



# **Tratamiento para Dejar de Fumar**

**Centros de Integración Juvenil  
Dirección de Tratamiento y  
Rehabilitación**

**Manual de aplicación**

**Vigente a 2016**

## **DIRECTORIO**

***Dr. Jesús Kumate Rodríguez***

Presidente Honorario Vitalicio del Patronato Nacional

***Dr. Roberto Tapia Conyer***

Presidente del Patronato Nacional

***Sra. Kena Moreno***

Fundadora de CIJ y Vicepresidenta B Vitalicia del Patronato Nacional

***Lic. Carmen Fernández Cáceres***

Directora General de CIJ

***Lic. Iván Rubén Retiz Márquez***

Director General Adjunto de Administración

***Dr. José Ángel Prado García***

Director General Adjunto de Operación y Patronatos

***Dr. Ricardo Sánchez Huesca***

Director General Adjunto Normativa

***Dra. Laura Margarita León León***

Directora de Tratamiento y Rehabilitación

Elaboración: Psic. Edith Chávez Vizuet  
Subjefe del Departamento de Consulta Externa

Supervisión: Psic. Víctor Hugo Arellano Rocha  
Jefe del Departamento de Consulta Externa

Revisión: Psic. Juan David González Sánchez  
Subdirector de Consulta Externa

## **Contenidos**

---

<b>Marco Teórico</b>	2
Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS)	3
a. Asertividad.	4
b. Reestructuración cognitiva (Terapia Racional Emotiva Conductual TREC)	4
c. Solución de Problemas y Toma de Decisiones	5
d. Terapia de Autocontrol (Autorregulación)	5
e. Relajación	6
<b>Tratamiento para dejar de fumar</b>	7
Sesión 1. Introducción	8
Sesión 2. Línea base	10
Sesión 3. Abstinencia	12
Sesión 4. Daños a la Salud	13
Sesión 5. Cambios metabólicos	15
Sesión 6. Relajación muscular	17
Sesión 7. Desarrollo de habilidades asertivas	19
Sesión 8. Solución en problemas y toma de decisiones	21
Sesión 9. Reincidencia/recaída	23
Sesión 10. Análisis y conclusiones	24
<b>Seguimiento</b>	25
<b>Bibliografía</b>	26
<b>Anexos</b>	27
Anexo 1. Autorregistro diario de consumo de tabaco	27
Anexo 2. Cuestionario de Motivos de Consumo de Tabaco	28
Anexo 3. Recomendaciones para no fumar.	30

## Marco Teórico

Dejar de fumar constituye un proceso dinámico, donde se requiere de la suma de pequeños cambios que para erradicar una conducta; en este sentido Prochaska, DiClemente y Nacross (1992) propusieron el *Modelo en espiral de los estadios de cambio*, el cual contempla las siguientes fases:

*Precontemplación.* En ella la persona no tiene conciencia de que existe un problema, por lo que se mantiene sin cambios y no tiene interés en solicitar apoyo. Se calcula que cerca del 45% de los fumadores están en esta fase.

*Contemplación.* El consumidor de tabaco vislumbra que existe un problema. Cursa con una ambivalencia, que incluye deseo y al mismo tiempo dudas para cambiar. Se considera que cerca del 35% de fumadores se encuentran en esta etapa.

*Preparación.* Esta etapa se caracteriza por que el individuo ha iniciado una reducción de barreras que impedían el cambio. Aparece la planeación cambios conductuales planeados.

*Acción.* Se verbaliza y demuestra su compromiso para cambiar. Suele ser en esta etapa donde las recaídas se hacen recurrentes. Hasta un 20% de los fumadores se ubican en esta etapa.

*Mantenimiento o consolidación.* Se logra una estabilización en los cambios al mantener las nuevas conductas que son incompatibles con la conducta problemática.

Aunque la recaída no siempre ocurre, es importante considerar que los cambios difícilmente se mantienen con un único intento, de manera que la repetición de algunas partes del ciclo es importante para alcanzar la abstinencia total. En este sentido se dan pequeños retrocesos que permiten al cliente revalorar los cambios que ha realizado, le facilita el aprendizaje a partir de los errores y disminuya su ambivalencia.

Por ello es importante identificar en que etapa de cambio se encuentra el paciente, cuando aspira a un tratamiento para dejar de fumar.

De acuerdo con las evidencias científicas, se ha observado que uno de los enfoques que ha probado mejores resultados para abordar el cambio en el consumo de tabaco, es el *Modelo Cognitivo Conductual (MCC)*.

En este sentido el MCC, tiene una estructuración perceptual de que la persona “aprende” a partir de la repetición de estímulos y respuestas, las cuales surgen en los diferentes contextos en que se relacionan como familia, escuela, comunidad entre otros. En base a lo anterior en este documento se considera que *fumar* se aprende viendo a otros que fumar.

Con base en lo anterior, no debemos olvidar que el consumo de tabaco además de generar una dependencia física que se relaciona con respuestas de desajuste en el organismo cuando no se introduce nuevamente nicotina, este también va generando una dependencia psicológica relacionada con estados emocionales, pensamientos y la conducta de búsqueda, administración y consumo del tabaco fumado. Aspectos que retoma el MCC junto con la importancia de mantener una motivación hacia el cambio, lo cual permite desarrollar o fortalecer habilidades que no solo resulten incompatibles con la conducta de fumar sino que además a la persona le resulten familiares, agradables y sostenibles.

Desde el MCC se busca que la persona sea capaz de reconocer aquellas emociones o pensamientos que anteceden la conducta problema, mediante un monitoreo personal, para modificar dichas conductas y las creencias asociadas. Así las diferentes técnicas y teorías que retoma el MCC consideran la triada que se forma entre *pensamiento – emoción – conducta*.

Es por ello que tanto la *Terapia Racional Emotiva (TRE)* de Albert Ellis y la *Terapia Cognitiva (TCO)* a las adicciones de Aaron Beck, retoman la importancia que tiene el modificar las

conductas manifiestas al lograr un cambio en los procesos del pensamiento; ya que ambos tomaron en cuenta que no solo el contexto influye para la realización o no una conducta, sino la evaluación e interpretación que hace el sujeto, generando pensamientos, emociones y conductas en particular. De ahí que difícilmente dos personas reaccionan de la misma forma ante un mismo evento.

La *Reestructuración Cognitiva*, se considera un procedimiento obligado desde el MCC, ya que da a la persona elementos que le permitan identificar y modificar las creencias y deseos que tiene respecto al consumo de tabaco y con respecto a su *plan de vida*. Es por ello que cuando se habla de una intervención desde el MCC, se habla de un *Entrenamiento en Habilidades Sociales* (EHS). El EHS permite desarrollar diferentes destrezas para evitar el consumo, como lo son la *asertividad, toma de decisiones, control de estrés*, entre otras.

*Entrenamiento en Habilidades Sociales.*

EL EHS, se apoya en algunas estrategias como la *Reestructuración Cognitiva* (Terapia Racional Emotiva Conductual), *Solución de Problemas* que incluye la *Toma de Decisiones, Modelado, Autocontrol* (Autorregulación) y *Entrenamiento en Relajación*.

Las relaciones sociales se aprenden mediante la interacción con los demás; muchos de los problemas que se generan dentro de la convivencia diaria, tienen origen en la falta de habilidades sociales, las cuales obviamente implican destrezas en la forma de relacionarse con los demás. Llevar a cabo una interacción que resulte cooperadora, incluyente y benéfica en el trabajo, escuela, familia e incluso en los ratos de ocio permite la posibilidad de un desarrollo con mejor eficacia.

Cuando se considera pertinente establecer un EHS, no debemos olvidar que éste contempla a su vez diferentes ámbitos, como:

- a. Entrenamiento en habilidades. la *Teoría del Aprendizaje Social* contempla: *instrucciones, modelado, retroalimentación, reforzamiento* entre otras cosas.
- b. Reducir la ansiedad. Esto se logra de manera indirecta cuando se practica, incorpora y consolida la nueva conducta que resulta incompatible con aquella que genera ansiedad.
- c. Reestructuración cognitiva. Cuando se modifican los pensamientos, se da un cambio en las actitudes ya sea de forma directa o indirecta.
- d. Entrenamiento en solución de problemas. La persona adquiere la habilidad para percibir los valores reales de las situaciones, procesarlos a fin de obtener respuestas potenciales, seleccionar una de ellas y aplicarlas.

Un elemento importante para llevar a cabo un EHS es el *modelado*, ya que permite aprender nuevas conductas mediante la observación, la interacción y el seguimiento de instrucciones.

Entre las técnicas que más se utilizan se dividen en dos grandes áreas, que son:

1. Conductuales. Como son el ensayo conductual, reforzamiento, moldeamiento, relajación, las tareas de casa – autorregistro, entre otras.
2. Reestructuración cognitiva. Como la Terapia Racional Emotiva Conductual, incluye: solución de problemas, manejo de instrucciones, entre otras.

