempo diferenciada del cambio a partir de la integración que realiza de *estadios*, *procesos* y *niveles de cambio*, los cuales serán abordados a continuación (ibid.).

Estadios de cambio

Los estadios identifican los diferentes niveles de predisposición al cambio que puede mostrar una persona cuando se plantea modificar su conducta adictiva. El situar a la persona en el estadio más representativo de los cinco que se proponen, permite evaluar cuándo es posible que ocurran determinados cambios de intenciones, actitudes y conductas (Tejero y Trujols, 1994 citado en Becoña, 2010).

Según el modelo, existen cinco estadios a través de los que evolucionan los drogodependientes desde que se plantean un posible cambio hasta que dejan definitivamente de consumir, los cuales corresponden a precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento, explicados a continuación en la siguiente tabla, junto a algunas sugerencias de posibles abordajes terapéuticos correspondientes a cada una de las fases (Barrueco et al., 2009; Becoña et al., 2011).

Tabla 8

Sugerencias de posibles abordajes terapéuticos en función del estadio de cambio del fumador.

Estadios de cambio	Características	Descripción
Precontemplación	No quiere modificar su conducta	- Proporcionar más información - Ayudarle a confiar en sus posibilidades

		- Personalizar la valoración
Contemplación	Está ambivalente: reconoce el problema y considera la posibilidad de cambiar, pero tiene dudas para hacerlo	- Ayudar al desarrollo de habilidades para el cambio - Explorar la ambivalencia. Balance decisional. - Proporcionar un plan de apoyo.
Preparación	Toma la decisión y se compromete a emprender el cambio en los próximos 30 días.	- Aclarar las metas y estrategias del paciente - Ofrecer un tratamiento - Reducir las barreras para el cambio
Acción	Cambia la conducta	- Proporcionar apoyo para dejar de fumar (psicológico, farmacológico o ambos) - Elaborar un plan de cambio. Ofrecer distintas alternativas para que el paciente elija - Ayudarle a prepararse para posibles problemas que surjan en el proceso de abandono
Mantenimiento	Mantiene el cambio	- Proporcionar estrategias para afrontar situaciones de riesgo
Recaída	Vuelve a la conducta previa	- Ayudar a comprender las razones de la recaída - Reforzar su confianza para cambiar de nuevo - Ayudar a hacer planes para el próximo intento - Ofrecer apoyo incondicional

Nota. Barrueco et al., 2009; Becoña et al., 2011.

Procesos de cambio

Prochaska y Prochaska (1993, citado en Becoña et al., 2011) definen los procesos de cambio como “una actividad iniciada o experimentada por un individuo que modifica el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales”. Estos procesos, que incluyen tanto actividades cognitivas como conductuales, ayudan a los sujetos a avanzar

en el proceso de modificación de su hábito adictivo al mismo tiempo que permiten comprender cómo suceden esos cambios, cómo va incrementándose el nivel de predisposición al cambio. Estos procesos incluyen el conjunto de actividades encubiertas o manifiestas que una persona suele realizar para modificar o consolidar su nivel motivacional. A continuación, se muestran los procesos de cambio contemplados según este modelo.

1. *Aumento de concienciación*: se intensifica el análisis en torno a los problemas asociados a la conducta adictiva y beneficios a obtener del abandono de esta.
2. *Autorreevaluación*: se valora el impacto de la conducta adictiva a nivel afectivo y cognitivo, en función de cómo afecta esta conducta a los valores personales y manera de ser, así como en relación a los beneficios que se derivarían del abandono de la conducta adictiva.
3. *Reevaluación ambiental*: se valora el impacto que está teniendo el consumo de drogas en la gente que le rodea, así como en las relaciones interpersonales y cómo cambiarían si se dejara el consumo.
4. *Alivio dramático*: se refiere a la experimentación y expresión de las reacciones emocionales originadas de la concienciación de las consecuencias negativas derivadas del consumo de drogas.
5. *Autoliberación*: representa el compromiso social caracterizado por el aumento de la capacidad de elegir y tomar decisiones, desde la creencia que uno mismo es un elemento esencial en el proceso de cambio. Además, implica la creencia de que se puede adquirir las habilidades necesarias para cambiar.
6. *Liberación social*: aumenta la capacidad de toma de decisiones influenciada por la toma de conciencia de la representación social de la conducta adictiva y de la voluntad social de combatirla.
7. *Manejo de contingencias*: es una estrategia conductual que aumenta o disminuye la probabilidad de ocurrencia de una conducta a través del refuerzo o auto-refuerzo.
8. *Relaciones de ayuda*: se utiliza el apoyo social con el que la persona cuenta para superar su adicción, y en el cual la persona confía para abordar su problema.

9. *Contracondicionamiento*: consiste en la modificación de las respuestas condicionadas al consumo de drogas de tipo conductual, cognitivo y fisiológico. Incluye la emisión de conductas alternativas al consumo de drogas.

10. *Control de estímulos*: caracterizada por la evitación de la persona a la exposición de situaciones de alto riesgo para el consumo.

A su vez, estos procesos de cambio de carácter cognitivo están asociados a los primeros estadios de precontemplación, contemplación y preparación – aumento de la concienciación, alivio dramático, reevaluación ambiental, autorreevaluación, autoliberación, siendo más pronunciada la inclusión de los procesos de cambio de carácter conductual en los estadios de acción y mantenimiento -manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento. (Becoña, 2011).

Niveles de cambio

Finalmente, los niveles de cambio ponen de manifiesto hasta qué profundidad es necesario trabajar con una persona para que pueda iniciarse y consolidarse el cambio, o lo que es lo mismo qué cambios se necesitan para abandonar o reducir la conducta adictiva (Becoña, 2011).

Este modelo propone cinco niveles de intervención que se encuentran interrelacionados de modo que los cambios en uno de ellos repercuten en el resto. Los niveles son: síntoma/situación, cogniciones desadaptativas, conflictos interpersonales actuales, conflictos sistémicos/familiares y conflictos intrapersonales. Los distintos niveles de cambio de los problemas psicológicos susceptibles de ser tratados siguen una organización jerárquica (ibid.).

Diseño metodológico

Método

Se pretende utilizar un enfoque cualitativo de estudio de caso único.

Criterios de selección de caso

Criterios de inclusión

- Tener una adicción al tabaco mantenida durante los últimos doce meses.
- Estar comprometido en su proceso de deshabituación tabáquica.

Criterio de exclusión

- Ser policonsumidor.
- Tener patologías psiquiátricas o neurológicas.

Unidad de análisis

Joven de 29 años de edad, con adicción al tabaco y consumo de este durante los últimos doce meses.

Técnicas e instrumentos

- ***Entrevista psicológica personal de la Asociación Española Contra El Cáncer (AECC).***

Tiene como finalidad recopilar información relevante del paciente mediante los siguientes factores: motivo/s para dejar de fumar, etapa de cambio, consumo de otras sustancias adictivas, equilibrio emocional, estrés psicosocial actual, análisis de recaídas / estilo atribucional, referentes de éxito / fracaso, tolerancia a la frustración, sintomatología emocional de síndrome de abstinencia previo e importancia de la figura corporal. Consta de un total de 23 ítems.

- ***Test de Richmond, Kehoe y Webster, 1993, adaptado por Becoña et al., (2008).***

Cuestionario compuesto por 4 ítems que permite valorar el grado de motivación para dejar de fumar clasificando los resultados en nulo o bajo, dudoso, moderado y alto. El rango de puntuación oscila entre 0 y 10, donde el ítem 1 puntúa de 0 a 1 y el resto de 0 a 3. Los puntos de corte detectados sobre la asociación del nivel de motivación y el cese del hábito

tabáquico son de 0 a 3: nulo o bajo, de 4 a 5: dudoso, de 6 a 7: moderado (con necesidad de ayuda), y de 8 a 10: Alto.

- ***Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina (FTND) de Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, (1991), adaptada por Becoña (1994).***

Cuestionario formado por 6 ítems que permiten valorar el grado de dependencia fisiológica a la nicotina clasificando los resultados en dependencia baja, media y alta. La puntuación oscila entre 0 a 10, donde un fumador con alta dependencia de nicotina es aquel que tiene una puntuación de 6 o más.

- ***Addiction Research Unit, ARU de West y Rusell (1985) adaptada por Becoña (1994).***

Escala de tipo Likert compuesta por 24 ítems que tiene como objetivo medir las razones por las que el sujeto fuma, mediante los factores de imagen psicológica, actividad mano-boca, indulgente, sedativo, estimulante, adictivo, automático y dependencia promedio. También se puede medir la dependencia total.

Los ítems se agrupan en 7 componentes: 1) Imagen social que el fumador cree que obtiene a través del uso de productos del tabaco (que se corresponde con las preguntas 6, 19 y 23); 2) Actividad boca-mano (manipulación, importancia de tener algo entre las manos; preguntas 5, 10 y 22); 3) Indulgencia (fumar por placer; preguntas 3, 4 y 16); 4) Sedación (asociación con estados de ánimo negativos; preguntas 7, 12 y 24); 5) Estimulación (fumar para activarse o estimularse; preguntas 8, 13 y 17); 6) Automatismo (hasta qué punto es automática la conducta; preguntas 2, 9 y 15); y 7) Adicción (preguntas 11, 18 y 20). Cada uno de estos componentes está formado por 3 preguntas. La forma de contestar corresponde a la siguiente clave: 0 No le sucede; 1 Le sucede un poco; 2 Le sucede bastante; 3 Le sucede mucho. Su forma de corrección es sumando las puntuaciones de cada ítem, donde una puntuación de 6 o más en un componente sugiere que ese componente presenta importancia en la conducta fumadora de esa persona.

- ***Escala de autoeficacia / tentaciones (Formato extenso de Velicer, Diclemente, Rossi y Prochaska, 1990, adaptada por Braun et al., 2021)***

Cuestionario tipo Likert compuesto por 20 ítems que tiene como objetivo medir el nivel de tentación que siente la persona en relación al consumo de tabaco. Cada ítem consta de 5 opciones de respuestas (1 ninguna tentación, 2 no mucha, 3 moderadamente tentado, 4

muy tentado, 5 extremadamente tentado). A su vez esta herramienta proporciona una medida de confianza en la resistencia al tabaco en diferentes situaciones.

La puntuación global se obtiene a través del sumatorio de las puntuaciones señaladas en cada uno de los 20 ítems. El intervalo de las puntuaciones de la escala es desde 20 a 100 puntos. A su vez, hay tres sub – escalas que miden amplios aspectos de la autoeficacia percibida para resistir el tabaco, tales como situaciones sociales que provocan sentimientos positivos (correspondientes a los ítems 1,4,6,9,10 y 16); situaciones que conllevan sentimientos negativos de afecto (correspondiente a los ítems 3,5,7,8,18 y 19) y finalmente situaciones de hábito y ansiedad (correspondiente a los ítems 11,13,14,15 y 20). En las tres categorías mencionadas las puntuaciones oscilan de 6 a 30 puntos. Se toma en consideración la puntuación más alta.

- ***“Nuevo cuestionario sobre Impulsores y Permisores” de Taibi Kahler y Hegdes Capers (1974).***

Cuestionario tipo Likert compuesto por 60 ítems que tiene como objetivo identificar los impulsores de conducta que rigen el comportamiento humano, los cuales corresponden a creencias, ideas y comportamientos parentales aparentemente recomendables, y socialmente aceptables, pero que en realidad pueden ser perjudiciales y conducen a perturbaciones en el pensamiento, sentimiento y acción de las personas. Se agrupan en cinco categorías según el impulsor principal, “Apúrate, Complace / Compláceme, Sé fuerte, Sé perfecto, Trata más/ Esfuérate más”. El nivel de puntuación oscila entre el 0 a 4 y a mayor puntuación, se obtiene el impulsor o impulsores de conducta predominante en el sujeto.

- ***Escala de síntomas de abstinencia de la nicotina de Hughes y Hatsukami (1986) adaptada por Becoña (2004).***

Escala de tipo Likert compuesta por nueve ítems correspondientes a síntomas característicos del síndrome de abstinencia, dentro de los cuales se encuentra irritabilidad, frustración o ira; incremento del apetito; deseo de un cigarrillo, ansiedad o tensión, impaciencia, dificultad de concentración, depresión, insomnio, somnolencia, dolor de cabeza y problemas de intestino o estómago y tiene como objetivo identificar los principales síntomas de abstinencia del sujeto. La corrección consiste en señalar la frecuencia de los síntomas mencionados dentro de las categorías nunca, a veces, bastante y mucho.

- ***Cuestionario de Craving por la Nicotina (CCN) de Villalobos, Marín, Templos y Rosendo (2012).***

Cuestionario de tipo Likert compuesto por 12 ítems categorizados en tres dimensiones: anticipación de consecuencias positivas de fumar (correspondiente a los ítems 1, 4, 7 y 10), deseo de fumar (correspondiente a los ítems 2, 5, 8 y 11) y anticipación de alivio de retirada de nicotina o de afecto negativo asociado con la retirada (correspondiente a los ítems 3, 6, 9 y 12). Dicha escala tiene como objetivo evaluar el nivel de craving del sujeto, así como el área en el que este se presenta.

- ***Escala de Ansiedad de Hamilton (1969), adaptada por Lobo et al., (2002)***

Escala heteroadministrada de tipo Likert donde el entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad.

Procedimientos y estrategias de obtención de datos

Primeramente, se inició una fase exploratoria a fin de encontrar fuentes de información relacionadas a la temática a abordar en dicho estudio, los cuales corresponden mayoritariamente a estudios de casos, así como protocolos de intervención en el tabaquismo realizados en un contexto internacional.

