



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2015/2016

Convocatoria Junio

“Propuesta de intervención  
para un caso de adicción a la  
nicotina”

Modalidad: Propuesta de intervención

Área de intervención: Psicología social

Autor: Lucía Quiles Guillén

Tutor: Dr. José Luís Carballo Crespo

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4-6
3. Método.....	6-10
4. Resultados.....	9-15
5. Propuesta De Intervención.....	16-27
5.1. Sesión 1.....	17-18
5.2. Sesión 2.....	19-20
5.3. Sesión 3.....	21-22
5.4. Sesión 4.....	23-24
5.5. Sesión 5.....	25-26
5.6 . Seguimiento .....	27
6. Discusión.....	28
7. Bibliografía.....	29-30
Tabla 1.....	6-9
Tabla 2.....	10
Figura 1.....	11
Figura 2.....	12
Figura 3.....	12
Figura 4.....	13
Figura 5.....	14
Figura 6.....	15
Figura 7.....	15

**Resumen**

El tabaco es un problema mundial de salud, el cual supone miles de muertes al año, y es considerado la primera causa de muerte evitable en países desarrollados. Es por ello que el presente estudio tiene como objetivo la realización de una propuesta de intervención para un caso de adicción a la nicotina. Esto se pretende conseguir a través del análisis de tratamientos eficaces, la evaluación y obtención de resultados de un caso de adicción a la nicotina, y la realización de un plan de intervención para dicho caso. El sujeto evaluado es un varón de 23 años que lleva consumiendo cinco años y padece de un trastorno de ansiedad. Para la intervención propuesta se ha utilizado como guía el programa de Tratamiento Multicomponente del Tabaquismo de Elisardo Becoña, que consta de seis sesiones. Los resultados obtenidos resaltan la necesidad de actuar contra el tabaquismo, así como la viabilidad de los programas psicológicos para la obtención de este fin.

Palabras clave: Deshabitación Tabáquica; Tabaco; Consumo; Adicción; Ansiedad.



## Introducción

La última Encuesta Nacional de Salud realizada en España (ENSE, 2011) muestra la tendencia descendente de personas fumadoras que se inició en 1993, además, esta encuesta recoge la tasa más baja de fumadores en 25 años (24,1% de población fumadora). A pesar de la tendencia descendente, las cifras de muertes y enfermedades acusadas al tabaco siguen siendo alarmantes. Se calcula que más de 55.000 personas fallecen cada año en España por causa del tabaco, y la edad de inicio se sitúa en los 13 años, una de las más bajas de toda Europa. En referencia al sexo, los hombres fuman más que las mujeres: 20,2% de mujeres frente a 27,9% de hombres. Por otro lado, respecto a la frecuencia del consumo, el Instituto Nacional de Estadística calcula que el 24% de la población española, de quince años o más, fuma a diario; el 3,1% lo hace ocasionalmente; el 19,6% de la población son exfumadores, y solo el 53,5% nunca ha fumado (ENSE, 2011).

El tabaco es actualmente un problema de salud a nivel mundial, calificado como enfermedad crónica por la OMS, la cual ha calculado que de aquí a 2030 podrían morir 8 millones de personas por consecuencia del consumo o enfermedades derivadas del mismo. El tabaco es nocivo y la sociedad es consciente de ello, pero ¿se sabe realmente cuan nocivo es? Se estima que, uno de cada dos fumadores regulares, muere prematuramente a consecuencia del tabaquismo lo que supone que, estadísticamente, el 50% de las personas que fuman hoy en día, morirán antes de lo que deberían por problemas relacionados directa o indirectamente con su consumo. A nivel mundial, el tabaco es el responsable del 33% de cánceres en hombres y del 10% de cánceres en mujeres. Los jóvenes son la población en la que se centran las medidas de prevención, ya que entre 80.000 y 100.000 jóvenes se inician en el consumo de tabaco cada día (OMS, 2008). Muchas de las medidas de los gobiernos van encaminadas a conseguir que aquellos que ya fuman cesen el consumo, pero nunca pueden descuidar a aquellos que no lo han iniciado todavía, ya que de ellos dependen los hábitos que se promoverán en el futuro.

Por otra parte, y al contrario de lo que se suele pensar, el Estado no compensa con los impuestos sobre el tabaco ni la mitad de lo que pierde en gasto sanitario derivado del tabaquismo. Si bien es cierto que el Estado aplica una gran carga fiscal a este producto, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo estima que, actualmente, le supone al Estado un coste de 15.000 millones de euros al año. Esta cifra contrasta con los 4.000 millones que recauda el impuesto sobre el tabaco, lo que supone, aproximadamente, un déficit de 10.000 millones de euros cada año (Pérez, 2015). Además, las estadísticas reflejan que cada vez se fuma menos, por lo que la recaudación de impuestos es cada año menor. Este

descenso en las ventas no viene asociado a una bajada inmediata de costes sanitarios asociados, ya que las patologías derivadas suelen ser crónicas y continúan existiendo tras la retirada del consumo.

Los estudios relacionados con el tabaquismo han aumentado y gracias a los avances científicos se dispone de tratamientos eficaces para combatir el problema actualmente, estos son el tratamiento farmacológico y el psicológico:

En referencia a los tratamientos farmacológicos, cabe destacar la reciente aparición de fármacos destinados exclusivamente a tratar el tabaquismo. Es el ejemplo de la Vareniclina, fármaco que bloquea los efectos placenteros de la nicotina en el cerebro y reduce el síndrome de abstinencia. También ha probado su eficacia el Bupropión, antidepresivo con efecto en las áreas responsables de la adicción en el cerebro; así como la terapia sustitutiva con nicotina, destacando su uso en parches o chicles. (Hartman-Boyce, 2013). Hasta ahora ha sido imposible evidenciar indicaciones específicas para cada uno de los tratamientos farmacológicos. Es por ello que, las recomendaciones de su elección y uso, se sostienen en base a las contraindicaciones específicas, la familiaridad del clínico con cada método y las características o preferencias del paciente. (NICE, 2002). Igualmente, respecto al mantenimiento una vez conseguida la abstinencia, no hay pruebas suficientes que evidencien la eficacia a largo plazo de estos tratamientos (Hajek, 2006).

En cuanto al tratamiento psicológico, resalta el Tratamiento Multicomponente del Tabaquismo (TMT) (Becoña, 2007), se trata de un programa intensivo que se basa en la terapia conductual para el afrontamiento de estímulos y prevención recaídas. Este programa fue diseñado por Elisardo Becoña, psicólogo gallego que cuenta con más de treinta años de experiencia en el ámbito de las adicciones. Su TMT fue creado en 2007, convirtiéndose desde entonces en un referente en la práctica clínica contra el tabaquismo, ya que su eficacia oscila entre el 58% y el 85% al final del tratamiento y entre el 38% y el 54% al año de seguimiento (Becoña y Míguez, 2006). Su éxito reside en proporcionar a los sujetos estrategias sencillas, con el fin de cesar paulatinamente la dependencia física, psicológica y social que crea este producto.

Diversos estudios han tratado de esclarecer qué terapia es más efectiva, así como si su combinación resulta en una mayor tasa de abstinencia (Ingersoll & Cohen, 2005). Los resultados concluyen que no hay evidencia en que el tratamiento psicológico, combinado con fármacos sea más eficaz que el tratamiento psicológico por sí solo (Fernández, García-Vera y Sanz, 2014; García y Sanz, 2006; Secades, Díez y Fernández, 2009).