Para mejores resultados es preferible trabajar en forma grupal, debido a que esto da oportunidad a elegir una respuesta entre las que el mismo grupo puede sugerir y demostrar eficacia, además de que propicia una situación muy similar a la real solo que está bajo control, por lo que se obtiene una retroalimentación y reforzamiento de forma inmediata, favoreciendo

con ello la motivación para intentar las nuevas conductas no solo dentro de las sesiones sino también fuera de ellas, trabajar en grupo permite el ensayo de conductas.

A continuación se describen algunas técnicas recomendadas.

#### *a. Asertividad*

Considerada como la habilidad que permite expresar deseos y sentimientos de manera amable, franca, abierta, directa y sobre todo adecuada, sin atentar contra la integridad de los demás y la personal.

La respuesta asertiva se diferencia de otros estilos de respuesta como: pasivo y hostil. Teóricamente, se logra un estilo más asertivo cuando monitoreamos y nos mantenemos alejados de respuestas pasivas y hostiles. De lo contrario en vez de resolver, generamos problemas. Se dice que una persona responde de forma:

1. Pasiva: cuando demuestra escasa ambición, pocos deseos y opiniones; tendencia a pensar: “demasiado poco”, “demasiado tarde” o “nunca lograré”.
2. Hostil: suele mover la cabeza en actitud negativa o levantar la voz, con lo que comunica “a mi manera o nada”. Entonces, decimos: “descuida el *impacto emocional* en los demás.”
3. Asertiva: cuando coopera con los demás para alcanzar objetivos personales; suele pensar suficiente y aplicar las conductas apropiadas en el momento correcto.

#### *b. Reestructuración cognitiva (Terapia Racional Emotiva Conductual –TREC–)*

Con esta técnica las personas aprenden a cambiar pensamientos automáticos, que pueden conducir a un malestar emocional y frustración.

En el MCC detectar y modificar pensamientos automáticos es una tarea central; son un aspecto visible de la manera en que se interpreta “el mundo”. Es importante modificarlos y evitar que se conviertan un obstáculo para el bienestar de la persona.

Esta terapia se apoya en los siguientes puntos:

A: Son las situaciones activadoras, eventos, situaciones reales, que generan a B.

B: Son las interpretaciones de las situaciones (A), como pensamientos, opiniones, creencias irracionales, conclusiones, lenguaje interno, quejas, etc., que mantienen y agravan el problema, además anteceden a C.

C: Son las consecuencias, emociones y conductas perturbadoras, como puede ser tristeza, ansiedad, enojo, etc., mismas que surgen a partir de B.

D: Implica la discusión de la validez de B (de las creencias irracionales), donde el terapeuta inicialmente cuestiona la validez y la racionalidad de los pensamientos del paciente, mientras le enseña cómo hacerlo.

E: Será el establecimiento de cambios favorables a partir de la discusión de creencias irracionales para crear creencias racionales, más adaptativas.

Inicialmente debe llevarse a cabo un registro de los pensamientos e interpretaciones (B), emociones consideradas negativas (C), ambos aspectos estarán relacionados con situaciones específicas (A), de modo que el terapeuta pueda cuestionar los pensamientos e ir enseñando al paciente a que lo realice por sí mismo (D), con la finalidad de continuar modificando pensamientos y emociones, o evitar que se reactiven los que van siendo modificados en el tratamiento, favoreciendo a que sean cada vez más racionales, permitiendo propiciar y mantener un cambio en el comportamiento (E).

Di Giuseppe (1986) señala que para cambiar el núcleo de las creencias irracionales en los pacientes, se requiere conseguir tres metas:

1. Crear una considerable disonancia cognitiva, para lo cual se puede aportar una gran cantidad de evidencias (filosóficas, lógicas y empíricas) que logren poner en entredicho las creencias irracionales.
2. Demostrar que la creencia irracional no sólo no soluciona los problemas del paciente, sino que además resulta disfuncional y poco útil.
3. Desarrollar creencias más racionales, demostrando que ésta resulta de mayor ayuda al contar con más datos a su favor que la irracional.

La aplicación consiste en la modificación del sistema de creencias personal y busca ir más allá del adiestramiento del paciente en la evitación o afrontamiento de situaciones de alto riesgo; su meta es identificar y eliminar las creencias adictivas que tenga el paciente reemplazándolas por creencias más adaptativas, de control, libres y cooperadoras.

#### *c. Solución de Problemas y Toma de Decisiones*

Existen modelos clásicos de cómo deben tomarse decisiones y un esquema básico para solucionar problemas. D'Zurilla, Goldfried (1971).

El modelo de toma de decisiones considera dos dimensiones:

1. Orientación al Problema, incluye las creencias sobre el control que ejerce la persona en la resolución de sus problemas, retomando la autoeficacia.
2. Pasos que configuran un proceso para solucionar problemas y por ende la toma de decisiones. Se conjugan la situación con la valoración; las barreras comunes para alcanzar los objetivos: *ambigüedad, incertidumbre, demandas en conflicto, falta de recursos o novedades.*

Evaluar los resultados obtenidos, propicia un aprendizaje para el futuro, la evaluación debe basarse en resultados reales, medibles y obtenidos; sin considerar las reacciones implícitas o sentimientos de los demás para evitar caer en una preocupación inútil y destructiva; revisar la propia actuación permite tomar en consideración otras acciones (no contempladas previamente) “¿si hubiera dicho ésto en lugar de lo que dije... ?”; saber cómo ha reaccionado el otro, permite ajustar la actuación para llegar al resultado buscado.

Al seguir estos pasos, no sólo se aprende a tomar decisiones, sino que también a solucionar problemas que podrían poner en riesgo la abstinencia y propiciar el desencadenamiento de una recaída.

#### *d. Terapia de Autocontrol (Autorregulación)*

Son estrategias que se aplican de modo auxiliar (en diversas psicoterapias); el objetivo es que el paciente pueda identificar, controlar y/o modificar su conducta en diferentes ámbitos, con la finalidad de alcanzar metas a largo plazo.

La persona juega a ser dos a la vez, una es respondiente (se comporta de modo problemático) y la otra como controlador (observa, evalúa y modifica la conducta del primero); la labor del terapeuta es apoyar y ser un colaborador con la segunda mientras la participación del paciente se hace más activa; debido a que el autocontrol convierte los procesos encubiertos e informales (que están fuera de conciencia) en procedimientos manifiestos, formales o conscientes.

La principal estrategia consiste en la realización de tareas para casa, de esa forma se propicia el cambio en situaciones naturales.

- Auto-observación. Conocida como un monitoreo personal o autorregistro, es un análisis detallado del comportamiento por parte del propio paciente.
- Auto-evaluación. Es la comparación realizada entre los logros actuales y las metas preestablecidas.
- Auto-refuerzo. ¡Mejor celebrar las victorias, que lidiar con los fallos!

Existen diferentes formas de llevar a cabo el autocontrol:

- Autorregistro. Evalúa la conducta en dimensión, frecuencia, duración, intensidad o calidad.
- Tablas de conducta. Se anota el número de veces que se realiza la conducta.
- Diarios de conducta. Registran cuatro aspectos: a) ¿Cuándo sucedió?; b) ¿Dónde te encontrabas?; c) ¿Cuántas veces sucedió? y d) ¿Cómo te sentiste?
- Registro en retrospectiva. Implica un registro de cómo se ha manifestado la conducta hasta completar el lapso que determine el terapeuta.
- Auto-contratos. Permite establecer un compromiso de adherencia al plan diseñado, también las medidas oportunas a seguir en caso de incumplimiento.

Una vez recabada la información suficiente, se realiza un *plan de modificación ambiental*, que le permita al paciente evitar situaciones que conducen a la conducta que quiere cambiar. En este caso podría ser: apartarse de lugares o grupos asociados al consumo o acciones sencillas como retirar ceniceros, beber té en lugar de café.

#### *e. Relajación*

Es un procedimiento de intervención útil y puede ser parte de o complementarse con otras técnicas. La relajación hace referencia al componente fisiológico (patrón reducido de activación somática y autónoma), al subjetivo (informes verbales de tranquilidad y sosiego) y al conductual (estado de quiescencia motora).

El estrés es una respuesta biológica ante situaciones que se perciben y evalúan como amenazantes, en las que el organismo no posee recursos suficientes para afrontarlas y pone de manifiesto dos variables: valoración cognitiva (de la situación) y la capacidad del paciente para hacerle frente; la respuesta ante el estrés incluye sistemas como el neurofisiológico, neuroendocrino e inmunológico.

Las técnicas de relajación se basan en la respiración, al ser el principal mecanismo en las interacciones cardiorrespiratorias del *control vagal*; además una vez emitida la respuesta de relajación, ésta se puede condicionar a estímulos neutrales ubicados en el ambiente o contra condicionada a aquellos que la evocaron.

