



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

CURSO 2025/2026

Trabajo Fin de Máster

IMAGEN CORPORAL Y TABAQUISMO: EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOLÓGICOS EN EL ABANDONO DE LA ADICCIÓN

Autora: Judith Martínez García

Tutor: Jose Luis Carballo Crespo

Código de la Oficina de Investigación Responsable: 260107090920

Convocatoria: Enero 2026

Resumen

El tabaquismo constituye un importante problema de salud pública, responsable de más de 7 millones de muertes anuales a nivel mundial. En España, el 25,8% de la población de entre 15 y 64 años fuma diariamente, siendo las mujeres un grupo especialmente vulnerable, en parte debido a preocupaciones relacionadas con la imagen corporal y la ganancia ponderal media de 4–5 kg tras la abstinencia tabáquica. Objetivo: evaluar los efectos de un Programa de Auto-Cambio Dirigido combinado con citisina, que incorpora una sesión específica sobre imagen corporal, en la motivación al cambio, el consumo de tabaco, la dependencia a la nicotina y el miedo a engordar. Método: estudio de casos en dos mujeres fumadoras. Resultados: una de las participantes alcanzó la abstinencia total, mientras que la otra redujo su consumo a dos cigarrillos diarios. Ambas mostraron adherencia completa al tratamiento, un aumento significativo de la motivación al cambio y una disminución de la dependencia a la nicotina. La preocupación relacionada con el miedo a engordar disminuyó en menor medida. Los resultados sugieren que la intervención podría ser útil para mejorar la motivación y reducir el consumo de tabaco en mujeres fumadoras.

Palabras clave: Tabaquismo, Auto Cambio Dirigido, imagen corporal, estudio de caso, mujeres

Abstract

Smoking constitutes a major public health problem, accounting for more than 7 million deaths annually worldwide. In Spain, 25.8% of the population aged 15–64 years smoke daily, with women representing a particularly vulnerable group, partly due to concerns related to body image and an average post-cessation weight gain of 4–5 kg. Objective: to evaluate the effects of a Guided Self-Change Program combined with cytisine, incorporating a specific session focused on body image, on motivation to change, tobacco consumption, nicotine dependence, and fear of weight gain. Method: a case study involving two female smokers.

Results: one participant achieved complete abstinence, while the other reduced consumption to two cigarettes per day. Both participants showed full treatment adherence, a significant increase in motivation to change, and a reduction in nicotine dependence. Concerns related to fear of weight gain decreased to a lesser extent.

These findings suggest that this intervention may be useful for enhancing motivation and reducing tobacco use among women smokers.

Keywords: Smoking, Directed Self-Change, body image, case study, women



Introducción

El tabaquismo constituye la principal causa prevenible de muerte a nivel mundial, siendo la causa de más de 7 millones de fallecimientos anuales directos y 1,6 millones por humo ajeno (Organización mundial de la Salud [OMS], 2025). Esta adicción genera daños multisistémicos en pulmones, corazón, riñones y sistema inmunológico (NIDA, 2022), afectando especialmente a 1.300 millones de fumadores, de los cuales el 80% habita en países desarrollados donde la alta demanda de profesionales sanitarios complica su tratamiento.

En España, el 25,8% de la población de entre 15-64 años mantiene el consumo de forma diaria, y se ha convertido en la segunda sustancia más consumida tras el alcohol (OEDA, 2025). En concreto, el 66,6% de la población, ha probado el tabaco alguna vez, mostrando diferencias de género marcadas (los hombres 70,9 % frente a las mujeres 62,4%, respectivamente). Por ello, la evaluación clínica debe combinar la exploración médica y la psicológica, teniendo en cuenta una correcta recogida de información sobre el historial de consumo, el grado de dependencia a la nicotina, la motivación para dejar de fumar y la presencia de posibles psicopatologías, como la depresión y ansiedad (Becoña et al., 2010).

Asimismo, numerosas disciplinas como la medicina y la psicología han elaborado tratamientos con estrategias para el control del consumo de tabaco, diseñadas específicamente para abordar la complejidad de esta adicción. Entre las intervenciones farmacológicas destacan la Terapia de Sustitución de Nicotina (TSN), que reduce los síntomas de abstinencia sin aumentar la dependencia (García-Galbís Marín et al., 2012; Gabriel y Vargas 2019; Marín et al., 2019), y el tratamiento con citisina, que ganó relevancia tras la retirada temporal de vareniclina (Córdoba García, 2021). Sin embargo, la adherencia a estos tratamientos farmacológicos es baja, con una media del 25% debido a costes elevados y efectos adversos.

En relación con el tratamiento psicológico, se ha comprobado su eficacia mediante múltiples estrategias, destacando la intervención breve como opción exitosa y eficiente. Entre ellas sobresale el Programa de Autocambio Dirigido (ACD) de Sobell y Sobell (1993). Tiene orientación cognitivo-conductual, estructurado en 5 sesiones semanales que pueden realizarse de forma individual o grupal (6-8 participantes). Incorpora técnicas derivadas de la entrevista motivacional (EM), tales como preguntas abiertas, afirmaciones, reflejos y resúmenes, culminando con estrategias de prevención de recaídas (Sobell y Sobell, 2005). Su enfoque terapéutico es directivo pero centrado en el paciente, eliminando la ambivalencia mediante estrategias para fomentar el cambio sin llegar a la confrontación. (Lindson et al., 2019; Carballo et al., 2020).

La evidencia confirma su efectividad en tasas de abstinencia al combinarse con vareniclina, evaluadas a las 12 semanas post-tratamiento (el 25% de los participantes siguió la prescripción de vareniclina y el 54% la terapia ACD) (Sancho-Domingo et al., 2024). También demuestra éxito en autoeficacia y motivación, donde Sancho-Domingo et al. (2023) muestra que 145 participantes fumadores tuvo un aumento significativo de autoeficacia ($a=1,19$; $IC95\%=0,47, 1,91$) y motivación ($a=1,95$; $IC95\%=1,34, 2,56$), correlacionándose con una disminución en el consumo.

Se han realizado diferentes adaptaciones o versiones que buscan una mejora continua del ACD, como bien pueden ser diferencias en el modo de aplicación (tanto en grupo como de forma individual) o en la búsqueda de variables que afectan al mantenimiento de la abstinencia (Sobell et al., 2009).

Otra de las posibles adaptaciones tiene que ver con variables que afectan a la adherencia al tratamiento. La motivación del paciente resulta fundamental, ya que impulsa a la persona a acudir a las sesiones y comprometerse al cambio. De hecho, en pacientes no

motivados se debe trabajar en ello, incluyendo información sobre los beneficios al dejar de fumar y los efectos nocivos del tabaco (Álvarez-Manárez et al., 2023). Si nos referimos al género, en literatura científica puede resultar particularmente relevante el estudio de la motivación en la mujer, puesto que, factores emocionales y sociales pueden influir en la motivación de los participantes, modulando el resultado terapéutico (Klemperer et al., 2017) .

Estudios que analizan la diferencia del consumo entre hombres y mujeres obtuvieron resultados dispares entre ellos, y parece ser que ellas mantienen la conducta de fumar por refuerzos positivos como el control de peso, la regulación emocional y el mantenimiento de sus vínculos sociales en contextos específicos (Marqueta et al., 2017; Becoña, 2000), así como por evitación experiencial, patrones de hambre emocional y respuestas inmediatas al estrés, mientras que ellos mantienen su hábito mayormente por ritualización conductual (Chavira Aguilar, 2025).

En cuanto a la imagen corporal, el temor al aumento de peso puede constituir una barrera clave en la mujer, ya que los exfumadores ganan en promedio 4 o 5 kilos durante el primer año post-abstinencia, con mayor incremento en los primeros meses (3 meses) (Aubin et al., 2012). Asimismo, se ha descubierto que ellas presentan una menor predisposición inicial por temor a engordar en comparación a los hombres. Baur y colaboradores (2024) afirman que algunas mujeres perciben este tipo de rumia como una amenaza mayor, que les lleva a posponer o evitar la intervención y/o deshabituación tabáquica. En ocasiones, tras la ganancia de peso durante las primeras semanas de abstinencia se puede llegar a situaciones de recaídas tempranas (Kuo et al., 2022), y el miedo a engordar puede ser uno de los indicadores clave del fracaso terapéutico (Spring et al., 2024). Es por ello por lo que la mujer puede resultar vulnerable y encontrar más dificultad en disfrutar del tratamiento para el abandono tabáquico.

