



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2016/2017

Convocatoria Septiembre



Modalidad: Estudio de caso

Título: Propuesta de Intervención Breve basada en el Modelo de Autocambio Dirigido para un caso de dependencia de la nicotina.

Autor: Desirée Zapata Fernández

Tutora: Ainhoa Coloma Carmona

Elche a 1 de Septiembre de 2017

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Método	4
<i>Participante</i>	4
<i>Variables e instrumentos</i>	4
<i>Procedimiento</i>	6
Resultados	7
Propuestas de intervención	10
Sesión 1: Evaluación del consumo y establecimiento de metas.....	11
Sesión 2: Desencadenantes del consumo.....	13
Sesión 3: Establecer planes de acción.....	14
Sesión 4. Prevención de recaídas y seguimiento.....	15
Sesiones de seguimiento.....	16
Discusión.....	16
Referencia bibliográfica	18
Figura 1. Resultados cuestionario Minnesota Nicotine Withdrawal Scale.....	8
Figura 2. Resultados Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS).....	9
Tabla 1. Instrumentos de evaluación.....	6
Tabla 2. Puntuaciones obtenidas en cada variable.....	8
Tabla 3. Sesiones de tratamiento.....	10
Anexo 1. Entrevista sociodemográfica.....	21
Anexo 2. Historia de consumo.....	22
Anexo 3. Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS).....	23

Resumen

El tabaco es el principal factor de riesgo de enfermedades crónicas. A pesar de esto más del 70% de las personas ha consumido tabaco alguna vez en la vida y el 40,2% de la población de 15 a 64 años ha consumido tabaco en el último año. Existen tratamientos eficaces para el tabaquismo, tanto farmacológicos como psicológicos, además de las intervenciones breves. La paciente de 53 años es fumadora constante de 15 cigarrillos diarios desde los 40 años. Presenta una moderada motivación para dejar de fumar y moderada dependencia física de la nicotina, con muy baja autoeficacia percibida por lo que se realizará la propuesta de intervención breve basada en el Programa de Autocambio Dirigido. Se utilizó entrevista sociodemográfica e historia de consumo y se evaluó la dependencia física y psicológica de la nicotina, motivación al cambio, autoeficacia percibida y el síndrome de abstinencia. La intervención contó de 4 sesiones de tratamiento y 1 de seguimiento al mes, 3, 6 y 12. Se utilizarán técnicas cognitivo-conductuales, la entrevista motivacional (EM) para aumentar la motivación, crear ambivalencia y aumentar su autoeficacia y la prevención de recaídas.

Palabras clave: Deshabitación tabáquica, Intervención breve, Modelo Autocambio Dirigido, Propuesta de intervención.



Introducción

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia al consumo de tabaco como principal factor de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y enfermedades cardiovasculares y pulmonares (Organización Mundial de la Salud, 2015). Aproximadamente una persona muere por una enfermedad relacionada con el tabaco cada seis segundos, lo que equivale a unos seis millones de personas al año y esta cifra va en aumento (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Según los datos del Plan Nacional Sobre Drogas, la prevalencia del consumo de tabaco alguna vez en la vida es superior del 70% (Plan Nacional Sobre Drogas, 2017), lo que refleja que es frecuente que la población haya fumado al menos un cigarrillo alguna vez (PNSD, 2017). Por otro lado, el 40,2% de la población de 15 a 64 años ha consumido tabaco en el último año, el 38,5% en el último mes y el 30,8% diariamente en el último mes (PNSD, 2017). Con respecto a la edad de inicio, se observa un aumento de la misma. En la actualidad, la edad media con la que se empieza a fumar se encuentra en 16,4 años (PNSD, 2017). Con respecto a la diferencia entre sexos, en relación al consumo diario de tabaco tiene el mismo impacto entre hombres y mujeres cuando se analiza el grupo de edad entre 15 a 24 años. Es a partir de los 25 a 34 años donde se observa un aumento de consumo por parte de los hombres, mientras que entre las mujeres, se produce un mayor consumo en edades más avanzadas, entre los 45 a 54 años (PNSD, 2017).

Debido a este aumento de consumo el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) informa sobre los costes sanitarios y sociales que genera el tabaco, estos siendo más del doble de la recaudación fiscal que obtiene el Estado (Camarelles, Dalmau, Clemente, Díaz, Lozano, Pinet y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), 2013). Por otra parte, el comité pretende aumentar un 5% el precio del tabaco con el fin de que se reduzca el consumo del mismo y así disminuya la mortalidad (Camarelles, 2014). El tabaco genera a lo largo de la vida de una persona 100.000€ en sobrecoste sanitario y social (Sloan, Osterman, Conover, Donald, Taylor y Picone, 2005; Camarelles, Dalmau, Clemente, Díaz, Lozano, Pinet y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), 2013).

En la actualidad existen tratamientos para la deshabituación tabáquica como es el uso de fármacos y las terapias psicológicas. Respecto a los primeros encontramos tratamientos farmacológicos de primera línea: 1) terapia sustitutiva con nicotina (TNS): chicle de nicotina, parche de nicotina, comprimidos para chupar y spray nasal 2) Bupropión y 3) Vareniclina y de segunda línea: clonidina y nortriptina (Díaz-Maroto Muñoz y Jiménez-Ruiz, 2008).

Los tres fármacos que se han mostrado más eficaces para dejar de fumar según orden de eficacia son: vareniclina, bupropión y la terapia sustitutiva con nicotina (TNS) (Cahill, Stevens, Perera y Lancaster, 2013).

La terapia psicológica también se ha mostrado eficaz (Fiore et al, 2008), siendo el que más el tratamiento multicomponente cognitivo-conductual, además el programa más utilizado para dejarse de fumar es el de Becoña (Becoña y Míguez, 2006).