Previo al entrenamiento en relajación, se requiere una evaluación del problema, apoyándose en entrevistas, autorregistros, cuestionarios, observación, etc., que permitan a la persona observar que diariamente está expuesta a una tensión excesiva que el organismo por sí mismo no puede afrontar, de lo contrario podría resultar en un esfuerzo inútil.

A continuación se describe el contenido de las sesiones.

## Tratamiento para dejar de fumar

Los temas a trabajar son:

Tema	Objetivos
Introducción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer el encuadre terapéutico.</li> <li>• Describir las características de la adicción a la nicotina y lo que se espera del tratamiento.</li> <li>• Conocer el contenido de las sesiones y aprender las determinantes que condicionan la adicción.</li> </ul>
Línea base	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar los determinantes que condicionan la conducta de fumar.</li> <li>• Analizar los motivos de inicio, la <i>carrera tabáquica</i> y la conducta como fumador.</li> <li>• Analizar los motivos de mantenimiento. Conocer y aprender las estrategias para mantener la abstinencia al tabaco a partir de esta sesión.</li> </ul>
Abstinencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar y enfrentar las experiencias desagradables asociadas a la abstinencia de nicotina.</li> <li>• Evaluación farmacológica y prescripción.</li> </ul>
Daños a la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las alteraciones que el tabaco, el humo de su combustión y la nicotina ocasionan al organismo.</li> </ul>
Cambios metabólicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducir al paciente a un nuevo estilo de vida utilizando el conocimiento de los cambios metabólicos asociados al consumo de tabaco y a su abstinencia.</li> </ul>
Relajación muscular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilitar al paciente en el manejo de técnicas de relajación, que le permitan hacer un mejor manejo de la tensión, estrés y/o ansiedad.</li> </ul>
Desarrollo de habilidades asertivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los diferentes tipos de respuesta que se pueden dar ante situaciones de alto riesgo que ponen en conflicto el mantenimiento de la abstinencia.</li> </ul>
Solución en problemas y toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprender nuevas formas para afrontar situaciones de alto riesgo.</li> </ul>
Reincidencia / recaída.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenar la manera de enfrentar adecuada y asertivamente las situaciones de riesgo de consumo.</li> </ul>
Análisis y conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar el aprendizaje obtenido en el manejo y control de la abstinencia al tabaco desde el MCC</li> </ul>

## SESIÓN 1. INTRODUCCIÓN

### OBJETIVOS

- Establecer el encuadre terapéutico.
- Describir las características de la adicción a la nicotina y lo que se espera del tratamiento.
- Conocer el contenido de cada una de las sesiones y aprender las determinantes que condicionan la adicción.

### MATERIALES:

**Anexo 1:** Formato de Autorregistro diario de consumo de tabaco (8819-21).

### DESARROLLO:

#### *Presentación del grupo.*

El terapeuta da la bienvenida a los clientes del *Tratamiento para dejar de fumar* y se presenta. Señala que su función es apoyarlos en su propósito de abandonar el consumo de tabaco y para lograrlo se requiere de la participación activa de todo el grupo, por ello es importante empezar a conocerse e integrarse como tal. El terapeuta podrá realizar cualquier *técnica de presentación* que conozca, a fin de favorecer el trabajo grupal.

#### *Encuadre terapéutico.*

Después de haber hecho la presentación grupal, se presenta el programa de tratamiento para dejar de fumar, haciendo del conocimiento que se desarrolla desde el modelo cognitivo conductual, el cual consiste en:

1. Revisar y analizar situaciones que se relacionan con la conducta de fumar, para aprender a reconocerlas y anticipar formas de manejo para evitar fumar.
2. Aprender nuevas respuestas que sean saludables e incompatibles con el hábito tabáquico, a fin de lograr y mantener la abstinencia.
3. Manejo de tareas para casa. La importancia que tienen la realización de las tareas para casa es que favorece la práctica de nuevas habilidades dentro de su propio contexto.

Para lograr los objetivos del *Tratamiento para dejar de fumar*, es importante trabajar dentro y fuera de las sesiones, por ejemplo cuando se les solicite la realización de tareas en casa.

Una vez expuesto lo anterior, el terapeuta procede a establecer el *encuadre terapéutico*.

Dentro del encuadre terapéutico, se señala los días, hora, número de sesiones, frecuencia y duración de las mismas (consultar *Guía Técnica de Tratamiento y Rehabilitación*, Tomo I), para llevar a cabo las sesiones, se definen las reglas a seguir para el desarrollo, manejo de tolerancia, respeto a las opiniones de los demás y el compromiso con la confidencialidad, enfatizando que el trabajo de cada sesión es complementario y consecutivo, por lo que es importante la asistencia a todas las sesiones.

#### *Introducción al tratamiento para dejar de fumar*

Primero, es importante que se genere un ambiente de cordialidad y respeto para explorar, analizar y resolver situaciones relacionadas con el consumo de tabaco, por ejemplo la experiencia interpersonal que le permita ir ordenando las percepciones, el conocimiento o

reconocimiento de su problemática y por consiguiente la modificación que se pretende de la misma, con apoyo del grupo.

El terapeuta coordinará la participación del grupo con respecto a lo que ellos entienden sobre ciertos conceptos. En este sentido los pacientes expresarán *qué es para ellos la adicción, cómo es que la conciben*, para ir identificando qué ha determinado su adicción.<sup>1</sup>

Esto llevará al terapeuta a relacionar tres temas, a saber: *dependencia física, dependencia psicológica* y el *síndrome de abstinencia*. Si bien es cierta la relación estrecha entre la dependencia física y psicológica, a veces se llegan a considerar como una sola. Cuando predomina la dependencia física, y se tiene una necesidad compulsiva por fumar (por ejemplo al despertar), la persona experimenta incomodidad y pérdida de control, (por ejemplo, no puede concentrar en otras actividades o presenta irritabilidad). Por otro lado, en la dependencia psicológica, a cada situación se le asocia una emoción o creencia que activa el deseo de fumar en forma automática, pues incluso le llegan atribuir al cigarro la condición de ser un acompañante, un amuleto, entre otras creencias.

Lo anterior da pauta para que el terapeuta indague de qué forma conciben al cigarro los integrantes del grupo, para identificar las connotaciones que se deberán trabajar o de lo contrario se volverán una limitante.

Con esta información el paciente se da cuenta que *si puede* hacer frente a un cambio en su estilo de vida (a la par de renunciar al tabaco) y que este cambio no sólo es conveniente sino disfrutable. Así mismo puede diferenciar entre la dependencia física, para la que quizá requiera de la Terapia de Reemplazo a la Nicotina (TRN), y la dependencia psicológica, que se relaciona más con las creencias que otorga el paciente al consumo, desafiando la creencia de que sólo mediante la conducta de fumar es capaz de afrontar experiencias como la ansiedad, tensión, estrés y enojo.

Adicionalmente es importante que conozca algunos de los síntomas que se presentarán por la suspensión del consumo de tabaco (abstinencia de nicotina), con la finalidad de preparar al paciente, para que no lo tome por sorpresa y aumente el riesgo de recaída.

#### *Manejo de autorregistro.*

El terapeuta explica la forma de elaborar de tarea el autorregistro (anexo 1). Tiene como finalidad el análisis, reconocimiento y registro de los elementos (pensamientos, emociones y conductas) que acompañan el consumo de tabaco. Reconocer estos elementos le permite definir los aspectos en los que deberá poner mayor atención para lograr la abstinencia.

El terapeuta entregará el *Autorregistro diario de consumo de tabaco* y explicará cómo realizarlo, se aclara que este formato se revisará al inicio de las sesiones.

A fin de que les quede claro a los pacientes cómo realizarlo, con apoyo del rotafolio el terapeuta dibuja el formato en grande para elaborarlo junto con los pacientes.

El que los pacientes registren diariamente las condiciones que se tienen en torno al consumo, le permite ver de una manera más concreta que le lleva a fumar, por ello es importante que le quede claro cómo realizar el autorregistro, así tendrá una forma más clara de los cambios que se van presentando.

---

<sup>1</sup> Para introducir el tema, podrá indagar los motivos de inicio del consumo o en su caso retomarlo en la siguiente sesión.

## SESIÓN 2. LÍNEA BASE

### OBJETIVOS:

- Analizar los determinantes que condicionan la conducta de fumar.
- Analizar los motivos de inicio, la *carrera de consumo* y la conducta como fumador.
- Analizar los motivos de mantenimiento.

### MATERIALES:

**Anexo 2:** Cuestionario de motivos (8819-22).

**Anexo 3:** Recomendaciones (8819-09).

Rotafolios, hojas de rotafolio y marcadores.

### DESARROLLO:

*Bienvenida.*

Se inicia con la revisión de los autorregistros (ver anexo 1), lo cual permitirá identificar qué elementos están involucrados o relacionados con la conducta de fumar, así como la cantidad que realmente fuman.

Llevar a cabo un autorregistro tiene como efecto reducir el consumo, ya que la persona tiende a romper la respuesta automática deteniéndose a reflexionar, previo a encender el cigarro o después de fumarlo para elaborar el autorregistro.