Teniendo en cuenta estos factores, y habiendo estudiado el problema desde la perspectiva de la psicología, se establece el siguiente objetivo para este trabajo: "Diseñar una propuesta de intervención para un fumador".

## **Método**

### *Participante*

El sujeto evaluado es un varón de 23 años, nacido en Elche, donde reside actualmente con sus padres. La familia tiene un nivel económico medio y el sujeto se encuentra cursando estudios de Historia en la Universidad, no realiza ningún trabajo remunerado fuera del hogar. Desde hace cinco años padece problemas de ansiedad, a día de hoy no requiere medicación para controlarla, pero acude a consulta psicológica una vez al mes. A parte de este problema de ansiedad, no refiere otras patologías graves.

### *Variables e instrumentos*

En primer lugar, se valoraron las variables relevantes a contemplar para la realización del proyecto. Una vez seleccionadas, se buscó el instrumento de evaluación más conveniente para cada una de ellas, así como las propiedades psicométricas de cada uno. Esta información queda resumida en la siguiente tabla:

Tabla 1.

### *Variables, instrumentos y propiedades psicométricas*

Variable	Instrumento	Propiedades Psicométricas
Variables sociodemográficas y Antecedentes	Cuestionario sobre el hábito de fumar (Becoña 1994)	Entrevista semiestructurada que consta de 10 preguntas.

Consumo actual	Autoregistro	Recoge la hora, la situación y los estímulos antecedentes y consecuentes del consumo.
----------------	--------------	---

---

Dependencia física	Test de Fagerström (Fagerström, 1991)	<p>Este test de 6 ítems fue creado en 1978, aunque existe una versión actualizada del año 1991. Esta versión actualizada ha sido validada con medidas fisiológicas del contenido de nicotina en sangre.</p> <p>En cuanto a su corrección puntuaciones altas (6 o más) indican un alto grado de dependencia</p>
--------------------	---------------------------------------	--

---

Dependencia psicológica	Test de Glover-Nilsson (Glover y Nilsson, 2001)	<p>Consta de 18 ítems, de los cuales 4 miden la dependencia psicológica, 2 la dependencia social y 12 la dependencia gestual.</p> <p>Para la dependencia psicológica, un valor entre 0-5 se considera dependencia leve, entre 6-10 moderada y entre 11-16 alta.</p> <p>Respecto a la dependencia social, un valor entre 0-2 reflejaría una dependencia leve, entre 3-5 dependencia moderada y entre 6-8 alta.</p> <p>Por último, en cuanto a la dependencia gestual, una puntuación entre 0-15 sería dependencia leve, entre 16-31 moderada y una puntuación de 32 puntos o más, dependencia gestual alta.</p>
-------------------------	---	--

---

Motivación	Test de Richmond (Richmond, 1993)	Consta de 4 ítems. El rango de puntuación oscila entre 0 y 10. Su interpretación es: - 0-3 puntos: motivación nula - 4-5 puntos: dudosa - 6-7: moderada - 8-10: alta.
------------	--------------------------------------	---

---

Depresión y Ansiedad	Escala de depresión y ansiedad de Golberg (Golberg, 1978)	Cuestionario dividido en dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las consta de 9 ítems. Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. La escala global tiene una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%.
-------------------------	---	---

---

Situaciones de riesgo y autoeficacia	Brief Situational Confidence Questionnaire (Annis y Graham, 1988)	Inicialmente constaba de 39 ítems, aunque hoy en día se utiliza una versión reducida contiene 8 ítems.
--	--	--

---

---

Síndrome de abstinencia	Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (Shiffman, West y Gilbert, 2004)	Cada uno de los nueve ítems que tiene debe ser valorado en una escala de 0 a 4 donde 0 es la ausencia del síntoma y 4 se corresponde con la presencia severa del mismo. Aunque las posiciones observadas y las autoregistradas no son siempre concordantes al 100%, ambos juegos de puntuaciones son sensibles a efectos de la abstinencia, mostrando pruebas de fiabilidad buena y validez para la escala.
-------------------------	--	---

---

### *Procedimiento*

La evaluación se realizó en una única sesión de una hora y media. Esta sesión comenzó con la entrevista semiestructurada, después se le proporcionó el autoregistro al sujeto para que registrara su conducta de fumar durante dos días. Una vez completada la entrevista y explicado el autoregistro, se pasaron los cuestionarios para completar la evaluación.

Tras la sesión de evaluación, se procedió a la corrección de cuestionarios y a la obtención de las puntuaciones, obteniendo los resultados que se exponen en el apartado siguiente.

### **Resultados**

Los principales resultados se muestran en las siguientes líneas, junto con gráficas, con la finalidad de exponer y delimitar de forma clara la adicción del sujeto.

El sujeto comenzó a fumar a los 18 años, y desde entonces solo ha tenido un intento de dejarlo, fue en 2015 y solo mantuvo la abstinencia durante cuatro días. Actualmente fuma una media de diez cigarrillos al día de la marca Nobel (0,9 mg de alquitrán y 0,7 mg de nicotina). Fuma los cigarros enteros inhalando el humo y realizando caladas profundas, especialmente en el primer cigarro del día. A continuación se expone el Análisis Funcional de su conducta (tabla 2):

Tabla 2.

*Análisis Funcional*

Antecedentes	Conducta	Consecuencias
Al despertar		
Después de comer		
Antes de un examen		Sensación de saciedad de nicotina y efecto
Al salir de un examen	Fumar un cigarrillo	tranquilizador.
Durante el café después de comer	entero, inhalando el humo con caladas profundas.	- Refuerzo positivo: placer al incorporar la nicotina al organismo.
Tomando algo con los amigos		- Refuerzo negativo: reducción de la ansiedad.
Después de cenar		
Antes de ir a dormir		

En los antecedentes se muestran las principales situaciones en las que fuma el sujeto, él mismo comenta que muchos de los cigarrillos que fuma al día los fuma por rutina, aunque no sienta la necesidad. Igualmente, ante estresores inesperados o épocas en las que su trastorno de ansiedad se ve agravado, el sujeto ha llegado a consumir un paquete entero al día. Cabe destacar que, ante la ausencia de estresores, mantiene un consumo constante de diez cigarrillos al día.

La conducta de fumar suele ser siempre la misma, aunque durante los primeros cigarrillos del día da caladas más profundas, las cuales suelen ser algo menos profundas y más rápidas en los cigarrillos que fuma cuando está tomando algo con sus amigos.

El consumo se ve reforzado tanto positiva como negativamente, ya que obtiene placer al fumar y, de otro lado, reduce su ansiedad. El sujeto cree que fumando controla su trastorno de ansiedad.

*Dependencia*

El sujeto presenta una dependencia física alta, con una puntuación de 6 sobre 10 (figura 1). Esta dependencia se manifiesta en algunas respuestas concedidas por el sujeto,

como que fuma el primer cigarro del día en la primera media hora tras despertarse, que le cuesta no fumar en lugares en los que está prohibido o que fuma incluso cuando está tan enfermo que ha de guardar cama.