En los últimos años se ha observado que las intervenciones breves motivacionales también pueden ser eficaces en la cesación tabáquica, aunque la paciente no quiera dejar de consumir (Fiore et al., 2008). Uno de los programas de intervención breve que se ha visto eficaz para tratar adicciones es el Modelo de Autocambio Dirigido de los Sobell (Sobell y Sobell, 2011). Es considerado como una intervención breve costo-efectiva, debido a su eficacia y al número reducido de sesiones (Lozano, Sobell y Ayala, 2002). Este programa está diseñado para intervenciones grupales e individuales y se encuentra recomendado por la APA para su aplicación para la reducción del consumo problemático de alcohol y otras drogas (American Psychological Association, 2016). El modelo se centra en hacer que la paciente dirija su cambio de conducta estableciendo sus propios objetivos, proponiendo alternativas al consumo. Desde este modelo es el terapeuta mediante un estilo directivo, el que guía dándole feedback de su consumo, así como reforzar logros. Todo ello se lleva a cabo a través de la entrevista motivacional (EM) de Miller y Rollnick (1991), donde interactúa con la paciente para solucionar y abordar su ambivalencia en el consumo. Además sirve para aumentar la motivación al cambio positivo, donde se marcará metas alcanzables (Miller, 1999) y la EM sirve para ayudar a la paciente a cesar el consumo (Lindson-Hawley, Thompson y Begh, 2015). El modelo incluye elementos cognitivos del modelo de prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985) que pretende reducir el riesgo de que la paciente vuelva al patrón de consumo previo al cambio. Por ello, se ayuda a la paciente a identificar qué situaciones incrementan la probabilidad de recaer y a desarrollar y establecer planes de acción que le permitan afrontar las situaciones de riesgo con éxito.

Dadas las características del programa puede ser una intervención de gran utilidad para promover cambios en una paciente.

El objetivo de este estudio es desarrollar una propuesta de intervención breve basada en el Modelo de Autocambio Dirigido (Sobell y Sobell, 2011) en una paciente con dependencia de la nicotina para cesar su hábito tabáquico.

Método

Participante

El sujeto seleccionado es una mujer de 53 años de edad, nacida en Elche. Tiene 3 hijos, de los cuales 1 reside junto al matrimonio en el hogar familiar. No tiene estudios, trabaja de cocinera en su negocio junto a su marido. Su nivel socio-económico es medio. Según la entrevista autobiográfica, inicia el consumo de tabaco esporádico a los 14 años de edad y este consumo comenzó con 4 o 5 cigarrillos diarios. Fumadora constante desde los 40 años de edad hasta la actualidad. En el presente fuma un total de 15 cigarrillos al día. En 3 ocasiones ha intentado dejar de consumir, siendo el periodo máximo de tiempo que ha estado sin fumar de una semana. No se encuentra en tratamiento psicológico ni psiquiátrico.

VARIABLES e instrumentos

Los siguientes instrumentos se agruparon en una entrevista semiestructurada (tabla 1).

Sociodemográficas: Cuestionario constituido por once ítems ad-hoc de respuestas abiertas en el que se recogía el nombre, la edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, número de hijos, apoyo social, situación laboral e historia médica (Anexo 1).

Historia de consumo: Se evaluó mediante un cuestionario compuesto por siete ítems ad-hoc de respuestas abiertas, donde se recogió información sobre el número de cigarrillos diarios cuando comenzó a fumar y en la actualidad, los años que lleva consumiendo de forma consecutiva, intentos por cesar el hábito tabáquico, duración del periodo de abstinencia y cuando es más habitual que consuma (Anexo 2).

Dependencia física de la nicotina: para evaluar esta variable se utilizó el test de Fagerström (Fagerström, 1978), utilizando la versión actualizada de Heatherton (Heatherton, Kozlowski, Frecker, y Fagerström, 1991), traducida y validada por Becoña y Vázquez, (Becoña y Vázquez, 1998). Consta de 6 ítems con dos modalidades de respuesta de tipo dicotómico y de modalidad múltiple de respuesta tipo Likert. Las preguntas incluyen el tiempo que pasa desde que el individuo se despierta hasta que fuma el primer cigarrillo del día (0-3 puntos); dificultad de no fumar en aquellos lugares donde está prohibido hacerlo (0-1 punto); cigarrillo del día al que le cuesta renunciar (0-3 puntos); momento del día en el que fuma más frecuentemente (0-1 punto); y si fuma aunque esté enfermo (0-1 punto). Los niveles de dependencia a la nicotina se describieron como baja (0-3 puntos), media (4-6 puntos) y alta (7-10 puntos). Presenta un alfa de Cronbach de 0.56-0.64 (Becoña y Vázquez, 1998).

Dependencia psicológica de la nicotina: El Test de Glover-Nilsson (Glover, Nilsson, Westin, Glover, Laflin, y Persson, 2005) valora el grado de dependencia conductual. Consta

de 11 ítems con escala tipo Likert, donde 0- totalmente en desacuerdo y 4-totalmente de acuerdo. Los ítems que aparecen son: mi hábito de fumar es muy importante para mí (0-4 puntos); Juego y manipulo mi cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar (0-4 puntos); ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar? (0-4 puntos); ¿Se recompensa a si mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea? (0-4 puntos); ¿Cuándo no tiene tabaco, le resulta difícil concentrarse o realizar cualquier tarea? (0-4 puntos); ¿Cuándo se haya en un lugar en el que está prohibido fumar, juega con un cigarrillo o paquete de tabaco? (0-4 puntos); ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente? (0-4 puntos); ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca y los chupa para relajarse del estrés, tensión...?(0-4 puntos); ¿Parte del placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo? (0-4 puntos); por último, ¿Cuándo está solo en un restaurante, parada de autobús... se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos? (0-4 puntos); Las puntuaciones menores de 12 puntos revelan una dependencia leve, entre 12-22 puntos dependencia moderada, entre 23-34 dependencia severa y de 34-44 puntos dependencia muy severa (Glover et al., 2005). Presenta buenas propiedades psicométricas con un alfa de Crombach de 0,90 (Roa, Ospina, Monroy, Diaz, y Vega 2012).

Motivación para el cambio: Test de motivación para dejar de fumar (Richmond, Kehoe y Webster, 1993). Se evalúa a través de 4 ítems que permiten valorar el grado de motivación que tiene el sujeto para dejarse de fumar. Las preguntas incluyen: si le gustaría dejarse de fumar si pudiera hacerlo fácilmente (0-1 punto); con que ganas le gustaría dejarlo (0-3 puntos); intentaría dejar de fumar en las próximas dos semanas (0-3 puntos) y si cree que dentro de seis meses no fumará (0-3 puntos). Los puntos de corte sobre la motivación y el cese del hábito tabáquico son de 0 a 3 puntos corresponde a nulo o bajo, de 4 a 5 puntos es dudoso, de 6 a 7 puntos es moderado y de 8 a 10 puntos es alto (Richmond, Kehoe y Webster, 1993).