Luego, se procedió a realizar la búsqueda del sujeto de estudio que cumpliera con los criterios de inclusión. Una vez identificado, se propuso ser parte del estudio y luego de aceptar la propuesta, se le solicitó su consentimiento informado, firma de contrato conductual y se realizó una breve explicación de las sesiones y contenido a abordar durante el programa de intervención.

Finalmente, se realizaron todas las sesiones contempladas, dentro de las cuales se aplicaron diversas técnicas con el objetivo de recopilar información relevante al caso, así como la aplicación de diversos instrumentos psicológicos de evaluación en relación al consumo del tabaco.

Este programa se desarrolló durante doce semanas, distribuidas en las tres fases del tratamiento multicomponente. Las tres primeras sesiones correspondieron a la fase de preparación. Las siguientes seis sesiones correspondieron a la fase de mantenimiento y

finalmente las últimas tres sesiones comprendieron la fase de mantenimiento. Este protocolo fue iniciado durante el mes de marzo para finalizar en el mes de junio. Estas sesiones fueron programadas semanalmente de aproximadamente una hora de duración y de forma presencial.

Consideraciones éticas

Se tomarán en cuenta las siguientes consideraciones a modo de garantizar que dicha investigación cumpliera con los parámetros necesarios para que sea considerado un estudio íntegro basado en criterios de transparencia y ética, lo cual además involucra el respeto a los derechos de los involucrados.

- Consentimiento informado, lo cual se realizó explicándole al sujeto de estudio el objetivo de la investigación, así como la aplicación de los instrumentos.
- Confidencialidad de la información recolectada por el sujeto de estudio, a modo de resguardar su derecho a la privacidad.
- Mantener buenas relaciones y comunicación bajo el marco del respeto.
- Dar continuidad al tratamiento una vez finalizada la entrega del estudio de caso, correspondiente al primer mes, tres meses y seis meses de haber realizado la intervención psicológica.

Presentación del caso

a) Identificación del paciente

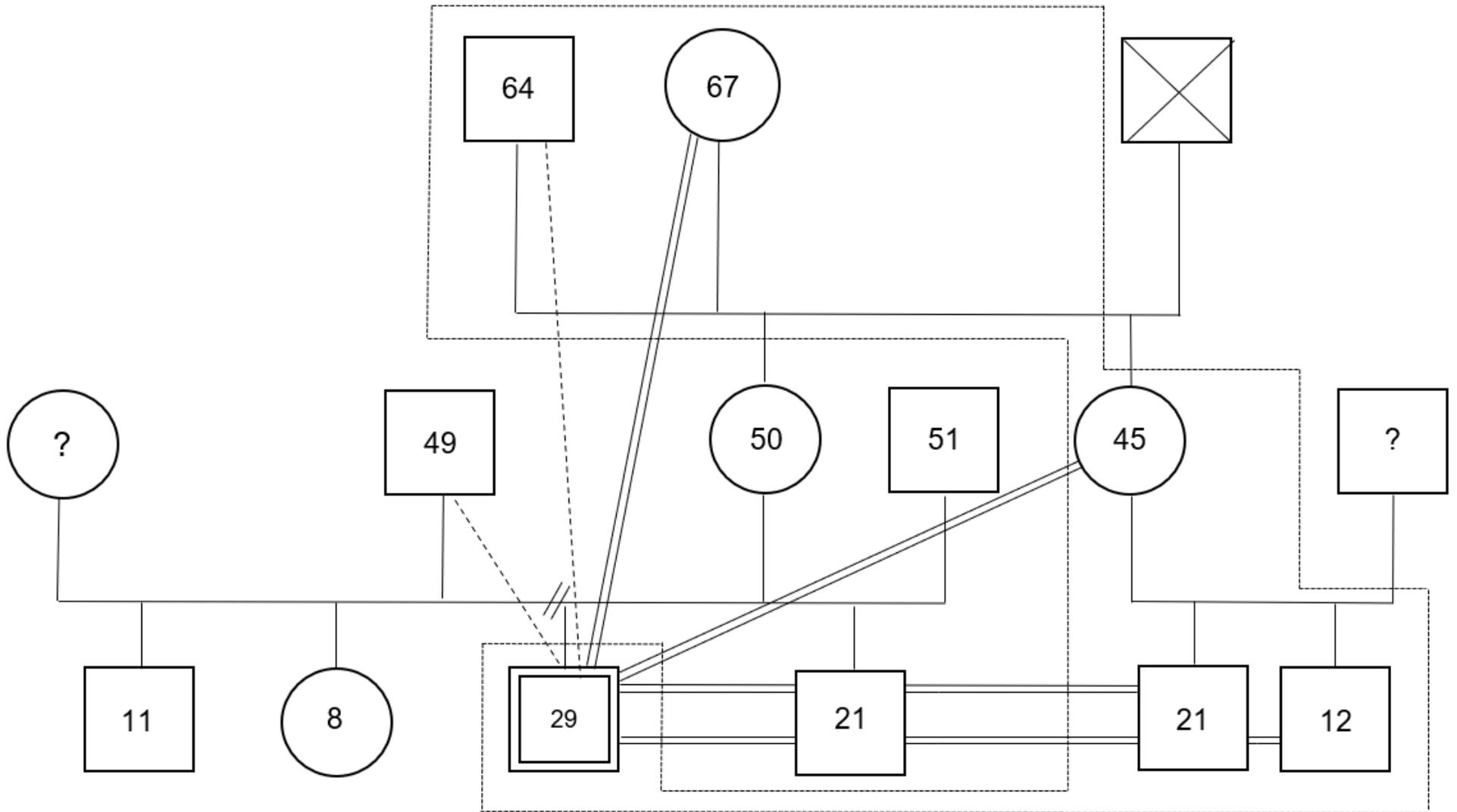
El paciente es un hombre de 29 años de edad que empezó a fumar por primera vez a los 22 años, adquiriendo el hábito de forma regular desde esa edad, e incrementado a raíz de la pandemia, en el año 2020. Vive con su abuela materna, su abuelastro, su tía materna y sus dos hijos, uno de los cuales tiene el hábito de fumar. No tiene una relación cercana con su padre biológico y a su madre, que reside en Managua, la mira ocasionalmente. Es odontólogo de profesión y tiene un círculo cercano de amigos, por lo que mantiene una vida social activa. Desde hace 7 años consume tabaco y comenta sentir ansiedad de vez en cuando; a día de hoy no requiere medicación para controlarla, ni ha acudido anteriormente a consulta psicológica. Además del problema de ansiedad mencionado, no refiere otras patologías graves.

b) Datos familiares y Genograma

Actualmente vive con su abuela materna, su abuelastro, su tía materna y dos primos. A la edad de 10 años su madre tuvo que irse a Managua a trabajar y él se fue a vivir con ella y su padrastro. Comenta que, durante este tiempo de convivencia con su padrastro, se sentía incomodo ya que el padrastro generalmente le decía como debía comportarse y todo el tiempo estaba insistiendo en la manera que debería de actuar, razón por la cual él decide irse de Managua a la edad de 14 años y a partir de entonces, vuelve nuevamente a León donde actualmente vive.

Mantiene una relación distante con su padre ya que, a lo largo de su vida, no ha tenido interacción o contacto con él. La relación entre los miembros de su familia nuclear la describe como buena en general. Tiene más cercanía con su abuela materna, tía y primos. Por otra parte, la relación con su abuelastro la describe como distante.

A continuación, se presenta el genograma que detalla la dinámica familiar del sujeto.



c) Motivo de consulta

El paciente tiene interés en dejar el hábito de fumar ya que considera que le está repercutiendo en su salud física y le preocupa poder desencadenar una enfermedad producto de este hábito. No presenta problemas anteriores de salud relacionados con el consumo del tabaco. Desde el mes de enero del corriente año ha estado contemplando el hecho de dejar de fumar ya que a largo plazo puede desarrollar cáncer, motivo por el cual se ha planteado el tratamiento.

Asimismo, durante las sesiones consultó si podría abordarse otras temáticas relacionadas a su vida, ya que estaba interesado en conocer un poco más sobre estas áreas.

d) Historia del problema

Hasta el inicio del tratamiento, (2022), el paciente consumía una media de 20 cigarrillos por día de marca tipo Marlboro rojo o doble click. Lo primero que hacía al levantarse era encender su cigarrillo. De igual forma en el transcurso del día tenía la costumbre de fumar cigarrillos, después de almuerzo, por las tardes y antes de acostarse por las noches.

En dos ocasiones anteriores intentó dejarlo, el primer intento fue durante un período de 15 días debido a que experimentó un ataque de ansiedad que no le permitía ni caminar. Pero luego vuelve a retomar el consumo una vez superada su crisis de ansiedad comentando que continua su hábito por la costumbre de hacerlo. La segunda ocasión fue aproximadamente de un mes; en ese entonces, sustituyó su consumo de tabaco por un vapeador, pero luego introdujo un líquido con sabor a tabaco y retomó el consumo. Ambos intentos de dejar de fumar fueron sin ayuda profesional. Respecto a su salud mental, comenta que experimenta ansiedad ocasionalmente, en el momento de la intervención estaba pasando por una ruptura amorosa luego de una relación de 9 meses, por lo que comentaba sentirte triste.

Asimismo, por motivos laborales, comentó sentirse estresado, debido a que sus proyectos no le han resultado como él lo esperaba. Nunca ha consumido fármacos de ningún tipo ni había acudido a ninguna intervención psicológica anteriormente.

e) Conceptualización de caso

Este caso se aborda tomando en cuenta algunos elementos del enfoque multicomponente, tales como técnicas de relajación, reducción del consumo de cigarrillos, control de estímulos, así como técnicas del modelo cognitivo conductual, como autorregistros, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, técnicas de autocontrol, autoinstrucciones, ejercicios de respiración, relajación progresiva de Jacobson, técnicas de visualización, las cuales fueron

adaptadas al caso según las particularidades del paciente. No se emplea terapia farmacológica debido a que el sujeto ha decidido no hacer uso de fármacos para trabajar su adicción, así como dicho estudio no permite ese alcance ya que el abordaje es únicamente psicológico.

- **Evaluación para el diagnóstico y delimitación del problema**

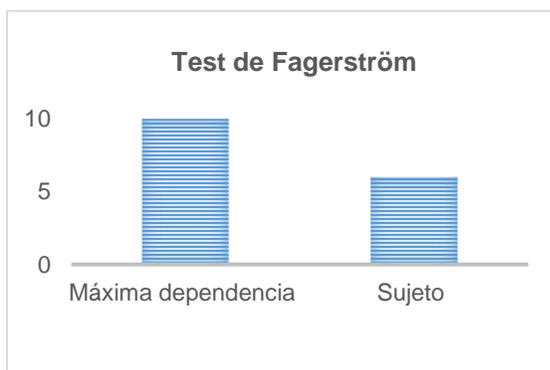
Se emplearon diversas técnicas para medir el nivel de consumo de tabaco. Los principales resultados se presentan a continuación, con la finalidad de exponer y delimitar de forma clara la adicción del sujeto.

Dependencia

El sujeto presenta una dependencia física alta, con una puntuación de 6 sobre 10, lo que se comprueba según lo comentado por el sujeto en relación a su nivel de consumo, ya que al despertarse lo primero que realiza es fumarse un cigarrillo, además que generalmente consume una cantidad considerada de cigarrillos y le es difícil controlarse en su consumo.

Figura 1

Resultados del test de Fagerström



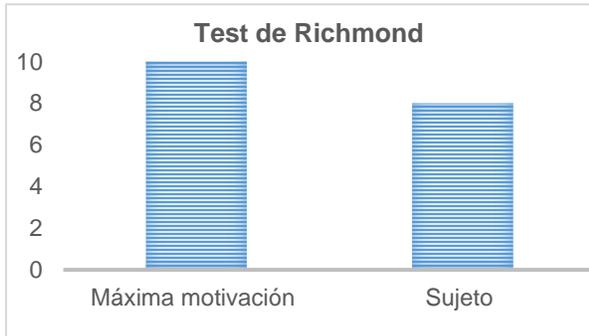
Nota. Fagerström et al., (1991).

Motivación y autoeficacia

El sujeto obtuvo una puntuación total de 8 puntos sobre 10, lo que se considera una puntuación moderada para dejar de fumar. Esto se puede ver reflejado en su interés en dejar de consumir tabaco y su compromiso con el tratamiento.

Figura 2

Resultados del test de Richmond

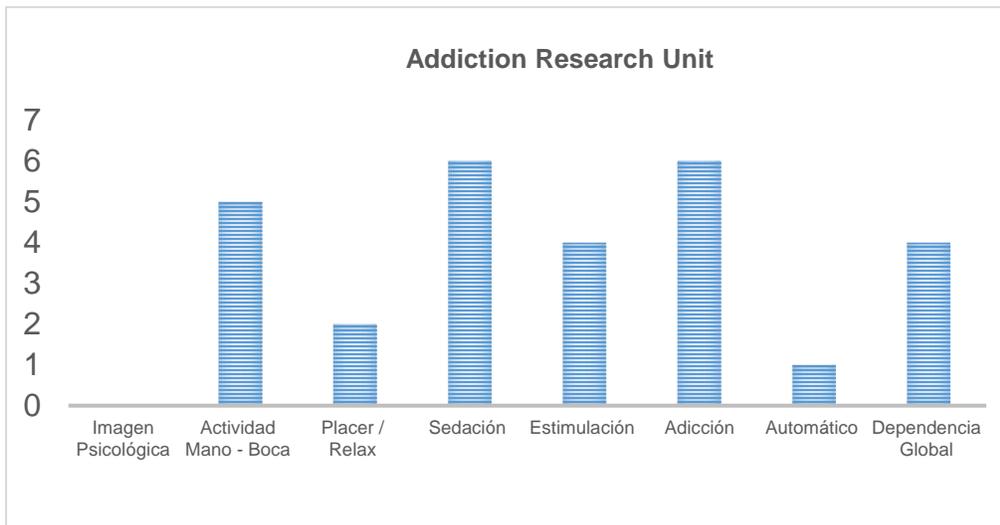


Nota. Richmond et al., (1993).