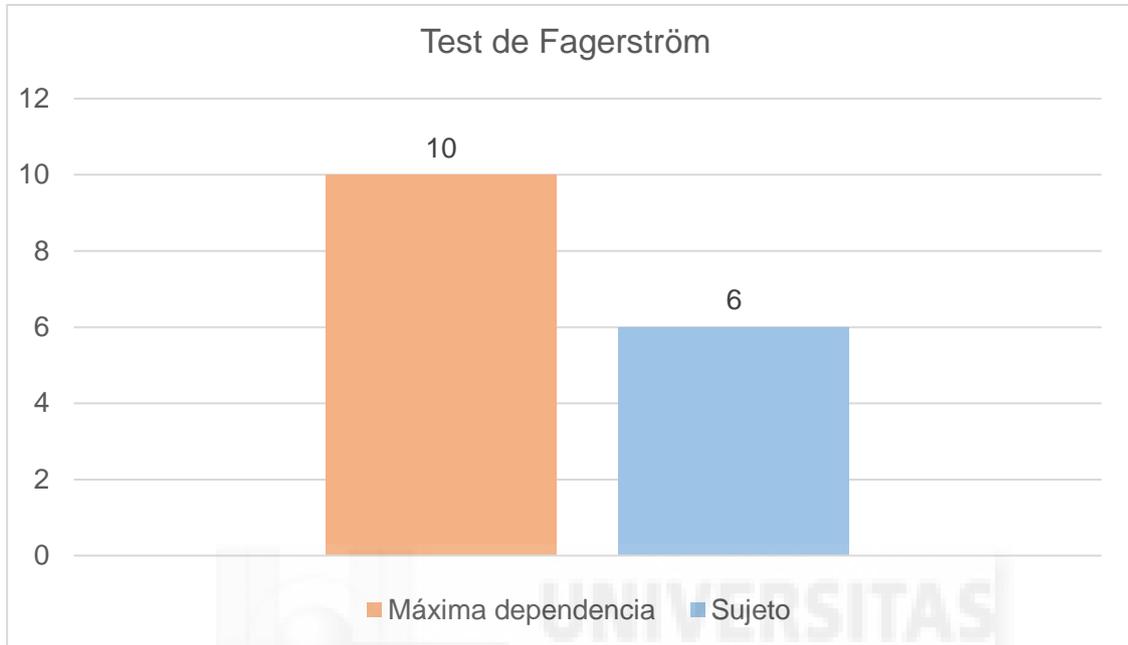


Figura 1. Test de Fagerström

La dependencia psicológica se valoró en tres aspectos diferentes: dependencia psicológica en sí, dependencia gestual y dependencia social. Las puntuaciones máximas para cada aspecto son diferentes, por ello se realizó una transformación lineal de las puntuaciones, con el fin de poder compararlas y exponerlas de forma gráfica (figura 2).

Los resultados, una vez realizada la transformación lineal reflejan lo siguiente: respecto a la dependencia psicológica, obtuvo una puntuación de 8,7, por lo que se encuentra dentro del rango de dependencia alta. En cuanto a la dependencia social, obtuvo la máxima puntuación posible, considerando pues, la necesidad de intervenir de manera incipiente en este aspecto. Por último, en referencia a la dependencia gestual, el sujeto se encuentra dentro del rango de puntuaciones bajas, con una puntuación de 2,7 puntos.

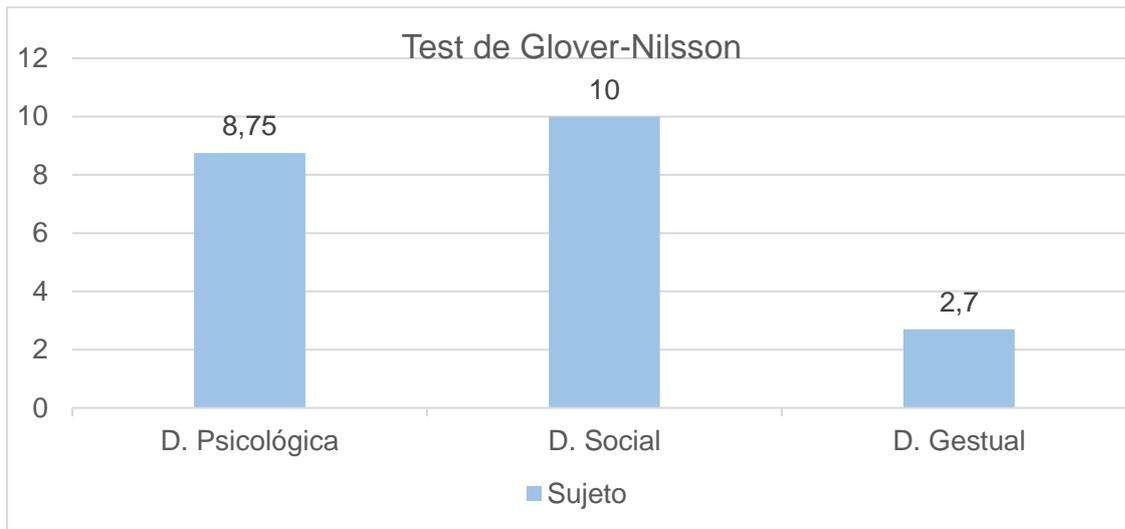


Figura 2. Test de Glover-Nilsson

Respecto a la evaluación del síndrome de abstinencia, el síntoma más característico es el craving o deseo de fumar, puntuando 4 en este síntoma, el máximo de la escala. Por otra parte también aparece irritabilidad, ansiedad, dificultad para mantener la concentración y un considerable aumento del apetito (figura 3).

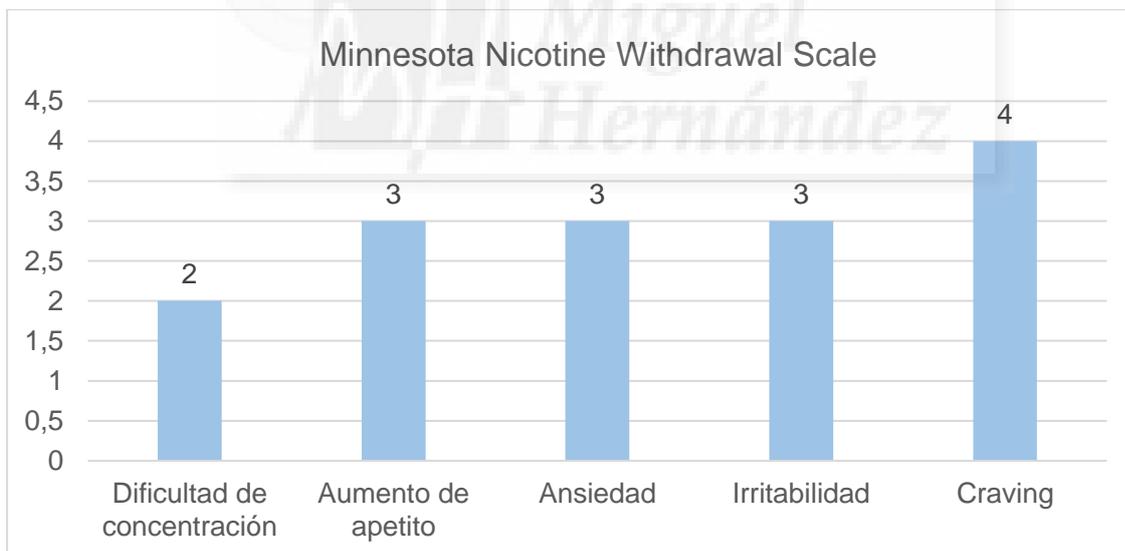


Figura 3. Minnesota Nicotine Withdrawal Scale

#### *Motivación y autoeficacia*

El sujeto obtiene una puntuación total de 2 puntos sobre 10 (figura 4). Se considera que una puntuación inferior a 3 puntos indica una motivación nula para dejar de fumar. Será necesario pues, abordar el tema de la motivación desde el inicio del tratamiento, y tenerlo en

cuenta en cada una de las sesiones, ya que una motivación baja frente al tratamiento supone un predictor de fracaso del mismo.