Autoeficacia percibida: Mediante el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS) consta de 8 ítems en escala continua. Pretende evaluar la percepción del grado de confianza que presenta la persona en cada una de las ocho situaciones de riesgo relacionadas con el consumo de alcohol u otras drogas. La paciente debe señalar en un rango de 0% (Inseguro) a 100% (Seguro) qué tan seguro se siente para poder resistirse a la necesidad de fumar en esas situaciones, el presente instrumento muestra un alfa de Cronbach de 0.977 (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998). Se ha realizado una adaptación para medir el grado de confianza que presenta la paciente en situaciones de riesgo relacionadas al consumo de tabaco (Anexo 3).

Síndrome de abstinencia: Evaluado mediante el cuestionario Minnesota Nicotine Withdrawal Scale, versión actualizada en español (Hughes y Hatsukami, 1998). El MNWS es un cuestionario constituido por 8 ítems (enfado/irritabilidad/frustración, ansiedad/nerviosismo, dificultad para concentrarse, impaciencia/intranquilidad, incremento del apetito/hambre/ganancia de peso, insomnio/problemas con el sueño/ despertar a media noche, ánimo deprimido/tristeza y Deseo o necesidad de fumar). El fumador debe contestar según los síntomas percibidos en las últimas 24 horas. Cada ítem debe ser puntuado por el sujeto en una escala de respuesta múltiple de 0 (nada) a 4 (severo) (Hughes y Hatsukami, 1998). Muestra un alfa de Cronbach de 0.80 (Toll, O'Malley, McKee, Salovey, y Krishnan-Sarin, 2007).

Tabla 1

Instrumentos de evaluación

Instrumentos	Evaluación pre
<i>Sociodemográficas</i>	X
<i>Historia de consumo</i>	X
Test de Fagerström	X
Test de Glover-Nilsson	X
Test de Richmond	X
Cuestionario Minnesota Nicotine Withdrawal Scale	X

Procedimiento

Se publicó un anuncio en redes sociales y la paciente que quiso participar en el programa fue contactado para concertar una cita. Se citó a la entrevistada en la Universidad Miguel Hernández de Elche. Se aplicaron los instrumentos seleccionados en una entrevista de 60 minutos de duración tras la firma de un acuerdo de consentimiento informado.

Para elegir al sujeto de evaluación se ha seguido una serie de criterios, tanto de inclusión como de exclusión. Con respecto a los criterios de inclusión, es necesario que sea fumadora actualmente y que presente dependencia física a la nicotina mínimo de 4 en el test de Fagerström. Por otro lado, el criterio de exclusión que se han tenido en cuenta para elegir al sujeto que se quiere evaluar, ha sido el siguiente: que se encuentre actualmente en tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Resultados

Tras realizar una evaluación de los datos recabados se han obtenido los siguientes resultados (tabla 2):

Historia de consumo

La paciente comenzó a consumir cuando tenía 14 años, comenzando a fumar de manera más continuada aproximadamente a los 40 años. Refiere fumar diariamente 15 cigarrillos, siendo este consumo de tabaco mayor por las mañanas. La paciente refiere de 3 intentos previos de cesación tabáquica y el periodo de abstinencia más prolongado fue de una semana. La paciente informa de que su consumo aumenta por las mañanas y que en ocasiones necesita para su jornada laboral para fumar.

Variables relacionadas con la dependencia

La paciente suele tardar de 6 a 30 minutos en fumarse el primer cigarrillo del día, suele fumar unos 11 a 20 cigarrillos diarios y fuma más durante las primeras horas del día.

El resultado obtenido por la paciente fue una puntuación de 4 sobre 10 en el test de Fagerström, por lo que la paciente muestra una dependencia física media a la nicotina. Como se puede ver reflejado en la tabla 2.

La paciente en el test de Glover-Nilsson ha obtenido una puntuación total de 9 puntos lo que equivale a que la paciente presenta una dependencia conductual leve. Esta puntuación se ha obtenido de los ítems 1, 4, 5 y 7 que miden dependencia psicológica. Esto es debido a que refiere que su hábito de fumar es moderadamente importante, raramente se recompensa con un cigarrillo tras cumplir una tarea correctamente, le resulta muy difícil concentrarse cuando no tiene tabaco y a veces algunos estímulos antecedentes la incitan a fumar, como por ejemplo, después de tomar café.

En los ítems restantes, la paciente ha obtenido una puntuación de 0 puntos por lo que indica que no suele jugar o manipular el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar, no se coloca nada en la boca para evitar fumar, cuando se encuentra en un lugar donde está prohibido fumar nunca juega con su cigarrillo o paquete de tabaco, no se enciende un cigarrillo sin desearlo, nunca se coloca nada en la boca para relajarse y por último, nunca el placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo.

En el cuestionario de Minnesota Nicotine Withdrawal Scale la paciente refiere los siguientes síntomas de mayor severidad a menor son: Deseo o necesidad de fumar (4), incremento del apetito/hambre/ganancia de peso (4), enfado/irritabilidad/frustración (3), dificultada para concentrarse (3), impaciencia/intranquilidad (3), insomnio/problemas con el

sueño/ despertar a media noche (3), ansiedad/nerviosismo (2) y ánimo deprimido/tristeza (0). La paciente presenta síntomas altos de síndrome de abstinencia con una puntuación total de 22 puntos.