A continuación, se presentan los resultados de los principales motivos por los cuales el sujeto realiza la conducta de fumar, destacándose principalmente y en igual medida el deseo de sedación y la adicción en sí misma.

Figura 3

Resultados del test Addiction Research Unit

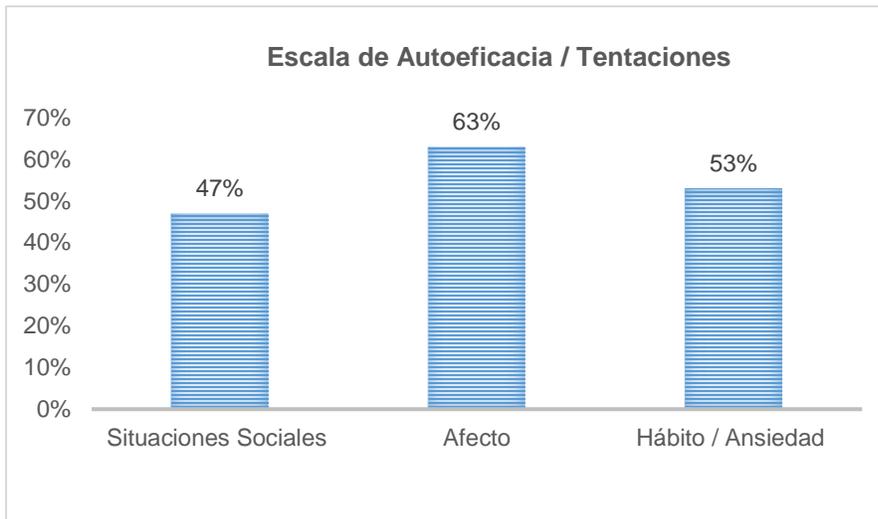


Nota. West & Rusell (1985).

En relación al nivel de autoeficacia, es medida en función a tres subescalas que perfilan al sujeto en función de las perspectivas de autoeficacia en situaciones sociales, afecto y hábito o ansiedad. Los resultados obtenidos refieren que el sujeto principalmente fuma por aspectos emocionales, seguido de la presencia de ansiedad y el hábito ya instaurado y finalmente por situaciones sociales.

Figura 4

Resultados de la escala de Autoeficacia / Tentaciones



Nota. Velicer et al., (1990).

Ansiedad

El nivel de ansiedad que presenta el sujeto, aparece reflejado en los siguientes resultados del Test Escala de ansiedad de Hamilton, con una puntuación de 11 puntos de ansiedad psíquica sobre 28 puntos. Por otra parte, la ansiedad física es menor, correspondiendo a 7 sobre 28. Esto refleja que la ansiedad se manifiesta mayoritariamente a nivel psicológico, lo que se puede presentar en un estado de ánimo ansioso manifestado en preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión e irritabilidad e insomnio.

Figura 5

Resultados de la escala de ansiedad de Hamilton



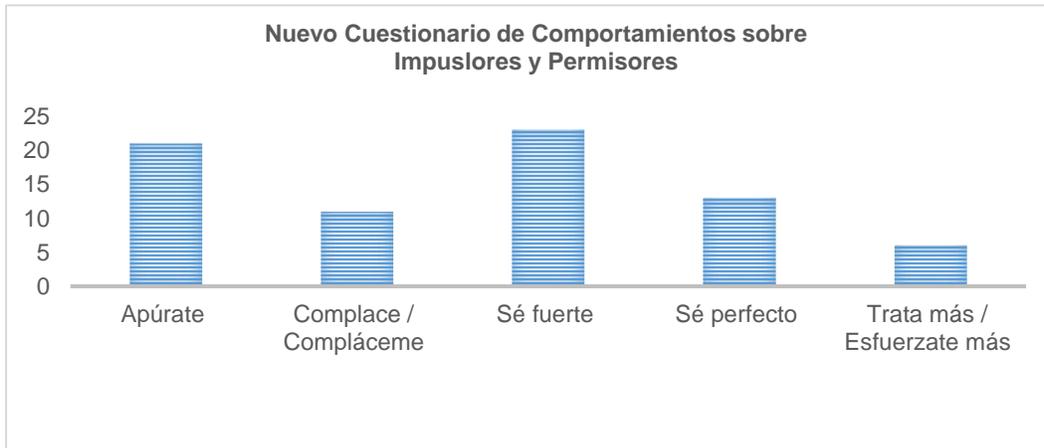
Nota. Hamilton (1969).

Impulsores y permisores de la conducta

El sujeto se encuentra principalmente motivado por el impulsor “Se fuerte”, caracterizado por una falta de expresión de las emociones, incapacidad para interdependencia normal, manifestada en pedir o dar apoyo, así como una excesiva independencia.

Figura 6

Impulsores y Permisores de la conducta



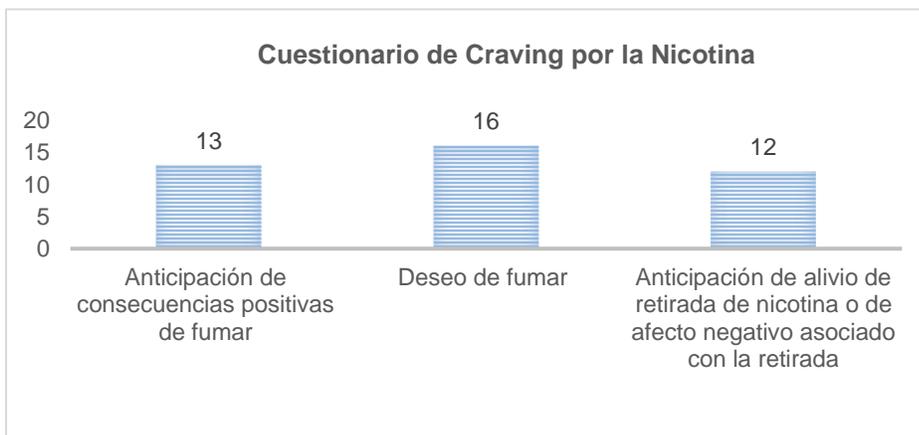
Nota. Kahler & Capers (1974).

Craving

El principal síntoma del craving se manifiesta por un fuerte deseo de fumar caracterizado por las cuales se presentaron de forma diaria, constante e intensa. A continuación, se presentan los resultados obtenidos de las tres dimensiones del craving que el instrumento evalúa.

Figura 7

Cuestionario de Craving por la Nicotina



Nota. Villalobos et al., (2012).

- **Evaluación para la Conceptualización del Caso (análisis funcional)**

Antecedentes	Conducta	Consecuencias
Al despertar		
Después de comer	Fumar un cigarrillo entero,	Disminución de la ansiedad
Al salir con amigos	inhalando el humo con	y estrés. Forma de lidiar
Después de cenar	caladas profundas.	contra el aburrimiento.
Al estar aburrido		
Al caminar		
Antes de ir a dormir		

En los antecedentes se muestran las principales situaciones por las cuales el sujeto fuma, argumentando que la razón principal se debe a la rutina de hacerlo y a la adicción que presenta. Igualmente, ante eventos que le provocan estrés o momentos en los cuales se encuentra aburrido o no tiene nada que hacer. Componente en común, presencia de ansiedad que le generaba. Al momento de iniciar el tratamiento, consumía alrededor de 20 cigarrillos por día, los cuales fueron disminuyendo a lo largo de la intervención.

En todas las situaciones mencionadas anteriormente, el sujeto consumía impulsado por la sensación de costumbre al cigarro, automatización de la conducta y escape de situaciones estresantes o tediosas. Además, por razones físicas relacionadas a dependencia química que ya se había instaurado en su organismo, que se manifestaba principalmente como una sensación de inquietud por querer consumir.

La conducta de fumar fue variando a medida que el tratamiento avanzaba. Durante las primeras semanas de la intervención, consumía el cigarrillo en su totalidad, sin embargo, a medida que fue avanzando el tratamiento, únicamente daba algunas caladas y luego lo desechaba antes de terminarlo. Asimismo, comenta que anteriormente le molestaba regalar sus cigarrillos cuando salía con amigos y estos le pedían, pero ahora no le molesta en lo absoluto e incluso los regala a los demás.

En cuanto a las consecuencias del acto de fumar, esta se encuentra reforzada tanto positiva como negativamente, ya que obtiene cierto grado de satisfacción al fumar y comenta que disminuía sus niveles de ansiedad. No obstante, actualmente comenta que ya no le genera ningún bienestar.

i) Descripción y resultados del tratamiento

La propuesta de intervención que se describe a continuación, está basada principalmente en el enfoque cognitivo – conductual, tomando como referencia algunos elementos del modelo de tratamiento multicomponente del tabaquismo propuesto por Becoña, entre ellos, técnicas de relajación, control de estímulos, autoinstrucciones, autorregistro y sesiones de seguimiento una vez abandonado el hábito de fumar.

Dicha intervención corresponde a un programa de deshabituación paulatina de tabaco abordado durante 12 sesiones, realizadas semanalmente y de una hora aproximada de duración. Asimismo, se pautaron sesiones de seguimiento en formato presencial, correspondiente al primer mes, luego a los 3 meses y finalmente a los 6 meses de haber abandonado el tabaco.

Cabe destacar que dicho programa, además de los elementos mencionados anteriormente del enfoque multicomponente, incorpora otras técnicas que fueron añadidas con el fin de adaptar el programa a las necesidades y características particulares del sujeto evaluado.

▪ **Primera sesión**

Objetivos

- Conocer las expectativas del sujeto en relación al programa.
- Identificar historia de consumo.
- Delimitar el encuadre terapéutico.

Técnicas e Instrumentos

- Aplicación de entrevista de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC)
- Firma de consentimiento informado y contrato conductual.
- Explicación de la técnica de autorregistro sobre el consumo de tabaco.
- Autorregistro de consumo de tabaco.

Resultados

Desde este primer encuentro, se utiliza la técnica de autorregistros para ir entendiendo mejor la conducta del consumo de tabaco e identificar pautas de intervención durante el tratamiento.

Se identifica dejar de fumar como la expectativa principal del tratamiento, ya que comenta que es una decisión que ha estado contemplando desde inicio del año ya que a largo plazo puede

desarrollar cáncer. Considera que la ansiedad es una de las razones principales que le originan ganas de fumar.

▪ **Segunda sesión**

Objetivos

- Conocer el nivel de dependencia a la nicotina.
- Conocer el nivel de motivación para dejar de consumir tabaco.
- Identificar las razones de consumo de tabaco.
- Identificar el nivel de autoeficacia en relación al consumo de tabaco.

Técnicas e Instrumentos

- Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström (FTND)
- Test de Motivación de Richmond
- Test Addiction Research Unit (ARU) de West y Rusell
- Escala de Autoeficacia / Tentaciones – Formato extenso de Velicer et al., (1990).
- Autorregistro de consumo de tabaco.

Resultados

El sujeto sugiere tener mayor control del consumo que antes, a pesar que sigue consumiendo casi un paquete de cigarros diariamente. Asimismo, resalta tener un mejor manejo al momento de fumar, aludiendo a que ya no se desespera tanto al momento de querer fumar. Identifica que el estrés le ha impedido disminuir el consumo de tabaco y subraya la posibilidad de sustituirlo con algo que no sea tan dañino, como chicle. Consideró sustituirlo con chicle. Comenta que estaba considerando dejarlo de golpe, pero que es algo que lo podría sofocar por querer fumar, por lo que establece que realizará el abandono de forma paulatina.

Identifica que generalmente fuma cuando no está haciendo nada o va en camino a algún lugar. Asimismo, relata que no siente placer de fumar ya que no le gusta el olor y le causa mareo. Resalta su deseo por dejar de fumar antes de dormirse, pero continua en la misma conducta de fumar, atribuyendo su dificultad a la falta de fuerza de voluntad.

En relación al consumo de cigarrillos, comenta que era lo primero que consumía al despertarse y acostarse, pero que ahora ha estado guardando el cigarrillo de la noche, por tanto, ya no lo consume. Para la siguiente semana se ha propuesto disminuir al menos a 10 cigarrillos o menos.

▪ **Tercera sesión**

Objetivos

- Obtener información relevante de la vida del sujeto.
- Disminuir el nivel de ansiedad y estrés.

Técnicas e Instrumentos

- Relajación progresiva de Jacobson
- Meditación guiada
- Línea de vida
- Autorregistro de consumo de tabaco.

Resultados

Comenta que tiene más consciencia y control sobre el consumo. Por la mañana consume aproximadamente tres horas luego de haberse despertado. Identifica que su consumo es consecutivo ya que se puede fumar uno o dos cigarrillos de forma continua.

Ha estado variando la marca del cigarrillo, por lo general fuma Marlboro doble clic o Marlboro rojo y no pudo lograr consumir como máximo 10 cigarrillos, no obstante, comenta que se propone fumar como mínimo 3 cigarrillos por día.

Los ejercicios realizados de relajación permitieron que la persona alcanzara un nivel de tranquilidad y su nivel de ansiedad disminuyera. Por otra parte, se pudo entender la relación de sucesos vitales en la represión de sus emociones y sentimientos, lo que el sujeto identifica como un problema que hasta ahora no visualizaba su origen ni impacto.

▪ **Cuarta sesión**

Objetivos

- Valorar la calidad de sueño del sujeto.
- Explorar la dinámica familiar.
- Identificar los permisores de conducta del sujeto.