Este resultado concuerda con las respuestas brindadas por el sujeto a lo largo de la entrevista, en las cuales manifestó su bajo interés por dejar de fumar, a pesar de estar informado de los efectos nocivos del tabaco.

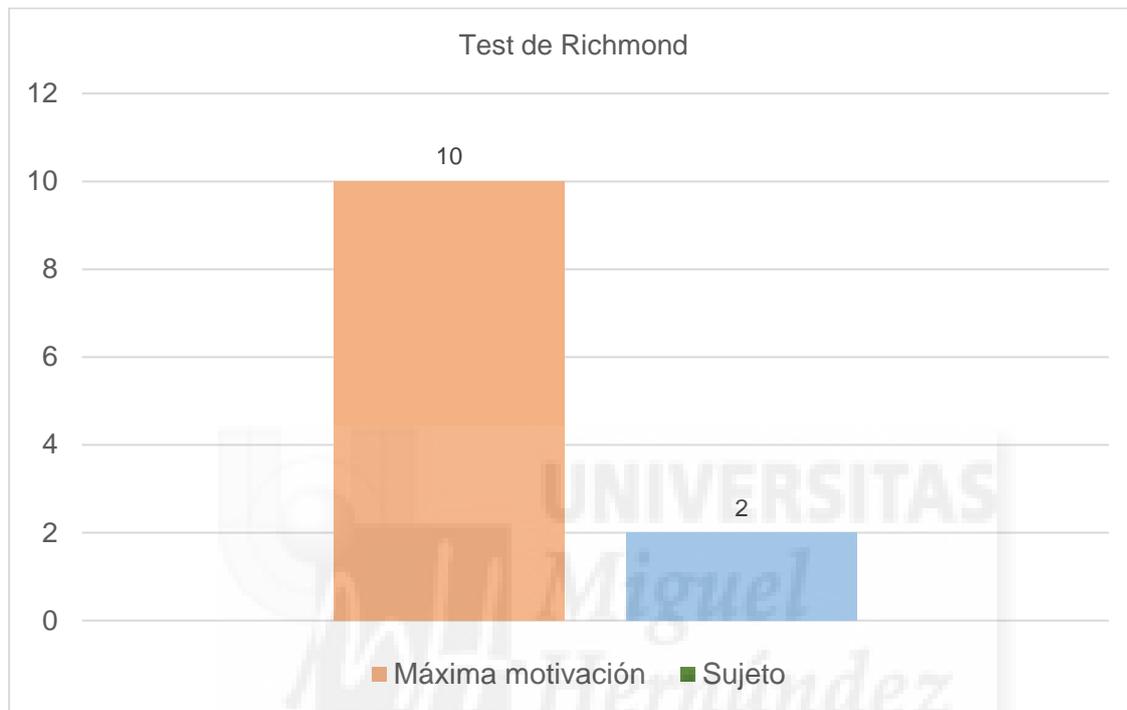


Figura 4. Test de Richmond

En referencia a la capacidad percibida para evitar el consumo, el sujeto muestra menor autoconfianza ante situaciones estresantes o de conflicto (0% de autoconfianza). Tampoco se siente confiado ante la presión social o el estar con personas fumadoras, viéndose incapaz de mantener la abstinencia en estos momentos. Por otra parte, y en sentido opuesto, muestra una autoeficacia elevada ante su propio control y frente a emociones agradables (100% de autoeficacia en ambas).

La puntuación final, obtenida mediante la realización de la media de puntuaciones obtenidas en cada ítem, resulta en un total de 36% de autoeficacia ante situaciones de riesgo (figura 5). Esto supone que rompería la abstinencia ante 7 de cada 10 situaciones de las evaluadas. La baja autoeficacia, puede estar relacionada con el bajo nivel de motivación que presenta el sujeto.

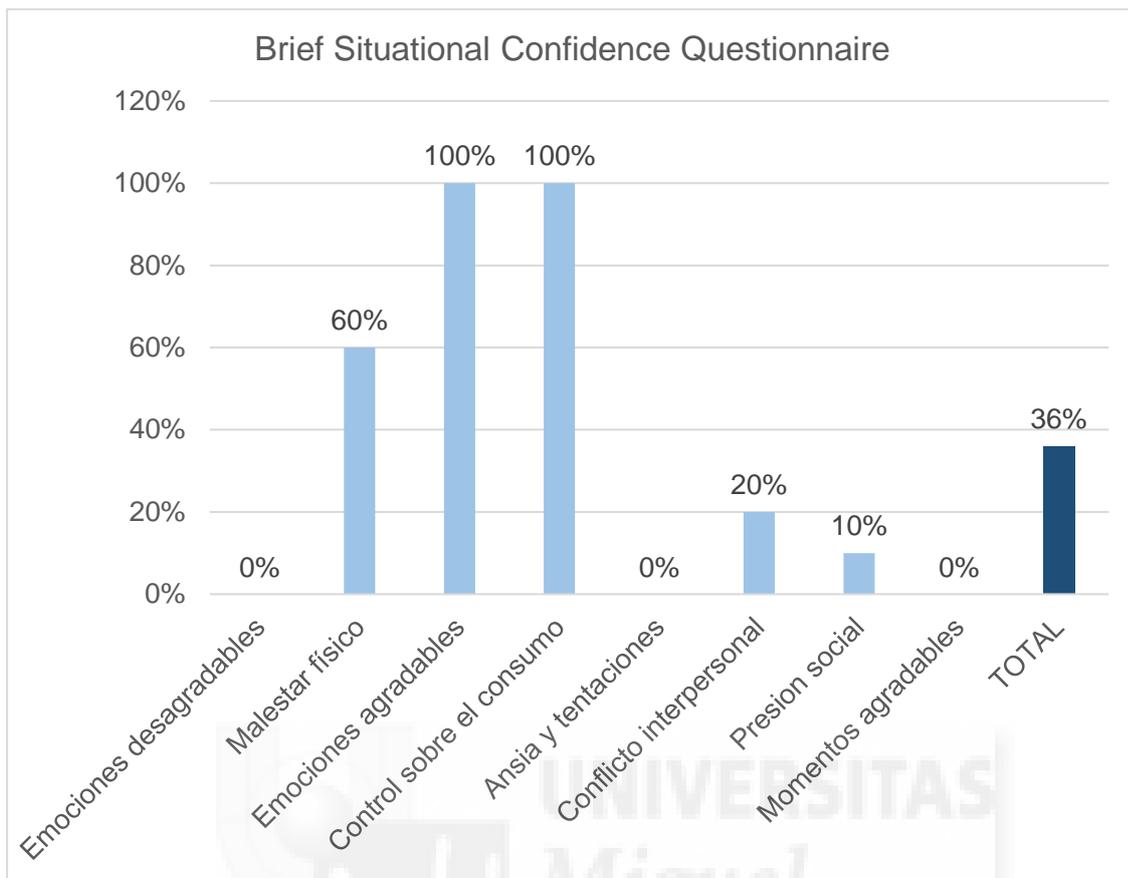


Figura 5. Brief Situational Confidence Questionnaire

#### *Otras variables*

El trastorno de ansiedad que padece el sujeto aparece reflejado en los resultados del cuestionario de Golberg, con una puntuación de 7 sobre 9, siendo 4 el punto de corte para considerar una ansiedad patológica (figura 6). Este hecho se valorará a la hora de realizar la intervención, ya que niveles altos de ansiedad podrían derivar en un peor afrontamiento de situaciones de riesgo y, por tanto, podría suponer un obstáculo para la consecución de los objetivos.