Esto sugiere la importancia de incorporar en la terapia psicológica destinada a la deshabituación información relacionada con aspectos corporales y cuestiones sobre la alimentación, con el objetivo de determinar si ésta influye en la adherencia al tratamiento. En este sentido, la finalidad de este TFM es evaluar los efectos de un Programa de Auto-Cambio Dirigido en pacientes tratados con citisina, que incorpora una sesión específica sobre imagen corporal en la motivación al cambio, el consumo de tabaco, la dependencia a la nicotina y el miedo a engordar.

Método

Participantes

Para poder participar en el estudio de caso, se establecieron los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de 18 años, tener tratamiento de citisina prescrito, solicitar apoyo psicológico, firmar consentimiento informado y recibir derivación del área de neumología del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante). Los criterios de exclusión fueron: consumir drogas ilegales, presentar abuso de alcohol/vaper, haber recibido tratamiento previo de adicciones nicotínicas, tener psicopatología diagnosticada y finalmente, estar recibiendo algún tipo de tratamiento psiquiátrico o psicológico para problemas graves.

Motivo de Consulta

Dos mujeres cumplieron los criterios de inclusión descritos y participaron por recomendación de su médico neumólogo, perteneciente a la Unidad de Neumología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), atendidas por diversas condiciones como disnea, tos, enfisemas pulmonares y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), que requerían tratamiento para la deshabituación tabáquica.

Por ello, se les ofreció la oportunidad de asistir a un grupo de apoyo psicológico que complementara el tratamiento farmacológico del neumólogo. La intervención se enmarca

dentro de un enfoque integral para la rehabilitación del hábito tabáquico como parte fundamental de su tratamiento médico.

Características de los Pacientes

Se seleccionaron a dos pacientes mujeres, que presentaban diferencias clave en su relación con la imagen corporal y quisieron colaborar activamente al estudio.

La paciente MGF, de 32 años, comenzó a fumar a los 16 años sin intentos previos de abandono. Mostraba gran frustración puesto que su motivación no provenía de un refuerzo intrínseco, sino de una enfermedad (la enfermedad de Crohn) diagnosticada desde los 19 años que podía mejorar al eliminar el tabaco de su día a día. Comenzó el tratamiento con el consumo de 1 cigarrillo al día (no de forma semanal). No contaba con apoyo familiar ni tenía una red de amigos significativa, lo que configuraba un contexto social limitado. Además, carecía de verbalizaciones positivas hacia su cuerpo, y con anterioridad, antes del diagnóstico de la enfermedad, había dejado de comer activamente para perder peso (adelgazando más de 10 kilos en menos de un año). Como dato relevante, tiene un historial de anorexia en la adolescencia. Estas conductas fueron reforzadas por comentarios externos sobre haber desarrollado una apariencia más agradable, y además, el aumento de vínculo social (especialmente al sentirse más atractiva para los hombres). El uso ocasional del consumo de tabaco también conseguía suprimir el hambre, pues “le quitaba el apetito”.

Por su parte, la paciente MRTGC, de 55 años, comenzó a fumar a los 9 años, y en la entrevista consumía 9 cigarros. Había realizado varios intentos previos de abandono (cada 2 años dejaba de fumar durante 2 meses aproximadamente), sin lograr eliminarlo por completo. Tras obtener la jubilación anticipada por diversas enfermedades y conectar con su ocio (incluyendo la redacción de un libro para niños), decidió intentarlo nuevamente para ser una buena referente ellos (no deseaba oler a tabaco ya que desarrollaba emociones desagradables). Su principal apoyo provenía de una amiga. Esta paciente verbalizó no tener

problemas con su aspecto físico, auto denominándose “una gordita feliz” que prefería disfrutar de la comida antes que restringirla, aunque reconoció haber cambiado su percepción al mirarse al espejo y, aun así, experimentar momentos de incomodidad con su cuerpo.

Variables e Instrumentos

Se evaluaron las variables *Consumo de tabaco*, *Dependencia a la nicotina*, *Motivación al cambio* y *Miedo a engordar* en tres fases diferenciadas: pre-tratamiento, tratamiento y post-tratamiento/seguimiento. Tal y como se recoge en la Tabla 1 se pueden observar los instrumentos por fase de evaluación de las pacientes MGF y MRTGC.

En la fase *pre-tratamiento*, se recogieron las primeras respuestas de los cuestionarios sobre Datos sociodemográficos mediante una Entrevista Estructurada (EE), donde también se registró el *consumo de tabaco* mediante preguntas. Por otro lado, se evaluó la *Motivación al cambio* mediante el Test de Richmond, (TR), y la *Dependencia a la nicotina* mediante el Test de Fagerstrom Modificado, (TFM), la Escala Breve de evaluación de dependencia a la nicotina, (NDSS-S), y el Test de Glover-Nilsson, TGN).

Durante la fase de *tratamiento*, se midió el *consumo de tabaco*, mediante un autorregistro (Timeline Followback, TLFB), la *motivación al cambio* mediante la tarea de la Regla Motivacional (RM), y el *miedo a engordar* mediante el Cuestionario de Insatisfacción Corporal (BSQ) y el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40)]. El TLFB fue registrado diariamente y compartido semanalmente en sesiones grupales.

En la fase *post-tratamiento*, se reevaluaron todos los grupos de variables para determinar los resultados obtenidos tras la intervención.

Las variables y las propiedades de sus instrumentos son las siguientes:

- Consumo de tabaco: mediante el autorregistro Timeline Followback (TLFB), cuya creación originalmente fue la de evaluar el consumo de alcohol y que, en la actualidad, es empleado para ese y otros muchos tipos de sustancias más

(Martin-Willett et al., 2020). El registro se fue registrando diariamente y puesto en común de forma semanal en la sesión grupal.

- Motivación al cambio: Mediante la Regla motivacional de Miller y Rollnick y el Test de Motivación de Richmond (TMR). El primer instrumento es una regla que mide de forma visual cuán preparados se sienten los participantes para el cambio, en una escala de 1 (definitivamente no estoy listo para dejarlo) al 10 (definitivamente estoy listo para dejarlo). En cuanto al segundo, el TMR es una escala constituida por 4 ítems con 3 medidas de puntuación: baja (<4), moderada (5-6) y alta (>7) (Richmond et al., 1993).
- Dependencia a la nicotina: El Test de Fagerström Modificado (TFM), es una escala compuesta por 6 preguntas con tres niveles de respuesta: baja (<4), moderada (5-6) y alta (>7) y un alfa de Cronbach de 0,72 (Mushtaq y Beebe, 2017). El Test de Glover-Nilsson (TGN), una escala de tipo Likert de 11 ítems con 5 opciones de respuesta desde 0 (nunca) a 4 (siempre) y cuatro niveles de puntuación leve (<12), moderada (12-22), fuerte (23-33) y muy fuerte (>33) y con un alfa de Cronbach de 0,76 (Carballo et al., 2023); y finalmente, la Escala Breve de Evaluación de la Dependencia de la Nicotina (NDSS-S), es una escala de tipo Likert con 5 opciones de respuesta desde 1 (no es cierto) a 5 (totalmente cierto), con un rango de puntuación de 6 a 30 donde el punto de corte para dependencia de la nicotina es 11 y con un alfa de Cronbach de 0,79 (Becoña et al., 2011).
- Miedo a engordar: Tuvo la medición por medio del Cuestionario de Insatisfacción de la Imagen Corporal (Body Shape Questionnaire, BSQ), el cual evalúa la insatisfacción y preocupación respecto a la forma y tamaño corporal (Cooper et al., 1987). Incluye un total de 34 ítems en escala Likert de 6 puntos (1 es nunca, 6 es siempre). La puntuación es entre 34-204 puntos, si es mayor a 100 indica alta preocupación

corporal (riesgo TCA). Tiene una consistencia interna $\alpha=0,91-0,97$; fiabilidad test-retest $r=0,87$ (Raich et al., 1999; Alcaraz-Ibáñez et al., 2020). Por otro lado, el Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40) (Garner et al., 1979), mide 40 ítems sobre actitudes/comportamientos alimentarios en una escala Likert de 6 puntos. Su puntuación oscila entre 0-120 puntos, el corte es 30 para ser diagnosticado por un TCA. Cuenta con subescalas de Conducta dietética, Bulimia/Ansiedad, Preocupación control peso. Tiene una consistencia interna de $\alpha=0,79-0,94$ población general; $\alpha=0,90-0,97$ población clínica; fiabilidad test-retest $r=0,81$; sensibilidad 86%, especificidad 93,5% (Becoña et al., 2011; Alvarenga et al., 2012).