*Línea base.*

Conforme se revisen los autorregistros, se identifican qué beneficios obtienen al fumar y al mismo tiempo reconocen las circunstancias en que se da el consumo o condicionan el deseo de fumar, de tal manera que el terapeuta propicia el análisis en plenaria entre los integrantes del grupo, para generar una identificación entre el mismo grupo y que se den cuenta que tienen varios elementos que compartir, y que quizá muchos de ellos corresponden más a una dependencia psicológica.

Para continuar con el trabajo grupal, el terapeuta lanzará la siguiente pregunta *¿ustedes recuerdan cómo fue que iniciaron el consumo?*<sup>2</sup>, a partir de lo que respondan los integrantes del grupo, el terapeuta anota en el rotafolio aquellos elementos que considere importantes y que además se plantean en distintos documentos, por ejemplo la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, plantea que entre los motivos por los que se inicia el fumador son la curiosidad y la convivencia con otros fumadores, sin embargo pueden surgir otros aspectos, como la aceptación social, por invitación o presión del grupo de amigos, por tener la facilidad de conseguirlos o por querer marcar una diferencia entre el ser niño y querer entrar al mundo de los adultos, entre otros el terapeuta buscará crear una discusión sobre la credibilidad de estos evitando la confrontación en el grupo (manejo de asertividad y reestructuración cognitiva).

En el caso de la *curiosidad* puede ir acompañado de temor por ser descubiertos por los adultos; cuando se inician *en grupo* éste da los elementos necesarios para generar confianza entre sus

---

<sup>2</sup> En caso de que haya abordado este punto en la sesión anterior, retomara algunos de los aspectos a fin de dar paso a los motivos de mantenimiento.

integrantes y la posibilidad de realizar otro tipo de actividades que considere nuevas, donde reconoce los logros que de ellas se derivan; cuando se da por *imitación* a veces se piensa que de esa forma serán igual a aquella persona que le es significativa, sin considerar el daño que se puedan hacer.

Posteriormente les proporcionara el *Cuestionario de motivos*, para que el grupo pueda identificar las razones por las que continua fumando. El terapeuta identifica cuáles son los motivos a nivel grupal para trabajar en futuras sesiones; del mismo modo llevará al grupo a una discusión sobre la credibilidad de los motivos de mantenimiento.

Se podrá apoyar con la siguiente información que plantea Russell (citado en Sansores y cols., 1998) y que guarda relación con siete motivos de mantenimiento, los cuales son:

- *Psicosocial*. Guarda relación con mantener un estatus social, que le da seguridad a su personalidad, de sofisticada, seductora, etc.
- *Estimulante*. Perciben que cuando lo hacen tienen mayor energía, por lo que si se sienten cansados o aburridos buscan fumar y lo hacen con bocanadas cortas y espaciadas.
- *Manipulación*. En ocasiones no es tanto que fumen sino que simplemente el tener esas sensaciones relacionadas con el fumar, como abrir una cajetilla, tener el cigarro en la mano, al momento de encenderlo e incluso solo el olor y que forman parte de un ritual muy complejo pero que le resulta placentero.
- *Por distracción o placer*. La persona no fuma mucho y lo hace bajo situaciones sociales muy específicas, como acompañado de una taza de café o té, una bebida alcohólica, después de comer y otro tipo de situaciones sociales, por lo que fuera de ellas no fumaría.
- *Reducir tensión*. Para evitar sensaciones desagradables como ansiedad, coraje e incluso vergüenza, la manera en que se fuma es mediante bocanadas profundas que le permitan tranquilizarse.
- *Por necesidad o urgencia*. Son personas que lo primero que hacen al despertar es fumar, ya que experimentan los síntomas de la abstinencia como es la irritabilidad, depresión, sudoración, falta de concentración, aumento del apetito.
- *En forma automática*. Son personas que no se percatan bajo qué circunstancias suelen fumar, de hecho llegan a encender un segundo cigarro sin haber terminado el anterior, el fumar ya no le es grato pero sigue haciéndolo.

Previo al termino, se le notificara al grupo que un día antes de la siguiente sesión podrán fumar su último cigarro, mientras le escriben una carta de despedida (misma que deberán llevar) lo cual simboliza un duelo, a la par de ello deberán tirar el resto de cigarros que tengan, quitar ceniceros, guardar encendedores, etc. Para apoyarlos se les entregara la hoja de *Recomendaciones* (ver anexo 3) a los pacientes. Es importante revisarla en sesión para aclarar dudas. Les debe quedar claro que a partir de la siguiente sesión deberán suspender por completo el consumo de cigarros.

En caso de que algún paciente requiera del apoyo en TRN, se le derivará con el médico para su consulta y/o seguimiento.

Sabemos que en ocasiones los pacientes no logran dejar de fumar en la tercera sesión, sin embargo, disminuyen en gran medida el consumo de cigarros, esto puede retomarse para fortalecer su motivación y confianza para suspender el consumo y seguirlo invitando a que deje de fumar, la intervención motivacional que realice el terapeuta es de suma importancia. Tal vez deje de fumar en una o dos sesiones más adelante, mientras va disminuyendo el consumo.

### SESIÓN 3. ABSTINENCIA

#### OBJETIVO:

Conocer y aprender las estrategias para mantener la abstinencia al tabaco a partir de esta sesión.

#### MATERIALES:

Rotafolios, hojas de rotafolio y marcadores.

#### DESARROLLO:

*Bienvenida.*

Se inicia con la revisión de *Autorregistros* (ver anexo 1), resaltando y analizando ventajas, y dificultades asociados al *ritual de abandono del tabaco*. Con lo trabajado en la sesión anterior se podrá identificar de mejor manera los elementos o motivos involucrados con la conducta de fumar, lo cual le permite al paciente monitorear los cambios que va logrando por pequeños que sean, lo cual le puede resultar reforzante y motivante a la vez para continuar su proceso.

*Abstinencia*

El terapeuta indaga cómo vivieron sus *rituales de despedida*, en caso de que lleven la carta que escribieron pueden compartirla en ese momento junto con el grupo, sino quieren leerla entonces solo compartirán cómo vivieron la situación.

En grupo se leerán las recomendaciones que se entregaron al término de la sesión anterior, a fin de que el terapeuta pueda indagar si les resultaron útiles para las situaciones que cada uno de ellos vive, si tuvieron que hacer adecuaciones o si prefieren como grupo generar otras; esto se realizará en sesión plenaria, guiándose con la pregunta *¿porqué se modifican o porque si funcionan las recomendaciones?*

Debido a que en esta sesión se encuentran ya en abstinencia, es importante señalar los posibles eventos que pueden estar asociados al consumo y que pudieran afectar esta, de manera que se puedan agrupar y discutir en plenaria. Para lo cual el terapeuta deberá hacer mayor hincapié en los beneficios que están empezando a adquirir por dejar de fumar y que estos se incrementaran conforme se modifiquen las conductas asociadas a la ausencia y consumo de tabaco, incluyendo creencias, emociones y búsqueda de situaciones externas que se asocian o justifican el estilo de vida asociado al consumo de tabaco.

De tal manera que el terapeuta buscará la forma de resaltar los logros o beneficios que han alcanzado con tan solo un par de horas por haber dejado de fumar y lo que pueden lograr si continúan así. En este sentido el terapeuta podrá hacer referencia a la disposición legal de *no fumar en lugares públicos y cerrados*, a fin de indagar cómo se sentían antes de dejar de fumar y ahora que están en el proceso de abandono al tabaquismo.

Los pacientes que estén llevando la TRN, en caso de reportar alguna molestia deberán ser derivados al servicio de farmacoterapia para su valoración, es importante que respeten las indicaciones del médico ya que el método utilizado, la frecuencia o dosis dependerá de cada caso por sus particularidades, pudiendo ser el parche transdérmico, chicle de nicotina u otro.

## SESIÓN 4. DAÑOS A LA SALUD

### OBJETIVO:

Identificar las alteraciones que el tabaco, el humo de su combustión y la nicotina ocasionan al organismo.

### MATERIALES:

Rotafolios, hojas de rotafolio y marcadores.

### DESARROLLO:

*Bienvenida.*

Se inicia con la revisión de los autorregistros, esperando que el consumo sea el mínimo y de preferencia ya no se dé, pero si continua se banalizan los eventos relacionado.

*Daños a la salud.*

Considerando que los pacientes han iniciado un proceso de sensibilidad el terapeuta favorecerá el cambio de conductas que han hecho para llegar a la abstinencia, haciendo énfasis en la importancia que tiene el tener una “actitud de salud” acorde a su nuevo estilo de vida.

En este sentido el terapeuta, en sesión plenaria preguntará al grupo cuales son los cambios que han observado en su salud, a partir de la información que recabe generará la discusión respecto a si creen que el consumo estuvo o no relacionado, directa o indirectamente con dichos malestares y de qué forma. Si hubiera continuado con el consumo, qué creen que hubiera pasado; deberá considerar enfermedades cardiovasculares como hipertensión, arritmias, rinitis, dificultad para respirar, como sensación de ahogo, entre otras.