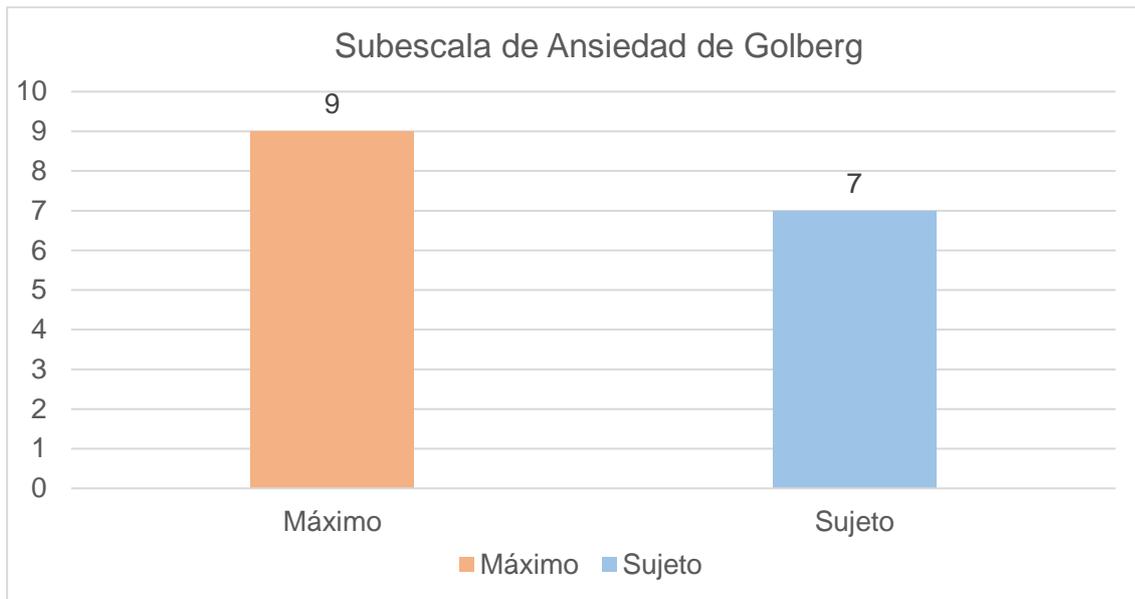


Figura 6. Subescala de Ansiedad de Golberg.

En cuanto a la subescala de depresión, el sujeto ha puntuado 3 puntos, siendo 2 el punto de corte para considerar la presencia de un trastorno depresivo y 9 la puntuación máxima posible (figura 7). A pesar de que sobrepasa el punto de corte, no se considera una puntuación clínicamente relevante. Es por esto que, a lo largo de la propuesta de intervención, se prestara atención a la posible aparición de sintomatología depresiva, pero no se incluirá como variable relevante para la realización de la misma.

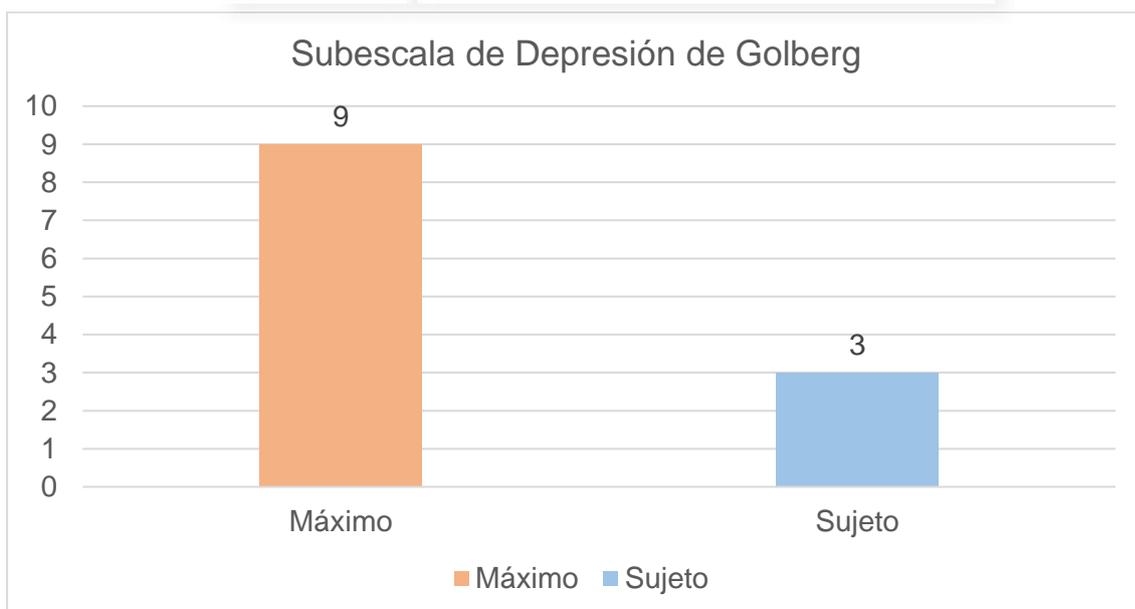


Figura 7. Subescala de Depresión de Golberg.

**Propuesta de intervención**

La propuesta de intervención que se describe a continuación está basada en el programa de Tratamiento Multicomponente del Tabaquismo (Becoña, 2007). Se trata de un programa de deshabituación paulatina basado en técnicas psicológicas de modulación de conducta. El programa consta de seis sesiones, una por semana, más tres sesiones de seguimiento que se extienden a lo largo de un año.

Cabe recordar que se realizó una “Sesión 0” o sesión de evaluación con el sujeto. En ella se realizaron los cuestionarios y se entregó un autorregistro para que el sujeto rellenase antes de acudir a la Sesión 1. Por ello, la propuesta que se expone en las siguientes páginas, comienza directamente con la intervención, excluyendo la sesión dedicada a la evaluación.

Cabe destacar que para la realización de este trabajo, se ha modificado el programa original de Elisardo Becoña en algunos aspectos, con la finalidad de adaptarlo el máximo posible a las características del sujeto evaluado.



*Sesión 1-Primera semana-“Iniciando la deshabituación”***Objetivos:**

1. Comenzar y favorecer la alianza terapéutica con el paciente.
2. Ofrecer al paciente información objetiva sobre qué es el tabaco, sus componentes y consecuencias.
3. Revisar los autorregistros.
4. Conocer los motivos que le llevan a fumar y los motivos para dejarlo.
5. Explicar la técnica de cambio de marca de cigarrillos. La marca ‘nueva’ deberá reducir en un 30% la nicotina en referencia a la anterior marca.
6. Explicar la estrategia de prevención de recaídas: no aceptar ofrecimientos de cigarrillos.

*Tareas para realizar en la primera sesión:*

- Indicar los motivos por los que quiere dejar de fumar
- Explicar y comprender el análisis funcional de su conducta de fumar.
- Explicación de las técnicas que el paciente ha de poner en práctica a partir del día siguiente.
- Realizar la lista de actividades agradables.