Tabla 1

Instrumentos por fase de evaluación de las pacientes MGF y MRTGC

Fase	Consumo de tabaco	Motivación	Dependencia nicotina	Imagen corporal
Pre-tratamiento	EE	RM, TMR	TFM, TGN, NDSS-S	BSQ, EAT-40
Tratamiento	TLFB (Semanal)	RM	-	-
Post-tratamiento	EE	RM, TMR	TFM, TGN, NDSS-S	BSQ, EAT-40

Nota. EE = Entrevista Estructurada; TLFB = Timeline Followback; TMR = Test de Motivación de Richmond; TFM = Test de Fagerström Modificado; TGN = Test de

Glover-Nilsson; NDSS-S = Escala Breve de Dependencia a la Nicotina; BSQ = Body Shape Questionnaire; EAT-40 = Test de Actitudes hacia la Alimentación. Todas las medidas se aplicaron a ambas pacientes (MGF y MRTGC).

Procedimiento

Para este estudio de caso participaron dos mujeres en intervenciones psicológicas en mayo de 2025 en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), específicamente en la Unidad de Psicología Hospitalaria (UPH). El grupo recibió un tratamiento médico realizado por el neumólogo en la Unidad de Neumología (UN), que incluyó una evaluación médica exhaustiva junto con información detallada sobre la opción de apoyo psicológico grupal, antes de proceder a su derivación a la entrevista psicológica. Además, el tratamiento psicológico se estructuró en tres momentos clave (fases): una evaluación inicial orientada a comprender las necesidades de cada paciente, una intervención psicológica con estrategias adecuadas y un seguimiento telefónico diseñado para monitorear el progreso individual y ofrecer apoyo adicional cuando fuera necesario. Este enfoque integral, que combina atención médica y psicológica, fue especialmente recomendado para asegurar una atención completa y efectiva en la rehabilitación del hábito tabáquico.

La evaluación inicial consistió en una entrevista estructurada, donde se registró el consumo y datos valiosos para el programa, y también se llevó a cabo la administración de los cuestionarios iniciales para obtener las medidas pre tratamiento, junto con la entrega de un folleto informativo sobre el proceso de abstinencia tabáquica y algunas preguntas frecuentes que suelen surgir al decidir abandonar el consumo de tabaco. Asimismo, se proporcionaron herramientas prácticas como el ejercicio de balance decisonal y un autorregistro diario de cigarrillos, destinado a que los pacientes registraran su consumo de forma precisa. Para finalizar, los participantes firmaron un consentimiento informado que

autorizaba expresamente el uso de datos anonimizados en la investigación, aprobada por el comité ético del HGUA.

Intervención

En el tratamiento se siguió el formato de 5 sesiones del Programa de Autocambio Dirigido (ACD) de Sobell y Sobell (1993) y en la sesión cuatro se añadieron conceptos diferentes sobre la alimentación (Tabla 2), y el seguimiento. Cada una de ellas tiene una duración de entre 60 y 90 minutos, con una frecuencia semanal, llevadas a cabo por una psicóloga con la formación correspondiente. El contenido tratado durante las mismas se desarrolla a continuación.

Tabla 2

Contenidos/técnicas específicas y tareas durante el tratamiento

Sesión	Contenidos/técnicas específicas	Tareas
1	1) Presentación grupal + información sesiones	- Autorregistro de consumo
	2) Transferir consumo de cigarrillo al TLFB	(TLFB)
	3) Otorgar feedback del test Fagerström	- Test de Fagerström
	4) Comentar el balance decisional	- Balance decisional
	5) Evaluar la motivación al cambio	- Regla Motivacional
	6) Psicoeducación sobre beneficios de dejar de fumar	- Repaso de EAT-40 y BSQ - Cronograma de curación
	7) Entregar cuestionarios EAT-40 y BSQ y tareas para casa (resolver dudas)	

2	1) Preguntas relacionadas al consumo y problemas acontecidos	-Lectura: Preguntas típicas sobre la abstinencia
	2) Transferir consumo de cigarrillo al TLFB	-Cronograma de reducción
	3) Psicoeducación en síntomas de abstinencia	
	4) Proporcionar estrategias por síntomas de dependencia a nicotina	
	5) Explicación sobre la Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN)	
	6) Evaluar la motivación al cambio	
	7) Entrega de tareas para casa	
3	1) Preguntas relacionadas al consumo y problemas acontecidos	-Sustancias químicas del tabaco
	2) Transferir consumo de cigarrillo al TLFB	-Ejercicio “¿Sabías qué...?”
	3) Psicoeducación en composición del tabaco, hábitos y costes de fumar (nicotina)	-Ficha: “¿Cuántas caladas?”
	4) Evaluar la motivación al cambio	
	5) Beneficios económicos e inversión tras dejar de fumar	-Ficha: “Costes de fumar” -Ficha: “Cómo afecta a mi familia y amigos que yo fume”
	6) Evaluar apoyo social y situación familiar	
	7) Entrega tareas para casa	-Ficha: “Preparándome para dejarlo”

4	1) Preguntas relacionadas al consumo y problemas acontecidos	-Elaboración tarjeta “Pararse a pensar”
	2) Transferir consumo de cigarrillo al TLFB	-Ficha “Identificando
	3) Reflexionar sobre cuestionarios EAT-40 y BSQ (Creencias)	detonantes y desarrollando planes de acción”
	4) Identificar detonantes	-Tarjetas “La docena sucia”
	5) Evaluar la motivación al cambio	-Role-play situacional
	6) Entrega de tareas para casa	-Visualización guiada -Psicoeducación en autocompasión y autoaceptación corporal
5	1) Preguntas relacionadas al consumo y problemas acontecidos	-Ejercicio: Tarjeta “Pararse a pensar” (Repaso)
	2) Transferir consumo de cigarrillo al TLFB	-Carta despedida al tabaco
	3) Recurso para craving	-Ejercicio: “Deja de fumar”
	4) Valorar la autoeficacia para dejar de fumar y motivación al cambio	-Ejercicio de relajación progresiva (RMP) y respiración diafragmática
	5) Recursos de respiración y relajación	
	6) Carta de despedida al tabaco	
	7) Fin de la sesión	

Sesión 1: Presentación y Balance Decisional

La sesión 1 comenzó con la presentación de la psicóloga y las pacientes, comentando a grandes rasgos los motivos para iniciar las sesiones, junto con información sobre su duración (60-90 minutos), periodicidad semanal y secreto profesional. Además, se establecieron normas básicas para el correcto funcionamiento del grupo: puntualidad, confidencialidad, no interrumpir y no juzgar a los demás participantes.