Técnicas e Instrumentos

- Test "Nuevo cuestionario sobre Impulsores y Permisores"
- Genograma / Familiograma.

- Autorregistro de consumo de tabaco.

Resultados

La revisión de autorregistros mostró buenos resultados a medida que el tratamiento avanzaba, reduciendo de 20 a 10 cigarrillos por día, hasta finalmente consumir 5 como máximo y en ocasiones no consumía cigarros durante un día entero.

A pesar que su objetivo sobre la cantidad de cigarrillos a consumir, delimitada anteriormente como tres cigarrillos por día, no fue cumplida, comenta estar más consciente y con mayor autocontrol sobre su consumo. Se establece nuevamente un consumo de diez cigarrillos por día como máximo y se delimita que se realizará a partir de las tres de la tarde.

Por otra parte, se indagó en los hábitos de sueño del sujeto, destacando dificultad para conciliar el sueño, asimismo refiere taquicardia y mayor desvelo, por lo que se brindaron algunas sugerencias de higiene del sueño a incorporar, además del ejercicio de relajación progresiva de Jacobson o ejercicios en forma de audio sobre meditaciones guiadas cortas para conciliar el sueño. Disminuir el consumo a 10 cigarrillos diarios.

- **Quinta sesión**

Objetivos

- Valorar cualitativamente el avance del tratamiento.
- Brindar retroalimentación sobre los avances obtenidos y áreas de mejora del sujeto.
- Identificar actividades alternativas al hábito de fumar.
- Reconocer las situaciones desencadenantes del consumo a fin de prevenirlo.

Técnicas e Instrumentos

- Control de estímulos al evitar y esconder estímulos desencadenantes del consumo.
- Modificación de conducta por medio de actividades alternativas a fumar.
- Estrategia de autocontrol al comprar cigarrillos únicamente cuando se acaben.

Resultados

El sujeto expresa tener mayor nivel de control y consciencia en cuanto a su conducta de fumar, ya que refiere que anteriormente no sabía que fumara bastante, lo que pudo ser visible mediante la técnica del autorregistro.

En el aspecto emocional comenta sentirse mejor ya que refiere tener mayor control sobre sus emociones y estado de ánimo en general.

Refiere observar un progreso en cuanto a la intervención, “no había notado que fumara bastante”. Asimismo, comenta “no sabía que tenía esos problemas de emociones”. Normalizaba ambos comportamientos, y se reprimía mucho de sus emociones, lo que relacionó con su consumo de tabaco como método para canalizar su estrés. Identifica además una mejoría en expresar mejor sus emociones y sentimientos. Se continua con el consumo máximo de 10 cigarrillos por día y se sugiere que fume con la mano contraria con la que suele fumar.

▪ **Sexta sesión**

Objetivos

- Reconocer los principales motivos o razones de consumo.
- Identificar las reacciones del tabaco a nivel físico y psicológico.

Técnicas e Instrumentos

- Psicoeducación sobre Impulsores de la Conducta.
- Autorregistro del consumo de tabaco.

Resultados

Refiere que consumir tabaco le provoca asco por lo que ya no consume completamente el cigarrillo, botándolo o regalándolo. “Siento que de verdad me está dando asco”, comenta. A nivel físico ha estado experimentando taquicardia y sostiene que tiene que enfocarse en algo para evitar el consumo, por lo que generalmente mira videos o series en el celular.

Comenta además que la adicción ahora la percibe como “más psicológica”, argumentando que el consumo se da por hábito y ansiedad y como medio para afrontar el estrés.

Se entregaron los resultados del test “Nuevo cuestionario sobre Impulsores y Permisores” y se reflexionó de la posible relación entre el impulsor predominante con el consumo del cigarrillo. Se estableció un día para no fumar.

▪ Séptima sesión

Objetivos

- Identificar las fortalezas, obstáculos, debilidades y amenazas del sujeto en relación al consumo de tabaco.
- Identificar el nivel de ansiedad del sujeto.
- Explorar fecha tentativa a eliminar el consumo.
- Establecer estrategias de afrontamiento para evitar el consumo.

Técnicas e Instrumentos

- FODA personal (Fortalezas, Obstáculos, Debilidades y Amenazas) en relación al consumo de tabaco.
- Inventario de ansiedad de Hamilton.
- “Árbol de los Logros”
- Estrategias de afrontamiento ante el consumo de tabaco.

Resultados

En relación a sus hábitos de sueño comenta que han mejorado; se duerme y se levanta temprano. En cuanto a su forma de pensar y actuar comenta “Para todo ponía excusa, ahora estoy pasando a la acción”. Se sugiere si es posible establecer un día para eliminar el consumo de tabaco de forma definitiva a lo que responde no sentirse preparado. Comenta la necesidad de buscar hábitos nuevos en vez de fumar, pero subraya que no es lo ideal ya que no puede reemplazar una cosa con otra.

En el FODA realizado identifica como principales fortalezas la fuerza de voluntad, consciencia, ganas de dejar de fumar, y determinación. En cuanto a las debilidades establece la adicción y costumbre al tabaquismo. Dentro de las oportunidades establece el precio de los cigarrillos y finalmente en función de las amenazas, delimita la accesibilidad, aburrimiento y salidas ocasionales. Comenta además que le gustó realizar el ejercicio ya que le permitió adquirir mayor visibilidad sobre el consumo.

Expresa tener mayor autocontrol sobre las cosas, no obstante, refiere ser demasiado ansioso, lo que lo lleva a desesperarse.

Se le cuestiona identificar cuáles serían los beneficios psicológicos de dejar de fumar, así como pensamientos recurrentes y desafíos experimentados durante el día destinado a no fumar.

▪ **Octava sesión**

Objetivos

- Identificar los pensamientos más recurrentes en relación al consumo de tabaco.
- Explorar la disponibilidad y deseo de abandonar el consumo de tabaco.
- Conceptualizar brevemente la ansiedad, así como brindar técnicas de afrontamiento.
- Gestionar los pensamientos automáticos en relación al consumo de tabaco.

Técnicas e Instrumentos

- Ejercicio de visualización para disminuir la ansiedad.
- Hoja de registro de ansiedad y monitoreo de pensamientos.
- Psicoeducación sobre ansiedad y estrategias de afrontamiento.
- Autorregistro de consumo de tabaco.

Resultados

Identifica que uno de los pensamientos más recurrentes al momento de querer fumar es la frase "Quiero un cigarro". Se indaga sobre el temor a dejar de consumir tabaco indefinidamente, y responde no sentirse listo para abandonar definitivamente el tabaco. Comenta que su consumo ha disminuido notoriamente y que ya no experimenta la misma ansiedad que anteriormente le invadía al querer fumar, no obstante, continúa fumando ocasionalmente.

Se discuten los resultados obtenidos sobre el test de ansiedad realizado anteriormente, remarcando que el nivel de ansiedad es mayoritariamente a nivel psíquico y de forma emocional, lo cual coincide con los resultados obtenidos de la escala de ansiedad aplicada.

Se establecen tres días consecutivos en los cuales no consumirá ningún cigarrillo donde deberá identificar pensamientos recurrentes, retos y posibles tentaciones en relación a fumar.

▪ **Novena sesión**

Objetivos

- Indagar fecha tentativa para el consumo definitivo de tabaco (día D).
- Prevenir el consumo de tabaco mediante la identificación y reconocimiento previo de disparadores o tentaciones relacionadas a este.
- Identificar las expectativas del final del tratamiento.
- Establecer conductas alternativas cada vez que aparezca el deseo de fumar.

Técnicas e Instrumentos

- Psicoeducación sobre sugerencias para prepararse para el día D.
- Detención del pensamiento.
- Entrenamiento en autoinstrucciones.
- Ejercicio “Aceptar y redirigir la ansiedad”.

Resultados

Se indagó si habría una fecha para establecer el día D, pero el sujeto comenta no estar preparado aun para eliminar el consumo de tabaco. No obstante, se compromete a establecer durante la semana, ciertos días de consumo cero. Comenta que posee mayor autocontrol y consciencia, pero aun presenta dificultad al momento de no consumir tabaco. Ha estado presentando dolores de cabeza y actualmente está consumiendo cafeína.

Se sugirieron algunas técnicas que se podrían utilizar cada vez que el pensamiento de consumo apareciera. Se orientó que se repitiera una palabra para sí mismo, que se dijera instrucciones a seguir para evitar el consumo y que visualizara una señal de alto cada vez que se presentaran los deseos de consumo. Se sostiene como principal expectativa del tratamiento, no fumar ningún cigarrillo y se sugiere ir pensando en una fecha para dejarlo de forma definitiva.

▪ **Décima sesión**

Objetivos

- Valorar cualitativamente la intervención.
- Redirigir la intervención según las necesidades identificadas por el sujeto de estudio.
- Ofrecer y recibir feedback del proceso de deshabituación tabáquica.

Técnicas e Instrumentos

- Feedback del proceso de intervención realizado.
- Psicoeducación sobre los términos “caída” y “recaída”, síndrome de abstinencia, resaltando los síntomas físicos y psicológicos.
- Autorregistro de control de abstinencia y síntomas experimentados.

Resultados

Se realizó una evaluación general sobre el proceso de deshabituación tabáquica donde se identificaron los recursos con los que la persona cuenta para enfrentar el deseo de consumir

tabaco. Fueron retomadas las estrategias y herramientas aprendidas durante las sesiones. El sujeto comenta sentirse más consciente, haber limitado en gran medida su consumo de tabaco y sobre todo sentirse preparado para comenzar su proceso de consumo nulo de tabaco. Asimismo, dice sentirse mejor y sostiene “Siento que estoy como un niño de nuevo”, refiriéndose a que ahora conoce nuevas maneras de actuar, al mismo tiempo que subraya que este proceso le pudo ayudar a identificar defectos que antes no había notado, ni de los que era consciente.

▪ **Undécima sesión**

Objetivos

- Explorar síntomas de abstinencia presentados.
- Reconocer principales tentaciones durante la abstinencia.
- Evaluar el nivel de compromiso al dejar de fumar.
- Identificar detonantes o disparadores del consumo a fin de prevenir recaídas.

Técnicas e Instrumentos

- Psicoeducación sobre el síndrome de abstinencia del tabaco.
- Escala de síntomas de abstinencia de la nicotina.
- Cuestionario de Craving por la Nicotina (CCN).
- Entrenamiento en autoinstrucciones para prevenir recaídas.
- Control de estímulos que desencadenen el consumo.

Resultados

Acude a la sesión sin haber consumido tabaco durante la última semana. Comenta que por momentos experimenta ansiedad, pero ha podido gestionarla. Expresa sentirse “sofocado por momentos”. Resalta que mayoritariamente la ansiedad se manifiesta tanto de forma física como psicológica mediante taquicardia, lo que el describe como que se acelera el corazón, además de cosquilleos en corazón y pecho. A nivel psicológico se imagina muchos escenarios que le producen estrés tales como asuntos laborales y una reciente ruptura amorosa, no obstante, comenta que lo ha sabido manejar utilizando técnicas de relajación y respiración.

Durante estos periodos de ansiedad realiza actividades alternativas para no fumar, tales como caminar, comprar caramelos o gaseosas. Asimismo, ya ha eliminado todos los estímulos ligados al consumo de tabaco, como ceniceros, encendedores, cigarrillos. También resalta que durante el segundo día luego de fumar, experimentó síntomas de *craving*, identificado como un deseo de querer fumar, pero pudo controlarlo.

La decisión de abandono de tabaco únicamente lo comentó con su familia ya que actualmente no ha visto a sus amistades, al mismo tiempo que señala que el encuentro con estos corresponde a su “prueba de fuego” en relación al consumo, ya que algunos de sus amigos fuman.

Ha estado experimentando breves episodios de pérdida de sueño durante la madrugada, pero luego a los pocos minutos vuelve a conciliar el sueño, por lo que se brindaron algunas estrategias antes de dormir para intentar tener una mejor calidad del sueño.

Finalmente comenta “Por momentos se me viene que quiero fumar, pero lo evito” y destaca que, a modo general, se ha sentido bastante bien y subraya “Todo es cuestión de voluntad. Querer hacer las cosas bien”.

▪ **Duodécima sesión**

Objetivos

- Explorar e identificar sintomatología durante el proceso de abstinencia.
- Identificar logros y dificultades experimentados a lo largo del tratamiento.
- Establecer una rutina mediante la técnica “Time Blocking”.
- Brindar técnicas de autocuidado y resolución de conflictos.

Técnicas e Instrumentos

- Técnicas de autocuidado en aspectos físico, emocional, mental y social.
- Time Blocking.
- Estrategias de afrontamiento.
- Psicoeducación sobre la importancia de la autoeficacia en adicciones.
- Conductas alternativas a fumar.

Resultados

Se continua la abstinencia total de cigarrillos. El sujeto menciona sentirse mejor y no presentar síntomas de abstinencia con frecuencia o intensidad. Únicamente refiere que por momentos leves percibe el deseo de fumar pero que se repite a sí mismo, “No, mejor no, ¿para qué?, se supone que lo estoy dejando”. Se comunicaron los resultados del Cuestionario de Craving por la Nicotina (CCN), donde se destaca el deseo de fumar como principal síntoma de craving durante el periodo de abstinencia e identifica que los deseos de fumar generalmente se presentan en momentos de aburrimiento, y por tanto intenta distraerse leyendo o viendo series.

Refiere sentirse decaído, con menos energía, no obstante, sus hábitos de sueño han mejorado ya que ahora se levanta más temprano y duerme mejor. Se le sugirieron algunos tips de higiene del sueño para tener una mejor calidad de este y no levantarse en las madrugadas.

