



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“UNA PROPUESTA PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS
COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS
EN LOS TRATAMIENTOS PARA DEJAR DE FUMAR”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

BERENICE FRAGOSO SÁNCHEZ

DIRECTOR:

LIC. PABLO VALDERRAMA ITURBE

ASESOR:

MTRO. MIGUEL ÁNGEL MEDINA GUTIÉRREZ



MÉXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Mis más sinceros agradecimientos a mis abuelos y padres que me han apoyado por siempre en el logro de todas mis metas.

También debo agradecer a mis sinodales y en especial al Lic. Pablo Valderrama Iturbe, quien fue mi director, y al Mtro. Miguel Ángel Medina Gutiérrez, mi asesor, quienes actualmente me siguen brindando su apoyo incondicional para la adaptación y puesta en marcha este proyecto.

INDICE

CAPÍTULO I. UN PANORAMA DE LAS CLÍNICAS PARA DEJAR DE FUMAR EN MÉXICO	1
1.1 Clínicas para dejar de fumar más importantes en México y mejores prácticas.	
1.11 Definición de “Clínica para dejar de fumar” y principales funciones.	6
1.12 Historia y Ubicación de las Clínicas para dejar de fumar de la Cd. De México	7
1.13 Descripción del “ <i>Análisis Comparativo de las Mejores Prácticas (ACMP)</i> ”	13
1.131 Mejores Prácticas en el Pretratamiento	13
1.132 Mejores Prácticas en el Tratamiento	15
1.133 Mejores Prácticas en el Postratamiento	19
1.2 Revisión de variables relacionadas con el logro y mantenimiento de la abstinencia tabaquica en las clínicas para dejar de fumar de la Cd. De México	22
1.21 Pretratamiento	23
1.211 Población Atendida	24
2.212 Criterios de inclusión al tratamiento	24
2.213 Forma de integración de los grupos de tratamiento	24
1.22 Tratamiento	29
1.221 Enfoque psicológico	29
1.222 Modalidad de Terapia	29
1.223 Técnicas o estrategias psicológicas	31
1.224 Tipo de tratamiento farmacológico y criterios para su utilización	43
1.23 Postratamiento	51
1.231 Efectividad del Tratamiento al finalizar, a los 6 meses y al año.	52
1.232 Métodos de vigilancia del mantenimiento de la abstinencia y técnicas y estrategias para la prevención de recaídas.	53
CAPÍTULO II. TRATAMIENTOS EFECTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR.	62
2.1 Tratamientos Médico-Farmacológicos	62
2.11 Terapia de Reemplazo Nicotínico (TRN)	62

2.111 Chicles de Nicotina	64
2.112 Parches de Nicotina	66
2.113 Spray Nasal de Nicotina	68
2.114 Inhalador Bucal de Nicotina	69
2.115 Comprimidos de Nicotina para chupar	71
2.116 Nicotina líquida	72
2.117 Tratamientos combinando TRN	73
2.12 Hidrocloruro de Bupropion (Anfebutamona)	74
2.121 Tratamientos farmacológicos combinando Bupropion y TRN	78
2.13 Clonidina	78
2.14 Nortriptilina	79
2.15 Vareniclina	80
2.16 El Consejo Sanitario	82
2.161 La Intervención Mínima	86
2.1611 Intervención Mínima I	86
2.1612 Intervención Mínima II	87
2.2 Tratamientos Psicológicos	89
2.21 Enfoques psicológicos eficaces en el tratamiento para dejar de fumar.	90
2.211 Enfoque Cognitivo-Conductual	90
2.212 Hipnosis Ericksoniana	92
2.213 Plan de 5 días de la Iglesia Adventista de Séptimo Día	95
2.22 Modalidades de terapia con notable eficacia para el tratamiento del tabaquismo	96
2.221 Terapia Grupal Cognitivo-Conductual	96
2.222 Terapia Individual	101
2.223 Terapia Familiar	101
2.23 Programas Multicomponentes con Enfoque Cognitivo-Conductual	101
2.231 Técnicas psicológicas eficaces para incrementar la motivación para dejar de fumar.	103

2.2312 Información	103
2.2313 Autoresgistros	104
2.2314 Contratos de contingencias	104
2.2315 Establecimiento del plan para dejar de fumar	106
2.232 Técnicas psicológicas eficaces para dejar de fumar	106
2.2321 Técnicas Aversivas	106
2.23211 La Técnica de Fumar Rápido	106
2.23212 Saciación	107
2.23213 Retener el Humo	108
2.23214 Limitaciones de las Técnicas Aversivas	108
2.2322 Reducción Gradual de Nicotina	110
2.2323 Pautas de conducta para los primero días sin fumar	111
CAPÍTULO III. UNA REVISIÓN DE LAS CAUSAS DE LA RECAÍDA Y SU ABORDAJE CLÍNICO.	112
3.1 Caída y Recaída	112
3.2 Principales modelos de prevención de la recaída	114
3.21 Modelo de Marlatt	114
3.22 Modelo de Shiffman	117
3.3 Estrategias para Prevención de la Recaída basadas en los modelos de Marlatt y Shiffman	121
3.4 Estrategias eficaces en la prevención de recaídas	122
3.41 Control de Estímulos	122
3.42 Planificación de actividades Incompatibles	124
3.43 Entrenamiento autoinstruccional	125
3.44 Entrenamiento en relajación	129
3.45 Entrenamiento en detención del pensamiento.	135
3.46 Entrenamiento en resolución de problemas	137
3.47 Entrenamiento en habilidades sociales	141

3.48 Terapia Racional Emotiva	147
3.49 Reestructuración racional sistemática	151
3.5 Recaída y Apoyo Social	152
CAPÍTULO IV. EL CONTROL DEL ESTRÉS. UN ESLABÓN FALTANTE EN LA CADENA DEL MANEJO PARA DEJAR DE FUMAR	154
4.1 El estrés de acuerdo con Meichenbaum	154
4.12 Adiestramiento en Inoculación de Estrés (AIE)	155
4.121 Descripción, técnicas empleadas y objetivos del Adiestramiento en Inoculación de Estrés (AIE)	155
4.122 Directrices Clínicas en las que se basan los Programas de Prevención y Reducción del Estrés.	156
4.1221 Análisis cuidadoso	156
4.1222 Diversidad y flexibilidad	158
4.1223 Sensibilidad a las necesidades individuales	158
4.1224 Fomento de la Flexibilidad	158
4.1225 Factores cognitivos y afectivos	159
4.1226 Exposición graduada	159
4.1227 Instrucción directa	159
4.1228 Previsión del futuro	160
4.1229 La colaboración del paciente	160
4.12200 Información de los resultados al paciente	160
4.12201 Duración del adiestramiento	161
4.12202 Adiestramiento de múltiples niveles y facetas	161
4.123 Fases del Adiestramiento en Inoculación de Estrés	161
4.1231 Fase de conceptualización	161
4.1232 Fase de adquisición de habilidades y ensayo	162
4.1233 Fase de aplicación y consolidación	162
4.124 Limitaciones metodológicas de los estudios sobre el AIE	163

4.125 Aplicaciones del Adiestramiento en Inoculación de estrés	163
4.2 Programa cognitivo-conductual para dejara de Fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)	164
4.3 Programa de tratamiento para el manejo del estrés enfocado en la prevención de recaídas en pacientes fumadores	169
4.31 Características y Justificación del Programa	169
4.32 Características del Tratamiento	170
4.321 Modalidad de Terapia	
4.322 No. De pacientes por sesión	170
4.323 Duración	170
4.324 Periodicidad de las sesiones	170
4.325 Criterios de inclusión para Terapia grupal	170
4.326 Evaluación al inicio y durante el Tratamiento	171
4.3261 Evaluación con fines diagnósticos	171
4.3262 Evaluación pre y post tratamiento	171
4.33 Desarrollo del Programa de Tratamiento para dejar de fumar	173
4.331 Manejo del estrés	173
4.332 Entrenamiento en solución de problemas	210
4.333 Entrenamiento en habilidades sociales	249
4.334 Sesiones de consolidación o prevención de recaídas	303
4.335 Conclusiones	304

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

OBJETIVOS

El principal objetivo del presente estudio es dar una propuesta para el manejo del estrés como estrategia de prevención de recaídas en los tratamientos para dejar de fumar, el cual a su vez cumple con los siguientes objetivos:

- a) Hacer un análisis comparativo de las prácticas en lo que respecta a los tratamientos para dejar de fumar en las principales clínicas del país, además de dar a conocer su efectividad y los programas utilizados para la prevención de recaídas.
- b) Hacer una revisión de los tratamientos más efectivos para dejar de fumar.
- c) Hacer una revisión sobre las principales causas de recaída y su abordaje clínico.
- d) Resaltar la importancia del manejo del estrés en la prevención de la recaída en fumadores.
- e) Hacer una revisión sobre el Adiestramiento en Inoculación de Estrés (AIE) propuesto por Meichenbaum en 1987.
- f) Proponer la implementación de un programa en las clínicas para dejar de fumar del país basado en el (AIE), para pacientes fumadores enfocado en la prevención de la recaída.

INTRODUCCIÓN

Antes considerar alguna propuesta para combatir el hábito tabáquico, o prevenir recaídas, es necesario definir “tabaquismo”, conocer un poco de su historia y su epidemiología, de tal modo que podamos comprender mejor como es que esta enfermedad se ha convertido en uno de los problemas de salud más preocupantes de nuestra época.

Se dice que el hábito de fumar inició cuando Cristóbal Colón recibió un regalo de parte de los nativos de San Salvador, el regaló fue “hojas de tabaco”, mismas que llevó consigo de regreso a Europa (Coleman, 1988).

A lo largo del siglo diecisiete, la afición al tabaco fue aumentando en forma paulatina, ya que era utilizado principalmente como medicina para curar diversos padecimientos tales como sordera, jaqueca y hemorragias. Al principio el tabaco se mascaba; y durante la guerra de Crimea los turcos difundieron la idea de fumar las hojas de tabaco (Coleman, 1988).

“A finales del siglo diecinueve, eran casi tantas las personas que mascaban y las que fumaban tabaco, lo mismo en Gran Bretaña que en América”.(Coleman, 1988; p. 92) pero el invento que llegó a revolucionar la forma de fumar tabaco alrededor del mundo fue la máquina de liar cigarrillos. Al término de la primer guerra mundial en el año de 1918, “durante el cual, por cierto, el ejército daba cigarrillos a sus soldados, causando seguramente con ello más daño a sus hombres del que les ocasionaba el ejército alemán” (Coleman, 1988; p. 92); eran mayor el número de fumadores en comparación de aquellos que lo mascaban, y la forma predominante era fumar cigarrillos a comparación de los que fumaban pipa. Uno de los efectos más importantes que tuvieron los cigarrillos liados a mano fue: “el inicio del consumo en las mujeres”.

Dada la gran cantidad de personas que comenzaron a fumar muy pronto se hizo evidente que algunas de ellas ya eran adictas. Ya en la década de 1890 existían mini empresas que comercializaban productos para ayudar en la cesación del hábito como NO-TO-BAC (No ta-baco) (Coleman, 1988).

El cigarrillo tuvo tal aceptación que muchos científicos comenzaron a trabajar investigando sus propiedades y en el año de 1928, lograron aislar su principio activo y componente principal: “la nicotina”. Descubrieron su alto grado de toxicidad, encontrando que la cantidad de nicotina contenida en un cigarrillo

común podría ser capaz de matar a dos personas, sin embargo la forma en que organismo la absorbe impide que esto suceda, ya que se da muy lentamente. (Coleman, 1988)

“En un número especial del *Journal of the American Medical Association*, William Pollin, director del Instituto Nacional Estadounidense del Abuso de Drogas, informaba que la nicotina es de seis a ocho veces más adictiva que el alcohol; y el doctor Jack Henningfield, del Centro de Investigación de Adicciones del citado Instituto, afirmaba que la nicotina es de cinco a diez veces más potente que la cocaína”(Coleman, 1988; p.93).

Hoy sabemos que el cigarro es más adictivo que cualquier otra droga, la gran cantidad de componentes que se le han ido agregando, lo han convertido en una droga de diseño. Actualmente contiene más de 4,752 sustancias tóxicas entre las cuales se encuentran: arsénico, amoniaco, chocolate, miel y saborisantes artificiales, agregados con la finalidad incrementar el potencial adictivo.

Comentemos ahora un poco acerca de los intentos por controlar el consumo de cigarrillos a lo largo de la historia.

“En Persia y Rusia, en el siglo diecisiete, fumar tabaco se castigaba con la muerte. Se cuenta que el Sultán turco Murad IV ejecutaba a dieciocho fumadores al día” (Coleman, 1988; p.96).

“A mediados del siglo diecinueve en Prusia se prohibió fumar en la calle. Y en el siglo dieciocho las leyes suizas impusieron tasas especialmente gravosas a los fumadores, en un intento de erradicar el hábito” (Coleman,1988; p. 96).

El monarca Jacobo I, fue uno de los enemigos número uno del tabaquismo y “en 1604 escribió lo que puede considerarse como el primer opúsculo contra el tabaco, *Réplica al tabaco*. Concluía diciendo: Fumar es una costumbre repugnante a la vista, odiosa ala nariz, dañina para el cerebro, peligrosa para los pulmones, y sus negros humos hediondos se parecen mucho al horrible humo estigio del abismo sin fondo” (Coleman, 1988; p. 96). Jacobo I incrementó los impuestos como medida de control del tabaquismo.

Hoy en día la creación de ambientes libres de humo de tabaco, el aumento del precio de los cigarrillos y las prohibiciones de la promoción del tabaco son las medidas más eficaces. Además del consejo médico y las intervenciones intensivas con tratamiento conductual y farmacológico principalmente.

A continuación definiremos tabaquismo y hablaremos de la epidemiología a nivel mundial, en América y en nuestro país, además de los daños a la salud provocados por esta enfermedad y las pérdidas monetarias que ocasiona a nivel mundial.

“De acuerdo a la OMS el tabaquismo se define como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. Es actualmente la principal causa evitable de morbi-mortalidad en el mundo” (Esteves, Massaferrero y Zignago, 2003, www.chasque.apc.org/suis/pdf/tabaquismo) “y se mantiene por una triple dependencia: química, psicológica y social” (Colombo y Ghignone, 2005, www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.464-475). La nicotina es la sustancia que causa la dependencia química o física. Este tipo de dependencia tiene una duración aproximada de dos meses, sin embargo el tipo de dependencia psicológica y social es el más difícil de erradicar debido a las múltiples asociaciones mentales relacionadas con situaciones de la vida del individuo y que se encuentran bien arraigadas. En cuanto a lo social podemos decir que el medio donde se encuentra el fumador puede favorecer o no el consumo, cuando no se favorece el consumo constituye uno de los apoyos más importantes para aquel que intenta dejarlo, sin embargo, cuando se favorece el consumo es aún más difícil para el fumador terminar con el hábito en forma definitiva.

“El consumo de tabaco habitualmente se inicia tempranamente en la adolescencia. Según datos del GYTS (Global Youth Tobacco Survey), en el mundo, el 14% de los jóvenes se inicia en el tabaquismo entre los 13 y 15 años. De todos los fumadores adultos actuales, el 90% comenzó antes de los 19 años y el 71% fue un fumador diario antes de los 18 años” (Colombo y Ghignone, 2005, www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.464-475).

Sabemos que en la adolescencia los jóvenes se preocupan por una imagen que les permita la aceptación en un grupo social, desean imitar a los adultos y hacer cosas prohibidas, es un grupo vulnerable a los medios publicitarios y mensajes subliminales que diseña la industria tabacalera. Por ello la edad de inicio se da generalmente en esta etapa.

El incremento en el consumo de tabaco es alarmante.”En todo el mundo, fuman hoy en día alrededor de 1.100 millones de personas y se prevé que en el año 2025 habrá más de 1.600 millones de fumadores”(Colombo y Ghignone, 2005, www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.464-475).

“Según datos del Banco Mundial, el 20% de la población de 13-15 años en el mundo fuma, casi 100 mil jóvenes comienzan a fumar cada día en el mundo entero y de ellos, más de 80.000 viven en países en vías de desarrollo. En países de ingresos medios o bajos, de cada 1.000 jóvenes, 250 morirán por el tabaco, 30 por el alcohol, 10 por accidentes de tránsito y 10 por causas violentas. El consumo de tabaco está estrechamente ligado a la escolaridad: fuma el 64% de los analfabetos y sólo el 20% de los que superan los 12 años en la escuela” (Colombo y Ghignone, 2005, www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.464-475).

“La Encuesta Nacional sobre Adicciones realizada en México durante el año de 1998, señala que el 27.7% de la población entre 12 y 65 años es fumadora lo que represento en 1998 a más de 13 millones de habitantes. Haciendo hincapié, que el grupo de edad con mayor prevalencia de tabaquismo fue el de 18 a 29 años. Destacando al mismo tiempo, que alrededor de un 10% de los adolescentes de la población general es fumador. Por otra parte reveló que un 61.4% de los fumadores adolescentes reportó haberse iniciado en el consumo antes de los 18 años de edad, con una distribución por rango de 15 a 17 años el 39.7%, 11 a 14 años el 19.6% y menor de los 10 años el 2.1%.” (Moreno y Cantú, 2002, www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/tabaquismo.html)

La Encuesta Nacional contra las adicciones realizada en el año 2002 muestra, en base a los resultados obtenidos de la población urbana entre 12 y 65 años que el 26.4% de los individuos son fumadores, lo que representa casi 14 millones de individuos(13'958,232)(Encuesta Nacional de Adicciones, 2002).