Tras esta toma de contacto inicial, se cumplimentó el TLFB, apoyándose en el autorregistro entregado en la evaluación previa (ficha que se mantuvo todas las sesiones hasta finalizar); posteriormente, se explicó la diferencia entre dependencia física y psicológica, aprovechando los resultados del “Test de Fagerström” obtenidos en la entrevista inicial, y se hizo una breve reflexión sobre su coherencia con la percepción personal. Ej.: La psicóloga (P) preguntó: *“He notado que varios de ustedes han obtenido puntuaciones altas en el test de Fagerström, esto quiere decir que tienen alta dependencia a la nicotina, ¿Qué pensamientos o sentimientos surgen cuando piensan en su relación con el tabaco?”*, *“¿Creen que encaja esta puntuación a su consumo?”*. MFG, reconoció su dependencia pero mostró resistencia: *“Yo lo que quiero es fumar, deseo fumar y me lo he tenido que quitar porque supuestamente me viene bien para mi enfermedad”*.

Siguiendo el objetivo de aumentar su motivación al cambio, se utilizó el ejercicio “Balance Decisional” para identificar las cosas buenas y las cosas no tan buenas sobre la conducta de fumar, y buscar alternativas a las *cosas buenas* de fumar. Ej.: MRTGC: *“Yo lo único bueno que le encuentro a fumar es que me entretiene”*, a lo que la psicóloga le respondió: *“Y si lo piensas, ¿cómo podrías entretenerte de otra forma que no fuera la de consumir tabaco?”*. La paciente contestó que podía habituarse a salir a caminar, o leer en algún lugar donde no se expusiera al humo del tabaco y que fuera de su agrado. La sesión finalizó con la “Regla Motivacional” (RM) (escala 1-10), explorando el “por qué esa nota y

no otra”, por ejemplo: P: - “*¿Qué ha hecho que elijas el 6 y no el 5?*” MGF: - “*Pues que ya llevo un mes sin fumar*”. P: “*Eso es genial, y, ¿qué hará falta hacer esta semana para subirla?*” MGF: - “*Pasar otra semana sin consumir tabaco*”.

Se entregaron los cuestionarios BSQ y EAT-40, se leyeron brevemente en voz alta resolviendo dudas, e indicaron traerlos cumplimentados a la siguiente sesión. Como cierre habitual, antes de marcharse la psicóloga preguntó: “*¿Qué es lo que más destacaríais de la sesión de hoy?*”, con el objetivo de que el grupo intercambiara opiniones y se desarrollara un buen cierre para establecer un vínculo grupal.

Sesión 2: Educación sobre Tabaquismo y Estrategias de Afrontamiento

La segunda sesión inició realizando una pregunta sobre cómo había ido la semana en general y respecto al consumo de tabaco. Así sería el inicio de cada una de las sesiones hasta finalizar el tratamiento. Se recogieron los cuestionarios BSQ y EAT-40 que se les hizo entrega la semana anterior. Todo ello permitió enlazar con la actividad del TLFB, la cuál cumplieron y exploraron los cambios logrados y los problemas experimentados.

Se hizo psicoeducación sobre el síndrome de abstinencia, presentando dos estrategias para afrontar sus síntomas: 1) “Cambio progresivo” de marca de tabaco hacia opciones con menor nicotina y alquitrán, y confrontando pensamientos que invitan al consumo. Ej.: MRTGC: “*A mí es que no me gusta fumar otras marcas, está malo*”; P: “*¿Crees que probar otra marca sería un problema o te ayudaría a dejarlo?*”; MRTGC: “*En realidad, si no me gusta lo que fumo tendré menos ganas de fumar*”. 2) “Cronograma de reducción” como guía gradual de consumo.

Se discutió también la posibilidad de acompañar el tratamiento con Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN) para mitigar la abstinencia, siempre con la aprobación del neumólogo.

La sesión cerró con la Regla Motivacional (RM), que evalúa la motivación al cambio con el ejercicio de la regla motivacional y se hizo entrega de las tareas para casa (lectura de sustancias químicas del tabaco, afectación familiar, fecha de abandono, beneficios económicos). La psicóloga hizo la pregunta destacada del día “¿*Qué destacarían de la sesión de hoy?*”, para fomentar el intercambio de opiniones y reflexiones entre los participantes, y se repartieron los folletos.

Sesión 3: Identificación de Detonantes

Se comenzó preguntando por problemas y logros semanales, y el consumo, completando el TLFB. Se revisó un folleto que contenía información sobre las sustancias presentes en los cigarrillos y se utilizó la psicoeducación sobre el tabaquismo como hábito conductual (no enfermedad), aplicando el ejercicio “¿cuántas caladas?”, para que los participantes tomarán conciencia del número de caladas que han dado a lo largo de su vida.

El siguiente ejercicio fue sobre los “costes de fumar”, donde los pacientes calcularon el dinero gastado acumulado en tabaco hasta que decidieron dejarlo, y en qué podrán invertir su dinero en su futuro próximo.

Otro ejercicio fue “¿cómo afecta a la familia?”, donde los pacientes reflexionaron sobre las consecuencias de su consumo de tabaco en sus seres queridos, poco relevante para MGF y MRTGC, por no tener buena relación con sus familiares. Se les pidió que plantearan una fecha para dejar de fumar y se discutieron estrategias para afrontar ese día. MGF seguía sin fumar, por lo que con ella se hizo refuerzo en que continuara como hasta la fecha.

Para finalizar, se trabajó la motivación con la Regla Motivacional (RM), se les hizo entrega de las tareas para casa y la pregunta destacada de la sesión.

Sesión 4: Detonantes e imagen corporal

La sesión 4 tuvo una duración mayor de 90 minutos, y comenzó como cada una de las sesiones anteriores, preguntando a los pacientes sobre su semana y su consumo de tabaco, completando el TLFB y comentando los cambios y posibles problemas acontecidos.

Se trabajaron los detonantes, que consiste en localizar situaciones en las que es más probable que las personas fumen, describiéndolos y generando estrategias: demorar acción, sustituir conducta, abandonar situación o Tarjetas Flash para recordar los detonantes que incitan a fumar. P: *"Estas tarjetas pueden ayudaros a estar preparados cuando enfrentéis un detonante."*

En cuanto a la alimentación y aumento de peso se indicaron tareas propias de la TCC, destinadas a facilitar la reflexión y el aprendizaje de habilidades prácticas, tema innovador específico de este TFM.

En primer lugar, se repartieron los folletos sobre "Ejercicio consumo de alcohol y peso", centrando a los participantes en el peso mayoritariamente. Tras la información, se hizo repartición de tarjetas en blanco donde los participantes expresaron sus pensamientos catastróficos y emociones relacionadas con el miedo a engordar. Esta es una técnica conductual, que según en el estudio de Warnock-Parkes, E., et al. (2025) supera a las técnicas verbales. MGF, dijo, por ejemplo: *"Tuve problemas de anorexia antes de mi enfermedad crónica. Dejaba de comer durante días y esto me hacía tener control sobre mi cuerpo y me sentía bien. Encima la gente me decía que estaba mejor así", "Si engordo".* En contraposición, MRTGC, indicó *"A mí me da igual cómo se me percibe desde fuera, yo soy*

una gordita feliz". Tras ello, se llevó a cabo una actividad Role-Play basada en los trabajos de Abramson (2025), que ha demostrado eficacia sobre juegos de rol terapéuticos en APA, y Ramjan et al., (2024). Durante esta actividad, se practicaron situaciones sociales desafiantes en un entorno seguro, con el objetivo de incorporar habilidades sociales y reducir la ansiedad en interacciones sociales ante pensamientos relacionados a su imagen personal. Seguidamente, se realizó una visualización guiada, siguiendo el enfoque del estudio de Owens et al., (2025), donde se imaginaron un futuro saludable y positivo, ayudando al fomento de una imagen corporal más positiva. En esta tarea los comentarios eran parecidos a lo anterior. Ej.: MGF: *"Imagino ese futuro sin cigarrillos, pero no es lo que quiero ahora mismo. Quiero fumar y no pienso en otra cosa", "Tengo ansiedad y como mucho. Me miro al espejo y veo que la ansiedad no me permite estar delgada"*. Los de MRTGC, fueron: *"A mí la verdad es que no me importaría seguir con mi barriga", "Prefiero comer, lo que realmente no puedo es dejar los 2 cigarros que me falta por quitarme"*. La sesión incluyó una reflexión grupal y aportaron experiencias, promoviendo la autoexpresión y empatía entre ellos. Para concluir con la innovación, se introdujo el ejercicio de la Docena Sucia (Ortuño, 2022), para hacer reestructuración de pensamientos que le llevaban a generar estados altos de ansiedad, y se introdujo el concepto de autocompasión, con el apoyo de Neff y Germer (2013) y Kirby et al., (2017) y poniendo énfasis en la autoaceptación. Este último ejercicio fue muy eficaz para MGF, la cual dijo: *"La verdad es que no me atrevo a hacer amigos por este problema, me da problemas mi cuerpo. Lo que sé es que necesito abrirme para poder entretenerme y sentirme apoyada"*, *"Es muy duro todo lo que me digo a mí misma"*.