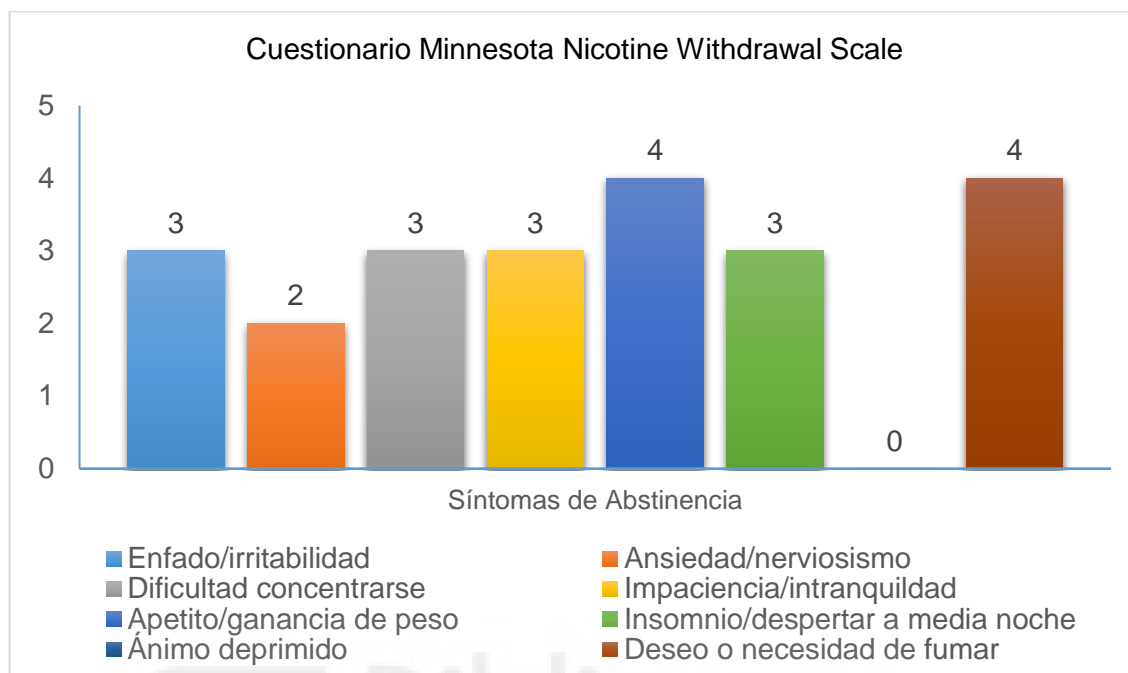


Figura 1. Resultados cuestionario Minnesota Nicotine Withdrawal Scale

Tabla 2

Puntuaciones obtenidas en cada variable

Variables	Puntuación de la Paciente	Rango de puntuación
Dependencia física de la nicotina	4	0-10
Dependencia Psicológica de la nicotina	9	0-44
Motivación al cambio	6	0-10
Autoeficacia percibida	27,5%	0%-100%
Síndrome de abstinencia	22	0-32

Variables relacionadas con motivación y autoeficacia

La paciente ha obtenido en el test de Richmond un total de 6 puntos sobre 10, lo que nos indica que se encuentra moderadamente motivada para dejar de fumar.

La paciente ha contestado que le gustaría dejarse de fumar si pudiera hacerlo fácilmente, si fuese así sería probable que en las próximas dos semanas intentase dejar de

fumar, aunque refiere pocas ganas de dejarlo y por ello en el último ítem la paciente ha puntuado bajo, ya que cree que es dudoso que en 6 meses no fume.

En el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS) la evaluación de la confianza percibida ante situaciones detonantes de que la persona fume, se han observado los siguientes resultados:

Las situaciones en las que la paciente refiere una muy baja autoeficacia percibida para mantenerse sin fumar son: emociones desagradables (0%), el malestar físico (0%), control ante el consumo de tabaco (0%), y la necesidad física (0%). Por otro lado, aunque su puntuación es mayor sigue presentando una baja autoeficacia con respecto al conflicto con otros (20%). La paciente refiere una media autoeficacia percibida para mantenerse sin fumar ante la presión social (60%) y cuando se encuentra en momentos agradables con otras personas (60%). Por último solo se aprecia una alta autoeficacia percibida cuando presenta emociones agradables (80%).

Realizando la media de las puntuaciones se ha obtenido la puntuación total del paciente, siendo esta de 27,5% (Figura 1). Los datos muestran una muy baja autoeficacia percibida ante la idea de poder resistirse a fumar.

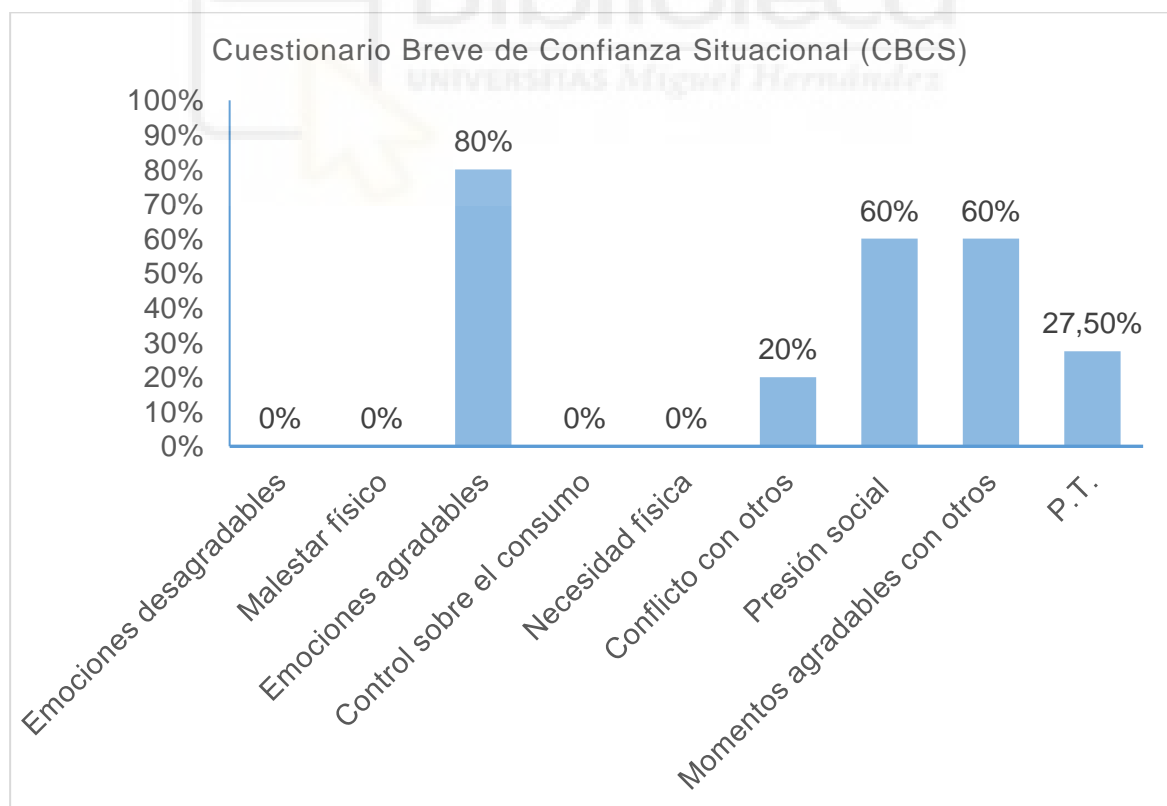


Figura 2. Resultados Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS)

Propuestas de intervención

El paciente evaluado presenta una motivación moderada, dependencia física y psicológica de la nicotina y muy baja autoeficacia percibida para cesar su consumo, por lo que presenta una mayor probabilidad de recaída. Por ello, se aplicaría un tratamiento cognoscitivo-conductual concretamente el Programa de Autocambio Dirigido (Sobell y Sobell, 2011), consiste en una intervención breve donde se trabajará con la entrevista motivacional para aumentar su motivación hacia el cambio y conseguir el cese tabáquico, se dotará de estrategias para paliar las situaciones detonantes para saber afrontarlas creando planes de acción, por último se trabajará la prevención de recaídas. La paciente será la responsable del cambio y marcará sus metas, ya sea de reducción de consumo o abstinencia. La duración de las sesiones es de 50 minutos. Se realizará una sesión inicial de evaluación, cuatro sesiones de tratamientos y una sesión de seguimiento (tabla 3). Las principales técnicas que se utilizarían durante las sesiones serían las siguientes: técnicas cognitivo-conductuales, entrevista motivacional y prevención de recaídas.