*Tareas para casa:*

- Lectura comprensiva del material entregado.
- Comunicar, al menos a una persona de su entorno que va a dejar de fumar.
- Continuar realizando el autorregistro, valorando especialmente la ansiedad.
- Cambiar de marca de cigarrillos (30% menos nicotina)
- No aceptar ofrecimientos
- No realizar compensación nicotínica mediante caladas profundas.

Esta primera sesión supone la primera toma de contacto con el sujeto, en ella es importante comenzar a desarrollar una buena alianza terapéutica, la cual será un factor relevante para el éxito del programa. En ella es importante recalcar la viabilidad del tratamiento, pese a la alta adicción del sujeto. También se brinda información acerca del hábito de fumar, con la finalidad de que el sujeto conozca todos los detalles acerca de la adicción nicotínica. Para empezar con la intervención personalizada, se trabaja el autorregistro realizado, es importante que el sujeto aprenda a interpretar estos datos para poder analizar y modificar su conducta. De otro lado, también ha de autoevaluarse para

conocer los motivos que le llevan a querer dejar de fumar; dada la baja motivación del sujeto frente al tratamiento, se le ayudará a realizar esta lista de motivos para enfatizar los aspectos positivos del abandono.

Desde este primer momento ya se proporcionan técnicas para iniciar el proceso de deshabitación. Como el sujeto refiere padecer ansiedad ante situaciones nuevas, estas pautas serán sencillas y claras, a fin de evitar la ansiedad inicial ante el abandono. Como la dependencia física del sujeto es alta, se introduce la técnica de cambio de marca a una con menor cantidad de nicotina, al hacerlo de manera paulatina se pretende evitar el síndrome de abstinencia. La prevención de recaídas también se empieza a trabajar en esta sesión, así el sujeto podrá empezar a habituarse a resistir tentaciones, proceso que facilitará la abstinencia en un futuro.



*Sesión 2- Segunda semana- "Primeros logros"***Objetivos:**

1. Valorar la posible existencia de creencias erróneas frente al abandono.
2. Analizar cómo ha vivido los cambios incorporados
3. Introducir la técnica de control de estímulos "Situaciones en las que ya no voy a fumar".
4. Introducir ejercicios de respiración como técnica de relajación.

*Tareas para realizar en la segunda sesión:*

- Analizar creencias erróneas del sujeto y sustituirlas por pensamientos racionales.
- Analizar los niveles de ansiedad con el autorregistro e indicar los antecedentes y consecuentes del consumo.
- Revisar los síntomas debidos al síndrome de abstinencia y ofrecer estrategias para paliarlos.
- Hacer la lista de situaciones en las que fuma el sujeto.
- Seleccionar tres situaciones en las que va a dejar de fumar.
- Explicar y practicar los ejercicios de respiración profunda. Entregar información adicional para leer en casa.

*Tareas para casa:*

- Cambiar de marca a una con un 30% menos nicotina que la que ha fumado esa semana.
- Aumentar el círculo de personas que saben que se encuentra en un tratamiento para dejar de fumar
- No fumar en las tres situaciones escogidas.
- Esperar una hora después de levantarse para encender el primer cigarro.
- Practicar los ejercicios de respiración profunda.

A partir de este momento, es importante reforzar al fumador por cada logro que consiga. Para ello, revisamos el trabajo realizado durante la semana, analizando también la adherencia al tratamiento a través del seguimiento de las pautas ofrecidas. Ya se empiezan a analizar las posibles creencias erróneas que tenga el sujeto sobre el proceso de abandono, aunque todavía no es momento de entrar a examinarlas. A continuación se comenta cómo ha vivido el sujeto los cambios introducidos en la sesión anterior; es importante que manifieste si

han aparecido síntomas del síndrome de abstinencia o ansiedad excesiva; si es así, hay que recordarle que está experimentando una desintoxicación y que estos síntomas son normales. Igualmente se le proporcionan estrategias para paliar estos síntomas (beber más agua, masticar chicle, contar hasta diez...).

El sujeto padece una dependencia social muy alta, por ello se considera conveniente introducir ya en esta sesión la técnica de control de estímulos, que se va a continuar a lo largo de todo el tratamiento. Esta se trata de seleccionar tres situaciones en las que ya no va a poder consumir. De otro lado, se continúa con la estrategia de cambio de marca y se añade una estrategia nueva: esperar una hora después de levantarse para encender el primer cigarrillo. Dado que las tareas de esta sesión suponen un esfuerzo mayor que las de la primera, antes de finalizar la sesión se introducen ejercicios de respiración como técnica de relajación. Se le facilita al sujeto información al respecto y se le explica cómo practicarla, para controlar la ansiedad si aparece.



Sesión 3- Tercera semana- *"Hacia una vida más sana"*

## Objetivos

1. Motivar al paciente para continuar con el tratamiento.
2. Analizar su red de apoyo.
3. Incorporar nuevas técnicas de modificación de conducta y aumentar la dificultad de las pautas establecidas.
4. Preguntar qué estrategias ha usado para no tener el síndrome de abstinencia y si le han resultado útiles. .
5. Analizar los hábitos alimenticios del sujeto.
6. Crear un plan de ejercicio físico para la semana que viene.

*Tareas para realizar en la tercera sesión:*

- Decidir en qué nuevas tres situaciones dejará de fumar.
- Comentar las estrategias que emplea para reducir el síndrome de abstinencia
- Analizar la red de apoyo social del sujeto.
- Analizar cómo come el sujeto y si precisa controlar la dieta. Explicar la importancia de la dieta y el ejercicio.

*Tareas para casa:*

- Fumar como máximo la mitad de cada cigarro y no aceptar ofrecimientos.
- No consumir en las 6 situaciones especificadas.
- Cambiar a una nueva marca reduciendo la nicotina. (90% de reducción frente a la marca inicial, 30% de reducción frente a la marca de la semana pasada)
- Retrasar media hora el cigarro de después de cada comida y continuar esperando una hora después de levantarse para fumar el primer cigarro.
- Practicar los ejercicios de relajación profunda cada día.
- Controlar la alimentación y realizar ejercicio físico.

Esta sesión supone el ecuador del programa, es por ello que debemos reforzar los logros y la capacidad del sujeto. A estas alturas del programa, se espera que el sujeto sepa, a través de los autorregistros, cuales son las situaciones en las que aumenta el consumo. Que sepa reconocer las situaciones de riesgo es necesario para la consecución de los objetivos del programa. Se le indicará al sujeto que, a pesar de su dependencia social, no ha de evitar

quedar con conocidos fumadores, estos forman parte de su vida y ha de aprender a no huir de las situaciones de riesgo, si no enfrentarse a ellas y ver cómo puede superarlas.

Se incorporan nuevas técnicas y se modifican algunas ya instauradas: cambio a una marca nueva (30% menos nicotina que la semana anterior), fumar solo la mitad del cigarrillo, decidir tres situaciones más en las que no podrá consumir y esperar media hora después de cada comida para encender un cigarrillo. Si se siente muy ansioso en el momento de no poder consumir, se le recuerda que posee una lista de actividades agradables que puede sustituir por el consumo, así como las técnicas de relajación aprendidas.