Para finalizar, se trabajó con la regla motivacional, se entregaron materiales para la siguiente y última sesión, y destacaron lo más relevante de la sesión.

Sesión 5: Cierre y Evaluación Final

Inició con comentarios sobre la semana, los logros conseguidos y/o los problemas que se presentaron relacionados al consumo de tabaco. Se completó el TLFB y se comentaron los cambios generales de todas las sesiones.

Se entregó la Tarjeta de “Pararse a pensar” para el craving y se le explicó al grupo que la utilidad es su lectura ante la aparición del fenómeno y se enlazó con preguntas dirigidas a investigar sobre la importancia que tenían para ellos el abandono en estos momentos y la confianza de conseguirlo.

Para trabajar en la prevención de recaídas, y como ejercicio fundamental de la terapia grupal, se realizó el ejercicio "Deja de fumar", para la prevención de recaídas, que compara metafóricamente el proceso de dejar el tabaco con escalar una montaña. Es un ejercicio muy relevante para mantener sus objetivos a corto y largo plazo, ya que dió la oportunidad de discutir la diferencia entre caída y recaída, enfatizando que volver a fumar una vez no significa haber fracasado, sino que es una oportunidad para aprender. Se les enseñó la técnica de relajación “respiración diafragmática” para utilizar en momentos de ansiedad y ganas de fumar.

Finalmente, se realizaron cuestionarios para evaluar la calidad de la atención recibida y el clima grupal. Se preguntó a los pacientes qué les había resultado más interesante de las sesiones y se les informó que se les llamaría para hacer un seguimiento y recogida de datos sobre los cuestionarios para el post estudio.

El seguimiento se hizo telefónicamente 8 semanas después para evaluar el consumo de tabaco, la imagen corporal y alimentación, así como los síntomas de abstinencia y la dependencia a la nicotina en caso de recaída.

Resultados

Pre-tratamiento

En cuanto a la paciente MGF se obtuvieron los siguientes resultados explicados en la Tabla 3: respecto a la motivación al cambio, obtuvo una puntuación de 4 en la Regla Motivacional, lo que indica baja motivación. Sin embargo, el Test de Motivación de Richmond (TMR) reflejó 7 puntos, lo que corresponde con una alta motivación al cambio, difiriendo así las puntuaciones entre ambos instrumentos. En cuanto a la dependencia a la nicotina, obtuvo 7 puntos en el Test de Fagerström modificado (TFM), mostrando nivel alto de dependencia, 31 puntos en el Test de Glover-Nilsson (TGN), indicando una dependencia muy fuerte y 17 en la Escala Breve de Dependencia a la Nicotina (NDSS-S) lo que también indica dependencia. En cuanto al consumo de tabaco de la participante fue de 1 cigarrillo. Respecto al miedo a engordar, en el test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-40) puntuó 11, descartando un trastorno alimentario según esta escala. Sin embargo, el Body Shape Questionnaire (BSQ) registró 123 puntos (por encima del punto de corte de 100), lo que indicó alto riesgo en preocupaciones sobre imagen corporal, especialmente en los ítems 2, 5, 15, 20, 24 y 31, relacionados con figura corporal, firmeza de la piel, apariencia con ropa ajustada, complejos corporales y evitación de lugares públicos por motivos de imagen, respectivamente.

Por su parte, la paciente MRTGC obtuvo los siguientes resultados: respecto a la motivación al cambio, obtuvo 6 puntos en la Regla Motivacional, indicando un nivel moderado de motivación. Esto coincide con la puntuación de 5 obtenida en el TMR, lo que indica un nivel también moderado de motivación. En cuanto a la dependencia a la nicotina, se encontraron los siguientes resultados: 7 puntos en el TFM, lo que sugiere alta dependencia, 7 puntos tanto en el TGN, como en el NDSS-S, lo que indica una leve dependencia. En cuanto al consumo de tabaco, la paciente fumaba 9 cigarrillos. En los cuestionarios de alimentación e imagen corporal se obtuvo un total de 9 puntos en el EAT-40, y 41 puntos en el BSQ, ambos

por debajo de los cortes clínicos establecidos sobre problemas en la alimentación. Los ítems donde se obtuvo mayor puntuación fueron “Me siento lleno/a después de las comidas”, “Me gusta que la ropa me quede ajustada”, y “Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas”.

Tabla 3

Evaluación pre-tratamiento.

Instrumentos	MGF	Interpretación	MRTGC	Interpretación
		MGF		MRTGC
Regla motivacional	4/10	Baja	6/10	Moderada
TMR	7/7	Alta	5/7	Moderada
TFM	7/7	Alta	7/7	Alta
TGN	31/44	Muy fuerte	7/44	Leve
NDSS-S	17/30	Dependiente	7/30	Leve
EAT-40	11/40	Sin TCA	9/40	No TCA
BSQ	123/204	Alto riesgo	41/204	Bajo riesgo

Nota. TMR = Test de Motivación de Richmond; TFM = Test de Fagerström Modificado; TGN = Test de Glover-Nilsson; NDSS-S = Escala Breve de Dependencia a la Nicotina; BSQ = Body Shape Questionnaire; EAT-40 = Test de Actitudes hacia la Alimentación; TCA = Trastorno de Conducta Alimentaria.

Tratamiento

Los pacientes asistieron a las 5 sesiones programadas, lo que garantizó la máxima adherencia al protocolo terapéutico establecido.

Los resultados de la paciente MGF fueron los siguientes: En el consumo de cigarrillos la paciente eliminó su consumo, por medio del Time Followback (TLFB). La variable motivación se midió con la Regla Motivacional, y mostró un cambio que fue de 6 puntos (por encima de 5, nivel moderado).

Por otro lado, los resultados de MRTGC fueron: El consumo de esta paciente fue de 2 cigarrillos diarios, sin lograr el abandono total. También se observó que en cuanto a la motivación al cambio la participante obtuvo 7 puntos (por encima de 5, nivel moderado), patrón que se mantuvo estable.

Las otras variables como la de dependencia a la nicotina y el miedo a engordar se comentarios en las sesiones por medio de verbalizaciones sobre dependencia, como la de MGF: *“Yo no paro de pensar en el tabaco”*, y la de MRTGC: *“Estoy consiguiendo no consumir el cigarro de la mañana”* y en la sesión que se incorporó información sobre imagen corporal y alimentación, como MGF: *“Encima que no fumo estoy engordando”*, y de MRTGC: *“Quien no me quiera es su problema”*.

Gráfico 1

Evolución de la Motivación (Regla Motivacional) de MGF y MRTGC durante el tratamiento.