En cambio los resultados de la población rural mostraron un patrón diferente, al ser 14.3% la población fumadora (2'408,340)(Encuesta Nacional de Adicciones, 2002).

Por lo tanto si sumamos las dos poblaciones nos da un resultado de más de 16 millones de fumadores en nuestro país, un dato alarmante, que nos hace pensar en la efectividad de las acciones que realiza el gobierno para combatir el tabaquismo, o más bien en la cantidad y efectividad de las acciones que permite que se realicen en pro del consumo del tabaco.

La prevalencia de fumadores en población urbana masculina de 12-65 años fue de 39.1%, lo que equivale a más de 9 millones de individuos con este hábito (9'271,488). Entre las mujeres, la prevalencia fue de 16.1%, lo que se traduce en más de 4 millones de fumadoras (4'686,744). Mientras que la prevalencia de varones de la población rural fue del 27.1% (2'083,110), la frecuencia de uso en

mujeres fue de tan sólo 3.5% (325,230)(Encuesta Nacional de Adicciones, 2002; p. 9).

Como podemos darnos cuenta el consumo de tabaco en mujeres es considerablemente alto en la población urbana acercándose mucho más a la prevalencia en varones que en la población rural, lo que nos hace pensar en una de las consecuencias negativas del movimiento de liberación femenina.

En el grupo de los exfumadores de la población urbana, la prevalencia entre los hombres sobrepasa la de las mujeres: en los varones fue de 23% (5'453,417), mientras que en las mujeres la prevalencia fue de 14.3% (4' 164,690). “En la población rural las diferencias por sexo son más evidentes, pues el 24.8% son exfumadores, lo que equivale a 1'906,563, mientras que en las mujeres solamente 6.9% pertenecen a esta categoría (630,562)”(Encuesta Nacional de Adicciones, 2002; p. 9).

Con relación a la población urbana que mencionó estar expuesta involuntariamente al humo del tabaco (constituida por no fumadores y exfumadores), se encontró una prevalencia de 36.1% (14'070,264) entre los individuos de 12 a 65 años de edad, con más de la mitad (57.4%) de fumadores pasivos entre los 12 a 29 años de edad, lo que equivale a 8'083,053 personas expuestas involuntariamente al humo del tabaco. (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002; p. 10)

Es alarmante la cantidad de fumadores pasivos que hay en esta población, pero lo más alarmante es la cantidad de jóvenes fumadores pasivos, a quienes sus padres les predisponen a ser futuros fumadores, independientemente de los daños a la salud que les puedan ocasionar.

Los resultados se dividieron en dos grupos tanto para la población urbana como para la rural: 12-17 años y 18-65, debido a la importancia que representan los adolescentes en el consumo de tabaco (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002).

La prevalencia de fumadores entre el grupo de adolescentes entre 12 y 17 de zonas urbanas fue del 10.1 %, lo que equivale a casi un millón de individuos. En cuanto a los jóvenes de población rural, la frecuencia de fumadores fue de 6.1% (231,677); en ambas poblaciones predominando el porcentaje de varones (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002).

En cuanto al nivel de escolaridad de los jóvenes fumadores en el área urbana, predomina el nivel secundaria abarcando casi la mitad de ellos (40.7%). En cuanto a las áreas rurales, el porcentaje más alto, (55.2%) tiene como escolaridad máxima la primaria. (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002).

Respecto a la edad de inicio en el consumo de tabaco en los jóvenes de población urbana, casi la mitad (47.6%) comenzó a fumar entre 15 y 17 años, mostrando variabilidad entre sexos (46.1% hombres y 52.3% mujeres), destacando una tendencia de los varones a iniciar a edad más temprana. Así mismo, de aquellos adolescentes entrevistados en áreas rurales, más de la mitad (50.5%) iniciaron a los 15 y 17 años, sin embargo la distribución por sexo fue semejante para este grupo de edad (50.3% varones y 53.5% mujeres), por lo que podemos darnos cuenta de que en estas áreas la edad de inicio en ambos sexos es más tarde, a diferencia del área urbana (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002).

De aquellos jóvenes que mencionaron fumar a diario en las áreas urbanas, el 86.5% consume de uno a cinco cigarrillos, llegándose a consumir en estas áreas más de 20 cigarrillos (2.8%), aunque representa el menor porcentaje. “Cabe señalar que entre los jóvenes de las zonas rurales que fuman a diario, el 100% señaló consumir de uno a cinco cigarrillos” (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002; p. 10).

Con estos datos es importante cuestionarnos sobre los medios que permiten el desarrollo de las campañas publicitarias en pro del consumo del tabaco en las zonas urbanas principalmente, y algo muy importante, el estrés social al que están sometidos los jóvenes de esta población, principalmente los varones, lo que nos hace pensar en una mayor vulnerabilidad al consumo que en las zonas rurales.

“La prevalencia total de fumadores de poblaciones urbanas de 18-65 años fue de 30.2%, lo que equivale a casi trece millones de fumadores adultos (12’959,151), lo que supera a la media nacional (26.4%) para la población de 12-65 años.” (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002; p. 11). Por otra parte, al analizar la población rural de adultos, se encontró una prevalencia de fumadores de 16.6% (2’176,663), que al igual que sucede en la población urbana, supera la media nacional (14.3%) de la población de 12 a 65 años de edad, siendo en ambas poblaciones, la mayor prevalencia masculina.

En cuanto a la distribución por edad actual de los fumadores de zonas urbanas, la mayor frecuencia se concentró en aquellos de 18-29 años de edad (40.8%),

notando que conforme avanza la edad hasta llegar a los 65, las proporciones tienden a disminuir. Entre los fumadores adultos de poblaciones rurales, la mayor proporción se ubicó al igual que en la población urbana entre los 18-29 años (28.8%)(Encuesta Nacional de Adicciones, 2002).

Estos datos vuelven a repetirse en relación a la Encuesta realizada en 1998, ya que en ambas el mayor porcentaje de fumadores se encuentra entre los 18-29 años de edad. Esto nos hace reflexionar sobre las acciones preventivas realizadas en nuestro país para el control del tabaquismo.

Con relación a la escolaridad, la mitad de los fumadores adultos de áreas urbanas se agruparon entre los niveles de secundaria y preparatoria (26.6% y 23.4% respectivamente), es importante mencionar que los menores porcentajes se polarizan entre la población sin ninguna escolaridad formal (3.75) y las personas con posgrado (1.1%)(Encuesta Nacional de Adicciones, 2002).

Al comparar a los fumadores adultos de la población rural, en más de la mitad su nivel máximo fue la primaria (51.9%)(Encuesta Nacional de Adicciones, 2002).

“La edad de inicio más señalada por los fumadores de 18 a 65 en población urbana, fue de 15-17 años (41.1%), seguida de aquellos ubicados entre los 18 y 25 años (39.8%), por lo que si consideramos ambas categorías, ocho de cada diez iniciaron entre los 15 y 25 años de edad.” (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002; p. 11). El inicio del tabaquismo entre los entrevistados de zonas rurales, fue principalmente entre 18 a 25 años (39.7%), seguida de la población entre 15-17(34.2) similar a la población urbana.

“Con relación a la edad de inicio y al sexo de la población adulta urbana, los hombres en su mayoría (43.9%) inician entre los 15 y 17 años, mientras que las mujeres lo hacen principalmente (43.6%) entre los 18 y 25 años de edad” (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002; p. 11). Es importante mencionar que una mayor proporción de varones inicia el hábito a más temprana edad (15.8% a los 14 o menos años), solamente se encontró un 10.2% de mujeres en este temprano grupo. En cuanto a al edad de inicio de este mismo grupo de edad en la población rural, el comportamiento fue similar al anterior, pues el 38.1% de los varones inició el consumo entre los 15 y 17 años, mientras que entre las mujeres más de la mitad (51.4%) lo hizo entre los 18 y 25. Cabe resaltar que en esta población más de una quinta parte (21.6%) de las mujeres comenzó a fumar antes de los 14 años, así como 18.5% de los hombres.

Por otra parte, en lo que se refiere a la cantidad y frecuencia de consumo de cigarrillos en fumadores que lo hacen a diario, el mayor porcentaje (64%) indicó fumar de 1 a 5 cigarrillos. En la población rural al igual que en la población urbana, más de la mitad consume de 1 a 5 cigarrillos (52.6)(Encuesta Nacional de Adicciones, 2002).

La prevalencia de exfumadores de la población urbana de 12 a 17 años, fue de 7.1%, es decir, 705,963 jóvenes. De ellos, 7.2% son hombres (355,785) y 7.0% mujeres (350,178). En la población rural la prevalencia de fumadores adolescentes fue de 7.0%, equivalente a 265,6741, de los cuales 10.9 % son varones y 3.2% mujeres (205,463 y 60,208) respectivamente (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002; p. 12).

Para el grupo urbano de 18 a 65 años, la prevalencia de exfumadores fue de 20.7%, que corresponde a 8' 912,144 personas; el mayor número de los que abandonaron el hábito tabáquico son hombres (27.1%) comparado con las mujeres que constituyen el (15.8%). El grupo de edad con mayor proporción de sujetos exfumadores fue el de los 18 a 29 años (30.1%). Los exfumadores de las zonas rurales mostraron una prevalencia del 17.3% (2' 271,454), los hombres registran una prevalencia de 29.4% y las mujeres 7.8%. El grupo donde se concentró la mayor proporción de exfumadores fue el de 50 a 65 años (33.4%)(Encuesta Nacional de Adicciones, 2002; p. 12).

Los resultados del estudio señalaron que la prevalencia nacional para fumadores de población urbana de 12 a 65 años fue del 26.4%. De acuerdo con la regionalización de la ENA de 2002 la Región Norte fue la que presentó una prevalencia de tabaquismo por arriba de la media nacional (28.4%). Cercana a esta se ubica la Región Centro con 27.6% y por debajo del promedio nacional se encuentra la Región Sur con 16.2%. Entre la población rural de estas mismas regiones, se observó también en la Región Norte una mayor prevalencia de fumadores (18.8%), seguida del Centro con el 15.7% y la Sur con 11% (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002; p. 13).

De acuerdo a lo anterior podemos darnos cuenta del grave problema que estamos viviendo a nivel Nacional y la urgencia que existe en implementar medidas efectivas para el manejo de este problema.

Volvamos a retomar las estadísticas a nivel mundial, que nos confirman lo que está sucediendo a nivel nacional con el consumo de tabaco.

En cuanto a género y consumo se puede decir que “en todo el mundo se observan pronunciadas diferencias entre los sexos” (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), 2003, www.cdc.gov/tobacco/global/gyts_espanol/globaluse01.htm)

“La OMS calcula que el 47% de los hombres y el 12% de las mujeres fuman, de los cuales el 42% de los hombres y el 24% de las mujeres están en países desarrollados, y el 48% de los hombres y el 7% de las mujeres en países en vías de desarrollo” (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), 2003, www.cdc.gov/tobacco/global/gyts_espanol/globaluse01.htm).

“La OMS agrupa a 192 estados miembros, distribuidos en seis regiones: Región África (AFR), Región las Américas (AMR), Región Sudeste Asiático (SEAR), Región Europa (EUR), Región Mediterráneo Oriental (EMR) y Región Pacífico Occidental (WPR). La prevalencia del tabaquismo entre los hombres varía de manera substancial de región en región, desde menos del 30% en AFR hasta 60% en WPR. La prevalencia del tabaquismo entre las mujeres también varía de manera substancial según las regiones, desde menos del 10% en AFR, EMR, SEAR y WPR, hasta más del 20% en AMR y EUR” (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), www.cdc.gov/tobacco/global/gyts_espanol/globaluse01.htm).

“La OMS indica que una encuesta que levantó en 150 países a más de un millón de adolescentes de entre 13 y 15 años arrojó que el consumo de cigarrillos varía enormemente según el lugar. El hábito de fumar oscila entre 0.5 por ciento hasta 41.8 por ciento, y en cuanto a la relación por sexos en la región de las Américas la proporción en este sector es de 1.2 hombres por cada mujer, mientras que en Asia sudoriental es de 4.3 varones por cada mujer”(Gómez, 2005, www.jornada.unam.mx/2005/02/02/042n1soc.php).

El mayor consumo de tabaco en América “se encuentra en el Cono Sur, especialmente en Argentina, Uruguay y Chile, donde el 45% de los hombres y el 35% de las mujeres fuman. Se ha visto también que el consumo es mayor en el área urbana que en la rural y que la edad de inicio es cada vez menor” (Colombo y Ghignone, 2005, www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.464-475).

Como podemos darnos cuenta, “aun cuando entre los fumadores hay más hombres que mujeres, un número creciente de mujeres jóvenes está adquiriendo el hábito de fumar cigarrillos. En informes recientes se describe un aumento

alarmante de las tasas de tabaquismo entre las mujeres. Más aún, datos de diferentes fuentes muestran que la brecha entre las tasas de tabaquismo de los hombres y las tasas de las mujeres está disminuyendo” (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), 2003, www.cdc.gov/tobacco/global/gyts_espanol/globaluse01.htm).

Con respecto a la mortalidad a nivel mundial, “de acuerdo con la OMS, el tabaco mata a 560 personas cada hora; unas 13 mil 400 personas cada día o, lo que es lo mismo, 4.9 millones de personas cada año”(Gómez, 2005, www.jornada.unam.mx/2005/02/02/042n1soc.php).

“De mantenerse los patrones actuales de consumo para la década del 2020 morirán 10 millones de personas por año en el mundo, de las cuales el 70% serán de países en vías de desarrollo.” (Esteves, Massafarro, Zignago, 2003, www.chasque.apc.org/suis/pdf/tabaquismo). Lo anterior sin tomar en cuenta los decesos de fumadores pasivos.

“En lo que se refiere a la región de las Américas el tabaco mata a más de 1 millón de personas por año, de los cuales 460.000 son mujeres” (Colombo y Ghignone, 2005, www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.464-475).

“Según datos de la OMS de este millón de muertes por enfermedades tabacodependientes en las Américas 10 a 15% son en fumadores pasivos” (Esteves, Massafarro y Zignago, 2003, www.chasque.apc.org/suis/pdf/tabaquismo).

“En una entrevista realizada para el periódico la Jornada en Febrero del 2005, el Dr. Justino Regalado Pineda, jefe del Departamento de Investigación en Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) de la Secretaría de Salud (Ssa), precisó que en el país alrededor de la mitad de las personas que fuman mueren de enfermedades asociadas al consumo de tabaco; unas 53 mil personas fallecen por males asociados al tabaquismo, especialmente por enfermedades respiratorias y cardiovasculares” (Gómez, 2005, www.jornada.unam.mx/2005/02/02/042n1soc.php).

Pero desafortunadamente, estas muertes no suceden de forma espontánea generalmente el paciente se incapacita cuando la enfermedad avanza, ocurriendo un enorme desgaste físico y emocional tanto de aquel que padece la enfermedad como de sus familias.

En la población en general los daños a la salud se observan alrededor de 30 años después del pico de mayor consumo. Cabe señalar que “la supervivencia promedio de los fumadores es 7,5 años menor que la de los no fumadores y la reducción de la expectativa de vida aumenta según la cantidad fumada”(Colombo y Ghignone, 2005, www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.464-475).

“Las causas de muerte más importantes relacionadas con el consumo de tabaco son: enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias” (Colombo y Ghignone, 2005, www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.464-475).

“Se estima que por cada 10 cigarrillos que se fuman por día, el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular aumenta 18% en hombres y 31% en mujeres. El cáncer de pulmón fue la primera enfermedad que se identificó como causada por el cigarrillo. Un estudio publicado en 1954 demostró que los varones fumadores tenían 24 veces más probabilidades de morir de cáncer de pulmón y que ese riesgo era proporcional al número de cigarrillos fumados. Actualmente en varios países, el cáncer de pulmón en la mujer produce más muertes que el cáncer de mama”(Colombo y Ghignone, 2005, www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.464-475).

“Los fumadores tienen también más probabilidad de padecer cáncer de boca, labios, lengua, laringe, faringe, estómago, páncreas, vejiga y ciertas formas de leucemia. En las mujeres, el consumo de tabaco se asocia con mayor riesgo de cáncer de cuello del útero. El cigarrillo es causa de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfisema. Otras patologías relacionadas incluyen: cataratas (20% están relacionadas con el consumo de tabaco), úlceras bucales y gingivitis. Por otra parte, las mujeres que fuman tienen tres veces más probabilidades de ser infértiles que las que no fuman. También tienen su menopausia en promedio 2 años antes que las no fumadoras; 40% tienen partos prematuros y 30-70% tienen más probabilidades de abortos espontáneos. En el hombre, el cigarrillo provoca disminución de la densidad y la velocidad de los espermatozoides (disminuye la motilidad en un 50%). El fumar daña las arterias que irrigan al pene y puede ser causa de impotencia” (Colombo y Ghignone, 2005, www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.464-475).