A la par de ello, deberán remarcarse los beneficios que se obtienen, por ejemplo a la hora de dejar de fumar se tiene una mejor oxigenación en la sangre, lo que permite que se inicie una disminución en el riesgo de padecer cierto tipo de enfermedades, a medida que va pasando el tiempo por dejar de fumar se puede igualar a la salud de alguien que nunca fumó, considerando para ello la edad de inicio así como el tiempo que estuvo fumando.

Es importante introducir la discusión en grupo con el tema de la importancia de la *Ley General para el Control de Tabaco*, respecto a la protección que estableció a los no fumadores. Se busca indagar la manera en que sus familiares no fumadores se sentían, o qué les decían cuando los veían fumar, aun cuando buscaran hacerlo en otro lugar dentro del hogar. Esto debido a que el olor del tabaco es muy característico y además de que se adhiere a la ropa, solían enfermarse de manera recurrente. Esta discusión busca resaltar los daños que ocasiona el tabaquismo no solo a quien lo consume directamente (fumadores) sino también en forma indirecta (persona expuesta al humo de segunda mano)

Por último, a modo de cierre el terapeuta retomará parte de la información que el grupo trabaje y la completará con la información del panorama epidemiológico mundial y nacional, en forma clara y sin intimidar, respecto a que se considera que existen 1.3 billones de fumadores en el mundo, lo cual ha llevado a considerar que uno de cada diez decesos está asociado al consumo de tabaco, esto equivale a cinco millones de muertes al año, de continuar así se ha calculado que esta cifra podría llegar a los ocho millones para el 2030. En el caso de México de acuerdo con la ENA 2008, se consideran cerca de 14 millones de fumadores activos de los cuales muchos se iniciaron durante la adolescencia, el número de muertes anuales atribuidas al tabaquismo es de 60,000, es decir 165 al día, aproximadamente una persona muere cada

nueve minutos, aunado a que ocho de cada diez está expuesta al humo de segunda mano y en consecuencia también a sus efectos tóxicos.

*Nota. Esta sesión será brindada por el médico, podrá desarrollarla en dos sesiones si lo considera pertinente para una mejor adherencia de los pacientes, al TDF.*

## SESIÓN 5. CAMBIOS METABÓLICOS

### OBJETIVO:

Introducir al paciente a un nuevo estilo de vida utilizando el conocimiento de los cambios metabólicos asociados al consumo de tabaco y a su abstinencia.

### MATERIALES:

Rotafolios, hojas de rotafolio y marcadores.

### DESARROLLO:

*Bienvenida.*

El terapeuta reforzará la actitud de abstinencia en el grupo, invitándolos a reflexionar sobre los cambios que han logrado y resaltar la importancia que juegan los cambios metabólicos a fin de introducir el tema.

#### *Cambios metabólicos*

Cuando se suspende el consumo del cigarro, entre los cambios que el organismo va presentando se tiene el hecho de que la persona vuelve a percibir de mejor forma tanto olores como sabores, lo cual en ocasiones les lleva a recuperar el apetito y en consecuencia comer un poco más de lo habitual, esto es algo normal; debido a que cuando fumaban se vieron alteradas las glándulas gustativas, por lo que la comida ya no le sabía igual y por ello disminuyó la ingesta de la misma.

También cuando se fuma, puede haber cambios en el ritmo del metabolismo por lo que este se percibe como acelerado, a su vez se asocia con la taquicardia, hipertensión arterial, ansiedad, insomnio, se altera el sistema gastrointestinal, lo cual se relaciona con la falsa creencia de que el fumar ayuda en el estreñimiento, lo cierto es que va dañando la mucosa gástrica lo que favorece la presencia de gastritis o úlcera péptica, también se alteran los niveles de colesterol y triglicéridos.

Cuando la persona deja de fumar, muchas de estas alteraciones comienzan a revertirse, por lo que es necesario considerar una rehabilitación en todos los aspectos, es decir en lo físico, mental, nutricional, etc., por ello es útil que la persona acompañe su tratamiento para dejar de fumar con una dieta balanceada que le permita recuperar su peso, inicie por realizar alguna actividad física, por ejemplo caminar por periodos pequeños que no le cansen y poco a poco ir incrementando el tiempo, lo cual implica un cambio en el estilo de vida.

En este sentido, le debe quedar claro al paciente la importancia que tiene el que vaya haciendo cambios en su conducta, además de ir cuestionando los pensamientos que aun pueda tener respecto al consumo de tabaco, pues si bien se ha marcado la abstinencia desde hace dos sesiones, es posible que aún algunos de los pacientes continúan fumando aunque en menores cantidades, en ese caso es importante reforzar el esfuerzo que van haciendo e invitarlos a que dejen de fumar y aquellos que ya lograron la abstinencia podrán compartir en grupo las actividades que han ido realizando en lugar de fumar, lo cual permite ver que cada uno puede tener el control de su propio cambio.

La mejor forma de cuestionar un pensamiento, es preguntarnos *dónde dice que debe ser así*, con apoyo de la TREC, no debemos olvidar que esta técnica estará atravesando todo el trabajo,

pues lo que se busca es hacer un cambio en la manera en que han percibido el consumo, además de generar nuevas conductas que se contraponen al uso del cigarro, por ello es importante detectar las creencias básicas que se tienen para ir las trabajando y modificando, ya que de lo contrario el cambio que se logre en los pacientes será solo momentáneo.

## SESIÓN 6. RELAJACIÓN MUSCULAR

### OBJETIVO:

Habilitar al paciente en el manejo de técnicas de relajación, que le permitan hacer un mejor manejo de la tensión, estrés y/o ansiedad.

### MATERIALES:

Rotafolios, hojas de rotafolio y marcadores.

### DESARROLLO:

*Bienvenida.*

Debido a que los pacientes ya dejaron de fumar, se reforzaran los beneficios que ello les ha traído en sus estilos de vida al ser más saludables.

*Relajación muscular*

El terapeuta iniciará comentando que quizá en algunos momentos llegan a sentirse estresados y con un fuerte deseo de querer consumir nuevamente para disminuir dicho malestar, por la falsa creencia de que *un cigarro podrá calmarlos*, sin embargo otra forma en que lo puede hacer sin poner en riesgo su abstinencia alcanzada es mediante la relajación.

Entra las ventajas que tiene el realizar ejercicios de relajación, se tiene que permite desarrollar habilidades para mantener la tranquilidad, descanso, inspiración, creatividad, así como ayudar a potencializar la concentración, reforzar los cambios positivos y aprender técnicas de introspección.

Además, cuando una persona comienza a estresarse o presionarse se ve afectada su balance postural que irá acompañado por descomposiciones musculares, que lo único que provocan es que se incremente la tensión, que se verá reflejado en un agotamiento físico, incapacidad para disfrutar muchas cosas y en ocasiones ello le lleva a buscar nuevamente el consumo de tabaco, pues anteriormente era una forma en la que aprendió a manejar niveles de estrés o tensión.

Sin embargo, un pequeño ejercicio de relajación, permite obtener una reducción en el ritmo cardíaco, lograr una respiración profunda, que los músculos se sientan relajados y/o sueltos, lograr una paz mental y una sensación de refrescamiento corporal.

Todos estos beneficios, se logran a corto y largo plazo, siendo uno de los principales que permite una mejor oxigenación en la sangre, lo que permite tener un mejor estado positivo de salud y por consiguiente mejor habilidad para manejar el estrés.

En este sentido, se puede utilizar la relajación que plantea Wolpe, que consiste en ejercicios de respiración principalmente, por ejemplo: “antes de empezar, quiero que se sienta lo más cómodo que le sea posible, por favor cierre sus ojos y realice una respiración profunda y lentamente cuente mentalmente hasta cinco mientras inhala, sostenga el aire mientras cuenta mentalmente hasta cinco y exhale de golpe el aire por la boca”.

Estos ejercicios se le conocen como Maniobra para Sentirse Mejor Rápidamente (MSMR), ya que su procedimiento es una respiración lenta diafragmática, lo que permite disminuir la tasa de respiración de cuatro a seis ciclos completos de inspiración – espiración por minuto.

Este tipo de ejercicio por pequeño y/o leve que sea, permite bajar la tensión y por consiguiente evitar fumar, por ello es importante que el paciente perciba los cambios que se presentan en el cuerpo, además de que puede aprender a realizarla.

Otro tipo de relajación, puede ser la pasiva que plantea Schusartz y Haynes, implica el relajar los músculos sin tensar, es muy útil cuando a la persona se le dificulta diferenciar entre tensar y relajar o que apenas está aprendiendo la importancia que tiene el relajarse, personas que no puedan tensar los músculos por algún problema de tipo orgánico o tensional.