Tabla 3

Sesiones de tratamiento

Sesión	Objetivos	Contenido	Tarea para casa
1	- Explicar el Programa de Autocambio Dirigido y Trabajar los pros y contras que tiene el consumo de tabaco en la paciente, además de marcar metas.	- Psicoeducación resultados de la evaluación inicial. - Regla de preparación para el cambio. - Línea Base Retrospectiva (LIBARE). - Ejercicios: establecimiento de metas, balance decisional, Técnica Colombo. - Reestructuración cognitiva con la pregunta de 5 millones de dólares. - Indicar grado de confianza hacia los objetivos propuestos.	Actividad 1. Autorregistro semanal. Actividad 2. Lectura identificar detonantes. Actividad 3: Identificar los detonantes.
2	- Prevenir las recaídas a través de la reestructuración cognitiva.	- Línea Base Retrospectiva (LIBARE). - Reestructuración cognitiva, metáfora de escalar una montaña. - Mostrar resultados del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (BSCQ). - Regla motivacional.	Actividad 1. Autorregistro semanal. Actividad 2. Ejercicio desarrollar nuevas alternativas y planes de acción.
3	- Trabajar planes de acción y ponerlos en práctica.	- Trabajar junto con la paciente propuestas de planes de acción., descomponerlo para llevarlo a cabo. - Cuestionario Breve de Confianza Situacional, reflejando cómo se siente hoy.	Actividad 1: Autorregistro semanal. Actividad 2: valoración de objetivo.

4	- Identificar señales que desemboquen a posibles recaídas.	Prevención de recaídas: - Feedback de su evolución y trabajar con la paciente las situaciones de baja autoeficacia percibida y de riesgo en el futuro. - Discusión balance decisional.
Seguimiento 1,3,6 y 12 meses	- Realizar evaluación post tratamiento.	- Evolución y cambios. Feedback resultados. - Balance decisional. - Autoeficacia. - Reforzar su comportamiento.

Cada sesión tendrá objetivos diferentes, aunque presentan elementos comunes al inicio y fin de la misma. Al inicio de cada sesión el terapeuta preguntará a la paciente como ha ido la semana y revisará el autorregistro semanal, donde le pedirá que describa acontecimientos de la semana donde ha consumido o en los que presentaba deseos pero mantuvo el control y no consumió, por lo que se le preguntará como hizo para no consumir. Seguidamente se revisará la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) elaborado por Sobell y Sobell en 1992. Calendario cuyo objetivo es registrar el consumo mensual de la paciente, donde se obtiene información del consumo diario de alcohol, drogas ilegales y tabaco (Agrawal, Sobell y Sobell, 2008) y permitirá dar feedback personalizado a la paciente sobre su consumo, creando así una mayor concienciación. Antes de finalizar la sesión se administrará la ficha Dónde estás ahora permitiendo valorar la gravedad del consumo de 1 (peor que nunca) a 10 (ya no es un problema), estas valoraciones servirán para reforzar su evolución y trabajar la motivación para el cambio. Por último se explicarán las tareas para casa, se le preguntará si ha tenido dudas de la sesión, que es lo que más destacaría y se acordará un día de la semana siguiente para realizar la siguiente sesión.

Sesión 1: Evaluación del consumo y establecimiento de metas.

Objetivos:

- Explicar el programa de autocambio dirigido para la deshabituación tabáquica.
- Dar Feedback a la paciente de los resultados obtenidos en la evaluación inicial.
- Iniciar la movilización para el cambio en la paciente.
- Trabajar los pros y contras que tiene el consumo de tabaco en la paciente y marcar metas alcanzables.

Técnicas:

- Entrevista motivacional.
- Balance decisional.

- Técnica colombo.
- Psicoeducación.

En la primera sesión se explicará a la paciente el programa de Autocambio Dirigido, cuantas sesiones se van a realizar, la duración de las mismas y en qué consisten. Esto se realiza a través de un diálogo motivacional para mejorar y mantener la motivación de la paciente para el cambio.

A continuación se realizará psicoeducación donde se expondrán los resultados obtenidos de la sesión de evaluación. Seguidamente se le pedirá revisar el autorregistro semanal y se administrará el Línea Base Retrospectiva (LIBARE), mediante este calendario se le ayudará a la paciente a recordar su consumo antes y después del tratamiento. En el calendario aparecerán los días y tendrá que añadir cuanto consumió ese día y en caso de no fumar ningún cigarrillo tendría que puntuar como 0 (Sobell y Sobell, 2011). Se le pedirá al paciente que lo rellene de los 90 días antes de comenzar el tratamiento. Se hará uso de un enfoque de entrevista motivacional donde el terapeuta explorará las respuestas del paciente de forma no crítica.

Mediante las preguntas abiertas hace que el paciente analice el porqué de asistir al tratamiento y lo que pretende conseguir.

Para medir la ambivalencia para el cambio se administrara la regla de preparación, se le preguntará ¿Qué número refleja mejor hasta qué punto estas preparado para el cambiar el consumo de tabaco?. Tras la respuesta de la paciente del 1 (definitivamente no preparado para cambiar) al 10 (definitivamente preparado para cambiar) obtendremos donde se encuentra exactamente (Sobell y Sobell, 2011).

Se realizará un ejercicio de establecimiento de metas. A través de preguntas abiertas la paciente marcará sus objetivos, como por ejemplo: “¿Cuál es tu objetivo?”, “¿Qué te hace pensar que podría ser hora de un cambio?” “¿Qué te ha traído hoy aquí?”, etc.