Pero al igual que el tabaquismo activo, fumar pasivamente constituye un grave problema, ya que “aumenta la morbimortalidad y es la tercera causa prevenible de muerte, después del tabaquismo activo y el alcoholismo” (Colombo y

Ghignone, 2005, www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.464-475).

“Hace ya años que se sabe que los no fumadores que respiran involuntariamente el humo del tabaco de los demás también tienen mayor probabilidad de desarrollar estas enfermedades que los no fumadores que no están expuestos al humo de los fumadores” (Colombo y Ghignone, 2005, www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.464-475).

Pero los problemas de salud no solo implican pérdidas humanas sino también económicas. “Según informes del Banco Mundial y OMS en EUA se gasta 6% del total de costos en salud por enfermedades tabacodependientes, que en el año 2002 representaron la suma de 76.000 millones de dólares. Estos son sólo los costos en salud del tabaquismo, no se incluyen las pérdidas económicas relacionadas con ausentismo laboral, disminución de productividad, aumento de accidentes laborales e incendios” (Esteves, Massaferró y Zignago, 2003, www.chasque.apc.org/suis/pdf/tabaquismo).

En nuestro país, el Dr. Justino Regalado Pineda, señala que “esta adicción genera costos derivados de la atención médica de los males asociados a su consumo por casi 30 mil millones de pesos, mientras que los recursos recaudados vía los impuestos que se le han fijado a este producto, apenas representan la tercera parte de esa cantidad, es decir, unos 10 mil millones de pesos” (Gómez, 2005, www.jornada.unam.mx/2005/02/02/042n1soc.php).

Ante todo esto, las Instituciones y el personal sanitario han realizado acciones para combatir esta epidemia mundial, ya que debemos saber que “el 70% de los fumadores manifiestan que desean dejar de fumar, sin embargo menos del 3% lo logra cada año” (Esteves, Massaferró y Zignago, 2003, www.chasque.apc.org/suis/pdf/tabaquismo).

“La intervención mínima sistemática realizada por el médico tratante logra duplicar esta cifra con un costo mínimo. Las intervenciones intensivas con tratamiento conductual y farmacológico llega a niveles de éxito de 20 a 25% de abstinencia al año” (Esteves, Massaferró y Zignago, 2003, www.chasque.apc.org/suis/pdf/tabaquismo).

Sin embargo, “al médico general le cuesta abordar esta patología en forma sistemática, por falta de herramientas, falta de tiempo en la consulta de

policlínica u otros motivos” (Esteves, Massaferró y Zignago, 2003, www.chasque.apc.org/suis/pdf/tabaquismo).

Cabe señalar que ”debido a que la edad media de inicio de consumo de tabaco en el mundo es de 15 años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al tabaquismo como una enfermedad pediátrica. Es por esto que la prevención requiere el compromiso activo del pediatra, del médico de familia y de todos los miembros del equipo de salud que atienden niños y adolescentes (Colombo y Ghignone,2005, www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.464-475).

Además de las acciones antes mencionadas ,”el conocimiento científico actual indica que iniciativas como la creación de ambientes libres de humo, el aumento del precio de los cigarrillos y las prohibiciones de la promoción del tabaco son las medidas más eficaces para reducir su consumo. La eficacia en relación con el costo de todas estas intervenciones es equivalente a la de la vacunación infantil y la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia” (Colombo y Ghignone,2005, http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.464-475).

Ahora hablemos más acerca de lo que sucede en México, como se ha venido dando todo un avance en cuanto al abordaje del problema del tabaquismo.

“El campo de la atención preventiva y curativa, el tabaquismo tiene relativamente pocos años de establecido en México. Es en 1984, que por primera vez la Ley General de Salud considero las adicciones, farmacodependencia, alcoholismo y tabaquismo como un problema de salubridad general. Este esquema normativo dio lugar a la creación en la Secretaría de Salud (SSA), del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) el 8 de julio de 1986 cuyos objetivos son promover y apoyar las acciones de los sectores publico, social y privado encaminadas en prevenir y combatir los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como proponer y evaluar los Programas Nacionales contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo y la Farmacodependencia" (Moreno y Cantú, 2002,www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/tabaquismo.html).

“El programa contra el tabaquismo de 1986, elaborado con el consenso de los representantes de los diversos sectores que conforman el Comité Técnico en la materia, se orientó específicamente al análisis de los aspectos de la salud, educación, investigación y legislación en este campo, con base en las primeras

aproximaciones epidemiológicas y clínicas existentes en el país. Planteó amplias líneas estratégicas orientadas a la prevención, la atención de la salud, la legislación y la investigación conforme al modelo del agente, el huésped y el medio ambiente” (Moreno y Cantú, 2002, www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/tabacismo.html).

“Para 1992, avances en estas líneas de trabajo constituyeron ser el fundamento para que el programa contra el tabaquismo fuera actualizado, contando, una vez más, con la participación activa de más instituciones. Sin embargo, no se contó con mecanismos específicos para llevar a cabo el seguimiento y evaluación de los compromisos establecidos por las instituciones participantes” (Moreno y Cantú, 2002, www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/tabacismo.html).

“En 1993, la Dirección General de Epidemiología realiza la segunda Encuesta Nacional de Adicciones, que sirvió de base para conocer las tendencias del tabaquismo y fundamentar el establecimiento de nuevas prioridades en cuanto a la forma de otorgar servicios de atención a este fenómeno o situación que por sus dimensiones, formaba parte de los ya principales problemas de salud pública en el país. Sin embargo la prevalencia detectada en hogares urbanos señaló que alrededor de la cuarta parte de la población había consumido tabaco alguna vez en su vida, lo que permitió estimar más de diez millones de usuarios. Tales resultados probaron que a pesar de las acciones emprendidas, el consumo de tabaco se mantenía elevado, particularmente entre los adolescentes, las mujeres jóvenes y los grupos urbanos de ingresos estables” (Moreno y Cantú, 2002, www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/tabacismo.html).

“En 1993, la Dirección General de Epidemiología realiza la segunda Encuesta Nacional de Adicciones, que sirvió de base para conocer las tendencias del tabaquismo y fundamentar el establecimiento de nuevas prioridades en cuanto a la forma de otorgar servicios de atención a este fenómeno o situación que por sus dimensiones, formaba parte de los ya principales problemas de salud pública en el país. Sin embargo, la prevalencia detectada en hogares urbanos señaló que alrededor de la cuarta parte de la población había consumido tabaco alguna vez en su vida, lo que permitió estimar más de diez millones de usuarios. Tales resultados probaron que a pesar de las acciones emprendidas, el consumo de tabaco se mantenía elevado, particularmente entre los adolescentes, las mujeres jóvenes y los grupos urbanos de ingresos estables” (Moreno y Cantú, 2002, www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/tabacismo.html).

“Es 1997 cuando la SSA, a través de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, instituyó el Programa para la Prevención y Control de Adicciones, a cargo del CONADIC, como uno de sus programas prioritarios buscando fortalecer, ampliar la cobertura y aumentar el impacto en el ámbito nacional. Todo ello con el fin de cumplimiento con el Programa de Reforma del Sector Salud 1995 – 2000. De igual manera se emitió el Reglamento sobre Consumo de Tabaco para hacer efectivas las disposiciones del Artículo 188 de la Ley General de Salud, que se refiere a la prohibición de fumar en instalaciones del Gobierno Federal, del Sistema Nacional de Salud y entidades que prestan servicios de nivel federal” (Moreno y Cantú, 2002, www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/tabaquismo.html).

El 27 de febrero del 2005 comenzó a operar el Convenio Marco para el Control del Tabaco, luego de ser ratificado por 54 países y firmado por 168. “Este acuerdo establece medidas para prohibir la publicidad del producto y patrocinios de la industria del tabaco, desalentar su consumo en jóvenes y restringir los espacios permitidos para fumar, entre otras medidas.” (Gómez, 2005, www.jornada.unam.mx/2005/02/02/042n1soc.php).

“México firmó el convenio el 31 de mayo de 2003 y lo ratificó el 14 de mayo de 2004, y entre las naciones que no lo han firmado está Rusia; no obstante Alemania, Japón, Francia, España, Canadá y Perú ya lo hicieron, y algunos de los que lo rubricaron, pero aún no lo han ratificado son China y Estados Unidos, entre otros” (Gómez Mena, 2005, www.jornada.unam.mx/2005/02/02/042n1soc.php).

El Dr. Regalado, en entrevista con la Jornada “subrayó que México ha sido uno de los primeros países en empezar a aplicar las medidas que establece el convenio, por ejemplo, con la restricción de la publicidad y el alza de impuestos” (Gómez Mena, 2005, www.jornada.unam.mx/2005/02/02/042n1soc.php).

De lo anterior podemos decir que el tabaquismo constituye uno de los problemas de salud más graves a nivel mundial y en donde el psicólogo puede tener una importante aportación tanto a nivel preventivo como curativo.

En base a lo anterior justifico la realización de el presente proyecto, además de mi experiencia en la realización del Servicio Social en la Clínica para Dejar de Fumar del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), donde me di cuenta que uno de los aspectos más urgentes de abordar era la prevención de las recaídas . En el reporte publicado en el año 2001 resultado de un cuestionario

aplicado a 12 clínicas y/o Instituciones para dejar de fumar (Unzueta Granados, S. 2001) se reporta una eficacia de 98% al finalizar el tratamiento y de 35% al año. Tal disminución en la eficacia resulta aparatosa ya que estamos hablando entonces de que más del 60% de las personas que fueron sometidas al tratamiento tienen recaídas en esta Institución. Sin embargo, no solo en esta clínica, que es una de las principales dentro del país, sino también en otras importantes por su trayectoria en el trabajo contra el tabaquismo tales como: Hospital General de México, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Instituto Nacional de Cancerología (INCAN); así como la Facultad de Medicina (UNAM); encontramos porcentajes considerablemente alejados si tomamos en cuenta la efectividad al finalizar el tratamiento y un año después (véase, CONADIC, 2003 pp. 59-88).

Diversos estudios como los realizados por Marlatt, 1993 y por Shiffman, 1982(citados en Becoña, 1994), entre otros, evidencian la importancia de los programas de prevención de recaídas en materia de Tabaco. Por ello es tarea fundamental de los psicólogos y especialistas en adicciones, proponer alternativas que optimicen los programas de prevención de recaídas ya existentes.

Este documento pretende focalizar su atención en el adecuado manejo del “estrés” basado en el “Manual de Tratamiento de Inoculación de estrés” realizado por Meichenbaum en el año de 1987, como alternativa de prevención de la recaída en fumadores. Tal interés se encuentra justificado por la evidencia de distintos autores interesados en el tema. De acuerdo con el modelo de prevención de la recaída de Marlatt (1993, citado en Becoña, 1994) dentro de los determinantes ambientales intrapersonales se encuentra, en primer lugar: los estados emocionales negativos, como el afrontamiento de la frustración, el enfado o ambos, así como cualquier otro estado emocional negativo (miedo, ansiedad, depresión, soledad, etc). Se incluirían también reacciones de estrés por exámenes, hablar en público, búsqueda de empleo, etc. Los estudios llevados a cabo con dicho modelo en fumadores, realizados uno por Cummings y col; 1980; y otro por Rosenthal y Marx, 1981(citados en Becoña, 1994), el primero con una N=64 y el segundo con una N=35, indican que dentro de los determinantes intrapersonales, el más importante es el estado emocional negativo, que explica entre 37 y 43% del total de las recaídas, respectivamente. Por otro lado, Shiffman, 1982 (citado en Becoña, 1994), en el primero de sus estudios y con una amplia muestra de fumadores, encontró que la recaída ocurría básicamente debido a la presencia de afecto negativo (71%), cuando estaba en casa (56%), y por el síndrome de abstinencia de nicotina (54%).En otro trabajo

posterior, Shiffman, 1984 a,(citado en Becoña, 1994) encontró claramente que la reducción de la tensión es muy importante en la situación en la que se produce el consumo de tabaco. Con lo anterior podemos darnos cuenta de la enorme importancia del manejo del estrés en la prevención de la recaída y la necesidad inminente de implementar un programa como parte del tratamiento para los fumadores basado en el manejo de estrés.

Con respecto a mi elección de propuesta, creo que uno de los programas mejor estructurados para el manejo de estrés es el que propone Meichenbaum, ya que toma en cuenta no solo la adquisición de las habilidades, que se obtienen a través de los múltiples ensayos, sino también se preocupa por como el paciente puede llevar a la práctica la conducta deseada, además de tener en cuenta las posibles recaídas (dadas por un control inadecuado del estrés).

METODOLOGÍA

- 1. Elección del tema**
- 2. Búsqueda de bibliografía especializada**
- 3. Realización de fichas bibliográficas y clasificación de las obras por orden de importancia.**
- 4. Elaboración del esquema o bosquejo que contiene: Índice, Introducción, Desarrollo, con capítulos integrados por temas y subtemas, Conclusiones, Bibliografía.**
- 5. Inicio de la lectura de los capítulos y obras escogidas**
- 6. Elaboración de fichas de trabajo, conforme al desarrollo del esquema.**
- 7. Clasificación de las fichas de trabajo**
- 8. Redacción de un borrador.**
- 9. Revisión de notas de pie de página.**
- 10. Revisión de cómo se aprovechó la bibliografía.**
- 11. Pasar el limpio el trabajo de investigación**

CAPÍTULO I. UN PANORAMA DE LAS CLÍNICAS PARA DEJAR DE FUMAR EN MÉXICO

El presente capítulo tiene como objetivos, hacer una revisión de las mejores prácticas de las clínicas más importantes en México en base a tres niveles de atención: a) Pretratamiento, b) Tratamiento y c) Postratamiento; y de las clínicas antitabaco de la Cd. De México, tanto del Sistema Nacional de Salud como del Sector Privado. La revisión de las clínicas se hará en base a las siguientes variables: *población atendida, criterios de inclusión al tratamiento, forma de integración de los grupos de tratamiento, enfoque psicológico, modalidad de terapia, técnicas psicológicas utilizadas en los tratamientos, tipo de tratamiento farmacológico, efectividad del tratamiento y estrategias para la prevención de recaídas en el postratamiento.*

Este capítulo se basa principalmente en dos documentos: El primero publicado por el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) en el año 2003, titulado “*Mejores prácticas en la prestación de servicios para dejar de fumar*”, cuyo principal objetivo fue destacar los elementos esenciales tanto organizacionales como de la práctica clínica en materia de tabaco, con la finalidad de hacer más eficaz la prestación de servicios en las clínicas a los pacientes que desean dejar de fumar.

“El parámetro o referencia fundamental para analizar el desempeño de las clínicas fue la efectividad en el tratamiento de los pacientes fumadores.” “Ello permite medir el logro de la abstinencia en el consumo de tabaco” (CONADIC,2003, p.21). Es necesario aclarar que se considera al tratamiento como efectivo cuando el paciente deja de fumar de manera permanente y no efectivo si no deja de hacerlo, no importando si logra que el paciente disminuya su consumo de cigarros. Lo anterior tomando como parámetro un 35% de abstinencia anual en base a la experiencia en materia de tabaco en México y otros parámetros internacionales.*

Los pasos a seguir para llevar a cabo el Análisis Comparativo de las Mejores Prácticas (ACMP) en su fase de *Planeación* fue el siguiente:

*Para 2006, se fijó como meta para las clínicas, alcanzar de manera gradual un 50% de efectividad (CONADIC,2003).

Identificación de unidades comparables. Son consideradas las clínicas para dejar de fumar más importantes en México por ser pioneras y líderes en el acopio de conocimientos en materia de tabaquismo. Dichas clínicas se encuentran ubicadas en los siguientes Hospitales o Instituciones: Hospital General de México, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Facultad de Medicina (UNAM), Los Centros de Integración Juvenil, A.C y el Instituto Politécnico Nacional (IPN) (CONADIC,2003).

Identificación del objeto para el Análisis Comparativo de Mejores Prácticas: Con base en la información presentada por las clínicas se identificaron tres procesos en la atención a los usuarios de los servicios en los que se basó el análisis (CONADIC,2003).

A cada uno de ellos se le asignó un conjunto de variables que se utilizaron como referentes para efectuar la comparación en forma detallada:

VARIABLES DE ACUERDO CON CONADIC, 2003 (pp. 20-21):

Generales.