En este sentido las instrucciones pueden ser frases propias a la relajación pasiva que se intercalan con frases típicas de la relajación autógena, y que hacen referencia al peso, calor o breves indicaciones hacia la respiración; las instrucciones duran cerca de 20 minutos, la voz es lenta y pausada, sin llegar a tonos hipnóticos, debe tenerse cuidado de no generar dependencia a la voz del terapeuta, se recomienda que el paciente interiorice las instrucciones lo antes posible.

La relajación autógena planteada por Schultz, consiste en una serie de frases que tienen como fin inducir al sujeto a estados de relajación mediante autosugestiones sobre sensación de pesadez y/o calor en extremidades, regulación en los latidos del corazón, sensación de tranquilidad y confianza en sí mismo, concentración pasiva en la respiración.

*Ejemplo:* Voy a pedirle que en la posición en la que se encuentra, cierre los ojos y pregúntese si de verdad está a gusto, piense en cada parte del cuerpo que está haciendo presión, si descubre que está generando tensión, cambie de posición hasta que se sienta cómodo, cuando lo logre, quiero que sienta una sensación de calor leve, que le haga sentir a gusto, dígame mentalmente “estoy bien”, mientras lo hace respire profundamente y sienta como cada que usted hace dicha respiración se siente más y más relajado.

Este tipo de ejercicio suele recomendarse cuando la persona dispone de más tiempo para realizarla, ya que permite fomentar una respuesta antagónica a la adquirida por fumar.

Al mismo tiempo que se propicia la inducción de la relajación se sugiere incluir conductas sustitutas o de apoyo como puede ser el caminar, distraerse, platicar con alguien, seguir identificando los pensamientos que regulan y controlan la conducta, para que de esa forma se anticipe al hecho de fumar.

A medida que el paciente sienta suyo el proceso de cambio, será más fácil que se de un apego al mismo, ya que sentirá que lo puede mejorar porque su participación es activa, lo cual se logra gracias a la reestructuración que surge a partir de la reflexión tanto grupal como individual.

Por ello es importante que le quede claro al paciente la importancia de ir incorporando otro tipo de actividades, que se consideren sanas además de realizar ejercicios de relajación.

## SESIÓN 7. DESARROLLO DE HABILIDADES ASERTIVAS

### OBJETIVO:

Identificar los diferentes tipos de respuesta que se pueden dar ante situaciones de alto riesgo que ponen en conflicto el mantenimiento de la abstinencia.

### MATERIALES:

Rotafolios, hojas de rotafolio y marcadores.

### DESARROLLO:

*Bienvenida.*

Debido a que los pacientes ya dejaron de fumar, se reforzaran los beneficios que ello les ha traído en sus estilos de vida al ser más saludables.

*Entrenamiento en asertividad.*

El terapeuta retomara la importancia que tiene aprender a manejar la ansiedad o estrés mediante la realización de algunos ejercicios de relajación, lo cual permite tener un mejor manejo de la situación, no sentirse presionado por tener que hacer algo que no desee u obligar a alguien a que haga algo que no quiere.

En este sentido, las personas cuando deciden dejar de fumar, suelen enfrentarse a que la mayoría de las personas con las que se relacionan suelen fumar y no quieren dejar de frecuentarlas o no pueden hacerlo (porque son familiares), sin embargo no logran detectar que ello puede implicar un riesgo y que podrían fumar nuevamente, creer que por dejar de fumar un par de semanas ya logró abandonar el habito tabáquico, no es suficiente, por ello es importante aprender otras formas para manejar dichas situaciones que podrían poner en riesgo la abstinencia y en consecuencia llevarlo nuevamente al consumo, sin que por ello se irrite con dichas personas o se vea afectada la convivencia.

Por ello la asertividad se considera como la facultad que tiene una persona para expresar sentimientos, emociones y opiniones de manera entendible, adecuada sin por ello ofender o atacar a personas que tienen un punto de vista diferente al propio. Se busca expresar la manera en que nos hace sentir una situación determinada, una actitud en específico por lo que solicitamos la posibilidad de realizar un cambio a fin de que no nos afecte.

De tal forma que el paciente, aprenderá otra forma de comunicarse con las personas, pudiendo manifestar sus opiniones y/o deseos dirigidos a mantener la abstinencia y al mismo tiempo respetar al otro (en caso de que se trate de alguien que sigue fumando), hacer solicitudes explícitas o señalamientos concretos respecto a una conducta en específico y no a las emociones que pueden rodear a ésta.

Por ejemplo, el paciente puede tener amistades que aún siguen fumando y cada que se reúne con ellos le ofrecen un cigarro o simplemente por el olor siente el deseo de volver a fumar. En este sentido, el paciente deberá practicar en grupo la forma en que puede rechazar el ofrecimiento del cigarro, *me gustaría que cuando nos veamos no me ofrezcas cigarros, porque estoy dejando de fumar; el que ya no fume no significa que no quiera verlos, etc.*

El aprender a ser asertivo, permite tener una mejor capacidad para ir incrementando la expresividad de emociones (sea verbal o gestual), aprender hablar en primera persona para

expresar acuerdos y desacuerdos, así como solicitudes que pueden parecer espontáneas y no por ello dejan de ser precisas.

*Nota. Para favorecer el trabajo de la asertividad, se podrán trabajar dos sesiones a fin de favorecer la adquisición de una nueva conducta, pudiendo incorporar aspectos relacionados a la publicidad.*

## SESIÓN 8. SOLUCIÓN EN PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES

### OBJETIVO:

Aprender nuevas formas para afrontar situaciones de alto riesgo.

### MATERIALES:

Rotafolios, hojas de rotafolio y marcadores.

### DESARROLLO:

*Bienvenida.*

Debido a que los pacientes ya dejaron de fumar, se reforzaran los beneficios que ello les ha traído en sus estilos de vida al ser más saludables.

*Solución en problemas y toma de decisiones.*

Es cierto y normal que ciertas situaciones se perciban como problemáticas en el vivir cotidiano; sin embargo, un problema no es más que una situación que puede ser real o imaginaria a la que debemos dar una respuesta, que en ocasiones no se tiene en el momento preciso, lo que genera una sensación de impotencia por no poder resolverlo en forma rápida y eficaz, se activa la creencia de que el problema se incrementa y en consecuencia también el estrés, así como otros estados emocionales negativos. En ocasiones puede ser que se actúe de manera impulsiva, es decir sin tener una adecuada solución o el que esta sea poco eficaz.

Adquirir un *entrenamiento en solución de problemas* resulta una técnica útil, ya que mientras fumaban aprendieron a utilizar la *descarga de nicotina* o derivar el nerviosismo en la *manipulación del cigarro*, como una forma para afrontar los problemas, es decir, se convirtió en una *muleta* para manejar y resolver los problemas, de manera que si se va a retirar el consumo de tabaco se le deben dar herramientas al paciente que le permita seguir alejado del consumo y al mismo tiempo manejarse ante dichas situaciones de otras formas.

El primer paso es que el paciente logre reconocer sus problemas, generar alternativas de solución, elegir la que considere más pertinente de acuerdo al momento y contexto, por ello es importante seguir los cinco pasos que contempla una solución de problema:

1. *Especificar el problema.* En ocasiones las personas crean problemas en donde realmente no los hay, por ello es importante que se determine si realmente constituye un problema la situación, y por qué lo es.
2. *Identificar la forma en que se ha solido responder.* Ante mismas acciones se obtienen mismos resultados, además de estar involucrados otros aspectos como estados de ánimos, sentimientos, pensamientos, reacciones fisiológicas sean previo a la solución del problema o posterior a esta.
3. *Hacer una lista de alternativas de solución.* Una vez que se ha logrado definir cuál es el problema real e identificado la forma en que se ha buscado dar respuesta al mismo, podrá el paciente mirar el problema desde diferentes ángulos y en consecuencia considerar otras formas para buscar solucionar dicho problema, con esto se generan otras alternativas.
4. *Considerar las consecuencias o resultados.* Después de que se generaron las alternativas, estas se jerarquizan tomando en cuenta los alcances que cada una pueda tener así como

las dificultades que puedan presentar, ya que las reacciones continuaran estando involucradas, se sugiere que para prevenir la trampa de la preocupación cada alternativa se cuestione mediante un *¿y sí pasa...?*

5. *Toma de decisión.* Una vez que se han considerado las consecuencias o resultados que se pueden obtener, el paciente podrá elegir qué estrategia utilizará la próxima vez que se enfrente a esa situación que considera un problema, si por algún motivo no logra resolverlo deberá repetir el proceso.

El terapeuta sondeara en el grupo cuales son los problemas más frecuentes a los que suelen enfrentarse para mantener la abstinencia, con la finalidad de que entre todos puedan generar varias alternativas de solución y evaluarlas, pues a partir de la experiencia de cada uno de ellos el trabajo podrá enriquecerse.