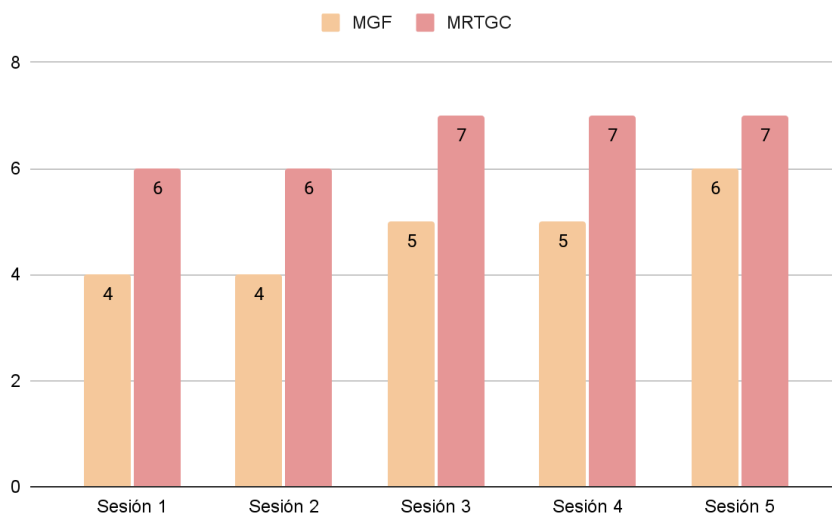
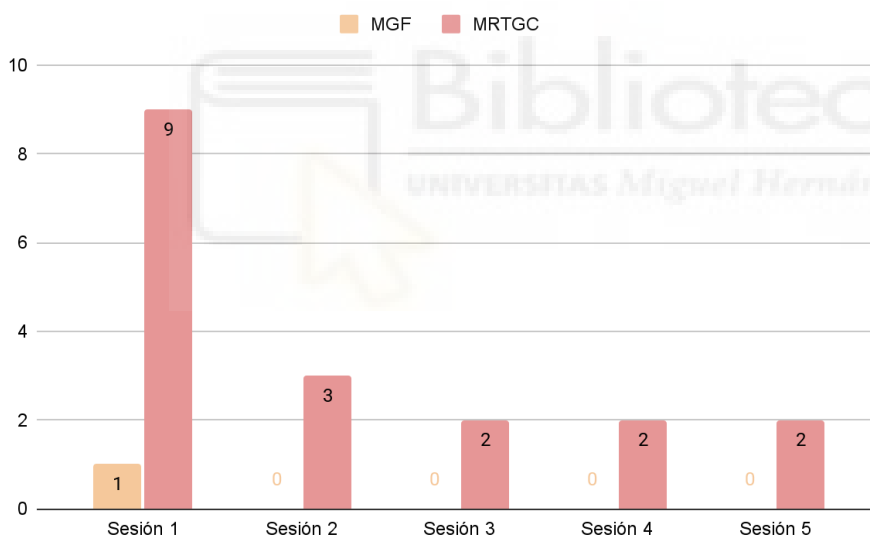


Gráfico 2

Evolución del consumo de tabaco (número de cigarrillos) durante el tratamiento.



Post-tratamiento

La fase post-tratamiento o seguimiento se realizó 8 semanas después del tratamiento. En la paciente MGF se obtuvieron los siguientes resultados: se registró un ligero incremento en el EAT-40, pasando de 11 a 13 puntos en el seguimiento, puntuación que aunque es superior a la inicial sigue situada muy por debajo del corte clínico de 30 puntos para trastorno alimentario (manteniéndose así en el rango no patológico). Por su parte, el BSQ se mantuvo

exactamente igual que en el pre-tratamiento (123 puntos), a pesar de haber alcanzado abstinencia tabáquica completa. En cuanto a las otras variables, su consumo continuó siendo la abstinencia absoluta, en la motivación al cambio, se registró 6 en la Regla motivacional, teniendo un ligero incremento por encima de 5 (moderada motivación), y un TMR de 8 puntos, motivación mayor que en pre-tratamiento. En cuanto a la dependencia a la nicotina, la paciente a no consumir tabaco, registró en el TFM un total de 0 puntos, en el TGN un total de 2, y en NDSS-S un total de 0 puntos.

En contraste, en la paciente MRTGC se obtuvieron resultados de 9 puntos a 8 en el EAT-40 (un ligero descenso, indicando que no hay psicopatología en trastornos de alimentación), y en el BSQ se mostró un aumento de 41 a 37 puntos, mejorando levemente la puntuación en imagen corporal y preocupaciones sobre la alimentación. En cuanto a las otras variables, en las de motivación se obtuvo en la Regla Motivacional una puntuación de 7 puntos, aumentando tras el pretratamiento, y en el TMR un 6, indicando mayor motivación que al inicio. En los resultados de la dependencia a la nicotina, en el TFM puntuó 4, baja dependencia a la nicotina, en el TGN 4 presentando menor puntuación que al inicio y una leve dependencia, y en el NDSS-S una puntuación de 5, dependencia leve.

Como aspecto relevante, indicado anteriormente pacientes disminuyeron su consumo de cigarrillos, MGF por completo y MRTGC con 2 cigarrillos (Tabla 4).

Gráfico 3

Evolución de los cuestionarios de imagen corporal de MGF.

MGF

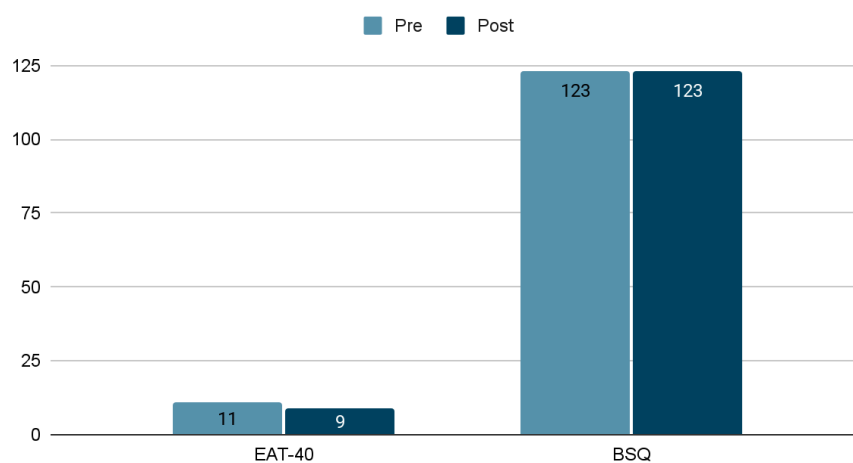


Gráfico 4

Evolución de los cuestionarios de imagen corporal de MRTGC.

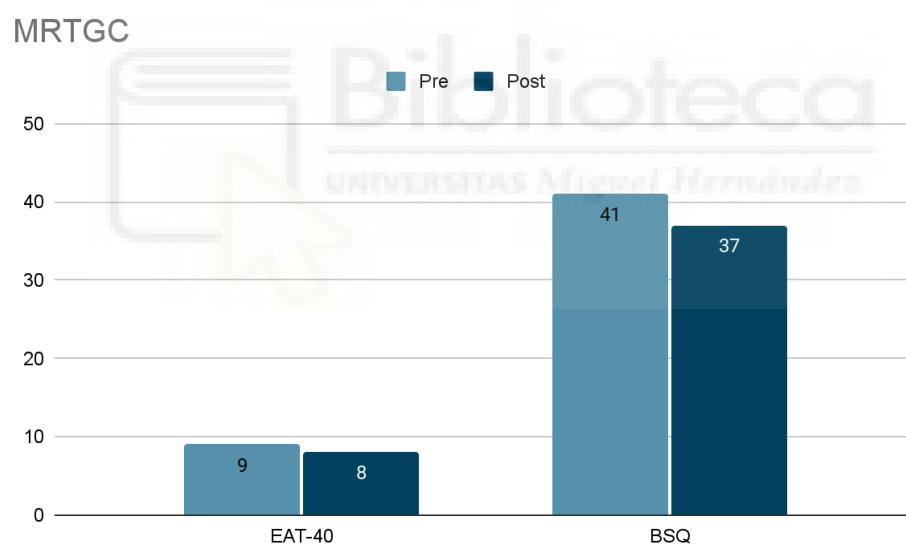


Tabla 4*Consumo y dependencia de pacientes MGF y MRTGC pre-post tratamiento*

Paciente	Variable	Pre	Post
MGF	Consumo	1 Cigarrillo =EE	0 Cigarrillos = EE
	Dependencia	7=TFM, 31=TGN, 17=NDSS-S	0=TFM, 2=TGN, 0=NDSS-S
MRTGC	Consumo	9 cigarrillos =EE	2 cigarrillos =EE
	Dependencia	4=TFM, 4=TGN, 5=NDSS-S	7=TFM, 7=TGN, 7=NDSS-S

Nota. EE = Entrevista Estructurada; TFM = Test de Fagerström Modificado; TGN = Test de Glover-Nilsson; NDSS-S = Escala Breve de Dependencia a la Nicotina.