1. Nivel de atención a la salud en que se ubica la Clínica
2. Número de pacientes por mes

A) Proceso de Pretratamiento

1. Características de la población atendida

Edad promedio de los pacientes (por género)

Porcentaje de pacientes (por género)

2. Nivel socioeconómico y educativo (con parámetros para cada variable)
3. Criterios de selección y de inclusión a la terapia
4. Utilización del modelo de Prochaska y Di Clemente para analizar fases de aceptación del cambio en el paciente.
5. Investigación de otras adicciones

- 5.1 Referencia de Pacientes adictos a otros servicios
- 5.2. Condicionamiento del tratamiento de otras adicciones para aceptarlos en el tratamiento

6. Recursos disponibles

- 6.1 Infraestructura: número y tipo de instalaciones disponibles
- 6.2 Recursos Humanos

6.2.1 Personal asignado

6.2.2 Tipo de capacitación recibida en materia de tabaquismo

6.2.3 Horario en la Clínica

6.2.4 Antigüedad de servicio en la clínica

6.3. Recursos materiales

7. Motivo de ingreso al tratamiento

8. Forma de integración de los grupos

8.1 Número de pacientes por grupo

8.2 Unidad de Salud de referencia

8.3 Porcentaje de los pacientes que son referidos

9. Aceptación de pacientes

9.1 Porcentaje de pacientes aceptados/rechazados

10. Aceptación de pacientes con recaídas

10.1 Porcentaje de pacientes que han recibido tratamiento anterior (misma u otra clínica).

11. Costo para el paciente

B) Proceso de Tratamiento

1. Enfoque del tratamiento

2. Tipo de valoración médica (general/ especialidad)

3. Apoyos diagnósticos (laboratorio y gabinete)
4. Valoración psicológica y de dependencia a la nicotina
5. Tipo de terapia prescrita
6. Número de sesiones
7. Duración de la sesión
8. Control de peso de los pacientes
9. Apoyo Farmacológico
10. Tipo de tratamiento a los pacientes con recaídas
11. Costo del tratamiento por paciente: factores que incluye el costo

C) Proceso de Postratamiento

1. Programa de vigilancia y mantenimiento, considerando: periodicidad, mecanismo de localización y duración
2. Registro estadístico de casos y seguimiento manual o electrónico
3. Evaluación de abstinencia y efectividad del tratamiento

Porcentaje de efectividad/ abandono/ recaída: por género, en diferentes periodos.

4. Factores internos (clínica) que influyen en el éxito recaída del paciente.
5. Factores externos (paciente) que influyen en su éxito o recaída.

Otros aspectos:

Capacitación

1. Tipo de personal capacitado, y (en su caso) dedicado a la capacitación en la materia: temas y frecuencia.

Investigación

A pesar de no constituir un referente para medir efectividad, se aprovechó el instrumento para conocer posibles actividades de investigación en la materia.

Determinación del método para la recopilación de datos: Para iniciar el proyecto, la Dirección General Técnica en Adicciones y Salud Mental, convocó a diversas clínicas del Sistema Nacional de Salud a que presentaran sus modalidades de intervención terapéutica contra el tabaquismo, además de indicar los recursos con que cuentan para prestar servicios en diferentes sesiones de trabajo, lo anterior durante los meses de abril a Noviembre del 2002. La recopilación de datos se llevo a acabo por medio de las personas encargadas de dirigir y supervisar el manejo de las clínicas seleccionadas, a través entrevista directa con preguntas abiertas y cerradas. “El método de recopilación utilizó una cédula para sistematizar el análisis de los procesos y de las variables mencionadas”(CONADIC,2003; pag. 21).Esta cédula se complementó con una investigación de campo que permitió analizar la operación de las clínicas.

El segundo documento es una tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología de la UNAM, de la alumna Silvia Unzueta Granados cuyo título es: “*Estrategias para Dejar de Fumar*” en donde se realiza una revisión de las 12 clínicas para dejar de fumar de la Ciudad de México con el objetivo de dar un panorama general de las mismas. Estas se ubican en: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), Instituto Politécnico Nacional (IPN), Hospital General de México, y Hospital General Dr. Manuel Gea González, que también se incluyen en el documento antes mencionado, por ser de las más importantes en México. Además de las anteriores, se incluyen las siguientes: La clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Jurisdicción Sanitaria, Hospital ABC, Revista Libera-ddictus, Al Fin Libre, Medica Sur y, Hospital los Ángeles.

Los datos obtenidos se basan en una entrevista aplicada a los responsables de cada clínica con el objetivo de conocer su ubicación, método que utilizan, en qué consiste, exámenes médicos que se aplican, el costo del tratamiento, quienes lo aplican y los resultados postratamiento y al año de seguimiento.

Como nos podemos dar cuenta, ambos documentos nos dan una gran cantidad de datos acerca de la práctica de las distintas clínicas para dejar de fumar.

Nosotros, nos enfocaremos principalmente en la revisión de las variables relacionadas con los procesos de tratamiento y postratamiento que refiere CONADIC.

1.1 Clínicas para Dejar de fumar más importantes en México y Mejores Prácticas.

1.11 Definición de “Clínica para dejar de fumar” y principales funciones

Para comenzar, daremos una breve definición de lo que es una clínica para dejar de fumar y sus principales funciones.

Las clínicas contra tabaquismo proporcionan servicios de tratamiento y rehabilitación a pacientes ambulatorios, es decir, aquellos que no requieren hospitalización. El tratamiento se brinda mediante modalidades terapéuticas que combinan terapias psicológica y médica, con o sin apoyo farmacológico. (CONADIC, 2003 p.13).

El Modelo para la Prestación de Servicios en materia de Tabaquismo en México clasifica a las Clínicas como tipo A, si pertenecen a los hospitales de tercer nivel y disponen de más servicios y recursos, tipo B, son las que corresponden a los hospitales generales, que solo cuentan con servicios básicos de hospitalización, aunque varias de éstas operan en otro tipo de instituciones, como centros de educación superior (CONADIC, 2003, p. 14).

Sus funciones principales son:

- ☐ Determinar la prevalencia anual de enfermos
- ☐ Proponer y brindar apoyo farmacológico y psicológico a todos los enfermos hospitalizados que sean fumadores.

- ☐ Determinar la prevalencia anual de fumadores que acuden a consulta externa en las diferentes especialidades.
- ☐ Impartir sesiones de información para difundir los servicios de la Clínica.
- ☐ Proponer y sugerir apoyo farmacológico a todos los pacientes fumadores que acuden a la consulta externa y que no se han hospitalizado.
- ☐ Realizar promoción extramuros para dar a conocer los servicios de la Clínica entre los miembros de la comunidad.

1.12 Historia y Ubicación de las Clínicas para dejar de fumar de la Cd. De México

Las clínicas más importantes en México:

-Hospital General de México (SSA), Clínica contra el Tabaquismo

Datos generales de la clínica

Historia: No se encontró el dato

Ubicación: Dr. Balmis # 148 Col. Doctores, Delegación: Cuahutémoc. C.P 06720

Tel: 55 78 43 72

55 88 01 00 Ext. 1375/84/77

Web: No se encontró el dato

-Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, Clínica contra el Tabaquismo

Datos generales de la clínica

Historia: No se encontró el dato

Ubicación: Calzada de Tlalpan # 4800, 2º piso, Col. Toriello Guerra, Delegación Tlalpan. C.P 14000

Tels: 56 65 55 65
56 65 35 11 Ext. 209
55 28 42 28 Fax

Web: No se encontró el dato

-Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). Clínica de Tabaquismo

Datos generales de la clínica

Historia: No se encontró el dato

Ubicación: Av. San Fernando # 22 Col. Tlalpan, C.P 14000. Delegación Tlalpan.

Tels: 56 55 10 35
56 28 04 00 Ext.668, 388
65 28 04 95

Web: No se encontró el dato

-Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Clínica para Dejar de Fumar.

Datos generales de la clínica

Historia: La Clínica de Tabaquismo en asociación con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, diseñó desde 1982 un programa que ha evolucionado hasta transformarse en el actual “Programa Cognitivo-Conductual para dejar de fumar” de la clínica (Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, www.salud.gob.mx/unidades/cgins/insalud/iner/iner.html)

Ubicación: Calzada de Tlalpan 4602, Col. Sección XVI, C.P 14080, Delegación Tlalpan.

Tels: 56 65 49 58
56 66 45 39 Ext. 166, 303

Web: No se encontró el dato

-Facultad de Medicina (UNAM).

Datos generales de la clínica

Historia: La Clínica Contra el Tabaquismo de la Facultad de Medicina (CCTFM), de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se estableció el 31 de mayo del año 2001. Esta clínica constituye una parte integral del Programa de Prevención de Adicciones de la Facultad de Medicina, que tiene como objetivo, entre otros, contribuir a la formación de médicos no fumadores para que, en su ejercicio profesional, fortalezcan las acciones de prevención y control del tabaquismo entre la población (Universidad Nacional Autónoma de México, Centros de Integración Juvenil, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias www.insp.mx/tabaco/informe/parteVIII.pdf.)

Ubicación: Edificio de Investigación, 5º piso, Lab. 2, Circuito Interior de Ciudad Universitaria Delegación Coyoacán, C.P. 04510

Tels: 56 23 21 08/02/32

Web: <http://www.facmed.unam.mx>

-Los Centros de Integración Juvenil, A.C

Datos generales de las clínicas

Historia: En Agosto del año 2001, la asociación civil Centros de Integración Juvenil (CIJ) se sumó a los esfuerzos para prevenir y tratar el tabaquismo en México y creó un programa para atender este problema. Actualmente, esta asociación brinda atención a los fumadores en 63 unidades que abarcan casi todos los estados de la República mexicana. En las clínicas participan médicos generales, psicólogos, psiquiatras y trabajadoras sociales cuyo proceso de capacitación está respaldado por el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y por la amplia experiencia del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) (Universidad Nacional Autónoma de

México, Centros de Integración Juvenil, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias www.insp.mx/tabaco/informe/parteVIII.pdf).

Ubicación de uno de los centros: Aguascalientes, No. 201, 7° piso, Col. Hipódromo Condesa, Delegación Cuauhtémoc, C.P 06100
Tels: 59 99 49 23/26

Web: No se encontró el dato

-El Instituto Politécnico Nacional (IPN), División de Orientación Juvenil, Clínica de Tabaquismo del IPN

Datos generales de la clínica

Historia: No se encontró el dato

Ubicación: Miguel Bernard s/n, esquina Othón de Mendizábal, Col. La Escalera, Unidad Profesional “Adolfo López Mateos”, Edif.de la Secretaría Técnica, 2° piso, Delegación Gustavo A. Madero.C.P 07320

Tels: 57 29 60 00 Ext.51847,51843
56 06 77 08
52 03 84 18

Web: No hay dato

Otras clínicas importantes:

-Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Centro Médico Siglo XXI, Hospital de Cardiología, Servicio de Inhaloterapia, Clínica de Atención al Fumador.

Datos generales de la clínica

Historia:

Ubicación: Av Cuahutémoc 330 Col. Doctores
Tels: 56 27 60 00 Ext. 2035
57 61 48 67 Fax
56 64 20 79 Ext. 2070

Web: No se encontró el dato

-La Jurisdicción Sanitaria y el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, Clínica de Enfermedades del Aparato Respiratorio, Clínica Antitabaquismo

Datos generales de la clínica

Historia: No se encontró el dato

Ubicación: Cedro # 4 Col. Santa María la Ribera, Del. Álvaro Obregón, despacho 108.

Tels: 55 35 08 57

55 91 11 61

55 91 11 83

Web: No se encontró el dato

-Hospital Inglés ABC American British Cowdray, Clinica Liberate del Tabaco

Datos generales de la clínica

Historia:

Ubicación: Calle Sur # 116, consultorio 401, esquina Av. Observatorio, Col. Las Américas, Delegación Álvaro Obregón.

Tels: 52 94 53 67

52 30 81 91

56 89 13 67...

Web: No se encontró el dato

-Revista Libera-ddictus (consultorio para dejar de fumar)

Datos generales de la clínica

Historia: No se encontró el dato

Ubicación: calle 23 # 15 Col. San Pedro de los Pinos.

Tels: 55 98 84 67
55 98 86 47 fax

Web: No se encontró el dato

-Centro de Tratamiento contra el Tabaco “Al Fin Libre”

Datos generales de la clínica

Historia: No se encontró el dato

Ubicación: Av. Álvaro Obregón # 237, despacho 201, Col Roma, C. P 06700

Tels: 55 64 34 14
52 07 15 69 fax

Web: www.g_netwoks.net/alfinlibre/

-Medica Sur, Clínica contra el Tabaquismo, Rehabilitación Integral del Fumador

Datos generales de la clínica

Historia: No se encontró el dato

Ubicación: calle Puente de piedra # 150 Col. Toriello Guerra, Delegación: Tlalpan, C.P 14050.

Tel: 54 24 72 46

Web: No se encontró el dato

-Hospital los Ángeles del Pedregal, Clínica Antitabaco

Datos generales de la clínica

Historia: No se encontró el dato

Ubicación: Camino Santa Teresa # 1055, Col. Héroes de Padierna, Torre Ángeles, consultorio,1050, Delegación: Magdalena Contreras.

Tels: 55 68 78 60 tel/fax
55 68 78 63 tel/fax
55 68 28 08

Web: No se encontró el dato

1.13 Descripción del “Análisis Comparativo de las Mejores Prácticas (ACMP)”

El “Análisis comparativo de las mejores prácticas” se basa en tres los procesos de atención a los usuarios de servicios, ya cada uno de ellos cumple con funciones específicas (CONADIC, 2003):

El Pretratamiento: Tiene como función proporcionar la orientación e información sobre el tratamiento, a los pacientes que acuden a las clínicas a pedir ayuda. Abarca también el proceso de evaluación tanto médica como psicológica que permite el ingreso del paciente en condiciones idóneas para el tratamiento.

El Tratamiento: Tiene como función la abstinencia total de la sustancia o en su caso la reducción de la misma, con el objetivo de disminuir los riesgos, combatir los padecimientos actuales, y mejorar el bienestar físico, mental familiar y social asociado con el uso y abuso de la sustancia psicoactiva del que la consume, así como de su familia.

El Postratamiento: Tiene como objetivo ayudar al paciente a mantenerse en abstinencia y detectar a tiempo las recaídas, en caso de que se presentaran, y poder brindar una ayuda oportuna.

1.131 Mejores Prácticas en el Pretratamiento

1. Al realizar la evaluación clínica Psicológica se debe garantizar al paciente el carácter confidencial de los datos obtenidos.
2. Se debe registrar a todas las personas que acuden a la clínica para obtener información acerca del tratamiento con los datos básicos de registro:

- Nombre completo
 - Edad
 - Sexo
 - Domicilio
 - Teléfono
 - Motivos que los llevaron a acudir
 - Tiempo que ha fumado y número de cigarrillos consumidos por día.
 - Edad de inicio en el consumo de tabaco
 - Cómo se enteró de la existencia de la clínica
3. Asegurarse de informar al paciente que aceptó ingresar a la clínica algunos datos de importancia relevante. De acuerdo con CONADIC, 2003 (p.30) son:
1. Las consecuencias de fumar para su salud y los beneficios de dejar de hacerlo.
 2. El diagnóstico preliminar de su estado de salud.
 3. Las opciones de tratamiento, destacando que están fundamentadas en la última evidencia científica.
 4. La duración del tratamiento.
 5. Los beneficios y riesgos del tratamiento.*
 6. El costo del mismo.
4. Se requiere la firma de un contrato terapéutico con la finalidad de asegurar que los principios éticos sean respetados por el terapeuta y respaldar que el paciente comprenda la información, riesgos y beneficios relacionados con el tratamiento.
5. Aplicación de cuestionario para la detección del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Es importante la aplicación de dicho cuestionario ya que las personas con este trastorno pueden sentirse beneficiadas con el consumo de tabaco ya que su capacidad de atención y concentración se ve incrementada. Dada la condición

*Es necesario informar al paciente acerca de las posibles recaídas, y recalcar que no significan un retroceso si no que forman parte del proceso hacia la abstinencia. Esta práctica se verá reforzada si se brinda en material impreso (CONADIC, 2003).

anterior se considera una población de alto riesgo de consumo. Es importante que una vez detectada se refiera a los servicios de salud correspondientes, ya sea neurológico o psiquiátrico.

1.132 Mejores Prácticas en el Tratamiento

1. Atender a las necesidades actuales con los recursos disponibles, forma de organización interna y modalidad de terapia a partir del análisis de la población atendida en dos vertientes. De acuerdo con CONADIC, 2003 (p. 31) son:

a) A corto plazo

- Edad
- Sexo
- Nivel socioeconómico
- Nivel educativo
- Grado de dependencia a la nicotina
- Presencia de comorbilidad de trastornos psiquiátricos

b) A mediano y largo plazos

-Elaborar un estudio prospectivo de las tendencias de cambio demográfico y socioeconómico en la población objetivo para atender las necesidades futuras.

-Llevar un registro de estos datos y llevar un sistema de información estadística de la clínica.

2. A partir de la información anterior, establecer criterios de segmentación de la población para crear los grupos de tratamiento.*

3. Se recomienda la formación inmediata de grupos de tratamiento a fin de que el paciente no espere a la apertura de un grupo específico.*

* Es importante que las clínicas consideren la segmentación, cuando tienen la oportunidad de tratar con grupos más homogéneos ya sea en edad, sexo, u otra variable, ya que se considera una práctica que aumenta la eficacia en el tratamiento, (CONADIC, 2003).

*Las clínicas de ayuda para dejar de fumar generalmente forman sus grupos conforme llegan sus pacientes o se le brinda la opción de una terapia individual (CONADIC, 2003).