Cada uno de los pacientes dará el orden que considere pertinente para poner en práctica las posibles soluciones, el terapeuta favorecerá el cuestionamiento de cada una de las alternativas que se propongan, sin que por ello las aleje de ser una forma de dar respuesta al problema, sino con la finalidad de considerar todos los elementos que puedan estar involucrados en el mismo.

El grupo puede retomar aspectos trabajados en la sesión anterior que guarda relación con la asertividad, si el terapeuta considera pertinente apoyarse de un ensayo de conducta, con la finalidad de que al estar el paciente en un contexto que le da contención, como lo es el grupo mientras aprende a manejar la situación.

De ser así deberá cuidar aspectos como la retroalimentación que tanto él/ella, como terapeuta, así como el grupo mismo, le brinden a cada paciente, para ir corrigiendo (junto con el grupo) aspectos como postura, tono de voz, entre otros, e invitar a que incorporen los cambios en su vida cotidiana, iniciando por pequeños problemas a fin de incrementar tanto la autoestima como la autoeficacia.

*Nota. Para favorecer el trabajo de Solución en problemas y toma de decisiones, se podrán trabajar dos sesiones a fin de favorecer la adquisición de una nueva conducta.*

## SESIÓN 9. REINCIDENCIA / RECAÍDA

### OBJETIVO:

Entrenar la manera de enfrentar adecuada y asertivamente las situaciones de riesgo de consumo.

### MATERIALES:

Rotafolios, hojas de rotafolio y marcadores.

### DESARROLLO:

*Bienvenida.*

Considerando que es la penúltima sesión, el terapeuta les felicitará por los logros alcanzados hasta ese momento, les invitará a seguir propiciando alternativas de afrontamiento ante la posibilidad de que se presente nuevamente el consumo.

*Reincidencia / recaída.*

Considerando las etapas de cambio que plantean Prochaska y DiClemente (op. cit), no podemos olvidar que la recaída forma parte de ese proceso cíclico y re cíclico, previo a establecer una nueva conducta, en este caso que se oponga a la conducta de fumar.

Por lo que es importante continuar con un proceso de afrontamiento, donde el manejo de estrategias se convierte en la clave para manejar situaciones del medio social que nos rodea, por ello es importante mantener una identificación de aspectos que les puedan llevar a consumir nuevamente, para poner en práctica los recursos que cada uno ha desarrollado a lo largo del tratamiento.

En un afrontamiento se ven involucrados diferentes esfuerzos: físicos, psicológicos y sociales. Puede que a una persona le funcione más estrategias conductuales como la asertividad o de corte cognitivo como cuestionar las creencias que surgen ante una situación (TREC) o sensorial - fisiológica mediante ejercicios de relajación.

En grupo, busquen identificar si aún existen situaciones que les pudiera llevar nuevamente al consumo, para que entre todos analicen las mismas y propongan diferentes alternativas de afrontamiento a partir de lo que trabajaron durante las sesiones, buscando incrementar la percepción que tienen de sí mismos respecto a su autoeficacia.

Hacer entre todos un listado de los beneficios alcanzados por la abstinencia hasta ese momento y los que pueden seguir logrando si continúan con la misma, a la par establecerán metas a corto, mediano y largo plazo (que sean viables para el paciente a fin de evitar que se sientan frustrados).

El terapeuta deberá hacer hincapié en que las recaídas no deben considerarse como un fracaso sino como la oportunidad de aprender de ellas para restablecer la abstinencia y mantenerla.

Por último el terapeuta señalará la importancia que tiene el integrarse al *Grupo de personas que renunciaron al tabaco.*

## SESIÓN 10. ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

### OBJETIVO:

Analizar el aprendizaje obtenido en el manejo y control de la abstinencia al tabaco desde el MCC.

### MATERIALES:

Rotafolios, hojas de rotafolio y marcadores.

### DESARROLLO:

*Bienvenida.*

El terapeuta da la bienvenida a los integrantes, felicitándolos por haber concluido su tratamiento, por los logros alcanzados y les invitará a continuar el trabajo mediante el *Grupo de personas que renunciaron al tabaco*.

*Análisis y conclusiones*

Se analizarán los logros y dificultades que cada miembro tuvo durante el tratamiento, contrastando el antes y el después de dejar de fumar, esto permitirá también que sea el mismo grupo quien busque retroalimentarse, para mantener el bienestar biopsicosocial que implica el abandonar la conducta de fumar.

Puede realizarse, a modo de resumen, un recorrido de cómo se fueron estableciendo las modificaciones de los pensamientos, lo que, para cada integrante, significa concluir el tratamiento y la etapa de consumo y finalmente, la manera en cómo vivieron su proceso.

También es importante lo que el terapeuta fue observando en el trabajo de cada uno de ellos y como grupo.

Se deberá hacer énfasis en la importancia que tiene el asistir a las sesiones de seguimiento, las cuales buscarán reforzar los cambios generados, por lo que la motivación que cada paciente tenga para mantener la abstinencia es muy importante, así como el hecho de que si se llega a presentar nuevamente el consumo, no tiene porque sentirse mal. Deben recordar que ello es señal de que se debe seguir trabajando y reforzar los esfuerzos para lograr el cambio definitivo.

Acordará con el grupo que la primera sesión de seguimiento es en un mes. En caso de que esto implique una *amenaza* para el grupo por la frecuencia en que se venía trabajando, se podrá recortar el tiempo e posteriormente ampliarlo hasta que las sesiones se ajusten de manera mensual, del mismo modo el terapeuta le indicará que si tienen la necesidad de acudir antes por sentir que están a punto de volver a fumar, pueden solicitar atención vía telefónica o en persona, la cual será breve (*Consejo Médico*) a fin de brindar apoyo en lo que se llega a la fecha de la reunión.

## SEGUIMIENTO

La finalidad es mantener los cambios que se lograron durante el tratamiento, es decir, mantener la abstinencia. Para lograrlo se requiere reforzar actividades incompatibles con el consumo, las cuales implican una reestructuración en la forma en que solían percibir las situaciones por las que fumaban y en consecuencia la forma en que interactuaban, por lo que resulta importante seguir acompañando al paciente en dicho proceso.

Además no podemos olvidar que pueden presentarse recaídas, ante las cuales los pacientes requieren de un apoyo que le permita retomar nuevamente la abstinencia y los logros alcanzados a fin de evitar el consumo nuevamente.

Al paciente le debe quedar claro cuál es la importancia de que asista a las sesiones de seguimiento, que serán de manera mensual. En este sentido, si el grupo plantea que están muy retiradas y se acuerda entre todos, podrán realizar la primera sesión de seguimiento a las dos semanas, después a las tres semanas y finalmente en forma mensual.

La finalidad es que puedan compartir las experiencias que han tenido que enfrentar, en caso de que se presente alguna dificultad poderla analizar, seguir reforzando la motivación para mantener la abstinencia, establecer metas a corto y largo plazo que le permita seguir favoreciendo la autoeficacia.

Así el paciente sabrá que no está solo en este proceso, que cuenta con el apoyo del grupo y terapeuta para continuar reforzando las nuevas habilidades que adquirió, evitando generar en él un sentimiento de desamparo o abandono, al creer que una vez concluido su tratamiento ya no tendrá apoyo y que solo depende de él el mantener los cambios.

En caso de que el paciente considere necesario solicitar una cita en forma individual porque no puede esperar a la sesión grupal, se le atenderá y hará énfasis en la importancia que tiene que se integre al seguimiento.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Becoña I.E. **El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina.** Revista Papeles del Psicólogo. Agosto, no 85, 2003. En página web <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1078>
- Becoña I.E. **Monografía tabaco.** Adicciones, Vol. 16, suplemento 2, 2004. Plan Nacional sobre drogas en España.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., Liese, B.S. **Terapia Cognitiva de las drogodependencias.** Editorial Piidos. España 1999.
- Caballo, V. **Manual de técnicas de modificación de conducta.** México, Siglo XXI. 1991
- Del Prette, Z.A.P.; Del Prette A. **Psicología de las habilidades sociales: terapia y educación.** Manual Moderno. México, 2002.
- García H. J. A. **Asertividad.** En página web <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/asertividad.htm>
- García H. J. A. **El proceso de toma de decisiones y resolución de problemas.** En página web <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/tomadeciones.htm>
- Graña G.J.L. **Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento.** Ed. Debate, España, 1994.
- Guía de desarrollo personal y social para intervención con jóvenes.** En página web <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/hhss/HHSS5.htm>
- Historia del tabaquismo. Epidemiología. Morbimortalidad. El proceso del consumo de tabaco.** En página web [http://ffomc.org/contenido/curso/epoc/contenido/epoc\\_capitulo1.pdf](http://ffomc.org/contenido/curso/epoc/contenido/epoc_capitulo1.pdf)
- Ocampo O.M.A., Magallan V.A. **Programa de cesación del tabaquismo en un hospital de tercer nivel. Terapia breve cognitivo - conductual.** Secretaria de Salud, CONADIC.
- Perea-Baena, J.M., Oña-Compan S., Ortiz-Tallo M. **Diferencias de rasgos clínicos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y recaídas en el tratamiento del tabaquismo.** Revista Psicothema, Vol. 21, No 1, 2009. En página web [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com)
- Ramírez C.M.E., Ocampo O.M.A. **Consejo médico en la terapéutica del tabaquismo.** Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de México, Vol. 21, No 1. Enero-Marzo 2008. En página web <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2008/in081k.pdf>
- Reynoso E. L. **Psicología Clínica de la salud.** Ed. Manual moderno. México D.F. 2005.
- Sansores Martínez R.H., Espinosa, A.M. **Programa Cognitivo – Conductual de la clínica para dejar de fumar.** Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 1999
- Sansores Martínez RH, Ramírez-Venegas A, Espinosa-Martínez M, Sandoval RA. **Tratamientos para dejar de fumar, disponibles en México.** Salud Pública Mex 2002; 44 supl 1: S116-S124. En línea, página web [http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/Tratamientos\\_en\\_México.pdf](http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/Tratamientos_en_México.pdf)
- Solano R.S., Jiménez R.C.A. **Las Unidades Especializadas de tabaquismo y sus áreas de influencia.** En Revista Prevención del tabaquismo. Vol. 3, No.2. En página web <http://separ.es/doc/publicaciones/tabaquismo/v3n2.pdf#page=30>
- Soto M.F.G., Valderrama J., Balcazar H. **El proceso de abandono del tabaquismo: teoría, investigación y práctica.** En Gac Sanit 2001; 15 (Supl. 4):49-54. En página web <http://www.cnjaen.es/tabaco/tabaquismo/abandonar.pdf>
- Técnicas terapéuticas, desde la Teoría Cognitivo – Conductual.** En página web <http://www.cognitivoconductual.org/tecnicas/model.htm>