Se compartieron tips de autocuidado a nivel físico, emocional, mental y social. Se explicó el concepto de autoeficacia y su importancia en el proceso de abandono de adicciones. Se compartió la técnica “Time Blocking”, así como un autorregistro de control de hábitos ya que en la sesión anterior comentaba que se considera una persona procrastinadora por lo que ambas herramientas proponen una mejor organización del tiempo y planificación del tiempo.

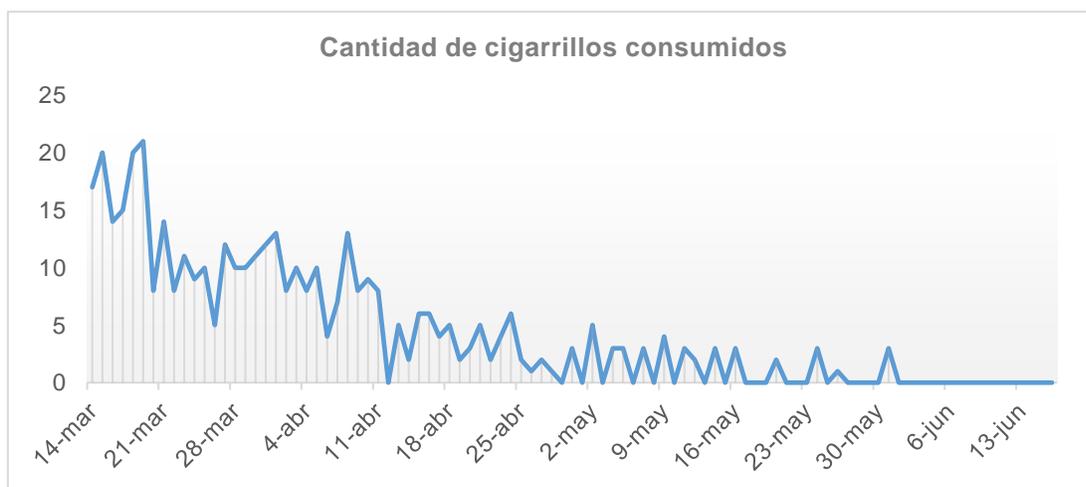
Identifica el tratamiento como útil y comenta que “En general me di cuenta de muchas cosas que necesitaba saber; la adicción al cigarro es una adicción tonta, nunca le he visto sentido.” Subraya que abandonar la adicción al tabaco es una decisión personal e identifica el proceso más como un reto. Reconoció que era adicto a la nicotina y comenta “Empecé como hobby y luego me quedé enganchado”.

Su objetivo es mantenerse abstinentes, se proyecta no consumiendo más. Se establecieron las sesiones de seguimiento correspondientes a un mes, tres meses y seis meses de haber finalizado el tratamiento y se enfatizó que, en caso de considerar asistencia o apoyo, se podría contactar nuevamente y fijar un día para abordar cualquier inconveniente experimentado.

A continuación, se presenta el consumo del sujeto durante todo el periodo del tratamiento.

Figura 8

Consumo de cigarrillos durante la intervención



Nota. Información recopilada de los autorregistros semanales.

Discusión del caso

En el presente estudio se implementó un programa de intervención con enfoque cognitivo – conductual y elementos del modelo multicomponente en un usuario de 29 años, que decidió participar voluntariamente para disminuir su consumo de cigarrillos. A continuación, se analizan los principales resultados, retomando distintas teorías que pueden explicar los mismos.

De manera general se identifican como principales elementos característicos en este caso de adicción al tabaco, los factores farmacológicos, por la adicción a la nicotina; sociales, en relación a la facilidad y disponibilidad de acceso a la sustancia adictiva, y principalmente a factores de índole psicológico – comportamental, ya que el sujeto mantenía la creencia y expectativa de que el cigarro le proporcionaba cierto nivel de relajación o tranquilidad en situaciones estresantes, asimismo identificaba el consumo como un hábito que ya había sido automatizado a lo largo de todos los años de consumo y era parte de su cotidianidad.

Durante los años de consumo de tabaco, la cantidad de cigarrillos aumentaba gradualmente, lo que se conoce como síndrome de tolerancia a una sustancia adictiva. Al momento que acudió a la primera sesión, consumía alrededor de 20 cigarrillos diario, equivalente a dos cajetillas de cigarrillos diarios, cantidad que fue disminuyendo durante la intervención.

Antes de acudir en busca de ayuda profesional, había tenido dos intentos previos para dejar de consumir que no fueron exitosos ya que retomó el consumo nuevamente, por lo que decidió buscar ayuda profesional para eliminar su consumo de tabaco y es por ello que al momento de iniciar la intervención se encuentra en la fase de preparación, según el modelo multicomponente (Secades Villa, Díez Álvarez y Fernández Hermida, 1999, citado en Garrido, 2011).

Las cuatro primeras sesiones corresponden a esta fase, donde el sujeto acude de forma voluntaria, con expectativas y motivación para comenzar su proceso de deshabitación tabáquica. A su vez, esta fase se caracteriza principalmente por dos factores importantes, como es la motivación y compromiso. Asimismo, durante esta fase se realizó una breve exploración para delimitar el nivel de adicción del sujeto, historia de consumo, razones de consumo y posibles beneficios de erradicar el consumo de tabaco, los cuales fueron principalmente enfatizados en el ámbito de mejores condiciones de vida y de salud, así como erradicar el mal hábito.

En relación a la conducta de consumo de tabaco se obtuvo que la persona consume regularmente tabaco principalmente por motivos de índole emocional, es decir, para gestionar el estrés, frustración, ansiedad y al momento de tener emociones como enojo o tristeza.

Estos resultados obtenidos pueden deberse a que el sujeto generalmente reprimía sentimientos desagradables (enojo, tristeza, frustración), actuando bajo el impulsor de “ser fuerte”, lo que se caracteriza principalmente por falta de expresión de las emociones, incapacidad para la interdependencia óptima, reflejada en pedir o dar apoyo, así como una excesiva independencia (Kahler y Capers, 1974). Por tanto, el consumo de tabaco podría entenderse como método de afrontamiento o sedación a emociones que el sujeto percibía como desagradables o poco aceptadas.

Por otra parte, se registró un nivel moderado de dependencia al tabaco, sin embargo, cabe destacar que es una conducta adictiva que ha mantenido a lo largo de los años, la cual puede estar relacionada a lo mencionado anteriormente, donde el cigarro funcionaba como un mecanismo de escape o sedación para controlar todas aquellas emociones o sensaciones desagradables experimentadas a lo largo de todos los años de consumo, llegando a desarrollar un abuso de consumo de tabaco ya que a pesar de reconocer las consecuencias negativas del consumo, y tener el deseo abandonarlo, se le dificultaba, producto de la misma adicción.

A pesar que desde la primera sesión establece que acude con el firme propósito de abandonar el consumo, no establece una fecha determinada para abandonarlo, por lo que se puede situar al sujeto en la fase de contemplación, según el modelo de cambio propuesto por Prochaska y Diclemente, (1983, citado en Barrueco et al., 2009; Becoña et al., 2011) el cual sostiene que durante esta fase la persona reconoce el problema y considera la posibilidad de cambiar, pero tiene dudas para hacerlo, por lo que es necesario ayudar al desarrollo de habilidades para el cambio de conducta, explorar la ambivalencia en torno a la decisión de abandonar el consumo, establecer un balance decisional que implique evaluar los pro y contra de la conducta de fumar para finalmente proporcionar un plan de apoyo.

Una vez obtenida la información relevante sobre la conducta de fumar en el sujeto y demás datos de importancia para la intervención, se inició la fase de abandono, siendo la de mayor duración y que tenía el objetivo de ayudar a la persona a abandonar el consumo de tabaco. Esta fase correspondió a la cuarta, quinta, sexta, séptima, octava, novena y décima sesión que estuvo caracterizado por el abandono paulatino de tabaco hasta conseguir la abstinencia total.

El sujeto optó por abandonar el consumo gradualmente ya que no se sentía preparado para eliminarlo de forma definitiva y se le dificultaba establecer una fecha determinada para abandonarlo definitivamente, ya que sentía cierto temor de abandonarlo y recaer nuevamente.

A medida que el tratamiento avanzaba y teniendo como objetivo el cese del consumo, se observó una de las características principales de toda conducta adictiva, la cual es la pérdida de control, manifestada por la necesidad recurrente del sujeto en consumir cigarrillos, incluso adoptando conductas de riesgo, al salir por las madrugadas en busca de cigarrillos, con tal de consumir, lo que desencadenó en síndrome de dependencia y tolerancia, los cuales a su vez también son síntomas presentes en las adicciones.

Por tanto, durante esta fase, se implementaron técnicas del modelo cognitivo – conductual tales como entrenamiento en relajación, control de estímulos, visualización o imaginación guiada, autoinstrucciones, estrategias de autocontrol y de afrontamiento, autorregistros, psicoeducación, las cuales demostraron tener efectos positivos en el sujeto, alegando que le permitían tener mayor control y consciencia sobre la conducta de fumar, así como, mejoraban la sensación de ansiedad que muchas veces experimentaba y le generaba deseo de fumar.

Mediante las técnicas anteriormente mencionadas, se puede establecer de forma general que lograron un impacto positivo en la persona, ya que le permitieron tener mayor consciencia del consumo de tabaco e identificar las razones que motivaban esta conducta, así como la adquisición de nuevas estrategias de afrontamiento dentro de las cuales se pueden mencionar la búsqueda de alternativas, control o evitación emocional, evitación comportamental y cognitiva, expresión emocional abierta y búsqueda de apoyo profesional.

Al mismo tiempo, el uso de autorregistros representó para el sujeto una herramienta clave en su conducta de consumo, ya que le permitió ser más consciente de la cantidad exacta de cigarrillos que consumía, realidad que pasaba desapercibida anterior a la intervención y que permitió identificar los estímulos que promueven la conducta de fumar, por lo que es una técnica a utilizar para lograr la reducción gradual del consumo de cigarrillos y de nicotina, desde el modelo multicomponente (Pérez et al., 2003, citado en Garrido, 2011).

Los procesos de cambio definidos por Prochaska (1993, citado en Becoña et al., 2011), se fueron produciendo de forma gradual a lo largo del tratamiento mediante a la adopción y modificación de nuevas pautas conductuales, emocionales y cognitivas ligadas al consumo de tabaco, los cuales posibilitaron un cambio positivo en el abandono del tabaco.

Dentro de algunos de estos procesos de cambio experimentados por el sujeto, se identifican el aumento de concienciación, al tener mayor consciencia de la conducta de fumar y todo lo que esto implicaba en su calidad de vida, así como los beneficios de abandonar el hábito, la autorrevaluación del impacto de la adicción al tomar consciencia de las consecuencias que esta

conducta puede generar, la reevaluación ambiental al visualizar como uno de sus amigos, quien tiene una adicción a la nicotina padecía tos crónica y entender inmediatamente que no quería continuar consumiendo por las repercusiones negativas del tabaco en la salud.

Los procesos de cambio mencionados anteriormente fueron ocurriendo casi simultáneamente a lo largo del avance del tratamiento, para finalmente adoptarlos como estrategias a utilizar en el proceso de abstinencia del tabaco.

De forma paulatina se fue disminuyendo el consumo hasta conseguir la abstinencia total, la cual pudo haber sido facilitada por la adquisición e incorporación de nuevas estrategias de afrontamiento a la conducta de fumar que fueron de gran utilidad ante el efecto del craving, durante la primera semana de abstinencia total, principalmente manifestada en síntomas físicos y pensamientos recurrentes de deseo de fumar.

Una vez que el sujeto alcanzó la abstinencia total o consumo cero, se dio inicio a la última fase del modelo multicomponente, la cual corresponde a la fase de mantenimiento, caracterizada, como su nombre lo indica, por mantener la abstinencia total de tabaco y prevenir una recaída por medio de la ejecución de técnicas como entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones, habilidades de resistencia a la tentación, entrenamiento en solución de problemas, estrategias cognitivas, autoinstrucciones, o apoyo social (Secades Villa, Díez Álvarez y Fernández Hermida, 1999, citado en Garrido, 2011).

Esta fase correspondió a las últimas dos sesiones, una vez que el sujeto alcanzó el consumo cero y se establecieron las sesiones de seguimiento correspondiente al primer mes, tres meses y seis meses luego de la retirada del consumo de tabaco.

Las técnicas empleadas durante esta fase correspondieron al establecimiento de conductas alternativas al consumo de tabaco, tales como tomar agua, consumir caramelos, hacer respiraciones profundas, no comprar ni pedir cigarrillos, salir a caminar, esperar a que el deseo de consumir desaparezca, distraerse viendo videos.

Otra de las técnicas empleadas durante esta última fase correspondió a la psicoeducación sobre el síndrome de abstinencia en relación a la sintomatología y algunas estrategias para evitar el consumo durante esta fase, asimismo, se brindaron técnicas de autocuidado, se explicó la diferencia entre caída y recaída y el papel fundamental de la autoeficacia en la deshabitación.

El compromiso y motivación fueron elementos claves en el proceso de deshabitación tabáquica, al asumir la responsabilidad y entender la importancia de la implicancia personal en

el propio proceso de cambio, por medio de la adquisición y práctica de estrategias de autocontrol, control de impulsos, reconociendo que el principal responsable y beneficiado del cambio es el mismo, lo que también influye en la liberación social con el aumento de toma de decisión en abandonar el consumo y mantener la abstinencia mediante la fuerza de voluntad y adoptando el contracondicionamiento, al abandonar aquellas conductas que incitaban al consumo, reemplazándolas por otras conductas alternativas al consumo de tabaco para finalmente evitar las situaciones que suponen un alto riesgo de consumo mediante el control de estímulos.