4. Organizar los grupos de tratamiento en diferentes días y horarios de manera que haya una mayor accesibilidad para los pacientes que acuden a la clínica a pedir ayuda.
5. Combinar dos tipos de tratamiento para la adición a la nicotina: médico y psicológico.*
6. Se requiere una valoración médica completa del fumador, realizada ya sea por un especialista o por un médico general, poniendo especial atención en la parte del sistema cardiorrespiratorio.

Los estudios de laboratorio y gabinete que deben incluirse, son (de acuerdo con CONADIC, 2003, p.32):

1. Pruebas de laboratorio: química sanguínea, biometría hemática, examen general de orina, perfil de lípidos.
2. Exhalación de monóxido de carbono.
3. Citología de expectoración
4. Radiografía PA y lateral de tórax.
5. Electrocardiograma
6. Pruebas funcionales respiratorias*

Se considera como práctica eficaz:

-Utilizar la batería completa, ya que permite detectar comorbilidad asociada o no al consumo de tabaco, y así poder referir al paciente al servicio que le corresponda.

*Un estudio realizado en Gran Bretaña, demostró la utilidad de combinar éstos abordajes al conocerse que un análisis de los productos y servicios para la cesación del tabaquismo determinó que los fumadores tienen hasta cuatro veces más probabilidad de dejar de fumar al asistir a las clínicas de especialistas en atención al tabaquismo que simplemente utilizando la fuerza de voluntad (CONADIC, 2003,p.32).

*Se considera útil la espirometría, ya que junto con la placa de tórax sirve para la detección y valoración de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; además de su bajo costo (CONADIC, 2003).

-Utilizar la citología nasal si es posible para facilitar la detección de lesiones del aparato respiratorio superior.

-Repetir algunos de los estudios antes mencionados a los seis y doce meses después de haber abandonado el cigarro.

7. Se debe entregar a los pacientes los estudios de laboratorio y gabinete de manera personal, garantizando la confidencialidad de los datos obtenidos a través de la evaluación. Esta práctica debe realizarse una vez que el paciente se ha integrado al tratamiento. Cabe señalar que resulta contraproducente la entrega de los resultados al inicio de las sesiones, ya que si salen bien en dichos estudios, puede ser motivo de deserciones.
8. En virtud de su localización en segundo (Clínicas tipo A y B) y tercer nivel (Clínicas tipo A)*, las clínicas para dejar de fumar no deben trabajar de forma aislada.

Es importante invitar a otros profesionales de la salud a participar en el tratamiento impartiendo pláticas. Tal es el caso de médicos especialistas como: neumólogos, cardiólogos, estomatólogos, nutriólogos para que aporten información relacionada con los daños a la salud ocasionados por el tabaquismo.

Es importante señalar que esta colaboración con otros especialistas no se reduce a su participación en las pláticas, implica, el impulso de estrategias de trabajo, que permitan al paciente fumador recibir una atención integral.

9. El apoyo de nutriología en las sesiones es muy importante además de las pláticas. Señalar metas a corto plazo con una combinación de dietas y ejercicios establecidos por profesionales en la materia, así como llevar un registro de signos vitales y peso corporal antes de iniciar cada sesión de tratamiento constituye una práctica eficaz.

10. Es necesario que un médico valore, prescriba, de indicaciones sobre el manejo y haga el seguimiento de los medicamentos utilizados, ya sea de reemplazo nicotínico o antidepresivos como el bupropion, ya que es el único profesional que cuenta con los conocimientos sobre su mecanismo de acción, incluyendo los posibles riesgos y efectos secundarios a los que conlleva su uso.

*véase CONADIC, 2003 p.12 para obtener más información sobre los niveles de atención.

11. Se debe llevar a cabo una evaluación psicológica completa a través de un psicólogo clínico utilizando como herramienta principal la entrevista y los siguientes instrumentos psicológicos (CONADIC, 2003, p. 34):

1. Prueba de Personalidad de Eysenck (EPQ)
2. Inventario de Depresión de Beck
3. Cuestionario de Asertividad
4. Historia de Tabaquismo
5. Cuestionario sobre motivos de fumar
6. Cuestionario de Fagerstrom
7. Cédula de auto registro y autocontrol de línea base y control diario.

Facilitar la ubicación de los pacientes en los grupos a través del análisis del modelo de Prochaska y Di Clemente, de los estadios de cambio, constituye una mejor práctica.*

Integrar tanto el expediente médico como psicológico de acuerdo con lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. Ver en donde van

12. Es necesario resguardar y utilizar los expedientes psicológicos dentro de la clínica por razones de confidencialidad. En lo que respecta a los expedientes médicos, debe evitarse su duplicación, utilizando los que se ubican en alguno de los servicios de la unidad hospitalaria.

13. Es necesario llevar a cabo una adecuada valoración médica y psicológica que permita detectar comorbilidad psiquiátrica en los pacientes que acuden a la clínica, esto, con el objetivo de referirlos a otra institución que ofrezca tratamiento para su padecimiento. Una vez que el paciente se ha sometido a tratamiento psiquiátrico, hacer una valoración de la efectividad del manejo del mismo para poder comenzar con el tratamiento para dejar de fumar.

Detectar si el paciente es adicto a otras drogas además del tabaco, y en su caso, referirlo al tratamiento apropiado y hacer un seguimiento de la fármaco dependencia constituye una mejor práctica.*

*Para obtener más información sobre este modelo, véase CONADIC, 2003, pag. 73.

*Es importante disponer de un directorio de instituciones o terapeutas públicos y privados para la adecuada referencia de pacientes (CONADIC, 2003).

14. Constituye una mejor práctica ofrecer diversas modalidades de tratamiento. En las clínicas para dejar de fumar generalmente se ofrecen dos modalidades: terapia grupal y terapia individual, que permiten la inclusión del paciente de acuerdo con la valoración realizada.

Es importante considerar la terapia familiar, ya que incrementa la efectividad del tratamiento.

15. La incorporación de la perspectiva de género en el tratamiento constituye una mejor práctica. Esta, es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de las mujeres y los hombres de todos los sectores y de todos los niveles sean elementos integrantes de la elaboración, instrumentación, supervisión y evaluación de políticas y programas, a fin de que ambos se beneficien por igual.*

Aplicar la perspectiva de género de manera particular (tomando en cuenta las diferencias individuales) durante el tratamiento, puede reforzar la efectividad del mismo.

16. Se considera una mejor práctica prestar atención a los posibles factores personales, sociales o familiares que incrementen la posibilidad de riesgo para el fumador y de este modo implementar estrategias en la terapia que permitan reducir su influencia.

17. Se considera una mejor práctica evaluar la posibilidad de reincorporación al tratamiento de pacientes que han tenido recaídas o bien referirlos a otra clínica para que sean atendidos. Generalmente este tipo de pacientes son recibidos en la misma clínica después de determinado periodo de tiempo (p.ej. después un año de haber concluido el tratamiento), aunque depende de la modalidad de terapia que desarrolle cada clínica.

1.133 Mejores Prácticas en el Postratamiento

1. Se considera una mejor práctica registrar los siguientes datos de los pacientes para su seguimiento una vez concluido el tratamiento (CONADIC, 2003. pag. 36):

-Nombre del paciente

*Para obtener más información sobre esta perspectiva véase CONADIC, 2003.p. 35.

- Fecha de la llamada
- Si se encontró o no
- Si no se encontró, se dejó un mensaje y cuál fue.
- Si el paciente siente deseo de fumar

También es importante registrar si se brindó algún apoyo, cuál fue y cuánto tiempo duró la intervención, generalmente son intervenciones breves vía telefónica ya que no se dispone de los recursos suficientes. En caso necesario, se puede citar al paciente en la clínica para darle una mejor atención.

2. Se considera una mejor práctica, hacer un registro de los pacientes que han tenido recaídas con los siguientes datos*:

- Nombre del paciente
- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Escolaridad
- Familiograma (fumadores, no fumadores)
- Recaída o no
- Motivos de la recaída
- Tiempo de abstinencia antes de recaer
- Tiempo de recaída
- Que ha hecho el paciente para dejar de fumar
- Que es lo que le ha ayudado para la abstinencia

El seguimiento se hace vía telefónica y si se detecta angustia o algún otro factor que predisponga al paciente a recaer, se le da una cita. Esta información es utilizada para realimentar y valorar la pertinencia de aplicar las modalidades de terapia utilizadas.

3. Se considera una mejor práctica la modalidad mixta en los grupos o clubes de pacientes rehabilitados. Esto quiere decir, que además de la intervención de los profesionales de la salud en las sesiones, es importante la intervención de los propios pacientes que han dejado de fumar, como forma de autoayuda y para reforzar la continuación del estado de abstinencia en el grupo.

*La clínica del INCAN lleva a cabo esta práctica con los datos aquí presentados. En la forma de registro de recaídas de la Clínica para dejar de fumar de la UNAM, se agrega al final una lista de motivos de recaída, numerados (para consultar la lista véase CONADIC, 2003 p.36).

Al término del tratamiento, la mayoría de las clínicas buscan la forma de reconocer a sus pacientes tanto por el esfuerzo realizado al abandonar tabaco, como por el cambio de hábitos, de “no saludables a saludables” que facilitan la abstinencia.*.

4. Se considera una mejor práctica el seguimiento de los pacientes rehabilitados a través de los distintos mecanismos implementados por cada clínica. Estos mecanismos pueden incluir seguimiento vía telefónica, o citas cada determinado periodo de tiempo. Tomando en cuenta los costos que implica dar seguimiento de todos los pacientes que han asistido a la clínica, se considera una práctica eficaz el seguimiento a un año después de haber concluido el tratamiento.

Las citas y seguimientos telefónicos se realizan por los terapeutas de la clínica de forma voluntaria.

También se lleva a cabo un seguimiento médico, mediante el cual se les valora cada 6,12 meses o en plazos establecidos según el criterio del médico (CONADIC, 2003, p. 37).

5. Se considera una mejor práctica, aplicar a los pacientes una evaluación al final del tratamiento de los servicios prestados por la clínica que cubra los siguientes aspectos*:

- La terapia de grupo
- El tratamiento farmacológico
- La duración del tratamiento
- Los servicios prestados
- Los materiales utilizados
- La calidad del trato personal y de su capacidad profesional.
- Sugerencias

Esta práctica permite rediseñar y proponer cambios tanto en las terapias como en los procesos organizacionales de la clínica.

* Para obtener información sobre las formas de reforzamiento en las clínicas véase CONADIC, 2003, p.37.

*La clínica de la UNAM, pide que los pacientes respondan a la evaluación de acuerdo con los aspectos mencionados.

6. Se considera una mejor práctica elaborar un estudio de casos entre los integrantes del equipo de trabajo de la clínica, con el objetivo de enriquecer el conocimiento acerca de los pacientes con características particulares que acuden a la clínica y en consecuencia brindarles un tratamiento más apropiado. Además puede resultar una practica prometedora al posibilitar un futuro intercambio de casos entre las clínicas.
7. Constituye una mejor práctica la aplicación de la prueba de cotinina a todos los pacientes que concluyeron el tratamiento o a una muestra significativa de ellos, y que se integran al programa de vigilancia y mantenimiento de la clínica. Lo anterior con el objetivo de verificar lo reportado por el paciente en relación a su abstinencia.

A continuación mencionaremos otras prácticas que no caben en la clasificación de los procesos anteriores pero que son importantes por su relación con las funciones que desempeña la clínica.*

- A. Cumplimiento de la normatividad vigente
- B. Creación de un sistema de información interna
- C. Creación de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes
- D. Promoción de los servicios de la clínica
- E. Promoción de la salud
- F. Participación comunitaria
- G. Capacitación continua
- H. Investigación Aplicada
- I. Financiamiento de los servicios de la clínica

1.2 Revisión de variables relacionadas con el logro y mantenimiento de la abstinencia tabáquica en las clínicas para dejar de fumar de la Cd. De México ver

En el apartado anterior describimos las *principales funciones de las clínicas* para dejar de fumar, mencionamos las *clínicas de la Cd. de México*, dando a conocer su *ubicación* y parte de su *historia*. También hicimos una revisión del “Análisis de las *Mejores Prácticas Clínicas* (AMPC)” basado en los tres *procesos de atención a los usuarios* de los servicios de las clínicas: *Pretratamiento, Postratamiento y Tratamiento*.

*Para consultar información sobre las prácticas mencionadas, ver CONADIC, 2003, pp. 38-41.

En el presente capítulo haremos una revisión de las *variables relacionadas con el logro y mantenimiento de la abstinencia tabáquica en las clínicas para dejar de fumar* de la Cd. De México. La revisión incluye las siguientes variables, tomando en cuenta los tres procesos de atención a los usuarios de servicios en las clínicas:

Pretratamiento:

- Población atendida
- Criterios de inclusión al tratamiento
- Forma de integración de los grupos de tratamiento

Tratamiento

- Enfoque psicológico
- Modalidad de Terapia
- Técnicas o estrategias psicológicas utilizadas (*preparación, abandono y mantenimiento*)
- Tipo de tratamiento farmacológico

Postratamiento

- Efectividad del Tratamiento al finalizar, a los 6 meses y al año.
- Técnicas o estrategias para la prevención de recaídas.

De las variables anteriores, pondremos especial atención dentro del *tratamiento* en las técnicas o estrategias psicológicas utilizadas y dentro del *postratamiento*, en las técnicas o estrategias para la prevención de recaídas.

1.21 Pretratamiento

Comencemos revisando las variables del Pretratamiento. En la siguiente tabla se hará una descripción detallada de: *la población atendida, los criterios de inclusión al tratamiento y la forma de integración de los grupos de tratamiento* de cada una de las clínicas para dejar de fumar:

TABLA 1.1. Variables del Pretratamiento

CLINICA	Población Atendida	Criterios de Inclusión al Tx	Forma de integración de los grupos de Tx
Centros de Integración Juvenil ,A. C/Unidad Nezahualcoyotl	Abierta: Sí Pacientes x gpo: 3 No. Sesiones: 10 Duración(min): 90 Periodicidad de las sesiones (x semana): 2 No. De pacientes atendidos x mes: 3 Total de pacientes atendidos : 21	1.Asistencia Voluntaria 2.Deseos de dejar de fumar 3. Ser consumidor de Tabaco (monoconsumo) 4. Ser consumidor de tabaco y otras sustancias activas. 5.Encontrarse en la fase de preparación o acción 6. Ausencia de trastornos psiquiátricos con síntomas actuales 7.Ser alfabeto	Edad: Sí Género: No Nivel S. E: No Horario de atención: Sí Número de cigarros consumidos: No
Hospital General de México	Abierta: Sí Pacientes x gpo: 12 No. Sesiones: 8 Duración(min): 90 Periodicidad de las sesiones(x semana): 2 No. De pacientes atendidos x mes: 50 Total de pacientes atendidos: 578 desde 2001	1. Asistencia voluntaria 2. Deseos de dejar de fumar 3. Mayores de 16 años. 4. Sin padecimientos o sintomatología psiquiátrica. 5.Sin otras adicciones	No hay criterio específico
Instituto Nacional De Cancerología (INCAN)	Abierta: Sí Pacientes x gpo: 6-8 No. Sesiones: 12 Duración(min): 90 Periodicidad de las	1. Mayores de 17 años 2. Alfabetas o analfabetas 3. Deseo y voluntad de dejar de fumar 4. Que acudan en	No hay criterio específico

	sesiones (x semana): 2 No. De pacientes atendidos x mes: 20 Total de pacientes atendidos: 146	forma voluntaria 5.No se aceptan pacientes con psicosis 6. Se aceptan pacientes psiquiátricos con tratamiento específico.	
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)	Abierta: Sí Pacientes x gpo: 8-10 No. Sesiones: 10 Duración(min): 90 Periodicidad de las sesiones (x semana): 2 No. De pacientes atendidos x mes: 50 Total de pacientes atendidos: 5,000	1. Deseo de dejar de fumar 2. 17 años en adelante 3. Alfabetas 4. Sin padecimiento psiquiátrico. 5.Sin otras adicciones 6. Asistencia voluntaria	No hay criterio específico
Instituto Politécnico Nacional (IPN)	Abierta: No, solo estudiantes y trabajadores del IPN Pacientes x gpo: 2-10 No. Sesiones: 10 Duración(min): 120 Periodicidad de las sesiones (x semana): No hay dato No. De pacientes atendidos x mes: No hay dato Total de pacientes atendidos: No hay dato	1.Ingreso Voluntario 2. No hay límite de edad 3.Pacientes psiquiátricos con tratamiento	No hay criterio específico
Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Medicina	Abierta: Sí Derechohabientes: Sí Pacientes x gpo: 10-15 No. Sesiones: 12	1.Edad de 16 a 65 años 2. Ambos sexos 3.Historia de Tabaquismo de por lo	Horario de atención: Sí

	<p>Duración(min): 90</p> <p>Periodicidad de las sesiones (x semana): 1</p> <p>No. De pacientes atendidos x mes: 50</p> <p>Total de pacientes atendidos: 200</p>	<p>menos tres años continuos</p> <p>4.No tener dependencia al alcohol o a otras drogas</p> <p>5. Estar motivado para dejar de fumar</p> <p>6. No tener algún trastorno médico inestable (incluidos los psiquiátricos)</p> <p>7. Tener buenas condiciones generales de salud para acudir al hospital y a las sesiones de la clínica</p> <p>8. Aceptar participar voluntariamente en el programa</p>	
--	---	--	--