Por último, es importante tener en cuenta los hábitos de vida del sujeto. Dado que el sujeto reveló durante la evaluación que el aumento de apetito era uno de los síntomas más acusados durante la abstinencia, se considera oportuno recomendar una dieta saludable y la incorporación de ejercicio físico diario. Si el sujeto logra combinar el estilo de vida saludable con la consecución paulatina de objetivos, conseguirá sentirse mejor, aumentando su autoeficacia y su motivación para afrontar los siguientes pasos.



*Sesión 4- Cuarta semana- "A un paso de la meta"***Objetivos:**

1. Comunicar que el abandono total se producirá al final de la próxima semana o la siguiente.
2. Hacer ver al sujeto cómo va a transformarse su vida al convertirse en exfumador.
3. Explicar claramente la diferencia entre caída y recaída.
4. Comentar cómo ha afrontado el sujeto la incorporación del ejercicio a su día a día.
5. Entrenarle en la detección y control de tentaciones.

*Tareas para realizar en la cuarta sesión:*

- Trabajar la visión de la nueva vida como no fumador
- Explicar la diferencia entre caída y recaída.
- Analizar las principales tentaciones que pueden aparecer y cómo combatirlas.
- Seleccionar tres situaciones nuevas en las que no va a fumar
- Resolver dudas acerca del ejercicio, la dieta o las técnicas de relajación.

*Tareas para casa:*

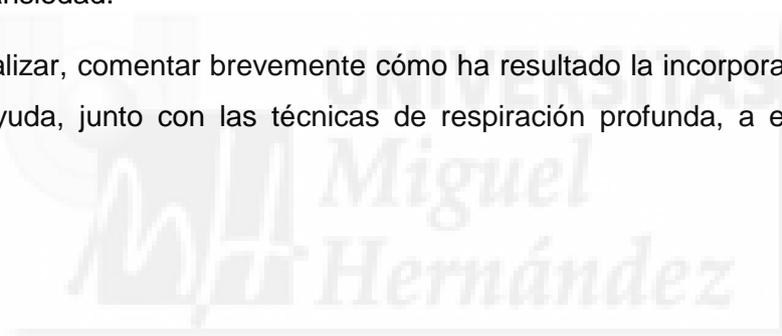
- Continuar con las pautas de la semana anterior, introduciendo las siguientes variaciones:
- No fumar justo antes de acostarse
- Retrasar una hora el cigarro de después de las comidas.
- No consumir en las nueve situaciones seleccionadas.
- Reducir el número de cigarrillos cada día, de manera que al final de la semana el consumo sea 0
- Realizar los ejercicios de respiración profunda.
- Realizar ejercicio diario y controlar la dieta
- Identificar tentaciones y controlarlas. Realizar actividades placenteras en el momento en el que aparezca la tentación con el fin de no acumular tensión y dar pie a la aparición de la ira o la ansiedad.

En esta sesión se aborda el tema del abandono total. En primer lugar se le explica al sujeto que el abandono se producirá al final de la siguiente semana o, como mucho, de la

siguiente. Es importante que no se transmita esta información como una orden, si no transmitiendo confianza y viabilidad, hay que mostrar al sujeto que igual que ha conseguido los objetivos anteriores, será capaz de realizar este último paso. También hay que remarcar que la dependencia en este momento es mucho menor que al principio del tratamiento, gracias a las estrategias empleadas, el abandono será más sencillo. En este momento hay que plantearle al sujeto la visión de su nueva vida como “no fumador”, remarcando los aspectos positivos de este cambio.

En esta fase hay que explicar la diferencia entre caída y recaída, con la intención de evitar la posible frustración y aumentar la autoeficacia. Evidenciar que las caídas y recaídas son una fase más del tratamiento y que, aunque es preferible que no se den, la aparición de las mismas no ha de considerarse un fracaso. Para evitar en la mayor medida posible que se produzca una caída, es necesario entrenar al sujeto en técnicas de detección y control de tentaciones. Además, con la previsión de las mismas, podrá anticiparse a ellas, reduciendo sus niveles de ansiedad.

Para finalizar, comentar brevemente cómo ha resultado la incorporación del ejercicio físico y si le ayuda, junto con las técnicas de respiración profunda, a eliminar síntomas adversos.



Sesión 5- Quinta/Sexta semana- *"El abandono"***Objetivos:**

Los objetivos de esta sesión van variar en función de la fase de abandono en la que se encuentre el sujeto llegado el momento. Si todavía no ha logrado la abstinencia total, es decir, si en el día de la sesión todavía consume algún cigarrillo, la quinta sesión se dedicará a repasar los aspectos vistos en la cuarta sesión. Se planificará el abandono para la siguiente semana en este caso. Por el contrario, si el sujeto ha logrado llegar a esta sesión abstinentemente, se dedicará esta sesión al abandono. Esta sesión dedicada al abandono, se realizará la semana siguiente en caso de que el sujeto no haya logrado dejarlo por completo.

La sesión de abandono, que será la quinta o la sexta en función del fumador, es la última sesión de la intervención y tiene los siguientes objetivos:

1. Comprobar que ha acudido a la sesión con un consumo 0.
2. Evaluar el nivel de satisfacción al conseguir el abandono.
3. Realizar un resumen del proceso, enfatizando los logros conseguidos.
4. Controlar los niveles de ansiedad derivados del abandono.
5. Consecuencias positivas y negativas del tratamiento y de su nueva situación.
6. Revisar la distinción entre los conceptos caída y recaída.
7. Visión del nivel de dificultad que le ha supuesto el proceso en base a las expectativas previas.
8. Felicitarle por haber conseguido dejar de fumar.

**Tareas para realizar en sesión:**

- Comprobar que se ha conseguido la abstinencia.
- Analizar si los niveles de ansiedad van acorde al proceso que está experimentando el sujeto o si son desmesurados.
- Revisar las dificultades encontradas esta semana.
- Revisar los primeros beneficios que ha experimentado al abandonar el tabaco.
- Explicar las sensaciones que pueden aparecer en los días siguientes de la retirada. Comunicar que estas sensaciones son normales y que la mayoría de sujetos las experimentan.
- Favorecer el locus de control interno.
- Felicitar al sujeto por su logro.

En la última sesión del tratamiento, se plantean diversos aspectos de cara al mantenimiento de la abstinencia. En primer lugar, comprobar que ha acudido abstinente a la sesión y felicitarle por ello, recalcando el mérito propio del sujeto. En segundo lugar, evaluar el nivel de satisfacción global con la intervención, así como si se han cumplido sus expectativas. Es importante que realice un recorrido retrospectivo por el proceso de abandono, con el fin de reforzar lo conseguido y afianzar su autoeficacia. En tercer lugar, tratar el tema de la ansiedad frente al abandono, comentar con el sujeto cómo se siente y si ha padecido un agravamiento de su trastorno; de ser así se le recordaran las técnicas aprendidas para disminuirla, animándole a utilizarlas en el futuro. Es necesario en esta sesión comprobar que el sujeto comprende los conceptos de caída y recaída, así como lo que implican y cómo solucionarlo si se da el caso.

Finalmente, felicitar de nuevo al sujeto, facilitando la atribución personal del logro conseguido. Enfatizar su papel como autor principal del proceso contribuirá a mantener la abstinencia, consolidando su autoeficacia.



### *Seguimiento*

Una vez finalizado el tratamiento, se programarán tres sesiones de seguimiento: a los tres, a los seis y a los doce meses de haber finalizado el programa. En estas sesiones se comprobará, en primer lugar, que el sujeto ha mantenido la abstinencia y se evaluará la actitud del sujeto frente a la misma. También se tendrá en cuenta si ha tenido alguna caída y cómo ha logrado solucionarla. Se evaluará la red de apoyo que posee tras la retirada, así como las dificultades encontradas. Resolver cualquier duda y recordar algunas estrategias o técnicas aprendidas en la intervención en caso de ser conveniente.