Otro de los elementos a tomar en cuenta como uno de los factores de éxito que mayoritariamente potenció la retirada de la nicotina fue el hecho que haya sido un proceso paulatino que le permitió ir tomando consciencia y mayor autocontrol, además de las técnicas facilitadas a lo largo del tratamiento, que empleó para tener un mejor abordaje de la adicción.

Finalmente se concluye que el objetivo de este trabajo ha contribuido a la reducción del consumo de tabaco de la persona involucrada, obteniendo la abstinencia a la nicotina, el cual, según los resultados obtenidos en el sujeto participante, se considera que ha sido una intervención que ha cumplido con su objetivo, estableciendo que puede ser un protocolo a considerar en futuros casos de adicción a la nicotina.

Con el trabajo realizado se consiguió que el sujeto disminuyera su consumo de tabaco, obteniendo la abstinencia total de cigarrillos, así como la adquisición de herramientas para manejar la ansiedad, estrés y estímulos que puedan provocar una caída o recaída, por lo que se puede establecer que el objetivo fue alcanzado con éxito, el cual puede ser atribuido a la buena predisposición y compromiso del paciente con el tratamiento, así como a la alianza terapéutica que se estableció durante el periodo de intervención, sin llegar a juzgar o presionar al paciente para abandonar el consumo de tabaco, sino más bien respetando su proceso y decisión de abandonar el tabaco cuando él se sintiera listo para hacerlo.

No obstante, dentro de las limitaciones de este estudio se encuentra que no se consideró el tratamiento farmacológico, el cual es uno de los elementos del enfoque multicomponente, debido al alcance de este estudio en el campo de la psicología. Cabe destacar que el sujeto resaltó que no estaba interesado en recibir tratamiento con fármacos ya que consideraba que podría hacerlo sin el uso de estos.

Asimismo, se enfatiza la importancia de retomar la presencia de profesionales en el campo de la salud, como pueden ser neumólogos para medir el nivel de monóxido de carbono del sujeto y de esta forma poder evidenciar de forma objetiva y cuantificable la efectividad del tratamiento.

Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones de este estudio en base a los principales resultados obtenidos.

Referente a la conducta de consumo en el sujeto de estudio, mayoritariamente se presenta por deseo de sedación y adicción al tabaco. Asimismo, las principales razones de consumo se relacionan al ámbito afectivo o aspectos emocionales, tales como la poca tolerancia a la frustración, enfado, tristeza estrés; seguidamente de ansiedad o hábito de la conducta de fumar y en menor medida motivado por situaciones sociales.

En cuanto al nivel de dependencia del sujeto de estudio, se presenta una dependencia moderada, lo que se complementa con la información facilitada por el sujeto reflejada en los autorregistros y conductas de consumo que se le dificulta controlar.

En relación a los cambios generados en el nivel de consumo de tabaco posterior a la ejecución del programa, se pudo obtener la abstinencia total de cigarros. Asimismo, el sujeto refiere tener mejores estrategias de afrontamiento al estrés y la ansiedad, los cuales eran detonantes de su consumo de tabaco, así como un mejor manejo de regulación emocional y gestión del estrés.

Recomendaciones

En base a los principales resultados del estudio, se presentan las siguientes recomendaciones:

Para el participante de dicho estudio:

- Practicar las estrategias de afrontamiento aprendidas tales como la búsqueda de alternativas, control o evitación emocional, evitación comportamental y cognitiva, expresión emocional abierta y búsqueda de apoyo profesional en el proceso de intervención para evitar recaídas, así como buscar ayuda oportuna en caso de recaídas.
- Mantener un estilo de vida saludable que permita tener una mejor calidad de vida, empleando técnicas de autocuidado.

Para futuras investigaciones:

- Continuar investigando sobre tratamientos psicológicos eficaces en la intervención del tabaquismo, así como explorar nuevas en terapias alternativas tales como acupuntura, hipnosis, flores de Bach, entre otros.
- Realizar una intervención multidisciplinaria con especialistas en la materia para determinar un mejor abordaje del caso de tabaquismo, involucrando psiquiatras, nutricionistas y neumólogos.
- Realizar estudios que permitan evaluar los efectos de programas de intervención del tabaquismo dentro del contexto nicaragüense, tomando en cuenta otro tipo de población y ampliando el marco muestral.

Referencias Bibliográficas

- Almaraz, D. & Alonso, M. (2018). Terapia Cognitivo Conductual para Dejar de Fumar: Revisión Sistemática. *Enfermería Comunitaria*, 2018; (14).
- Almaraz, D. & Alonso, M. (2018). Terapia Cognitivo Conductual para Dejar de Fumar: Revisión Sistemática. *Enfermería Comunitaria*, 14, 1-8. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/327890471_Terapia_Cognitivo_Conductual_para_Dejar_de_Fumar_Revision_Sistematica
- American Psychiatric Association (APA, 2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5. Washington, DC: American Psychiatry Publishing. (Trad. en español, Madrid: Editorial Médica Paramericana, 2014). Disponible en Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) - APA (yumpu.com)
- Ashenden, R., Silagy, C. A., Lodge, M., & Fowler, G. (1997). A meta-analysis of the effectiveness of acupuncture in smoking cessation. *Drug and alcohol review*, 16(1), 33–40. <https://doi.org/10.1080/09595239700186311>
- Ayala, C. (2010). La hipnosis como intervención para la cesación del consumo de tabaco. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2010; (39). Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39s1/v39s1a15.pdf>
- Barrueco, F. M., Hernández, M. M. A., y Torrecilla, G. M. (Eds.). (2003). Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo (2ª edición). Badalona: Ediciones Médicas. Disponible en <https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/164.pdf>
- Barrueco, F. M., Hernández, M. M. A., y Torrecilla, G. M. (Eds.). (2009). Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo (4ª edición). Badalona: Ediciones Médicas. Disponible en https://issuu.com/separ/docs/manual_tabaquismo_4__edici_n.
- Bazaco, E. (2021). Empleo de la hipnosis para el tratamiento del tabaquismo: Estudio de caso único. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental* (2021) 1: 33-57. Disponible en <http://www.casosclnicosensaludmental.es/ojs/index.php/RCCSM/article/view/64/54>
- Becoña (2004). Monografía Tabaco. Adicciones. Vol. 16 (2). Disponible en [La_terapia_motivacional_en_el_tratamient.pdf](#)
- Becoña Iglesias, Elisardo (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del Psicólogo*, 24 (85), 48-69. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808506>
- Becoña, E. (2001). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención sobre drogas. Disponible en <http://www.cedro.sld.cu/bibli/i/i4.pdf>

- Becoña, E. (2010). Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos. Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense. Disponible en [Dependencia-del-tabaco-Manual-de-casos-clinicos.pdf](#) (researchgate.net)
- Becoña, E. (2010). Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos. Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense. España. Disponible en [file:///D:/Tesis/ManualCasosTabaco.VersionPDF.Sep2010.pdf](#)
- Becoña, E., Fernandez, E., Lopez, A., Martinez, U., Martinez, C. & Rodriguez, R. (2014). El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco, eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del Psicólogo*, 2014. Vol. 35(3), pp. 161-168. Disponible en <http://www.papelesdelpsicologo.es>
- Becoña, E., y Cortés, T. M. (2011). Manual de adiciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Socidrogalcohol. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol.
- Bello, S, Sergio, Flores C, Alvaro, Bello S, Magdalena, & Chamorro R, Haydee. (2009). Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 25(4), 218-230. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482009000400003>
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F., (2008). Manual de Psicopatología. España: McGraw-Hill. Segunda Edición. Disponible en <https://aulavirtual.iberu.edu.co/repositorio/Cursos-Matriz/Psicolog%C3%ADa/Psicopatolog%C3%ADa-I/MD/Beloch%2C%20Amparo%20Manual%20de%20psicopatolog%C3%ADa.%20Volumen%20I.pdf>
- Cano, A. (2002). *Técnicas cognitivas en el control del estrés*. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/230577047_Tecnicas_cognitivas_en_el_control_del_estres
- Cheng, F. K. (2019). Analysing the use of acupuncture in smoking cessation. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 6, 283–313. <http://dx.doi.org/10.15805/addicta.2019.6.2.0017>
- Díaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales (2012) Desclée De Brouwer, Bilbao, España.
- Díaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (2012). *Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. España: Desclée De Brouwer.
- Elkins GR, Rajab MH. Clinical hypnosis for smoking cessation: preliminary results of a three-session intervention. *Int Clin Exp Hypn*. 2004;52(1):73-81.
- Fernández del Río, Elena, & López Durán, Ana, & Becoña Iglesias, Elisardo (2011). El tratamiento psicológico de la adicción al tabaco en fumadores con trastornos de

- personalidad. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 175-184. [fecha de Consulta 23 de enero de 2022]. ISSN: 0214-7823. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77818544007>
- Froján, M. & Santacreu, J. (1993). El Programa UAM para fumadores insatisfechos (P.U.A.F.I.). *Anales de Psicología*, 9(1), 53-70. Disponible en https://www.um.es/analesps/v09/v09_1/06-09_1.pdf
- Frojan, M. & Santacreu, J. (1993). Estudio experimental sobre el tratamiento del hábito de fumar: Información vs entrenamiento en autocontrol. *Vol. 4 (2)* 169-179. Disponible en <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/f4b9ec30ad9f68f89b29639786cb62ef>
- Fuente, M. (2016). Factores asociados con la cesación tabáquica en los pacientes atendidos en la Unidad de Deshabitación Tabáquica del Servicio Cántabro de Salud. Tesis para obtener el grado de doctor. Departamento de Fisiología y Farmacología Universidad de Cantabria. Disponible en Factores asociados con la cesación tabáquica en los pacientes atendidos en la Unidad de Deshabitación Tabáquica del Servicio Cántabro de Salud (unican.es)
- Garrido, P. (2011). *Programa de Intervención Psicológica en Tabaquismo* (tesis de posgrado). Universidad de Almería, España. Disponible en <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/1106/TFM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- He, D., Berg, J. E., & Høstmark, A. T. (1997). Effects of acupuncture on smoking cessation or reduction for motivated smokers. *Preventive medicine*, 26(2), 208–214. <https://doi.org/10.1006/pmed.1996.0125>
- Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. (2016). Washington, DC: OPS, 2016. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28380/9789275318867_spa.pdf
- Gartner, N. (2016). Consumo de tabaco y nivel de ansiedad estado-rasgo en adolescentes de 15 a 18 años de la ciudad de Crespo, Entre Ríos [en línea]. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Católica Argentina, Facultad “Teresa de Ávila”, Paraná. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/consumo-tabaco-nivel-ansiedad.pdf>
- López Hernández-Ardieta, Marcos (2014). Estado actual de la terapia de aceptación y compromiso en adicciones. *Salud y drogas*, 14(2), 99-108. ISSN: 1578-5319. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83932799002>

- Lugones Botell, Miguel, & Ramírez Bermúdez, Marieta, & Pichs García, Luis Alberto, & Miyar Pieiga, Emilia (2006). Las consecuencias del tabaquismo. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 44(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223220189007>
- Meca, J., Olivares, J. & Rosa, A. (1998). El problema de la adicción al tabaco: meta – análisis de las intervenciones conductuales en España. *Psicothema*, 1998. Vol. 10, (3), pp. 535-549.
- Mendoza, E. (2000). La hipnosis como adjunto en el tratamiento del hábito de fumar. Estudio de caso. *Psicothema* Vol. 12, nº 3, pp. 330-338. Disponible en 339.pdf (psicothema.com)
- Molina del Penal, J. (2001). La hipnosis en la terapia cognitivo-conductual: Aplicaciones en el campo de las adicciones. *Adicciones*, 13(1), 31-38. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.580>
- Morales, Z. (2008). Evaluación de los sesgos atencionales en fumadores a través de las etapas del modelo transteórico del cambio. Tesis para optar al grado de doctora en psicología, Universidad de Huelva, México. Disponible en <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/323/b15214564.pdf?sequence=1>
- Olivares, J., Méndez, F. & Lozano, M. (2014). Técnicas de modificación de conducta. Madrid: Biblioteca Nueva. Cuarta Edición.
- Organización Mundial de la Salud (1993). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, 10ª edición. CIE-10. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, 10ª edición. CIE-10. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2019) Disponible en de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Panamericana de la Salud (2016). Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. Washington, DC. Disponible en <http://www.eligenofumar.cl/wp-content/uploads/2015/04/2016-Informe-america-sobre-control-de-tabaco.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49237>