<p>Centro Médico Siglo XXI (IMSS), Hospital de Cardiología, Servicio de Inhaloterapia, Clínica de Atención al Fumador</p>	<p>Abierta: No.</p> <p>Derechohabiente y/o beneficiario.</p> <p>Pacientes x gpo: 6-15</p> <p>No. Sesiones: 8</p> <p>Duración(min): 90</p> <p>Periodicidad de las sesiones (x semana): 2</p> <p>No. De pacientes atendidos x mes: No hay dato</p> <p>Total de pacientes atendidos: No hay dato</p>	<p>1.Deseos de dejar de fumar</p> <p>2. Dos años mínimo de consumo de 10 cigarros por día o su equivalente.</p> <p>3.Aceptar participar voluntariamente en el programa</p> <p>4. No ser paciente psiquiátrico.</p>	<p>Edad: No hay dato</p> <p>Género: No hay dato</p> <p>Nivel S. E: No hay dato</p> <p>Horario de atención: Sí</p> <p>Número de cigarros consumidos: dos años mínimo de consumo de 10 cigarros por día o su equivalente.</p>
---	---	--	---

<p>La Jurisdicción Sanitaria y el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, Clínica de Enfermedades del Aparato Respiratorio,</p>	<p>Abierta: Sí</p> <p>Pacientes x gpo: 20-24</p> <p>No. Sesiones: No hay dato</p> <p>Duración(min):</p>	<p>1. Asistencia voluntaria</p> <p>2. Adultos mayores de 25 años.</p>	<p>Edad: Sí, mayores de 25 años</p> <p>Género: No hay dato</p> <p>Nivel S. E: No hay dato</p> <p>Horario de atención: No hay dato</p>
--	---	---	---

Clínica Antitabaquismo	120 Periodicidad de las sesiones (x semana): No hay dato No. De pacientes atendidos x mes: No hay dato Total de pacientes atendidos: No hay dato		Número de cigarros consumidos: No
Revista Libera-ddictus (consultorio para dejar de fumar)	Abierta: Sí Pacientes x gpo: Núm. Variable No. Sesiones: No hay dato Duración(min): Individual: 50-60 Familiar:90 Auriculopuntura: 30-90 Periodicidad de las sesiones (x semana): No hay dato No. De pacientes atendidos x mes: No hay dato Total de pacientes atendidos: No hay dato	1. Deseos de dejar de fumar 2. Que no sean pacientes psicóticos o psiquiátricos.	Edad: No hay dato Género: No hay dato Nivel S. E: No hay dato. Horario de atención: No hay dato Número de cigarros consumidos: No hay dato.
Hospital Inglés ABC American British Cowdray Clínica Libérate del Tabaco	Abierta: Sí Pacientes x gpo: 6-12 No. Sesiones: 10 Duración(min): 120 Periodicidad de las sesiones (x semana): 2 No. De pacientes atendidos x mes: No hay dato Total de pacientes	1.Deseos por dejar de fumar 2.Tener recursos económicos 3.No se aceptan pacientes psiquiátricos 4. No consumir otras drogas.	Edad: No hay dato Género: No hay dato Nivel S. E: No hay dato Horario de atención: No hay dato Número de cigarros consumidos: No hay dato

	atendidos: No hay dato		
Centro de Tratamiento contra el Tabaco “Al Fin Libre”	Abierta: Sí Pacientes x gpo: 8-13 No. sesiones: 8 Duración(min): 180 Periodicidad de las sesiones (x semana): 1 No. De pacientes atendidos x mes: No hay dato Total de pacientes atendidos: No hay dato	1. Alfabetas 2. Deseos de dejar de fumar 3. No consumir otro tipo de drogas o antidepresivos.	Edad: Sí, los grupos se dividen de acuerdo a este rubro. Género: No hay dato Nivel S. E: En cuanto al nivel sociocultural se dividen los grupos en ejecutivos y obreros Horario de atención: No, los horarios del tratamiento se adaptan a las necesidades de los fumadores participantes, al igual que la fecha de iniciación. Número de cigarros consumidos: No hay dato
Médica Sur, Clínica contra el Tabaquismo, Rehabilitación Integral del Fumador	Abierta: Sí Pacientes x gpo: 8-10 No. Sesiones: 7 Duración(min): 60 Periodicidad de las sesiones (x semana): 1 No. De pacientes atendidos x mes: No hay dato Total de pacientes atendidos: No hay dato	1. Tener recursos económicos para pagar el tratamiento 2. No se aceptan pacientes psiquiátricos 3. No se aceptan adictos a otras drogas	Edad: No hay dato Género: No hay dato Nivel S. E: No hay dato Horario de atención: No hay dato Número de cigarros consumidos: No hay dato
Hospital Los Ángeles del Pedregal, Clínica Antitabaco	Abierta: Sí Pacientes x gpo: Se da terapia individual No. Sesiones:	1. Deseos de dejar de fumar 2. Tener los recursos económicos para pagar el tratamiento	Edad: No hay dato Género: No hay dato Nivel S. E: No hay dato Horario de atención: No hay dato

	7-10 Duración(min): 30-60 Periodicidad de las sesiones (x semana): 1 No. De pacientes atendidos x mes: No hay dato Total de pacientes atendidos: No hay dato		Número de cigarros consumidos: No hay dato
--	---	--	--

La tabla 1.1 se realizó con los datos aportados por CONADIC, 2003, pp.59-88; Unzueta, Granados, 2002, pp.85-104; Universidad Nacional Autónoma de México, Centros de Integración Juvenil, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias ,www.insp.mx/tabaco/informe/parteVIII.pdf .

1.22 Tratamiento

A continuación se hará la revisión de las variables del Tratamiento que son: *enfoque psicológico, modalidad de la terapia, técnicas o estrategias psicológicas utilizadas (preparación, abandono y mantenimiento) y tipo de tratamiento farmacológico*. Comencemos revisando los tipos de enfoques terapéuticos y modalidades de terapia que emplea cada una de las clínicas para dejar de fumar y que se muestran en la siguiente tabla:

TABLA 1.2. Variables Enfoque Terapéutico y Modalidad de Terapia

CLÍNICA	ENFOQUE	MODALIDAD DE TERAPIA
Centros de Integración Juvenil, A.C/Unidad Nezahualcoyotl	Terapia Racional Emotiva Cognitivo-Conductual	Grupal Individual Familiar
Hospital General de México	Cognitivo-conductual Gestalt Programación Neurolingüística	Grupal e Individual
Instituto Nacional De Cancerología (INCAN)	Cognitivo-Conductual	Grupal, Individual y Familiar.
Instituto Nacional de	Modelo: Terapia	Grupal e Individual

Enfermedades Respiratorias (INER)	Racional Emotiva Técnicas: Cognitivo- conductuales	
Instituto Politécnico Nacional (IPN)	La Hipnosis Ericksoniana tiene sus bases epistemológicas en: a) Teoría psicoanalítica b) Teoría General de Sistemas c) Constructivismo d) Constructivismo Social e) Teoría de la Comunicación Humana. -También se utilizan técnicas Cognitivo-Conductuales.	Grupal e Individual
Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Medicina	Se utiliza la Terapia Cognitivo-Conductual y el programa se basa en la Terapia Racional Emotiva	Grupal e Individual
Centro Médico Siglo XXI (IMSS), Hospital de Cardiología, Servicio de Inhaloterapia, Clínica de Atención al Fumador	Cognitivo- Conductual	Dato conocido: Grupal
La Jurisdicción Sanitaria y el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, Clínica de Enfermedades del Aparato Respiratorio, Clínica Antitabaquismo	Plan de 5 días de la Iglesia Adventista del Séptimo Día	Dato conocido: Grupal
Revista Libera-ddictus (consultorio para dejar de fumar)	Acupuntura, Medicina China, Medicina Naturista, Terapia	Datos conocidos: Individual y Familiar

	Cognitivo- Conductual, Gestalt, Terapia Racional Emotiva.	
Hospital Inglés ABC American British Cowdray Clínica Libérate del Tabaco	Cognitivo- Conductual	Grupal e Individual
Centro de Tratamiento contra el Tabaco “Al Fin Libre”	No hay dato	Grupal e Individual
Médica Sur, Clínica contra el Tabaquismo, Rehabilitación Integral del Fumador	Cognitivo- Conductual	Grupal e Individual
Hospital Los Ángeles del Pedregal, Clínica Antitabaco	Conductual	Individual

Los datos de esta tabla 1.2 se tomaron de: CONADIC, 2003, pp.61-91; Unzueta, Granados, 2002, pp.85-104; Universidad Nacional Autónoma de México, Centros de Integración Juvenil, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias www.insp.mx/tabaco/informe/parteVIII.pdf.

A continuación se hará una revisión y análisis de las estrategias psicológicas empleadas en las clínicas:

Tabla 1.3 .Variable técnicas o estrategias psicológicas utilizadas

CLÍNICA	TÉCNICAS O ESTRATEGIAS
Centros de Integración Juvenil , A.C/Unidad Nezahualcoyotl	<ul style="list-style-type: none"> -Contrato terapéutico (antes de iniciar el tratamiento).<i>Técnica: contrato de contingencias.</i> -Aprendizaje de determinantes que condicionan la adicción. <i>Técnica: Psicoeducativa</i> -Análisis de los determinantes que condicionan su conducta de fumar, sus motivos de inicio, su “carrera” de fumadores y en detalle sus motivos de mantenimiento. <i>Técnica: Psicoeducativa</i> -Conocer y aprender las estrategias para permanecer en abstinencia. <i>Técnica: Pautas de conducta para los primeros días sin fumar (tips).</i> -Se da la indicación de abstinencia. <i>Técnica: Interrupción abrupta del consumo de cigarrillos.</i>

	<p>-Identificar las alteraciones que el tabaco ocasiona en el organismo. <i>Técnica: Psicoeducativa.</i></p> <p>-Proporcionar al paciente ex fumador de manera objetiva, las bases científicas de los beneficios de dejar de fumar. <i>Técnica: Psicoeducativa y técnica de relajación.</i></p> <p>-Desarrollar habilidades para el manejo de la técnica de relajación muscular. <i>Técnica: relajación muscular.</i></p> <p>-Identificar las principales estrategias publicitarias que utiliza la industria tabacalera para hacer llegar sus mensajes a la población, y como influyen en el proceso de inicio, mantenimiento y recaída. <i>Técnica: Psicoeducativa.</i></p> <p>-Introducir al ex fumador a un nuevo estilo de vida utilizando el conocimiento de los cambios metabólicos asociados al consumo de nicotina y a su abstinencia. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Identificar los principales factores de riesgo para reincidir en el tabaquismo. Reconfirmar como enfrentar de manera adecuada y asertiva tales situaciones. <i>Técnica: Psicoeducativa.</i></p>
<p>Hospital General de México</p>	<p>-Se presentan los procesos de aprendizaje y se explica el autoregistro línea base (dinámica grupal, plática y taller) <i>Técnica: Psicoeducativa y autoregistro.</i></p> <p>-Técnicas de asertividad y motivación, procesos de aprendizaje, modificación de conducta y tipos de pensamiento (Taller). <i>Técnicas: Afrontamiento asertivo, Técnicas para incrementar la motivación?, Psicoeducativa, modificación de conducta Reestructuración cognoscitiva.</i></p> <p>-Considerar daños a la salud, técnicas de asertividad y motivación, tipos de dependencia, establecer contrato de abandono, realización de carta de despedida, explicación de autoregistro de seguimiento (Dinámica Grupal, plática y taller). <i>Técnicas: Psicoeducativa, afrontamiento asertivo, Técnicas para</i></p>

	<p><i>incrementar motivación, contrato de contingencias, Técnica gestalt (carta de despedida), autoregistro.</i></p> <p>-Lectura de carta de despedida al cigarro, al aquí y ahora, síndrome de abstinencia y técnicas de relajación con imaginiería (dinámica grupal y plática).<i>Técnicas: Gestalt (carta de despedida), Psicoeducativa, técnica de relajación con imaginiería.</i></p> <p>-Asertividad, sobre tipos de enfermedades y calidad de vida (plática y dinámica grupal).<i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Efectuar registro de seguimiento, estomatología, nutrición y técnica de visualización (plática).<i>Técnicas: Autoregistro, Psicoeducativa, Técnica de Visualización.</i></p> <p>-Registrar seguimiento, aplicar técnica de afrontamiento al estrés, preparar cierre de grupo (dinámica grupal).<i>Técnicas: Autoregistro, Técnica de afrontamiento al estrés</i></p> <p>-Establecer contrato de seguimiento. <i>Técnica: Contratos de contingencias.</i></p>
<p>Instituto Nacional De Cancerología (INCAN)</p>	<p>-Explicación del auto registro diario del consumo de cigarrillos. <i>Técnica: Autoregistro.</i></p> <p>- Revisar el auto registro diario. Se imparte plática educativa acerca de lo que son las adicciones, específicamente en nicotina, además de manejar información epidemiológica sobre la pandemia del tabaquismo en México. Entrega de auto registro diario (dinámica grupal) <i>Técnicas: Auto registro, Psicoeducativa.</i></p> <p>-Aplicar el cuestionario de motivos de mantenimiento de Rusell, dinámica grupal, mediante la identificación y reconocimiento de cada uno de los integrantes acerca de los resultados que obtuvieron en el cuestionario. Aviso de abstinencia y ritual de despedida por medio de carta y/o duelo de separación del cigarro (taller). <i>Técnicas: Psicoeducativa a partir de cuestionario de Rusell, Interrupción abrupta del consumo</i></p>

	<p><i>de cigarrillos, Técnica Gestalt (ritual de despedida).</i></p> <p>-Realizar descripción vivencial del ritual de despedida del cigarro por cada uno de los integrantes del grupo. Información sobre las etapas del duelo como un proceso transicional de cambio ante el retiro emocional del vínculo con el tabaco (dinámica grupal). Técnicas: <i>Gestalt (ritual de despedida), Psicoeducativa.</i></p> <p>-Informar sobre evidencias clínicas y epidemiológicas de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Brindar plática informativa sobre la anatomía y fisiología del aparato respiratorio, enseñanza-aprendizaje de una serie de ejercicios respiratorios, a fin de continuar con el proceso de reflexión que reafirma la decisión de mantenerse sin fumar. <i>Técnicas: Psicoeducativa, Relajación (rehabilitación respiratoria).</i></p> <p>-Realizar dinámica grupal mediante el aprendizaje de relajación muscular y fantasía dirigida, como técnicas introspectivas del proceso para desarrollar habilidades para continuar en abstinencia. <i>Técnicas: Relajación muscular, técnica de relajación (fantasía dirigida).</i></p> <p>-Informar acerca de los cambios metabólicos asociados al consumo de nicotina y su abstinencia. Se dan bases para el planteamiento de un régimen nutricional (dinámica grupal). <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Informar sobre la publicidad como factor de riesgo potencial en el inicio, mantenimiento y recaída del consumo de tabaco. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Dinámica grupal lúdica: lucidez mental, gallina ciega y/o balanza motivacional (Taller que permite adquirir destrezas psicosociales que permitan a las personas transformar sus conocimientos, actitudes y valores en habilidades que les faciliten comportarse en forma saludable, siempre y cuando deseen y tengan la oportunidad de hacerlo). <i>Técnica: ¿?</i></p>
--	---

	<p>-Información sobre el aparato psíquico, (instancias psíquicas), una técnica de introspección para que el paciente aprenda a detectar e identificar los mecanismos inconscientes que lo pueden inducir a volver a fumar, con el fin de fortalecer el proceso de cambio en su decisión de mantenerse sin fumar y mejorar su calidad de vida. Técnica: <i>Psicoeducativa</i></p>
<p>Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)</p>	<p>-Establecer autoregistro, contrato terapéutico. Técnicas: <i>Autoregistro, contrato de contingencias.</i></p> <p>-Autoregistro línea base, aplicar cuestionario de Rusell, aviso de abstinencia. Hacer recomendaciones para lograr la abstinencia. Técnicas: <i>Autoregistro, Psicoeducativa a través del cuestionario de Rusell, interrupción abrupta del consumo, pautas de conducta para los primeros días sin fumar (tips).</i></p> <p>-Realizar ejercicio de relajación muscular. Técnica: <i>Técnica de relajación (visualización a través de una cinta.)</i></p> <p>-Impatir plática de daños a la salud. Técnica: <i>Psicoeducativa</i></p> <p>-Plática y ejercicios de rehabilitación. Técnicas: <i>Psicoeducativa y Entrenamiento en relajación (rehabilitación respiratoria)?.</i></p> <p>-Plática de publicidad. Técnica: <i>Psicoeducativa.</i></p> <p>-Plática y ejercicio sobre cambios metabólicos. Técnica: <i>Psicoeducativa</i></p> <p>-Plática sobre prevención de recaídas. Técnicas: <i>Psicoeducativa</i></p>
<p>Instituto Politécnico Nacional (IPN)</p>	<p>- Se explorará el conocimiento del paciente acerca de su adicción, de ser necesario se le instruirá en el tema, proporcionándole información sobre las propiedades del componente de su adicción y las consecuencias sobre su salud, inclusive se le proporcionará material por escrito (información, mitos, etc).Técnica: <i>Psicoeducativa,</i></p> <p>-Familiograma: Antecedentes de adicciones en la familia. Técnica: <i>Psicoeducativa.</i></p>