Después de la tercera sesión de seguimiento, al año de haber dejado de fumar, se comunicará al paciente que ya no deberá acudir a más sesiones con el terapeuta. Se le facilitará un teléfono o un email de contacto por si quiere contactar con el terapeuta en un futuro. Es importante hacerle comprender que no acudir a terapia no significa romper completamente el vínculo terapeuta-paciente, si no que podrá solicitar ayuda en cualquier momento que lo necesite. Recordarle que el proceso que ha llevado a cabo es un proceso costoso y tiene mucho mérito al haberlo conseguido. Para finalizar con el seguimiento, se le pedirá al sujeto que, en base a su experiencia, aporte alguna sugerencia constructiva para futuras intervenciones. Agradecerle su colaboración en las sesiones y animarle a continuar su nueva vida como No Fumador.

Cabe destacar que, si durante alguna de las sesiones el sujeto confiesa haber recaído en su adicción, se procederá a la pertinente evaluación y retomada del tratamiento en caso de ser necesario.

## Discusión

El objetivo de este trabajo era realizar una propuesta de intervención para un caso de adicción a la nicotina, dado que se ha realizado de forma viable y coherente, se considera que se ha alcanzado el objetivo con éxito. Debido a que el estudio pretendía plantear la intervención, pero no ponerla en práctica, la eficacia de dicha intervención queda sujeta a su posible puesta en práctica en un futuro.

Con el trabajo realizado se espera conseguir, si se realizase la intervención, la abstinencia del sujeto evaluado, así como de todos aquellos que, capaces de adaptarlo a su situación, deseen escogerlo como guía. Dada la eficacia contrastada del Tratamiento Multicomponente del Tabaquismo (Becoña y Míguez, 2007), en el cual se ha basado la mayor parte de este trabajo, se espera que esta intervención siguiese las mismas líneas y ayudase a combatir el problema del tabaquismo. Con el estudio realizado, también se pretende presentar una síntesis de los tratamientos eficaces contra el tabaquismo, destacando los psicológicos, los cuales llevan años siendo modificados a fin de conseguir la eficacia de la que gozan hoy en día (Abrams, 2003; Becoña, 2006; Dodgen, 2005; Fiore y Sancho, 2003). Por otra parte, destacar la importancia de la sesiones de seguimiento, sin las cuales no se podría validar el trabajo realizado; así como contemplar la posibilidad de retomar el tratamiento en un futuro si se produce una recaída.

Por último, tras profundizar en el ámbito de las adicciones, los aspectos más relevantes encontrados han sido: la estrecha relación que mantienen estas con el contexto en el que vivimos, siendo el entorno un factor determinante en el inicio y el mantenimiento de la adicción. También, destacar el producto de los estudios que, realizados a lo largo de muchos años, han servido para descubrir y frenar las consecuencias negativas del tabaco. Si se echa la vista atrás, hace tan solo veinte años, no se tenía la menor información respecto al tema, lo que supone un avance en el ámbito psicológico de dimensiones enormes en un periodo relativamente corto. Este hecho, anima a los profesionales a investigar nuevas técnicas eficaces para promover el desarrollo de la psicología.

**Bibliografía**

- Álvarez Gutiérrez, F. (2003). El tabaquismo como problema de salud pública. *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. (Ed. 2ª, pp. 27-68). Madrid: ERGON.
- Álvarez Requejo, A. (1999). La investigación sobre tabaquismo en España. *Revista Española de Salud Pública*, 73(3), 320-330.
- APA (2010). Manual de publicaciones de la American Psychological Association (3ª ed. Traducida de la 6ª ed. en inglés). México: El Manual Moderno
- Barrueco, M. & Hernández, M.A. & Torrecilla, M. (2009). Efectos nocivos del tabaco sobre la salud. Utilización de la patología del tabaco como factor de motivación en fumadores enfermos. (4ª Ed.), *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo* (pp. 25-44). Badalona: Euromedice.
- Becoña E, Vázquez F.(1998). Dejar de fumar como un proceso: implicaciones asistenciales. *Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo*. Barcelona: Glosa S.L. 227-52
- Becoña Iglesias, E. & Córdoba García, R. & Martínez Raga, J. & Pinet Ogué, C. (2008). Capítulo 3: Diagnóstico. (1ª Ed.), *Tabaquismo, Guías clínicas socidrogalcohol basadas en la evidencia científica* (pp. 25-37). Valencia: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (2010). Protocolo de tratamiento del Programa para Dejar de Fumar. *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos* (pp 81-105). Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Becoña, E., Fernández, E., López-Durán, A., Martínez, U., Martínez, C., y Rodríguez, R. (2014). El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del psicólogo*, 35(3), 161-168.
- Becoña, E., y Míguez, M. (2007). Dejar de fumar desde casa: "El Programa 2001 para Dejar de Fumar". *Psicooncología*, 3 (2-3). 319-336.
- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., y Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 520-528
- Castillo, A. (2008). Propiedades psicométricas de la escala AUDIT para detección de consumo de riesgo de alcohol en población trabajadora (pp. 13-16). Colombia: Fundación clínica Valle de LILI.

- Córdoba R, Martín C, Casas R, Barberá C, Botaya M, Hernández A & Jané C. *Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria*. Atención Primaria 2000; 25(1): 32-36.
- Glover, E. y Nilsson, F. (2001). The Glover-Nilsson smoking behavioral questionnaire (GN-SBQ). Proceedings the Third European Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco. París. 48.
- Goldberg, D. (1978). *The General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing.
- Jimenez, C., Guiaro, A., Cicero, A., Ruiz, J., Cristobal, M., Mayayo, M., y Amor, N. Síndrome de abstinencia y craving. *La asistencia clínica en el tabaquismo* (pp. 22-26). Madrid: Salud Madrid.
- Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos, R. *Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico*. Aten Primaria 1993; 12: 345-349.
- Pérez, C. (1996). Problemas sanitarios relacionados con el alcohol y el tabaco. *Medicina social*. Alicante: Universidad de Alicante. 31-34.
- Pérez, r. (2015). El tabaco, ruinoso para el Estado: le cuesta más de 4.000 millones de euros al año. ABC. Available at: <http://www.abc.es/local-aragon/20150102/abc-tabaco-cuesta-estado-4000-201501020901.html>
- Ramo, A. y Prieto, E. (2004). Estudio clínico del fumador. *Tratado de tabaquismo* (pp. 260-268). Madrid: Grupo Aula Médica, S.L.
- Ríos, F. L., Roales-Nieto, J., Y Ayllón, T. (2001). Comparación de la eficacia de dos programas de intervención psicológica en tabaquismo. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(3), 197-212.
- Shiffman S., West R. YGilbert D. (2004). Assessment of Craving and Withdrawal in Clinical Trials. *Nicotine & Tobacco Research* 6(4).
- Toll, B. (2007). Confirmatory withdrawal scale. *Psychology of addictive behaviors*, 21 (2).
- Vera, M. P. G., & Sanz, J. (2006). Análisis de la situación de los tratamientos para dejar de fumar basados en terapia cognitivo-conductual y en parches de nicotina. *Psicooncología*, 3(2), 269-289.