Seguidamente, se le pedirá realizar la actividad de balance decisional para ayudarle a reconocer y comprender su ambivalencia o indecisión sobre la decisión de dejar de fumar. Se le solicitará a la paciente que cree dos listas, una de cosas buenas y la otra de cosas menos buenas que tiene consumir tabaco y que a cada cosa le ponga un valor de 1 a 10, lo sumara todo y verá que tiene más peso. El objetivo es ayudar a conocer los beneficios de la conducta problema y reconocer que el cambio conlleva unos costes. Mediante preguntas abiertas se hablará de las ventajas e inconvenientes. A continuación se usará la Técnica Colombo donde se le pedirá a la paciente que ayude al terapeuta a comprender la información discrepante. Esta técnica se lleva a cabo con una pregunta curiosa donde la paciente se dará cuenta de la

discrepancia, reduciendo así su actitud defensiva, un ejemplo de esta técnica es: “por una parte estas tosiendo y sin aliento, pero por otra dices que los cigarrillos no te están causando problemas. ¿Qué crees que te está causando dificultades para respirar?”. Para dar por finalizada esta actividad se le realizara la pregunta de los 5 millones de dólares, “¿Dejarías de consumir por un día si se te ofreciera 5 millones de dólares?” con esta técnica se trabaja la reestructuración cognitiva, ya que se hará ver a la paciente que el cambio es una elección.

Para dar por finalizada la sesión se le solicitará que indique el grado de confianza que presenta a los objetivos propuestos. Esto lo valorará haciendo uso de una regla que mide el grado de confianza que tiene la paciente, el rango va de 1 a 10, donde 1 es ninguna confianza en sí mismo y 10 es muchísima confianza en uno mismo.

Tareas para casa:

Actividad 1. Autorregistro semanal. Consiste en una evaluación semanal sobre el número de cigarrillos que consume diariamente, hora, como se siente y lo que estaba haciendo en ese momento (Versión Adaptada de Abrams, Niaura, Brown, Emmons, Goldstein, y Mond, 2003).

Actividad 2. Lectura identificar detonantes, le permite a la paciente asumir una perspectiva realista sobre el cambio.

Actividad 3: Identificar los detonantes.

Sesión 2: Desencadenantes del consumo.

Objetivos:

- Identificar los factores que desencadenan el consumo de tabaco.
- Prevenir las recaídas a través de la reestructuración cognitiva.

Técnicas:

- Entrevista motivacional.
- Reestructuración cognitiva.

Para dar comienzo a la segunda sesión se revisará con la paciente es el autorregistro semanal y se realizarán preguntas abiertas sobre el autorregistro, ejemplo: “sentiste deseos de consumir, pero no lo hiciste. ¿Cómo fuiste capaz de resistirte?”. Se pasará el LIBARE. Se preguntará sobre la lectura y el ejercicio para identificar detonantes. Le pediremos que comente las dos situaciones de alto riesgo de consumo y las consecuencias a corto y largo plazo. Lo que nos permitirá esta actividad es que el paciente reflexione sobre su consumo y que comprenda porque consume en esas situaciones. El terapeuta aplicará una escucha reflexiva y realizará un breve resumen de lo expuesto por el paciente.

A continuación se evaluará junto con la paciente cuáles son los factores detonantes. Se le mostrará a la paciente los resultados del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (BSCQ), dando feedback de las situaciones donde su autoeficacia percibida es menor.

Se aplicará la reestructuración cognitiva para que la paciente no intérprete una posible vuelta de consumo como una recaída, para ello se le explicará la metáfora de escalar una montaña, para que entienda cual es el proceso que puede llevar el cese del tabaco. Cuando estas escalando una montaña te pueden aparecer dos rutas. La ruta A, donde hay determinados obstáculos antes de llegar a la meta y la ruta B donde el camino para alcanzar la meta es directo. Es importante que la paciente sepa que ambos caminos son igual de buenos. Si la paciente mira ese tropiezo como algo temporal y luego continua sobre su meta es más fácil que la logre.

Por último, la paciente indicará si se encuentra preparado para el cambio usando la regla motivacional. Mediante este instrumento le ayudará a conocer cuánto de motivado se encuentra para cambiar sus hábitos. El paciente medirá su grado de motivación en un rango de 1 (nada) a 10 (mucho) (Sobell y Sobell, 2011).

Tareas para casa:

Actividad 1. Autorregistro semanal.

Actividad 2. Ejercicio desarrollar nuevas alternativas y planes de acción.

Sesión 3: Establecer planes de acción.

Objetivos:

- Trabajar los planes de acción creados por la paciente.
- Poner en práctica el plan de acción más adecuado.

Técnicas:

- Entrevista motivacional.

En primer lugar, El terapeuta le pedirá a la paciente que hable de las alternativas y planes de acción para las situaciones de alto riesgo que fueron descritas en la tarea de identificar detonantes.

Se trabajará con la paciente propuestas de planes de acción, para que la paciente cuente con alternativas cuando se enfrente a situaciones de riesgo. Se le pedirá que describa cada situación y las ideas que tiene para superarlo con éxito. Se elegirá la propuesta más

sensata y se le pedirá que descomponga este plan en diferentes pasos para llevarlo a cabo. Por último se le invitará a ponerlo en práctica.

Se administrará el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (BSCQ), pero le pediremos que lo rellene de nuevo, reflejando cómo se siente hoy. En la siguiente sesión se analizará, para ver cómo ha evolucionado y se reforzarán los logros.

Tarea para casa:

Actividad 1: Autorregistro semanal.

Actividad 2: Readministración de la valoración de objetivo o metas.

Sesión 4. Prevención de recaídas y seguimiento.

Objetivo:

- Resumir todo lo visto en las sesiones anteriores por la paciente.
- Expresar su evolución del cambio.
- Aprender a identificar las señales que puedan desembocar a una recaída.

Técnicas:

- Entrevista motivacional.
- Balance decisional.

Al inicio de la sesión se le preguntará si se dio alguna situación de riesgo y cómo se manejó. Se analizará el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (BSCQ) realizado en la sesión anterior, para trabajar con la paciente las situaciones que siguen provocando una baja autoeficacia percibida y se le mostrará su evolución desde el inicio del tratamiento, reforzando sus logros.

Se administrará el Cuestionario de Minnesota Nicotine Withdrawal Scale para realizar una evaluación post del Síndrome de abstinencia.

Seguidamente se realizará feedback personalizado sobre los cambios donde se le enseñará a la paciente cual ha sido su consumo antes del tratamiento y durante el mismo, para ver su evolución. Con ello, permite a la paciente reflexionar y hablar sobre los cambios.

A continuación se realizará una pequeña discusión del balance decisional revisado, donde se le preguntará a la paciente cómo ha cambiado su perspectiva desde que inició el tratamiento y como se encuentra ahora con relación a su compromiso para cambiar, además se le pedirá que diga que cosas buenas tiene no fumar y que cosas menos buenas. Por último,

se trabajará con la paciente las situaciones de riesgo a cuidar en el futuro, para que obtenga estrategias y hacer frente a aquellas situaciones problemáticas.