Discusión

El objetivo de este estudio ha sido evaluar los efectos del Programa de Auto-Cambio Dirigido combinado con citisina, que incorpora una sesión específica sobre imagen corporal, en la motivación al cambio, el consumo de tabaco, la dependencia a la nicotina y el miedo a engordar en mujeres.

Los efectos del modelo de Auto-cambio Dirigido (ACD) combinado con citisina y una sesión específica de imagen corporal indican un aumento en la motivación y un éxito en la reducción del consumo de cigarrillos en ambas participantes. Este hallazgo es consistente con el estudio de Sancho-Domingo et al., (2023), que demostró un aumento significativo en la autoeficacia ($a=1,19$; $IC95\%=0,47, 1.91$) y la motivación ($a=1,95$; $IC95\%=1.34, 2,56$) en

su muestra de 145 participantes, lo que también se tradujo en una reducción en el consumo de tabaco.

Es probable que la inclusión de material relacionado con la imagen corporal haya incrementado dicha motivación y, lo que a su vez podría haber influido en la adherencia al tratamiento. Según el estudio de Molina Ramírez (2017), las intervenciones que abordan la imagen corporal y la autoeficacia en comportamientos saludables podrían estar asociadas a la reducción del consumo. Además, se señala que la insatisfacción corporal elevada podría estar relacionada con un aumento del riesgo de adoptar conductas no saludables, como el consumo de tabaco.

En cuanto a la variable de dependencia a la nicotina ambas participantes redujeron su consumo a medida iba aumentando la motivación para el cambio. Esto sugiere que puede que la interacción entre dependencia nicotínica y motivación sea clave cuando el objetivo es disminuir el consumo, influyendo posiblemente en los resultados de dejar de fumar. Esto coincide con Martín et al., (2016) y Valle et al., (2019).

Aun así la paciente MGF mantuvo resultados y es probable que fuera por su historial de anorexia en la adolescencia, que genera distorsiones crónicas y rígidas más cronificadas en la percepción corporal. Según Vellisca et al., (2012), se forman esquemas resistentes cuando se desarrolla esta psicopatología en la adolescencia, teniendo impacto en la etapa adulta, y puede haber limitado en estas intervenciones novedosas en ACD. También tuvo puntuaciones muy dispares en los cuestionarios EAT-40 (baja puntuación) y BSQ (estable de riesgo alto), puede entenderse por los dominios principales de cada instrumento: EAT-40 mide comportamientos y restricciones alimentarias, y el BSQ preocupación estética corporal, según indicaron estudios que detectaban problemas alimentarios con el EAT-40 (Martín, et al., 2020), y el estudio sobre la validación del BSQ (Raich et al., 1996).

Por su parte, MRTGC mostró una menor puntuación en los ítems sobre preocupaciones por peso y forma corporal. Esto lleva a estudios similares recientes, como el metaanálisis de Zhao, et al., (2025) que indicó que tras la implementación de programas grupales a mujeres (48 ensayos controlados aleatorizados a 7.182 sin psicopatologías previas en TCA), no sólo reducen aspectos negativos de la imagen corporal, sino que también incrementan la satisfacción corporal de las participantes. A pesar de ello, no se puede determinar que tenga relación con el consumo, ya que esta variable no fue medida en este estudio.

A diferencia de lo que sugiere la literatura científica, que identifica el miedo a engordar como un posible predictor de fracaso terapéutico debido a las ganancias promedio de 4-5 kg durante el primer año tras la abstinencia (Kuo et al., 2022; Spring et al., 2024), en este estudio esta variable no resultó ser relevante para la disminución del consumo, ya que las puntuaciones post-tratamiento mostraron pocas diferencias notables.

El presente estudio de caso (n=2) cuenta con varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el tamaño muestral reducido no permite la generalización de los resultados a población femenina con tabaquismo e insatisfacción corporal. Por ello, sería necesario llevar a cabo más estudios con muestras más amplias. Por otro lado, es necesario que estos estudios sean de tipo ensayo controlado aleatorizado, lo que permite evaluar los efectos de la sesión con información sobre imagen corporal. Además, las medidas recogidas en los autoinformes son susceptibles a sesgos de deseabilidad social, particularmente en variables sensibles como las de imagen corporal, por lo que sería recomendable evaluar y complementarlo con otras medidas adicionales, no únicamente con estas técnicas. Y finalmente, se necesitaría hacer un seguimiento para limitar la detección de recaídas tardías, que suelen aparecer a los 3 meses por la ganancia de peso.

Por tanto, son necesarios períodos de 6-12 meses para evaluar de una manera óptima el mantenimiento de la abstinencia.

La contribución científica novedosa de este trabajo consiste en ser el primer estudio que incorpora temario y tareas específicas sobre imagen personal y miedo a engordar en las sesiones propias de ACD, para determinar si con esta información se aumenta el abandono tabáquico. Según se ha comentado anteriormente, en el caso de la mujer existen cuestiones propias que actúan como barreras para la adherencia a tratamiento (Becoña et al., 2011), y posibles recaídas a largo plazo por el miedo a engordar (Baur et al., 2024) es por ello por lo se considera importante continuar investigando sobre los aspectos más específicos entre las diferencias entre hombres y mujeres. En este estudio el tratamiento aplicado ha resultado efectivo y se considera que haber hecho una intervención relacionada con la imagen corporal puede ayudar a la adherencia y efectividad del tratamiento.



Referencias bibliográficas

- Abramson, A. (2025). Improving treatment with role-playing games. *APA Monitor on Psychology*, 56(4).
<https://www.apa.org/monitor/2025/04-05/role-playing-games-therapy>
- Águila Saavedra, P., García-Rodríguez, O., y Becoña, E. (2024). Efectividad de la intervención terapéutica grupal en cesación tabáquica. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*.
<https://revchilenfermrespir.cl/index.php/RChER/article/view/1238>
- Alcaraz-Ibáñez, M., Pineda, D., y Sánchez-Miguel, P. A. (2020). Análisis psicométrico del Body Shape Questionnaire en población colombiana universitaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(3), 154-163. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.10.002>
- Alvarenga, M. S., Scagliusi, F. B., Filgueiras, J. F., Pinheiro, A. P., y Machado, P. P. P. (2012). *Eating attitudes test-26 (EAT-26): An adaptation for the Brazilian population. Appetite*, 58(3), 1049-1055.
- Álvarez Mavárez, J. D., Mirambeaux Villalona, R. M., Raboso Moreno, B., Segrelles Calvo, G., Cabrera César, E., y de Higes-Martínez, E. B. (2023). Preguntas y respuestas en tabaquismo. *Open Respiratory Archives*, 5(1), 100230.
<https://doi.org/10.1016/j.opresp.2022.100230>
- Aubin, H.-J., Farley, A., Lycett, D., Lahmek, P., Aveyard, P., y Hartmann-Boyce, J. (2012). Weight gain in smokers after quitting cigarettes: Meta-analysis. *BMJ*, 345, Article e4439. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4439>
- Baur, F., Puetz, L., Germann, J., Bobadilla, M., y Spring, B. (2024). Gender differences in weight gain during attempted and successful smoking cessation on dulaglutide treatment: A predefined secondary analysis of a randomised trial. *BMJ Nutrition, Prevention & Health*, 6(2), 301-308. <https://nutrition.bmj.com/content/6/2/301>