- Otero, M. & Ayesta, F., (2004). El tabaquismo como trastorno adictivo. *Trastornos Adictivos 2004*; 6(2):78-88. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13059449>
- Otero, M. y Ayesta, F. (2004). El tabaquismo como trastorno adictivo. *Trastornos Adictivos* 6(2):78-88 Unidad de Tabaquismo. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. España. Disponible en [El tabaquismo como trastorno adictivo \(elsevier.es\)](https://www.elsevier.es)
- Pérez, F., García, 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) 137-145. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a12>
- Pujadas Sánchez, M.D., Pérez-Pareja, J. y García-Pazo, P. (2020). Tratamiento de un caso de adicción a la nicotina. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental* (2020) 1: 69-87. Disponible en [Dialnet-TratamientoDeUnCasoDeAdiccionALaNicotina-7847215.pdf](https://dialnet-tratamiento-de-un-caso-de-adiccion-a-la-nicotina-7847215.pdf)
- Ramírez Gutiérrez, M. (2012). *Eficacia de la acupuntura como método único de intervención para el manejo del tabaquismo: Revisión Sistemática*. Disponible en <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/10436/5598338.2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Real Academia Española (RAE). (2021). Tabaquismo. *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/taquismo?m=form>.
- Romero, J. (2018). La relación de los cinco grandes con el consumo del tabaco. Tesis para optar por el grado de doctor. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en [La relación de los "cinco grandes" con el consumo de tabaco \(ucm.es\)](https://www.ucm.es)
- Rosendo-Robles, Alejandro, & Villalobos-Gallegos, Luis, & Templos-Nuñez, Liliana, & Marín-Navarrete, Rodrigo (2012). Nicotine craving questionnaire (CCN): psychometric properties on Mexican population. *Salud Mental*, 35(4),273-277. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58224380002>
- Tratamiento para Dejar de Fumar Centros de Integración Juvenil Dirección de Tratamiento y Rehabilitación Manual de aplicación. Disponible en [ManualTerapiaParaDejardeFumar.pdf \(cij.gob.mx\)](https://www.cij.gob.mx)
- Villalobos, L., Marín, R., Templos, L., y Rosendo, A. (2012). Nicotine craving questionnaire (CCN): psychometric properties on Mexican population. *Salud Mental*, 35, 273 – 277. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2012/sam124b.pdf>
- Wang, J. H., van Haselen, R., Wang, M., Yang, G. L., Zhang, Z., Friedrich, M. E., Wang, L. Q., Zhou, Y. Q., Yin, M., Xiao, C. Y., Duan, A. L., Liu, S. C., Chen, B., & Liu, J. P. (2019). Acupuncture for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis of 24

- randomized controlled trials. *Tobacco induced diseases*, 17, 48.
<https://doi.org/10.18332/tid/109195>
- White, A.R., Resch, K.L. y Ernst, E. (1999). A metaanalysis of acupuncture techniques for smoking cessation. *Tobacco Control*, 8, 393-397. Disponible en <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/8/4/393.full.pdf>
- Wood, Cristina Mae, Cano-Vindel, Antonio, Iruarrizaga, Itziar, & Dongil, Esperanza. (2009). Ansiedad y Tabaco. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 213-231. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300003&lng=es&tlng=es

Anexos

Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström (FTND)

Para contestar a las preguntas que aparecen a continuación, elija la alternativa que sea cierta para Ud. y señale la letra escogida en la hoja de respuestas.

1. ¿Cuánto tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?

- A. Menos de 5 minutos
- B. Entre 6 y 30 minutos
- C. Entre 31 y 60 minutos
- D. Más de 60 minutos

2. ¿Encuentra difícil de abstenerse de fumar en sitios en donde está prohibido, tales como iglesias, bibliotecas, cines, etc.?

- A. Sí
- B. No

3. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?

- A. Al primero de la mañana
- B. A cualquier otro

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- A. 10 o menos
- B. 11-20
- C. 21-30
- D. 31 o más

5. ¿Fuma más a menudo durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?

- A. Sí
- B. No

6. ¿Fuma cuando está tan enfermo que pasa en la cama la mayor parte del día?

- A. Sí
- B. No

Test de Richmond

Preguntas	Respuestas	Puntos
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	No	0
	Si	1
2. ¿Con que ganas de 0 a 3 quiere dejarlo?	Nada	0
	Poca	1
	Bastante	2
	Mucha	3
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?	No	0
	Dudoso	1
	Probable	2
	Si	3
4. ¿Cree que dentro de 6 meses no fumará?	No	0
	Dudoso	1
	Probable	2
	Si	3
Puntuación total		

Puntuaciones:

0 – 6: Baja Motivación

7 – 8: Moderada Motivación

9 – 10: Alta Motivación

Entrevista psicológica personal de la AECC

1. MOTIVO/S PARA DEJAR DE FUMAR

- ¿Quieres dejar de fumar?
- ¿Qué motivo te ha llevado a tomar la decisión de dejar de fumar en este momento?
- ¿Tienes algún motivo más?

2. ETAPA DE CAMBIO

- ¿Con la ayuda de esta terapia, ¿en cuánto tiempo estas dispuesto a hacer un intento serio para dejar de fumar?

3. CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS ADICTIVAS (Valorar derivación)

- ¿Consumes alguna otra sustancia adictiva: marihuana, cocaína, alcohol, cafeína, te, ¿coca – cola?
- ¿Y en el pasado?

4. EQUILIBRIO EMOCIONAL (Valorar derivación)

- ¿Tienes en este momento problemas de ansiedad, depresión o cualquier otro problema psicológico?
- ¿Tomas medicación para tranquilizarte, o para el estado de ánimo? En caso afirmativo ¿Cuáles?
- ¿Sigues alguna terapia con un psicólogo / psiquiatra?

5. ESTRÉS PSICOSOCIAL ACTUAL

- ¿Estas pasando en este momento por una circunstancia especialmente difícil en tu vida? (Valorar si conviene retrasar)
- ¿Consideras tu vida estresante? ¿Y tu trabajo / estudio?
- ¿Tienes algún problema con alguien de tu entorno?

6. ANALISIS DE RECAIDAS / ESTILO ATRIBUCIONAL

Si ha recaído alguna vez:

- ¿Por qué motivo volviste a fumar?
- ¿Por qué crees que no lo conseguiste en aquella ocasión? ¿Por qué recaíste? (atribución ante el fracaso)

Durante el tiempo que lo dejaste en aquella ocasión:

- ¿Por qué crees que conseguiste mantenerte sin fumar? (Atribución ante el éxito)

7. REFERENTES DE ÉXITO / FRACASO

- ¿Conoces a alguien de tu entorno que haya dejado de fumar? ¿A quién?
- ¿Conoces a alguien que haya intentado dejarlo y no lo haya conseguido todavía? ¿A quién?

8. TOLERANCIA AL MALESTAR

- Si tiene una molestia o dolor pequeño, por ejemplo, si le duele algo la cabeza / muelas
¿Enseguida se toma algo para que se le quite, o aguanta un poco para ver si se pasa solo?

9. TOLERANCIA A LA FRUSTRACION

- Si algo le fastidia, o algún plan se te trunca... ¿Cómo reaccionarias?

10. SINTOMATOLOGIA EMOCIONAL DE SINDROME DE ABSTINENCIA PREVIO

Si ha tenido intentos (de más de 24 horas) de dejar de fumar

- ¿Recuerda la sensación de malestar que tuvo cuando dejó / intento dejar de fumar?
- ¿Sintió ansiedad, irritabilidad y/o tristeza?

11. IMPORTANCIA DE LA FIGURA CORPORAL

¿Si engorda a causa de dejar de fumar?

- Rígida: No quiero comer ni un gramo
- Flexible: “Luego me pondré a régimen”, “No me importa engordar”

ADDICTION RESEARCH UNIT (ARU)

West y Rusell (1985)

Presentamos a continuación algunas afirmaciones que la gente hace sobre el fumar. Por favor, señale en cada afirmación el grado que mejor se ajusta a su situación, siguiendo la siguiente escala

0..... no le sucede nunca

1..... le sucede a veces

2..... le sucede bastante

3..... le sucede mucho

	0	1	2	3
1. Siento un gran deseo de fumar Cuando tengo que parar cualquier actividad por un momento				
2. Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta de que tengo otro encendido				
3. Me gusta fumar sobretodo cuando estoy descansando tranquilamente				
4. Obtengo un placer fumando sea cuando sea				
5. Tener un cigarrillo en los dedos es parte del placer que da fumar				
6. Pienso que mejoro mi aspecto con un cigarrillo entre los dedos				
7. Fumo más cuando estoy preocupado por algo				
8. Me siento más estimulado y alerta cuando fumo				
9. Fumo automáticamente a pesar de estar atento				
10. Fumo para tener algo que hacer con las manos				
11. Cuando me quedo sin cigarrillos me es casi insoportable hasta que vuelvo a tenerlos				
12. Cuando me siento infeliz fumo más				
13. Fumar me ayuda a aguantar cuando estoy muy cansado				
14. Me resulta difícil estar una hora sin fumar				
15. Me encuentro a mí mismo fumando sin recordar haber encendido el cigarrillo				
16. Cuando estoy cómodo y relajado es cuando más deseo fumar				

-
17. Fumar me ayuda a pensar y a relajarme
-
18. Tengo muchas ganas de fumar cuando no he fumado durante un rato
-
19. Me siento más maduro y sofisticado cuando fumo
-
20. Cuando no estoy fumando soy muy consciente de ello
-
21. Me resulta muy difícil estar una semana sin fumar
-
22. Fumo para tener algo que ponerme en la boca
-
23. Me siento más atractivo frente a personas del sexo contrario cuando fumo
-
24. Enciendo un cigarrillo cuando estoy enfadado
-

ESCALA DE AUTOEFICACIA / TENTACIONES – Formato extenso
Velicer, Diclemente, Rossi y Prochaska (1990)

Seguidamente encontrara situaciones que conducen a algunas personas a fumar. Nos gustaría saber de fumar siente usted en cada una de estas situaciones.

Por favor responda a estas preguntas utilizando la escala de puntos del 1 al 5.

El 1 = ninguna tentación de fumar y el 5 = una tentación extrema de fumar.

Que tentación de fumar siente usted ...	Ninguna tentación	No mucha	Moderadamente tentado	Muy tentado	Extremadamente tentado
1. Tomando una copa en un bar					
2. Cuando me apetece un cigarrillo					
3. Cuando las cosas no me salen como quiero y me siento frustrado					
4. Cuando estoy con mi pareja o amigos que están fumando					
5. Cuando tengo discusiones o conflictos familiares					
6. Cuando estoy feliz y celebrando algo					
7. Cuando estoy muy enfadado con alguien por algo					
8. Si experimentara una crisis emocional, a raíz de un accidente o una muerte en la familia					
9. Cuando veo a alguien fumando y disfrutándolo					

-
10. Durante el café mientras hablo y me relajo
-
11. Cuando me doy cuenta de que dejar de fumar es una tarea muy difícil para mi
-
12. Cuando siento "ansia" (deseo intenso) de un cigarrillo
-
13. Nada más levantarme de la cama
-
14. Cuando siento que necesito levantar el animo
-
15. Cuando empiezo a preocuparme menos de mi salud y estoy menos activo físicamente
-
16. Con amigos en una fiesta
-
17. Cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a un día duro
-
18. Cuanto estoy extremadamente deprimido
-
19. Cuando estoy extremadamente nervioso o estresado
-
20. Cuando me doy cuenta de que hace tiempo que no he fumado
-

Nuevo Cuestionario de Comportamientos de “Impulsores” y “Permisores”

El contenido de este cuestionario, también de autoaplicación, versa sobre los “Impulsores”. Estas son creencias, ideas y comportamientos parentales aparentemente recomendables, y socialmente aceptables, pero que en realidad son perjudiciales, y conducen a perturbaciones en el pensamiento, sentimiento y acción.

Esos “impulsores”, llamados así por inducir el comienzo de una conducta inadecuada, son clasificables en 5 categorías, según su mensaje esencial:

IMPULSOR	ASPECTO QUE AFECTA	EFECTO PRINCIPAL QUE PROVOCA
1. “Apúrate”	Velocidad, manejo del tiempo	Aceleración excesiva para decir o actuar, en detrimento de la eficacia
2. “Complace/ Compláceme”	Prioridades en dar y recibir (intercambios con los demás)	Falta de equidad en los intercambios: dar mucho más, o exigir mucho más de lo adecuado. Descalificación de las propias necesidades
3. “Sé fuerte”	Interdependencia	Falta de expresión de las emociones. Incapacidad para interdependencia normal (pedir o dar apoyo). Excesiva independencia
4. “Sé perfecto”	Exactitud, detallismo Manejo redundante de la información	Excesivo perfeccionismo o detallismo. No se distingue lo fundamental de lo accesorio. Demora excesiva en tomar decisiones o realizar tareas.
5. “Trata más/ Esfuérate más”	Efectividad en fijar o cumplir metas	Metas mal fijadas. Métodos inefectivos para cumplir las metas. Excesivos esfuerzos inútiles o bien no relevantes para los objetivos. Percepción errónea del problema que aparece como insuperable o mucho más difícil de lo que realmente es. Valoración del esfuerzo en si en lugar del resultado.

Para cada uno de los 5 impulsores, existe una gran cantidad de comportamientos observables, que figuran en el repertorio de todas las personas. De las mismas hemos extraído las 12 que nos parecieron más representativas y frecuentes.

Instrucciones

En la columna de la izquierda hallara el listado de creencias y comportamientos correspondientes a los impulsores.

En la columna central, figura la frecuencia de sus pensamientos, creencias y comportamientos para cada Impulsor.

- N: nunca = 0
- R: raramente = 1
- AV: a veces = 2
- F: frecuentemente = 3
- MF: muy frecuente = 4

Los números fueron asignados en forma arbitraria. Para cada uno de los cinco Impulsores, sume las cifras individuales, a fin de obtener el Total del Impulsor.

En la columna de la derecha, hallara los Permisores: ideas y creencias lógicas, “centradas”, y las conductas equivalentes.

¿Cómo eliminar los Impulsores, reemplazándolos por Permisores?

Pasos:

1. Tomar conciencia de que los Impulsores están basados en creencias erróneas y que su contraparte lógica reside en los Permisores (“Permisos” para conductas efectivas y exitosas).
2. Auto – afirmaciones: Consisten en escribir varias veces y repetirnos los Permisores.
Ejemplo: “Puedo tomarme mi tiempo, y hacer las cosas paso a paso”.
3. Imaginería: Nos relajamos, respiramos lenta y profundamente un número de veces, y luego formamos imágenes y escenas en las cuales nos atenemos al Permisos escogido.
4. Grupo de apoyo: pedir ayuda y apoyo a quienes nos rodean para atenernos a los Permisores.