Para finalizar se informará a la paciente sobre las sesiones de seguimiento y se le hará entrega de una ficha donde podrá solicitar sesiones adicionales.

Sesiones de seguimiento.

Objetivos:

- Realizar evaluación post tratamiento.
- Evaluar posibles recaídas, si fuese necesario, realizar nuevos planes de acción.
- Reforzar su evolución.

Técnicas:

- Entrevista motivacional.
- Balance decisional.

Descripción:

Se realizará cuatro sesiones de seguimiento al mes, a los tres meses, a los seis meses y a los doce meses posteriores a la finalización del tratamiento. La paciente será avisada por vía telefónica, para volver a administrar los cuestionarios que se realizaron en la sesión de evaluación inicial.

Las sesiones de seguimiento se realizarán cara a cara y tendrá una duración de 45 minutos. En esta primera sesión, se le preguntará a la paciente sobre su evolución y que cambios se han producido. Se hará mención sobre las dificultades que ha podido encontrar. Se realizará un balance decisional sobre las cosas buenas y menos buenas de su cambio. Se volverá a valorar su autoeficacia y esta se reforzará comparándola con los resultados de la sesión de evaluación.

En la segunda, tercera y cuarta sesión de seguimiento el objetivo será comprobar si la paciente sigue en periodo de abstinencia, si este fuera el caso se reforzaría su comportamiento. En el caso de una posible recaída, se normalizaría, y se le pediría a la paciente de volver a realizar terapia, con el fin de desarrollar nuevos planes de acción y ver a que pudo ser debida la recaída para seguir trabajando y reforzando los progresos.

Discusión

La finalización del estudio es plantear una propuesta de intervención utilizando la intervención breve desde el Modelo de Autocambio Dirigido para conseguir que la paciente de estudio cese su hábito tabáquico, haciendo uso de la entrevista motivacional.

El Modelo de Autocambio Dirigido es el más indicado para intervenir con la paciente de estudio debido a que presenta una muy baja autoeficacia percibida, por lo que la baja percepción de autoeficacia está relacionada con mayor probabilidad de recaída. Además, la paciente presentaba una motivación moderada para cesar su consumo de tabaco, dependencia física media y dependencia psicológica leve por lo que es necesario trabajar con la paciente estrategias para aumentar la motivación al cambio, crear discrepancias y mejorar su autoeficacia. El modelo hace uso de la entrevista motivacional (EM) que puede ser útil para aumentar su autoeficacia, su motivación, al igual que reforzar sus logros y periodo de abstinencia. Además la EM sirve para resolver ambivalencias, aumentar la concienciación del problema permitiendo identificar situaciones de riesgo y creando planes de acción que permitan reducir el consumo. Todo ello se realizaría junto con la paciente siendo ella misma la que dirija su propio cambio. Ella es la que marcará sus objetivos y creará sus planes de acción. Además si la paciente de estudio no quisiera dejar de consumir, las intervenciones breves motivacionales serían igualmente eficaces (Fiore et al., 2008).

Los resultados que se esperarían de administrar esta propuesta de intervención sería que la paciente de estudio aumente sus estrategias para hacer frente a situaciones de riesgo y la autoeficacia percibida, y por consiguiente se reduciría el riesgo de recaída. Además, para mantener este periodo de abstinencia se realizarán sesiones de seguimiento al mes, 3, 6 y 12 meses.

Las limitaciones que se han podido observar a la hora de realizar la propuesta de intervención es la falta de estudios en muestra española del Modelo de Autocambio Dirigido en fumadores y el no haber aplicado a la paciente la propuesta de intervención, por lo que no se han obtenido resultados sobre la efectividad de la misma. Muchos de los estudios revisados se centran en la adicción al alcohol u otras drogas, por lo que se recomendaría para futuros estudios, investigaciones sobre la adicción a la nicotina consiguiendo mayores evidencias de su efectividad. Por un lado, faltan estudios en español del modelo, donde se utilice una muestra en población adulta y no menos importante faltan investigaciones del mismo en España. Por otro lado, aunque en este modelo no se requiere, sería interesante para mejorar la evaluación de la paciente administrar en el momento de la misma el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), ya que si su estado de ánimo se encuentra afectado, la intervención variaría.

Finalmente, usar como tratamiento el Modelo de Autocambio Dirigido en las adicciones es beneficioso debido a su bajo coste y alta eficacia (Lozano, Sobell y Ayala, 2002), por lo que se debería de entrenar a los profesionales del área de la Psicología con el fin de equilibrar la balanza de gastos sanitarios debido al tabaco.

Referencia bibliográfica

- Abrams, DB, Niaura, RS, Brown, R., Emmons, K., Goldstein, MGy Mond, P. (2003). *La Dependencia del Tabaco. Manual Tratamiento: Una guía para la mejor práctica*. USA: Publicaciones Guilford.
- Agrawal, S., Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (2008). *The Timeline Followback: A scientifically and clinically useful tool for assessing substance use. Calendar and Time Diary: Methods in Life Course Research*. Beverly Hills, C.A.: Sage.
- American Psychological Association. (2016). Guided Self-Change for Mixed Substance Abuse/Dependence. *Society of Clinical Psychology*. Recuperado el 20 de Junio de 2017 desde <http://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/guided-self-change-for-mixed-substance-abusedependence/>.
- Ayala V.H., Cárdenas L.G., Echeverría L. y Gutiérrez L.M. (1998). *Manual de auto ayuda para personas con problemas en su forma de beber*. UNAM. México: Porrúa.
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (2006). Dejar de fumar desde casa: “el programa 2001 para dejar de fumar”. *Psicooncología*, 3(2-3), 319-336.
- Becoña E. y Vázquez F. (1998). The Fagerstrom test for nicotine dependence in a spanish sample. *Psychological Reports*, 83, 1455-1458.
- Cahill K, Stevens S, Perera R y Lancaster T. (2013). Intervenciones farmacológicas para el abandono del hábito de fumar: resumen y metanálisis de redes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. doi: 10.1002/14651858.CD009329
- Camarelles, F. (2014). Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Recuperado el 10 de Mayo del 2017 desde http://www.cnpt.es/detalle-noticia.asp?id_noticia=284.
- Camarelles, F., Dalmau, R., Clemente, L., Díaz, J.L., Lozano, A., Pinet, M.C. y grupo colaborador Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). (2013). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Medicina Clínica*, 140 (6), 272.e1–272.e12.
- Díaz-Maroto Muñoz, J. L. y Jiménez-Ruiz, C. A. (2008). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 32(3), 71-82.
- Fagerstrom, K.O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3 (3-4), 235-41.
- Fiore, M.C., Jaén, C.R., Baker, T.B., Bailey, W.C., Benowitz, N.L., Curry, S.J.,... Leitzke, C. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *American Journal of preventive medicine*, 35(2), 158-76.
- Fiore, M.C., Novotny, T.E., Pierce, J.P., Giovino, G.A., Hatziandreu, E.V., Newcomb, P.A.,... Davis, R.M. (1990). Methods used to quit smoking in the United States. Do cessation