- Becoña, E. (2000). Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Revista Española de Salud Pública*, 74(1), 9-24.
- Becoña, E. (2010). Dependencia del tabaco. *Manual de casos clínicos*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Becoña, E., Nogueiras, L., Flórez, G., y Álvarez, S. (2011). La escala breve de evaluación del Síndrome de Dependencia de la Nicotina (NDSS-S) en fumadores españoles.
- Carballo, J. L., Rodríguez-Espinosa, S., Sancho-Domingo, C., y Coloma-Carmona, A. (2023). Validation of the Glover–Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire (GN-SBQ) to Evaluate Nicotine Dependence in Spanish Clinical Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), Article 2. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021119>
- Cash, T. F. (2008). The body image workbook: An eight-step program for learning to like your looks (2nd ed.). New Harbinger Publications.
- Chavira Aguilar, D. A. (2025). Estrés y afrontamiento hacia la adherencia al tratamiento farmacológico: estudio comparativo en pacientes con dislipidemia y cardiopatía isquémica.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485–494. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O)
- Córdoba-García, R. (2021). Catorce años de ley de control del tabaco en España. Situación actual y propuestas. *Atención Primaria*, 52(8), 563-569. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.007>

- Gabriel, K. L., y Vargas, V. Q. (2019). Nuevas estrategias farmacológicas para el tratamiento de cesación de tabaco. *Revista Medica Sinergia*, 4(6), Article 6. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.246>
- García-Galbis Marín, J., Leal Hernández, M., Hernández Menarguez, F., y Abellán Alemán, J. (2012). Tratamiento farmacológico en la deshabituación tabáquica. Ventajas e inconvenientes de los tratamientos actuales. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 38(8), 505-510. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2012.04.018>
- Garner, D. M., y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-279. <https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., y Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778–792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Klemperer, N. S., Fiore, M. C., y Hayes, S. C. (2017). Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: A quantitative review. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(11), 1263-1271. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx047>
- Kuo, C.-W., Lin, H.-Y., Chen, Y.-W., Wang, T.-Y., Chou, C.-L., Cheng, S.-Y., Wu, C.-C., Chen, C.-C., Shieh, C.-F., y Yu, C.-H. (2022). Body-weight gain in women during smoking cessation is a sex-specific predictor of 6-month abstinence: A retrospective cohort study. *Frontiers in Public Health*, 10, Article 872220. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.872220>
- Lindson, N., Thompson, T. P., Ferrey, A., Lambert, J. D. y Aveyard, P. (2019). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Review*, 7, CD006936. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006936.pub4>

- Marqueta, A., Nerín, I., Beamonte, A., y Gargallo, P. (2017). Diferencias de género en el éxito al dejar de fumar: resultados a corto y largo plazo. *Gender differences in success at quitting smoking: Short-and long-term outcomes*.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.826>
- Martín, N., Merino, C., Y Godás, O. (2020). Detección de problemas alimentarios y su relación con la imagen corporal en adolescentes. *Variedades de Psicología*, 4(1).
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232020000100261
- Martín Zurro, A., Cano Pérez, J. F., y Gené Badia, J. T. (2016). Alcoholismo y otras drogodependencias *En: Compendio de Atención Primaria*.
- Martin-Willett, R., Helmuth, T., Abraha, M., Bryan, A. D., Hitchcock, L., Lee, K., y Bidwell, L. C. (2019). Validation of a multisubstance online Timeline Followback assessment. *Brain and Behavior*, 10(1), e01486. <https://doi.org/10.1002/brb3.1486>
- Molina Ramírez, M. J. (2017). Imagen corporal, satisfacción corporal, autoeficacias específicas y conductas de salud y riesgo para la mejora de la imagen corporal. Tesis doctoral, Universidad de Granada.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=122264>
- Mushtaq, N., y Beebe, L. A. (2017). Psychometric Properties of Fagerström Test for Nicotine Dependence for Smokeless Tobacco Users (FTND-ST). *Nicotine & Tobacco Research*, 19(9), 1095-1101. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx076>
- National Institute of Drug Abuse, (NIDA) (2022). ¿Qué consecuencias trae el consumo de tabaco para la salud física? Recuperado de:
<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/el-tabaco-contiene-otras-sustancias-quimicas-que-pueden-contribuir-su-adic>

- Neff, K. D., y Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
<https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- OEDA. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2025). *Informe 2025. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2025. 229 p. Recuperado de https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2025_OEDA-Informe.pdf
- OMS (2025). *Tabaco*. Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado el 12 de enero del 2025 desde <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Ortuño Galinsoga, A. (2022). Propuesta de intervención para fomentar la imagen corporal positiva: Programa "Todos somos únicos" [TFG, Universidad Miguel Hernández de Elche]. *DSPACE UMH*.
<https://dspace.umh.es/bitstream/11000/27937/1/TFG-Ortu%C3%B1o%20Galinsoga,%20Andrea.pdf>
- Owens, M., Leivang, R., y Bunce, H. (2025). Nature-Based Guided Imagery and Meditation Significantly Enhance Mental Well-Being and Reduce Depressive Symptoms: A Randomized Experiment. *Ecopsychology*, 17(1), <https://doi.org/10.1089/eco.2024.0031>
- Piñeiro Neiro, B., López-Durán Fernández, A., Fernández del Río, E., y Becoña Iglesias, E. (2014). ¿Mejora la entrevista motivacional la eficacia del tratamiento cognitivo conductual para dejar de fumar? *Adicciones*, 26(1), 53-61.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000100013
- Raich, R. M., Portell, M., y Pelaez-Fernandez, M. C. (1999). Evaluación de la preocupación por la silueta corporal: Validación del Body Shape Questionnaire en una muestra

española. *International Journal of Eating Disorders*, 26(3), 329-336.

[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199911\)26:3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199911)26:3)

Ramjan, L. M., Hay, L., Fogarty, S., Parmenter, J., Maddison, R., Thuraijasingham, S., McDonald, S., Broekman, S., Phu, A., y Ewe, M. (2024). Social support for young people with eating disorders—An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(4), 1049-1067. <https://doi.org/10.1111/inm.13363>

Richmond, R. L., Kehoe, L. A., y Webster, I. W. (1993). Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*, 88(8), 1127-1135. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02132.x>

Sancho-Domingo, C., Carballo, J. L., Coloma-Carmona, A., van der Hofstadt, C., García del Castillo-López, Á., y Asensio Sánchez, S. (2024). Effectiveness of the Brief Guided Self-Change Therapy Combined with Varenicline under “Real-Life” Conditions and Mediators for Smoking Cessation. *Substance Use & Misuse*, 59(1), 110–118.

Sancho-Domingo, C., Carballo, J. L., Coloma-Carmona, A., van der Hofstadt, C., y Asensio Sánchez, S. (2023). Serial mediation between self-efficacy and motivation as a mechanism of change in tobacco cessation: Analysis of the Guided Self-Change therapy effectiveness. *Addiction Research & Theory*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/16066359.2023.2264773>

Sobell, M. B., y Sobell, L. C. Problem Drinkers: Guided Self-Change Treatment. 1993.

Sobell, L. C., y Sobell, M. B. (2011). *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach*. Guilford Press.

Sobell, L. y Sobell, M. (2005). *Group Therapy for Substance Use Disorders. A motivational Cognitive-Behavioral Approach*. Guildford Press.

Spring, B., Puetz, L., Penedo, F., Fahrenbach, M. L., Pfammatter, A. F., y Baur, F. (2024). Dulaglutide for prevention of weight gain in women after smoking cessation. *BMJ*

<https://nutrition.bmj.com/content/early/2024/01/02/bmjnp-2023-000712>

Valle, D. P., Pérez, L. A. R., Ávila, N. L. P., y Cantero, A. G. (2019). Factores asociados a la recaída en fumadores, después de un año de recibir tratamiento antitabáquico. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 14(2).

Vellisca González, M. Y., Orejudo Hernández, S., y Latorre Marín, J. I. (2012). Distorsión de la percepción corporal en pacientes con anorexia nerviosa de inicio temprano vs. tardío. *Clínica y Salud*, 23(2), 111–121.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742012000200001

Warnock-Parkes, E., Clark, D. M., y Ehlers, A. (2025). Behavioral experiments vs. verbal interventions in cognitive therapy for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 161, 104825. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2025.104825>

Zhao, Y. F., Yin, M. X. C., Huang, M. Y., y Chen, X. Y. (2025). The effectiveness of randomized controlled psychosocial interventions on body image among nonclinical women: A systematic review and meta-analysis. *Body image*, 52, 101843. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101843>