## ANEXO 2

### CUESTIONARIO DE MOTIVOS DE CONSUMO DE TABACO

CIJ: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Día      Mes      Año

<b>Nombre:</b> _____		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
<b>1. Sexo:</b> <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino		<b>2. Edad:</b>

A continuación se presenta una lista de **motivos** por los cuales algunas personas continúan fumando. Lea cada uno de los motivos y responda de acuerdo a su propia experiencia.

**Marque con una "X":**

- 3) Si usted "muy frecuentemente" fuma por ese motivo**
- 2) Si usted "ocasionalmente" fuma por ese motivo**
- 1) Si usted "nunca" fuma por ese motivo**

<b>A</b>	Siento que fumar me da seguridad	3	2	1
<b>B</b>	Siento que fumando me concentro mejor	3	2	1
<b>C</b>	El exhalar cada una de las bocanadas de humo me produce una grata sensación	3	2	1
<b>D</b>	Disfruto fumar después de los alimentos, con el té, café o alcohol	3	2	1
<b>E</b>	Cuando me siento enojado por algo, fumo para tranquilizarme	3	2	1
<b>F</b>	Aún enfermo siento la necesidad de un cigarro	3	2	1
<b>G</b>	Todos los cigarrillos que fumo son placenteros	3	2	1
<b>H</b>	Sí no fumo, pierdo parte de mi personalidad.	3	2	1
<b>I</b>	Fumo para mantenerme despierto.	3	2	1
<b>J</b>	El sentir el cigarrillo entre los dedos es gratificante.	3	2	1
<b>K</b>	Cuando estoy relajado y en periodos de descanso me gusta fumar.	3	2	1
<b>L</b>	Sí estoy nervioso por algo, fumo casi el doble	3	2	1
<b>M</b>	Sí cambio a cigarros suaves fumo casi el doble	3	2	1
<b>N</b>	Enciendo un cigarrillo sin haber terminado el anterior.	3	2	1
<b>O</b>	Fumo más cuando estoy en reuniones sociales.	3	2	1
<b>P</b>	En trabajos monótonos o aburridos fumo más	3	2	1
<b>Q</b>	Disfruto de golpear con el cigarrillo de determinada manera.	3	2	1
<b>R</b>	Durante mi trabajo dedico tiempo para disfrutar de un cigarro.	3	2	1
<b>S</b>	Fumo cuando quiero olvidarme de mis preocupaciones.	3	2	1
<b>T</b>	Me siento a disgusto si no fumo, aún cuando el fumar no es realmente grato.	3	2	1
<b>U</b>	Enciendo cigarrillos sin darme cuenta.	3	2	1
<b>V</b>	Fumo para no sentirme tan solo(a).	3	2	1
<b>W</b>	Me siento más alerta y con energía al fumar cigarrillos.	3	2	1
<b>X</b>	Disfruto el fumar desde el momento en que tengo la cajetilla en mis manos.	3	2	1

<b>Y</b>	Cuando estoy tranquilo me gusta fumar.	3	2	1
<b>Z</b>	Fumo más cuando estoy tenso(a)	3	2	1
<b>A1</b>	Al dejar de fumar unas cuantas horas, empiezo a sentir síntomas físicos desagradables	3	2	1
<b>B1</b>	Ha habido ocasiones en que olvido en donde dejé un cigarrillo prendido.	3	2	1
<b>C1</b>	El tener un cigarrillo en la bolsa me produce tranquilidad.	3	2	1
<b>D1</b>	Trabajo mejor cuando fumo.	3	2	1
<b>E1</b>	El sacar la cajetilla, el tener el cigarrillo en la mano y ver el humo, es gratificante	3	2	1
<b>F1</b>	Mi deseo de fumar aumenta cuando estoy cómodo	3	2	1
<b>G1</b>	El fumar me reduce la tensión.	3	2	1
<b>H1</b>	Cuando no tengo cigarrillos, soy capaz de hacer lo que sea para conseguirlos.	3	2	1
<b>I1</b>	Fumo todos los cigarrillos que me ofrecen.	3	2	1

<b>Cómo calificar:</b>	Anote los valores de sus respuestas en cada uno de los espacios de abajo según la letra de cada oración (A, B, C, etc.) y después sume los puntos de manera horizontal ( <i>Muy frecuentemente</i> = 3; <i>Ocasionalmente</i> = 2 y <i>Nunca</i> = 1) para obtener el valor total de cada motivo.				
_____	_____	_____	_____	_____	_____
A	H	O	V	C1	<b>Psicosocial</b>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
B	I	P	W	D1	<b>Estimulo</b>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
C	J	Q	X	E1	<b>Manipulación</b>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
D	K	R	Y	F1	<b>Esparcimiento</b>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
E	L	S	Z	G1	<b>Reducción de tensión</b>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
F	M	T	A1	H1	<b>Necesidad</b>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
G	N	U	B1	I1	<b>Habito</b>
<b>1 a 5 = No es motivo      6 a 10 = Motivo no muy importante      11 A 15 = Motivo muy importante</b>					

<b>3. PRÓXIMA CITA:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Hora:</b>
-------------------------	---------------	--------------

_____	_____	_____
<b>Nombre del responsable</b>	<b>Firma</b>	<b>Hora de término</b>

8819-22

## ANEXO 3

### RECOMENDACIONES PARA NO FUMAR

- Desechar todos los cigarros, limpiar los ceniceros, deshacerse de cerillos y encendedores.
- Pensar en cualquier imagen negativa acerca del cigarro.
- Adoptar una actitud positiva, tratar de concebirse como ex fumador.
- Cada vez que sienta deseos de fumar, inicie un sencillo ejercicio de relajación. Respire profundamente las veces que sea necesario, inhale por la nariz, sostenga el aire algunos segundos y exhale por la boca, lentamente. Este ejercicio le ayudará a reducir la ansiedad.
- Siempre que le sea posible camine o trate de iniciar algún plan de ejercicio físico.
- Después de comer dé cortos paseos.
- Si usted desea, puede hacer pública su decisión de dejar de fumar. Haga comentarios con amigos, familiares y compañeros de trabajo de la importancia que tiene para usted, lograr su objetivo y mantenerse sin fumar.
- Reúnase con amigos que no fuman.
- Acuda a lugares donde no se permite fumar como en cines, museos, teatros, etc.
- Busque algo que hacer con sus manos, tejer, juegue con plastilina, con esferas anti estrés, arregle el jardín, etc.
- Procure modificar sus hábitos asociados a la conducta de fumar, tales como: tomar café o bebidas alcohólicas, reuniones sociales, hablar por teléfono.
- Aliméntese con una dieta balanceada, evite las comidas con demasiada grasa, tenga frutas y verduras para masticar, ramitas de orozuz.
- Visite a su dentista para que le realice una limpieza dental. Además cepille sus dientes con frecuencia.
- Busque nuevos intereses, disfrute de un buen masaje, escuche su música favorita, piense en lugares nuevos para ir de vacaciones.
- Consuma líquidos como: agua (mínimo 8 vasos al día), jugos, leche.
- Disfrute del dinero que ahorrará no fumando: compre libros, asista al teatro, al cine.
- Aprecie el hecho de que no necesita un cigarro para sentirse bien.

8819-09