Esto no siempre se logra. Los cambios generaran resistencia en los allegados, acostumbrados a nuestra forma habitual de pensar y actuar. Además, exigirán cambios en ellos.

Si una esposa obedece al Impulsor “Me ocupo de los demás sin que me lo pidan”, y decide modificarlo por el Permisos “Antes de ayudar, pregunta si te necesitan”, su esposo, acostumbrado a que ella intuya lo que el necesita, puede interpretar que dejo de quererlo.

O un hombre regido por el Impulsor “Aunque me sienta destrozado por dentro, me mantengo erguido y firme”, que ya no soporta este férreo

autocontrol, y pasa al Permisos “Puedes compartir tu dolor quienes lo respeten”, se pone a llorar. ¿Cómo va a reaccionar su familia, acostumbrada a apoyarse emocionalmente en él, sin pensar en lo que el siente?

Los cambios, a veces rápidos y potentes, necesitan de un “chequeo ecológico” en lo social, para no destruir el equilibrio con quienes nos rodean. Una buena comunicación con ellos es perentoria, para que todo el sistema social adquiriera un nuevo y más elevado nivel de intercambios.

El grupo de psicoterapia ofrece un contexto ideal para ensayar y fortalecer los comportamientos Permisores.

Eric Berne dijo: “CAMBIE AHORA! ...” pero tenga en cuenta que su cambio inevitablemente exige cambios correspondientes en los demás.

Es muy frecuente el abandono de amistades anteriores y la adquisición de nuevas, durante la psicoterapia.

Es que ya no nos ajustamos a los Impulsores y “mandatos” de la infancia y adolescencia, y necesitamos renovar consecuentemente las relaciones sociales.

Es más problemático esto con la pareja y la familia. No es lo mismo cambiar de cónyuge que de amigos, ni alejarse de padres, hijos o hermanos. En estos vínculos es preciso agotar todas las posibilidades para su mejora. Sin embargo, en casos extremos tenemos la opción de interrumpir las relaciones o distanciarlas, para defender nuestros legítimos derechos, a veces para mantener la misma supervivencia.

COMPORTAMIENTOS IMPULSORES	N 0	R 1	AV 2	F 3	MF 4	PERMISORES
“APURATE” (“el tiempo no alcanza”)						“TOMATE TU TIEMPO” (puedes organizar bien tu tiempo)
1. Me apresuro a tomar decisiones, en vez de buscar primero suficiente información y analizar racionalmente las alternativas y resultados probables.						1. Tomate tiempo para decidir.
2. Cuando estoy haciendo algo ya pienso en lo que tengo que hacer después.						2. Concéntrate en lo que haces, aquí y ahora.
3. Hablo demasiado rápido.						3. Habla tranquilo, te van a escuchar si interesa lo que dices.
4. Necesito hacer todo lo más rápidamente posible.						4. Puedes tomarte tu tiempo. Hazlo paso a paso.
5. Cuando me veo obligado a esperar (citas, obstrucciones de tráfico, tramites) me pongo muy impaciente.						5. Puedes meditar, planar o leer mientras esperas.
6. El tiempo no me alcanza / quisiera que el día fuera mucho más tiempo.						6. Puedes organizar tu tiempo y cumplir tus metas.
7. Espero hasta el último momento para hacer mis tareas y/o cumplir compromisos, y después tengo que apurarme mucho.						7. Calcula plazos para cada tarea y cúmplelos.
8. Cuando pregunto algo o necesito que hagan alguna tarea lo quiero de inmediato. No tolero la lentitud.						8. Pide a cada uno al ritmo de que es capaz / pide las cosas con tiempo suficiente.
9. Me impacienta que los demás no sean tan rápidos como yo. Muchas veces hago sus tareas para terminar de una vez.						9. Fija plazos que los demás puedan cumplir de acuerdo a sus posibilidades / capacita a la gente.
10. Me muevo mucho, miro de un lado a otro, golpeteo con los dedos o muevo las piernas.						10. Puedes relajarte y disfrutar aquí y ahora.
11. Interrumpo a otros para completar lo que dicen o para decirlo más rápido.						11. Diles cómo quieres que hablen, en vez de interrumpirlos.
12. Apuro o persigo a los demás para que terminen de una vez.						12. Fija plazos de tiempo que los demás puedan cumplir / acepta sus limitaciones.
TOTAL “APURATE” TOTAL						
II. “COMPLACEME” O “COMPLACE” (Los demás están primeros /Primero yo)						II. YO CUENTO Y LOS DEMÁS TAMBIÉN (hazlo que te guste y convenga sin perjudicar a otros)

1. Me siento responsable de hacer sentir bien a los demás.	1. Cada uno es responsable por sí mismo
2. Digo "sí" a pesar de que me convendría decir que "no"	2. Puedes decir que "no" cuando te convenga
3. Necesito gustarle a toda la gente con la que estoy en contacto.	3. Nadie puede ser tan popular/nadie le gusta a todo el mundo
4. No exijo lo que me corresponde, por temor a que los demás se sientan mal, ofendidos o me dejen solo.	4. Tienes derecho a exigir lo que te corresponda o quedarte con los que te respeten
5. Aunque no esté de acuerdo con lo que otros piensen, me lo callo, por temor a que se sientan mal, se ofendan o me dejen solo.	5. Tienes derecho a hacerte escuchar y a que respeten tu opinión
6. Pienso que tengo que ser siempre muy servicial o amable, aunque no tenga ganas, para que me quieran.	6. Tu cuentas y vales, tanto como los demás
7. Cuando otros discuten o se llevan mal, me hago responsable de lograr que haya paz y armonía entre ellos.	7. Los demás pueden entenderse sin ti. Eres útil, no indispensable
8. Me ocupo de los demás sin que me lo pidan.	8. Antes de ayudar, pregunta si te necesitan
9. Si recibo algo (afecto, elogios, bienes materiales, información) me siento obligado a retribuir mucho más.	9. Puedes recibir lo que mereces sin sentirte en deuda
10. Pido a la gente que haga lo que me gusta, aun cuando no les guste o no les convenga hacerlo.	10. Pide lo que necesites, pero respetando a los demás
11. Cuando me siento mal (deprimido, malhumorado) necesito que otros hagan todo lo que se me ocurra, para volver a sentirme bien.	11. Hazte responsable de tus emociones
12. No tolero que la gente que me importa se ocupe de otros mientras este conmigo.	12. Puedes contar con la gente sin tener que ser el único o el primero
TOTAL "COMPLÁCE" TOTAL	
III. SÉ FUERTE (el que pide o se emociona es débil, flojo)	III. TUS EMOCIONES Y NECESIDADES MERECEAN RESPETO
1. Evito demostrar lo que siento, especialmente si estoy triste o con miedo.	1. 1. Puedes sentir y compartirlo con quien te respete y quiera
2. Mi tono de voz es parejo, sin fluctuaciones.	2. Expresa lo que sientas con tu voz, te comprenderán mejor
3. Cumpló con mi deber y con todas las normas, aunque afecte mi bienestar y salud.	3. Cumple mientras no te dañe

4. Aunque me sienta destrozado por dentro, me mantengo erguido y firme.	4. Puedes compartir tu dolor con quien lo respete
5. No aguanto que me protejan, lo percibo como lastima.	5. Puedes pedir y aceptar protección sin perder tu autoestima
6. Cuando todos "se vienen abajo", me quedo firme como una roca y les brindo apoyo.	6. Apóyalos para que cada uno cumpla su parte
7. No pido lo que necesito, prefiero arreglarme solo o aguantármelas.	7. Pide lo que necesites. Tienes derecho a hacerlo
8. No informo sobre mis problemas más íntimos, me los aguanto en silencio.	8. Puedes confiar en la gente que lo merezca
9. Aun dentro de un grupo de trabajo, hago mis tareas solo, para no depender de nadie.	9. Puedes pedir colaboración, trabajar en equipo y delegar
10. Cuando siento dolores o malestares físicos, me los aguanto y me arreglo solo, sin quejarme.	10. Cuida tu salud y busca ayuda para mantenerla
11. Cuando alguien se emociona mucho, me burlo o le reprocho que es débil.	11. Respeta las emociones ajenas y las propias
12. Cuando alguien pide colaboración, le digo que se arregle solo.	12. Brinda tu ayuda cuando realmente la necesiten
TOTAL "SÉ FUERTE"	
TOTAL	
IV. SÉ PERFECTO (no puedes fallar en lo más mínimo)	
IV. ES SUFICIENTE HACER LAS COSAS BIEN Y DE LOS ERRORES SE APRENDE	
1. Si cuento algo favorable o positivo, necesito completarlo con algo negativo.	1. Puedes disfrutar sin culpa tus logros
2. Doy mucha más información y detalles de los que me piden, por temor a que no se me comprenda perfectamente.	2. Puedes ir al grano, los demás también pueden pensar
3. Cuando hago algo, me esmero en los detalles más mínimos/repaso lo que hice/aunque tarde mucho tiempo.	3. Fíjate en lo esencial/en lo que realmente importa. ¿Cuáles son tus criterios para eso en cada caso?
4. Aun cuando haya hecho algo bien, no quedo satisfecho/no lo disfruto/por pensar que debería haberlo hecho mejor.	4. Puedes disfrutar tus logros y éxitos y seguir superándote
5. Uso palabras y frases largas, complicadas o muy técnicas.	5. Puedes decir las cosas valiosas hablando con sencillez
6. Me exijo las más altas calificaciones en el estudio o en el trabajo sintiéndome muy mal cuando no las consigo.	6. Puedes valorarte, aunque no seas el mejor y separar tu autoestima de las calificaciones de los demás

7. Me visto y arreglo con la más perfecta pulcritud.	7. Puedes ser elegante sin ser un maniquí
8. Limpio o arreglo la más mínima mancha o arruga (en la ropa, alfombras, etc.)	8. Puedes ser ordenado y limpio sin esclavizarte
9. Necesito estar totalmente seguro de lo que decido o hago, y evito correr un riesgo, aun si es calculado.	9. Puedes tomar riesgos calculados y aprender de tus errores
10. Mantengo las mismas rutinas y hábitos exactamente iguales, en los mismos horarios.	10. Puedes cambiar si te conviene
11. Soy muy exigente con la gente, y les corrijo o critico los más mínimos detalles.	11. Valora lo positivo de la gente y sugiereles cómo mejorar
12. No perdono ni la más mínima ofensa ni las fallas en los rituales, saludos y protocolos.	12. Fíjate en lo que realmente cuenta en la gente
TOTAL "SÉ PERFECTO"	
TOTAL	
V. TRATA MÁS O ESFUERZATE MÁS (todo cuesta mucho esfuerzo)	V. NO TRATES: HAZLO
1. Cuando me preguntan o me indican algo, repito la pregunta o la indicación para poder enmendarla mejor.	1. Puedes pensar, responder y actuar sin repetir lo que te digan
2. Digo palabras como: "Este... Voy a tratar/intentar/... Me cuesta... Es difícil"	2. Habla sin muletillas
3. Me cuesta un gran esfuerzo comprender o hacer algo	3. Eres capaz de pensar con claridad y actuar eficazmente
4. Empiezo a hacer algo y lo dejo, empiezo otra cosa y la dejo, y así siguiendo	4. Termina lo que empiezas antes de comenzar otra cosa
5. Comienzo una frase o un tema, y antes de terminarlo, paso a la otra frase o tema, y así siguiendo.	5. Termina tus frases o temas
6. Me cuesta definir en forma clara y directa mis metas	6. Piensa tranquilo que quieres lograr/cual es el objetivo
7. Cuando al fin llego a terminar o lograr algo, me doy cuenta de que no es realmente lo que quería	7. Puedes percibir tus necesidades auténticas
8. Si algo me resulta fácil, no le doy valor. Solo valoro lo que costo un gran esfuerzo o sacrificio	8. El camino más directo y practico es el mejor
9. Cuando atiendo algo, inclino mi tronco hacia adelante	9. Apóyate cómodamente en el respaldo
10. Antes de responder a algo, desví la vista	10. Mira a los ojos al responder

11. Insisto e insisto con las personas pasivas que no actúan como yo quisiera	11. Da una sola indicación y hazte responsable por ti solamente
12. Repito varias veces las preguntas e indicaciones/hago varias preguntas o indicaciones distintas seguidas	12. Formula tus preguntas o indicaciones una sola vez y espera la respuesta
TOTAL "TRATA MÁS"	
TOTAL	

Escala de síntomas de abstinencia de la nicotina

De los síntomas y sensaciones siguientes, indique si en la última semana notó alguno de ellos:

	Nunca	A veces	Bastante	Mucho
Deseo de un cigarrillo				
Irritabilidad o ira				
Ansioso o tenso				
Impaciente				
Intranquilo				
Dificultad en concentrarse				
Deprimido				
Hambre excesiva				
Aumento de apetito				
Insomnio				
Somnolencia				
Dolor de cabeza				
Problemas de intestino o estómago				

Cuestionario de Craving por la Nicotina (CCN)

Según las siguientes afirmaciones, indique su grado de acuerdo o desacuerdo:

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Dudoso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Imaginaba que la ansiedad se apoderaría de mi si no fumo					
Tuve muchas ganas de prender un cigarrillo					
En mi mente estuvo la idea "con este cigarro me sentiré desestresado"					
Consideré que estaría feliz hasta que prendiera un cigarrillo					
Las ganas de fumar fueron diarias					
Creí que fumar me haría sentir relajado					
Supuse que me desesperaría si paso horas sin fumar					
Mis deseos de fumar fueron constantes					
Pensé que sentiría placer con este cigarro					
Fue complicado soportar los deseos de fumar					
Estos deseos de fumar fueron intensos					
Creí que prender un cigarro me haría sentir tranquilo					