- programs help? *Journal of the American Medical Association*, 263, 2760-2765.
doi:10.1001/jama.1990.03440200064024
- Glover, E.D, Nilsson, F., Westin, A., Glover, P.N., Laflin, M.T. y Persson, B. (2005). Developmental history of the Glover-Nilsson smoking behavioral questionnaire. *American Journal of Health Behavior*, 29, 443–455.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., y Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86, 1119-1127.
- Hughes, J. R., y Hatsukami, D. (1998). Errors in using tobacco withdrawal scale. *Tobacco Control*, 7, 92-93.
- Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. (2015). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(3). doi: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.
- Lozano, C., Sobell, L. y Ayala, H. (2002). Diseminación del modelo de tratamiento autocambio dirigido para bebedores excesivos de alcohol, en instituciones de salud de México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(3), 259-270.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildford Press.
- Miller, W. (1999) *Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias*. Serie de Protocolo para Mejorar el Tratamiento, Nº 35. U.S. Department of Health and Human Services.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Tabaco*. Recuperado el 1 de Mayo de 2017 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Recuperado el 1 de Mayo de 2017 desde http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181425/1/WHO_NMH_PND_15.5_spa.pdf?ua=1
- Plan Nacional Sobre Drogas (2017). EDADES 2015-2016 Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España. Recuperado el 10 de Julio de 2017 desde http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES__Informe_.pdf
- 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, 1127-1135.

- Roa, M., Ospina, J.M., Monroy, C.J., Diaz, F.H. y Vega, I.A. (2012). Determinación de la validez y consistencia interna como indicador de confiabilidad del test de Glover Nilsson en la dependencia psicológica al tabaquismo. *Revista Salud Historia Sanidad*, 7(1), 17-30.
- Sloan, F.A., Osterman, J., Conover, C., Donald, H., Taylor, Jr. y Picone, G. (2005). The Price of smoking. *The journal of Clinical Investigation*, 115(9), 2304. doi: 10.1172 / JCI26421.
- Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (2011). *Group Therapy for Substance Use Disorders: A Motivational Cognitive-Behavioral Approach*. New York: Guilford Press.
- Toll, B. A., O'Malley, S. S., McKee, S. A., Salovey, P., y Krishnan-Sarin, S. (2007). Confirmatory factor analysis of the Minnesota Nicotine Withdrawal Scale. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 216-225.



Anexo 1

Entrevista sociodemográfica.

Sexo: Femenino Edad: 53 años Ciudad de Nacimiento: Elche

Nivel de estudios: Primarios

Estado Civil: Casada Nº de Hijos: 3 Puesto de trabajo: Cocinera

Apoyo social que dispone: Familia y amigos

¿En alguna ocasión ha presentado ansiedad o depresión? No

¿Ha recibido o recibe ayuda psiquiátrica? No



Anexo 2

Historia de consumo:

1. ¿Con que edad comenzó a fumar?
2. En un primer momento ¿Cuántos cigarrillos consumía diariamente? Y ¿En la actualidad?
3. ¿Cuántos años lleva consumiendo continuamente?
4. ¿Cuántas veces se ha planteado dejarse de fumar? ¿Cuántos intentos ha llevado a cabo?
5. ¿Cuánto tiempo ha pasado en abstinencia?
6. ¿En qué situaciones suele fumar más?



Anexo 3

Nombre: _____

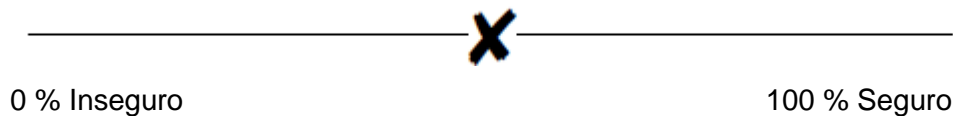
Fecha: _____

Cuestionario Breve De Confianza Situacional (CBCS)

A continuación se presentan 8 diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su hábito tabáquico.

Imagínese que en este momento está en cada una de estas situaciones e indique en la escala que tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de fumar, marcando con una "X" a lo largo de la línea 0% si está "INSEGURO" ante esa situación o 100% si está "TOTALMENTE SEGURO" de poder resistir a fumar, como en el ejemplo.

Me siento...



En este momento sería capaz de resistir la necesidad de fumar en aquellas situaciones que involucran...

1. **EMOCIONES DESAGRADABLES** (por ejemplo: si estuviera deprimido en general; si las cosas me estuvieran saliendo mal).

Me siento...



2. **MALESTAR FÍSICO** (por ejemplo: si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso y tenso).

Me siento...



3. **EMOCIONES AGRADABLES** (por ejemplo: si me sintiera muy contento; si quisiera celebrarlo; si todo fuera bien).

Me siento...



4. **PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE TABACO** (por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el tabaco; si me sintiera seguro de poder fumar sólo unos cuantos cigarrillos o que pudiera controlar el consumo de tabaco).

Me siento...

0% Inseguro

100% Seguro

5. **NECESIDAD FÍSICA** (por ejemplo: si tuviera urgencia de fumar un cigarrillo; si estuviera en una situación donde solía fumar de forma excesiva; si pensara lo bien que me podría sentir).

Me siento...

0% Inseguro

100% Seguro

6. **CONFLICTO CON OTROS** (por ejemplo: si hubiese tenido una discusión con un amigo; si no me llevara bien con los demás en el trabajo).

Me siento...

0% Inseguro

100% Seguro

7. **PRESIÓN SOCIAL** (por ejemplo: si alguien me presionara a fumar; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera un cigarro).

Me siento...

0% Inseguro

100% Seguro

8. **MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS** (por ejemplo: si quisiera celebrar algo con un amigo; si me estuviera divirtiendo con un amigo (a) y quisiera sentirme mejor).

Me siento...

0% Inseguro

100% Seguro