	<p>-Concientizar: ¿Qué es lo que precisamente ahora hace para pedir ayuda?¿Con quién estaría comprometido en el proceso de recuperación además de consigo mismo?</p> <p>Técnica: <i>Contrato</i></p> <p>- Se analizará con los pacientes las ventajas (ganancias secundarias) y desventajas de fumar. Técnica: <i>reestructuración cognoscitiva</i></p> <p>- Se les dice que en el transcurso de las 10 sesiones irán dejando de fumar cada uno a su propio ritmo y estilo, sin sufrimiento</p> <p>- Conceptos: mente inconsciente y realidad interior. Técnica: <i>Psicoeducativa</i></p> <p>-Se lee y se firma el contrato terapéutico. Técnica: <i>Contrato de contingencias.</i></p> <p>-Técnica “<i>Realidad interior del hábito</i>”</p> <p>-Autoregistro de cigarrillos fumados y deseados pero no fumados, autoobservándose (de la sesión 1-9) Técnica: <i>Autoregistros.</i></p> <p>-Análisis funcional de la conducta de fumar teniendo en cuenta el autoregistro y los sentimientos y emociones que van apareciendo.(de la sesión 2 a la 10) Técnica: <i>Autoregistro</i></p> <p>-Se aplica el cuestionario sobre motivos de fumar y se reflexiona sobre el mismo. Técnica: <i>Psicoeducativa a través del cuestionario de Rusell</i></p> <p>-Se proporciona la hoja de “familias de sentimientos” para su conocimiento y reflexión</p> <p>-Metáfora del cuento de las emociones</p> <p>-Técnica: <i>Las partes del conflicto.</i></p> <p>-Técnica: <i>La meta de los cigarrillos.</i></p> <p>- Se dan algunos datos médicos sobre los beneficios de dejar de fumar para aumentar el interés del paciente en los efectos positivos si deja de fumar. Técnica: <i>Psicoeducativa</i></p> <p>-Técnica: <i>La fuerza de tus recursos internos.</i></p> <p>-Técnica “<i>Desarmando el automático</i>”.</p> <p>-Se van verificando los posibles desplazamientos del síntoma y los sueños a partir de la sesión 4.</p>
--	---

	<p>-Técnica: <i>“Dejando el cigarro por paquetes”</i></p> <p>-Recomendaciones para mantenerse sin fumar. <i>Técnica: Pautas de conducta para los primeros días sin fumar (tips).</i></p> <p>-Técnica: <i>“Renegociando con el placer”</i></p> <p>-Se indica como tarea a partir de la sexta sesión que además de registrar los cigarrillos fumados y los no fumados pero deseados auto observándose, se disfrute el placer de sostenerse en dejar de fumar. <i>Técnicas: Autoregistro</i></p> <p>-Técnica: <i>“Escala para control del deseo de fumar”</i></p> <p>- Se indica como tarea a partir de la séptima sesión que además de registrar los cigarrillos fumados y los no fumados pero deseados auto observándose y disfrutar el placer de sostenerse en dejar de fumar, se controle el deseo de fumar. <i>Técnica: Autoregistro</i></p> <p>- Se da plática sobre <i>“Nutrición y cambios metabólicos en el proceso de dejar de fumar”</i> <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Técnica: <i>“La fuerza de voluntad”</i>.</p> <p>-Técnica: <i>“Para evitar subir de peso”</i>.</p> <p>-Metáfora: El caballo y el jinete.</p> <p>- Se refuerza positivamente a los que ya dejaron de fumar. <i>Técnica: Reforzamiento positivo.</i></p> <p>-Se indica como tarea a partir de la octava sesión que además de registrar los cigarrillos fumados y los no fumados pero deseados auto observándose, disfrutar el placer de sostenerse en dejar de fumar y controlar el deseo de fumar, se debe aplicar el autoregistro de la fuerza de voluntad. <i>Técnica: Autoregistro</i></p> <p>-Técnica: <i>“La recaída”</i></p> <p>-Técnica: <i>“La despedida del cigarro”</i>.</p> <p>-Una vez que el paciente ha conseguido dejar de fumar y se ha concluido con lo indispensable, se firma un convenio con el paciente para que ante cualquier amenaza de recaída se ponga en contacto con los profesionales de la clínica y se le pueda apoyar con dicha situación. <i>Técnica:</i></p>
--	--

	<p><i>contrato de contingencias.</i></p> <p>-MANEJO DEL ESTRÉS</p> <p>-En cada una de las sesiones se utiliza el instrumento: “Diario de a bordo”(IMHECM) (autoregistro de horario, lugar, situaciones estresantes, emociones, pensamientos, grado de malestar y resolución de las mismas). Técnica: <i>Autoregistro</i></p> <p>- Se brinda información médica de lo que es el estrés, formas de afrontamiento, evitación, cooperación y negociación que apoya el bienestar, así como mitos y fantasías, conocimiento del lenguaje corporal y de la propia personalidad para control y manejo del estrés. Técnicas: <i>Psicoeducativa.</i></p> <p>-En cada sesión se aplican técnicas hipnóticas de relajación terapéutica, de trastornos psicósomáticos y de control de estrés con auto hipnosis.</p>
<p>Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Medicina</p>	<p>- Que el paciente tenga conceptos básicos relacionados con la adicción al tabaquismo (mecanismos de la adicción). <i>Técnica: Psicoeducativa.</i></p> <p>-Comprometer al paciente ante el mismo, ante el grupo y ante el terapeuta, a hacer su mejor esfuerzo para dejar de fumar, seguir la indicaciones y asistir a las sesiones. <i>Técnica: Contrato de contingencias</i></p> <p>-Hojas de autoregistro diario del número de cigarrillos consumidos <i>Técnica: Autorregistro.</i></p> <p>- Analizar el llenado de los autoregistros junto con el paciente, evaluando la cantidad real de cigarrillos, los motivos, sentimientos y actividades relacionadas con su adicción. <i>Técnica: Autorregistro</i></p> <p>- Informar al paciente sobre el mecanismo de acción de la terapia farmacológica elegida, sus contraindicaciones y efectos colaterales. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Informar al paciente de la fecha para dejar de fumar, indicar las ventajas de la cesación abrupta e invitarlo a realizar una carta de</p>

	<p>despedida. <i>Técnicas: cesación abrupta del consumo de cigarrillos, psicoeducativa, técnica gestalt (carta de despedida)</i></p> <p>-Orientar al paciente sobre el proceso de desintoxicación que se presenta al dejar de fumar y analizar a profundidad los signos y síntomas del síndrome de abstinencia que se presenta en su organismo al suspender súbitamente el consumo de tabaco. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>- Que el paciente comparta con el grupo las ceremonias practicadas como despedida del cigarro, así como lo que significo esta adicción como parte integral de su vida. <i>Técnica: técnica gestalt (ritual de despedida).</i></p> <p>-Que los pacientes aprendan la importancia de la relajación progresiva como una herramienta para el manejo del estrés y/o ansiedad que le produce dejar de fumar (cassette de relajación). <i>Técnica: Entrenamiento en relajación?</i></p> <p>- Reforzar la información sobre el síndrome de abstinencia, describiendo las características y duración de cada uno de los síntomas. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Dar a conocer al paciente los principales daños que ocasiona el humo del tabaco en el aparato respiratorio y sus implicaciones económicas, familiares y sociales. <i>Técnica: Psicoeducativa.</i></p> <p>- Sensibilizar al paciente sobre los beneficios que se presentan después de haber cumplido una semana sin fumar. <i>Técnica: Reforzamiento positivo.</i></p> <p>-Motivar al paciente a mantenerse en abstinencia destacando el esfuerzo y compromiso adquirido por alcanzar con éxito la meta propuesta. <i>Técnica: Reforzamiento positivo</i></p> <p>-Analizar las posibilidades de que presente una recaída y lo que implicaría en estos momentos del proceso. <i>Técnica: ¿?</i></p> <p>-Invitar al paciente que realice los ejercicios respiratorios de rehabilitación para fortalecer su capacidad pulmonar.</p> <p>-Informar al paciente de las características y</p>
--	---

	<p>la importancia que tiene la alimentación balanceada, proporcionándole diferentes listas de alimentos que le permitan enriquecer en cantidad y calidad su alimentación. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Explicar al paciente las razones del incremento de peso que se presenta después de la cesación del tabaquismo. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Enseñar al paciente a reconocer los alimentos más apropiados para la etapa en la que se encuentra. <i>Técnica: Psicoeducativa.</i></p> <p>-Concientizar al paciente de que toda su alimentación debe adecuarse a su estatura, edad, actividad física <i>Técnica: Psicoeducativa.</i></p> <p>-Informar al paciente sobre los riesgos que representa el tabaquismo en el aparato cardiovascular, así como los principales factores de protección. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Motivar al paciente a continuar en abstinencia valorando los beneficios que ha adquirido en las cuatro semanas sin fumar. <i>Técnica: Reforzamiento positivo</i></p> <p>-Analizar junto con el paciente el Plan de Prevención de Recaídas, diseñado para enfrentar y manejar los posibles factores de riesgo. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Enseñar al paciente a reconocer sus pensamientos, sentimientos, y conductas disfuncionales que actúan en el proceso de una recaída. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Concienciar al paciente sobre lo que significa una recaída y sensibilizarlo de la importancia del hecho de recaer <i>Técnica: ¿?</i></p> <p>-Proporcionar la información necesaria para que el paciente identifique de manera individual las señales de alarma que existen en las fases del proceso de una recaída. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Plan de emergencia ante una recaída. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Analizar el Manual de Prevención de Recaídas y aclarar todas aquellas dudas del paciente sobre el manejo de una recaída.</p>
--	---

	<p>Técnica: <i>Psicoeducativa</i></p> <p>-Motivar y comprometer a cada participante a continuar con su seguimiento terapéutico de un año. <i>Técnica: Reforzamiento positivo y contrato</i></p> <p>-Constancias. <i>Técnica: Reforzamiento positivo.</i></p> <p>-Evaluar el estado de abstinencia del paciente y discutir cuáles han sido las principales situaciones de riesgo a las que se han enfrentado, así como las habilidades desplegadas para enfrentarlas. <i>Técnica: evaluación y retroalimentación.</i></p> <p>-Guiar al paciente a través de “Técnicas de imaginación de escenarios” para ayudarlo a encontrar las herramientas más adecuadas para la prevención de recaídas. <i>Ensayo in vitro en la imaginación</i></p> <p>-Motivar al paciente para que reflexione sobre las emociones o sentimientos, tanto agradables como desagradables, que anteriormente lo han llevado a volver a fumar.</p> <p>-Que el paciente, ya consciente de estas emociones, elabore un símbolo que represente su “alto afectivo”, una señal para detener estos sentimientos. <i>Técnica: Gestalt</i></p> <p>-Que el paciente elabore manualmente su “alto afectivo”. <i>Técnica: Gestalt</i></p> <p>-Que el paciente coordine la realización de una pequeña sesión práctica en la que todo el grupo muestra su “alto afectivo”, y analicen las situaciones en qué éste se utilizará. <i>Técnica: Gestalt</i></p> <p>-Analizar las creencias disfuncionales de cada paciente con respecto al consumo de tabaco. <i>Técnica: Reestructuración cognitiva.</i></p>
<p>Centro Médico Siglo XXI (IMSS), Hospital de Cardiología, Servicio de Inhaloerapia, Clínica de Atención al Fumador</p>	<p>-Autoregistros de número de cigarros al día y reflexión de por que lo hacen. <i>Técnica: Autoregistros.</i></p> <p>-Información general de tabaquismo. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Motivos psicológicos. <i>Técnica: Psicoeducativa.</i></p> <p>-Técnicas de relajación (Jacobson, Eriksonianas y cassettes)</p>

	<p>-Aumentar el autocontrol. <i>Técnica: Autocontrol?</i></p> <p>-Sugerencias (ventajas de dejar de fumar). <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Se les da un diploma al final del tratamiento. <i>Técnica: Reforzamiento positivo</i></p> <p>-Técnicas conductuales y cognoscitivas ¿?</p>
<p>La Jurisdicción Sanitaria y el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, Clínica de Enfermedades del Aparato Respiratorio, Clínica Antitabaquismo</p>	<p>-Plan de 5 Días de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Los temas son:</p> <p>1) Definición de tabaquismo. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>2) Motivaciones para fumar y motivaciones para dejar de fumar y técnica de relajamiento. <i>Técnica: Técnica de relajación ?,reestructuración cognitiva?.</i></p> <p>3) Daños a la salud (películas). <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>4) Plan de cinco días para dejar de fumar y se repite la técnica de relajación. <i>Técnicas: Psicoeducación, técnicas motivacionales, Técnica de relajación, Recomendaciones para relajarse.</i></p> <p>5) Averiguar resultados, el psicólogo da una plática sobre la fuerza de voluntad. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>6) Evaluación de cuántos dejaron de fumar y constancia de participación. <i>Técnica: Reforzamiento positivo.</i></p>
<p>Revista Libera-ddictus(consultorio para dejar de fumar)</p>	<p>-Información. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Elementos de la loboterapia (terapia por electrodos en el cerebro)</p> <p>No hay información sobre las técnicas de los enfoques que manejan.</p>
<p>Centro de Tratamiento contra el Tabaco “Al Fin Libre”</p>	<p>-Información. <i>Técnica: Psicoeducativa</i></p> <p>-Que el fumador deje el cigarro en el cenicero.</p> <p>-Que enfrente la frustración de los cigarros</p> <p>-Romper con las asociaciones psicológicas</p> <p>-Técnicas de relajación</p> <p>-Técnicas especializadas para infiltrarse a nivel subconsciente, a través de mensajes subliminales logrando reprogramar la información existente.</p> <p>-Fortalecer la autovalía</p>

Hospital Inglés ABC American British Cowdray Clínica Libérate del Tabaco	-Información médica y de la dependencia psicológica, médica y farmacológica. <i>Técnica: Psicoeducativa</i> -Consejos Técnica: <i>Pautas de conducta para los primeros días sin fumar(tips)</i> -Autoregistros
Médica Sur, Clínica contra el Tabaquismo, Rehabilitación Integral del Fumador	-Información sobre tabaquismo (definición de acuerdo a la OMS, síntomas, consecuencias, daños a la salud, y en cuanto a la mujer y el embarazo). <i>Técnica: Psicoeducativa</i> No hay información sobre las técnicas del enfoque que manejan
Hospital Los Ángeles del Pedregal, Clínica Antitabaco	-Información médica general. <i>Técnica: Psicoeducativa</i> -Autoregistros -Recomendaciones que se dan a lo largo de las sesiones: tomar agua, cuando sientan deseos por fumar masticar una raja de canela, comer dulces sin azúcar, etc. <i>Técnica: Tips o Pautas de conducta para los primeros días sin fumar.</i>

Los datos contenidos en la tabla 1.3, se obtuvieron de los siguientes documentos: CONADIC pp. 61-95 y Unzueta, Granados pp.86-104.

Tabla 1.4. Variable Tipo de Tratamiento Farmacológico

CLÍNICA	PARCHES	CHICLES	INHALADOR	BUPROPION	ANFEBUTAMONA
Centros de Integración Juvenil A.C/Unidad Nezahualcoyotl	X	X		X	
Hospital General de México	X	X	X	X	
Instituto Nacional De Cancerología (INCAN)	X	X	X	X	X

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)	X	X	X	X	
Instituto Politécnico Nacional (IPN)	X	X			
Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Medicina	X	X	X	X	
Centro Médico Siglo XXI (IMSS), Hospital de Cardiología, Servicio de Inhaloterapia, Clínica de Atención al Fumador	X	X		X	
La Jurisdicción Sanitaria y el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, Clínica de Enfermedades del Aparato Respiratorio, Clínica Antitabaquismo	X			X	
Revista Libera-dictus(consultorio para dejar de fumar)					
Hospital Inglés ABC American British Cowdray Clínica Libérate del Tabaco	X	X		X	
Centro de Tratamiento contra el Tabaco “Al Fin Libre”					

Médica Sur, Clínica contra el Tabaquismo, Rehabilitación Integral del Fumador	X			X	
Hospital Los Ángeles del Pedregal, Clínica Antitabaco	X			X	

Los datos contenidos en la tabla 1.4 se obtuvieron de los siguientes documentos: CONADIC, 2003 pp. 62-96 y Unzueta, Granados, 2002, pp.86-104.

CRITERIOS PARA LA UTILIZACIÓN DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA

Centros de Integración Juvenil , A.C/Unidad Nezahualcoyotl

A los pacientes que presentan una dependencia alta de acuerdo a la puntuación obtenida en el cuestionario de Fagerström, y a quienes el médico estime necesario, se les prescribe TRN: chicle o parche transdérmico de nicotina. El uso de estos medicamentos debe iniciarse el mismo día en que se deja de fumar en la dosis prescrita por el médico. Esta última se va disminuyendo de manera gradual conforme avanza el tratamiento. El tratamiento farmacológico no debe superar los tres meses. Asimismo, a los pacientes que presentan una dependencia muy alta, se les prescribe adicionalmente el uso del bupropión para desaparecer o disminuir los síntomas de la abstinencia. Se recomienda iniciar el tratamiento con este antidepresivo cuando el paciente aún continúa fumando, con una dosis inicial de 150 mg dos veces al día, con un intervalo de por lo menos ocho horas entre dosis sucesivas, sin exceder los 300 mg diarios. Es importante mantener esta medicación por un período no menor a siete semanas (Universidad Nacional Autónoma de México, Centros de Integración Juvenil, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias www.insp.mx/tabaco/informe/parteVIII.pdf).

Hospital General de México

“La TRN se recomienda a las personas con nivel de dependencia física según lo obtenido en el cuestionario de Fargestrom (superior a 8).En la entrevista clínica y la auto observación realizada por medio del auto registro se controla al paciente la forma de aplicación así como la dosis adecuada para cada sujeto;

por lo regular se utiliza la goma de mascar o el parche” (CONADIC,2003 p.66).

Instituto Nacional de Cancerología (INCAN)

El tratamiento farmacológico se emplea en aquellos pacientes que después de haber sido valorados mediante historia clínica médica y psicológica, presentan un grado de dependencia física importante ya que en estos es más frecuente que se desarrolle el síndrome de abstinencia (CONADIC,2003).

Se utiliza la goma de mascar que contiene 2 mg de nicotina, para que el fumador, cuando sienta el deseo de fumar, la mastique lentamente hasta que perciba un sabor picante en la boca, entonces lo guardará entre la encía y el carrillo, para volver a masticarlo, cuando sienta de nuevo la necesidad de fumar. No se deberá masticar más de un chicle por hora.(CONADIC,2003, p.72).

El parche transdérmico se presenta en dosis de 7, 14 y 21 mg. La dosis a utilizar se calcula según el número de cigarrillos fumados; el parche se cambia cada 24 hrs, usualmente se coloca después de bañarse, en dorso, los muslos, según sea la preferencia del paciente. Se retira al siguiente día antes de bañarse el paciente. En la fecha reciente han aparecido en el mercado, parches de 5, 10 y 15 mg que se usan durante el día, para retirarse por la noche antes de dormir (CONADIC,2003, p.72).

Los parches son seguros y fácil de utilizar. Algunos efectos secundarios que se llegan a observar, son reacciones dérmicas (enrojecimiento, prurito intenso), por los cuales se llega a suspender el uso del parche y cambia la vía de administración de la terapia de reemplazo de nicotina.

El inhalador de nicotina, se presenta en cartuchos de 10 mg. El paciente utiliza el inhalador bucal cuando siente deseos de fumar. Es útil, sin embargo, al igual que con los parches, los pacientes los utilizan por menos tiempo que el indicado ya que su costo limita su uso (CONADIC,2003, pag.72).

Solo a algunos pacientes se les recomienda el Wellbutrin, de acuerdo a su nivel de adicción y si están en quimioterapia no se recomienda (Unzueta, Granados, 2002).

La anfebutamona “se indica en pacientes con historia de depresión, además de la adicción al tabaco” (CONADIC; 2003,p. 22).

”En algunos pacientes con ansiedad importante se prescriben ansiolíticos”(CONADIC; 2003,p. 22).

Es necesario destacar que en los pacientes con adicción muy severa se utiliza la TRN por más de una vía de administración. También se ha tratado a este tipo de pacientes con combinaciones de tratamiento farmacológico (TRN y antidepresivos)(CONADIC,2003).

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)

Las instrucciones para la TRN son, de acuerdo con (CONADIC; 2003, p.77):

-Utilizarla al suspender en forma total el suministro de nicotina por uso de cigarrros, pipa, tabaco masticado, etc.

-Se recomienda a todos los fumadores que desean dejar de fumar.

Para el Bupropion LP las indicaciones son las siguientes, de acuerdo con CONADIC, 2003, p. 77:

-Se utiliza con fumadores de más de 20 cigarrillos al día.

-Utilizar una tableta al día (150mg) durante tres días, por la mañana.

-Utilizar dos tabletas al día durante 60 días, una a las 8:00 y otra a las 14:00 o a las 16:00 hrs (Se recomienda utilizar la dosis al medio día o al iniciar la tarde debido a que su principal reacción secundaria es el insomnio).

Instituto Politécnico Nacional (IPN)

El tratamiento farmacológico es TRN con chicles y parches, según el grado de dependencia física (CONADIC,2002).

Actualmente se está implementando el método de homeopatía, utilizando la TRN (chicles y parches) en dosis homeopáticas (Unzueta, Granados, 2002).

Solo a algunos pacientes se les recomienda el bupropion (Unzueta, Granados, 2002).

Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Medicina.

El tratamiento farmacológico se prescribe, en caso de ser necesario, de manera paralela al tratamiento psicológico para atender la dependencia física a la nicotina. Para asignar la mejor terapia farmacológica a los pacientes que la requieren, se realiza una reunión con el coordinador, el psicólogo y el médico, en la que se analizan la entrevista inicial del paciente y sus autoregistros de la primera semana de tratamiento psicológico (Universidad Nacional Autónoma de México, Centros de Integración Juvenil, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias www.insp.mx/tabaco/informe/parteVIII.pdf).

La asignación de la dosis de los medicamentos de reemplazo con nicotina depende de las siguientes variables, de acuerdo con (Universidad Nacional Autónoma de México, Centros de Integración Juvenil, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias www.insp.mx/tabaco/informe/parteVIII.pdf):

- Edad (en menores de 20 años no se utiliza bupropión),
- dependencia física a la nicotina de acuerdo con la prueba de Fagerström,
- número de cigarrillos consumidos al día,
- forma de consumo de tabaco,
- antecedentes de utilización de TRN,
- antecedentes de utilización de bupropión,
- utilización de medicamentos como ansiolíticos, tranquilizantes mayores y antidepresivos,
- presencia de hipertensión arterial y cardiopatías y
- apego del paciente al tratamiento.

Es frecuente la utilización de tratamientos farmacológicos combinados de acuerdo con las características del paciente (CONADIC, 2003).

Tabla 1.4.1 Generalidades en la utilización de los tratamientos Farmacológicos de la Clínica de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Medicamento	Dosis	Indicaciones
Chicle de Nicotina 2mg	2 a 3 tabletas por día durante 7 semanas	Mastique muy lentamente, hasta lograr una masa aplanada que deberá colocarse entre la mucosa de la encía y el

		<p>carrillo hasta que ya no perciba el sabor de la goma de mascar, aproximadamente cada 15 min vuelva a masticar lentamente y coloque de nuevo el chicle, de preferencia en el carrillo contrario.</p> <p>No consuma alimentos o beba café o refrescos antes de utilizar la goma de mascar por que se modifica la absorción de la nicotina.</p>
<p>Inhalador de Nicotina 10/5 mg disponibles</p>	<p>2 cartuchos por día durante siete semanas</p>	<p>Inhale lentamente 2 o 3 pequeños volúmenes de aire a través del cartucho y mantenga el aire resultante en contacto con la mucosa de la cavidad bucal, o bien haga una inhalación profunda. Podrá percibir un ligero sabor a menta y los efectos de la nicotina. Cuando ya no perciba esa sensación, cambie de cartucho.</p> <p>El inhalador de nicotina puede utilizarse en fumadores leves y moderados.</p>
<p>Parche Transdérmico de Nicotina 15 mg- etapa inicial 10 mg- etapa intermedia</p>	<p>En esta Clínica no se utiliza en general la etapa inicial si no la intermedia durante 3 semanas, posteriormente</p>	<p>Colocar el parche por la mañana después del baño sobre un área del cuerpo seca, sin heridas, limpia y de preferencia</p>

<p>5 mg- etapa final durante 16 hrs</p>	<p>la final durante 2 semanas. Se debe finalizar con inhalador de nicotina durante 2 semanas más, para lograr un total de siete semanas de tratamiento.</p>	<p>libre de vello, como el antebrazo y o la parte externa del biceps. Al retirar el parche antes de dormir, limpiar el área con jabón neutro o aceite para bebé. Al día siguiente colocar el nuevo parche en un área distinta a la del día anterior (la extremidad opuesta).</p>
<p>Wellbutrin (bupropion de liberación prolongada)</p>	<p>2 tabletas diarias de 150 mg = 300 mg por día durante ocho semanas</p>	<p>Tomar una tableta por la mañana y otra por la noche dejando pasar al menos 10 horas entre una y otra. La primera semana del tratamiento el paciente todavía fuma, pero establece su fecha par dejar de fumar a los ocho días después de haber iniciado el tratamiento.</p>

La tabla anterior se obtuvo de CONADIC, 2003, p.96, se omitieron los datos de contraindicaciones ya que no corresponde a una variable.

Centro Médico Siglo XXI (IMSS), Hospital de Cardiología, Servicio de Inhaloterapia, Clínica de Atención al Fumador

La TRN que se utiliza son los parches, chicles y enjuagues. Solo en forma ocasional y en pacientes que son muy resistentes a dejar de fumar se les recomienda el Wellbutrin (Unzueta, Granados, 2002).

La Jurisdicción Sanitaria y el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, Clínica de Enfermedades del Aparato Respiratorio, Clínica Antitabaquismo.

Parche y Wellbutrin

Revista Libera-ddictus (consultorio para dejar de fumar)

Se utiliza la medicina china y medicina naturista (Unzueta, Granados,2002).

Hospital Inglés ABC American British Cowdray Clínica Libérate del Tabaco

“Se utiliza la TRN en todos los pacientes, como son los parches y chicles de nicotina y en algunos pacientes se recomienda el Wellbutrin” (Unzueta, Granados, 2002, p. 93)

Centro de Tratamiento contra el Tabaco “Al Fin Libre”

No se maneja tratamiento farmacológico

Médica Sur, Clínica contra el Tabaquismo, Rehabilitación Integral del Fumador

La TRN que se utiliza son los parches y a veces medicamento como el Wellbutrin (Unzueta, Granados, 2002).

Hospital Los Ángeles del Pedregal, Clínica Antitabaco

Se utiliza el parche Niquitin y a veces Wellbutrin.

1.23 Postratamiento

Por último se revisarán las variables del Postratamiento que son: *efectividad del tratamiento al finalizar, a los 6 meses y al año y técnicas o estrategias para la prevención de recaídas*. En la siguientes tablas se muestran cada una de ellas.

TABLA 1.5. Variable efectividad del tratamiento

Clínicas para dejar de Fumar	Postratamiento	A los 6 meses	Al año
Centros de Integración Juvenil, A.C/Unidad Nezahualcoyotl	43%	No hay dato	43%
Hospital General de México	90%	No hay dato	49-52%
Instituto Nacional De Cancerología (INCAN)	92%	No hay dato	51%
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)	89%	No hay dato	35%
Instituto Politécnico Nacional (IPN)	24%	No hay dato	No hay dato
Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Medicina	89-90%	No hay dato	40%
Centro Médico Siglo XXI (IMSS), Hospital de Cardiología, Servicio de Inhaloterapia, Clínica de Atención al Fumador	80%	No hay dato	No hay dato
La Jurisdicción Sanitaria y el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, Clínica de	60%	No hay dato	No hay dato

Enfermedades del Aparato Respiratorio, Clínica Antitabaquismo			
Revista Libera-ddictus(consultorio para dejar de fumar)	99 y 100%	40 al 60%	No hay dato
Hospital Inglés ABC American British Cowdray Clínica Libérate del Tabaco	90 y 100%	60%	30 y 40%
Centro de Tratamiento contra el Tabaco “Al Fin Libre”	80,90 y 100%	No hay dato	70%
Médica Sur, Clínica contra el Tabaquismo, Rehabilitación Integral del Fumador	98 y 100%	No hay dato	70%
Hospital Los Ángeles del Pedregal, Clínica Antitabaco	100%	No hay dato	

Los datos contenidos en la tabla 1.5 se obtuvieron de CONADIC, 2003, pag.59-88 y Unzueta, Granados, 2002, pag.86-104. En el primer documento se toma como éxito la suspensión total del consumo, y en el último documento no hay ninguna especificación sobre el manejo de este criterio.

Tabla 1.6. Variable métodos de vigilancia del mantenimiento de la abstinencia y estrategias para la prevención de recaídas

Clínicas para dejar de Fumar	S. Telefónico	Cita	Visita por Trabajo Social	Reunión de personas Rehabilitadas
Centros de		X		X

Integración Juvenil ,A.C/Unidad Nezahualcoyotl				
Hospital General de México	X	X		X
Instituto Nacional De Cancerología (INCAN)	X	X		X
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)	X			X
Instituto Politécnico Nacional (IPN)	X			X
Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Medicina	X	X		X
Centro Médico Siglo XXI (IMSS), Hospital de Cardiología, Servicio de Inhaloterapia, Clínica de Atención al Fumador	X	X		
La Jurisdicción Sanitaria y el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, Clínica de Enfermedades del Aparato Respiratorio, Clínica Antitabaquismo				X

Revista Libera- ddictus(consultorio para dejar de fumar)	X			X
Hospital Inglés ABC American British Cowdray Clínica Libérate del Tabaco	X			X
Centro de Tratamiento contra el Tabaco “Al Fin Libre”	X			X
Médica Sur, Clínica contra el Tabaquismo, Rehabilitación Integral del Fumador	X	X		X
Hospital Los Ángeles del Pedregal, Clínica Antitabaco	X			

Los datos contenidos en la tabla 1.6 se obtuvieron de CONADIC, 2003 p.60-89.

Centros de Integración Juvenil , A.C/Unidad Nezahualcoyotl

Acuden a una cita mensual de seguimiento. Durante dichas sesión se indaga sobre el mantenimiento de la abstinencia, en caso de ser necesario se hacen recomendaciones para recuperarla (CONADIC, 2003, p. 62). En total son 12 sesiones (Universidad Nacional Autónoma de México, Centros de Integración Juvenil, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias www.insp.mx/tabaco/informe/parteVIII.pdf).

Hospital General de México

Consejos que se dan al término del tratamiento para prevenir recaídas: Que recuerden los ejercicios que se hicieron dentro de la terapia y los practiquen y

se les dan recomendaciones por escrito de qué actividades hacer, tomar agua, hacer ejercicio, etc (Unzueta, Granados, 2002, p.96).

-Seguimiento a los 8 y 15 días, a los quince días se les da una cita (CONADIC, 2003).

- Existe un grupo de ex fumadores que se reúnen cada trimestre con duración de 2 a 2 horas y media y en donde se reúnen todos los grupos.

-Se hace revisión de casos, se da reforzamiento para mantener la abstinencia, además de retomar las recaídas e integrar al grupo permanente de ex fumadores (CONADIC, 2003, p. 66)

-Se detecta la recaída por el seguimiento telefónico, se le invita al paciente a tomar terapia individual (se le da psicoterapia breve o son 8 sesiones) y la terapia va encaminada a la estructura emocional del paciente y se le hace ver que no es un fracaso sino un proceso de aprendizaje (Unzueta, Granados, 2002, p.96-97).

Instituto Nacional de Cancerología (INCAN)

Consejos que se les dan al término del tratamiento para prevenir recaídas: Se les habla de los factores de riesgo a nivel psicosocial, publicidad, conflictos interpersonales (Unzueta, Granados, 2002, p. 91).

Se realizan reuniones mensuales durante un año en las que los pacientes comentan las habilidades que han desarrollado para mantenerse en abstinencia y los factores de riesgo a los que se han enfrentado de forma exitosa. (CONADIC, 2003).

En este tipo de reuniones, también se dan pláticas sobre temas relacionados con el tabaquismo por diversos especialistas, los temas se sugieren por los mismos ex fumadores, ó se realiza una actividad lúdica con el objetivo de reforzar habilidades saludables (CONADIC, 2003).

También se realiza una reunión anual y se dan citas.

El seguimiento por teléfono es cada 3, 6 y 12 meses (CONADIC; 2003).

Si los pacientes han tenido recaídas se les pregunta por qué y se les invita a volver al Instituto (Unzueta, Granados, 2002).

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)

Consejos que se les dan al término del tratamiento para prevenir recaídas: Abandonar la situación que provoque deseos de fumar (sobremesa, fiestas, etc.), evitar bebidas alcohólicas y/o estimulantes, distracción, retrasar la realización de la conducta inadecuada (fumar), uso de la imaginación guiada, reestructuración cognitiva, autoinstrucción "solo por hoy no fumaré", mantener manos y mente ocupadas y autorecompensa.

El seguimiento telefónico se lleva a cabo a los 2, 3 6 9 y 12 meses, después cada año hasta completar cinco (CONADIC,2003). Aquí se refuerza a los pacientes que no han fumado con una felicitación, y se les recuerda de la reunión mensual. A los pacientes que recayeron se les exhorta a que asistan nuevamente a la clínica a recibir información (Unzueta, Granados,2002) o reincorporarse al tratamiento si ya han cumplido 6 meses o más de haber estado en el mismo.

A los pacientes que hayan concluido en forma exitosa su tratamiento se les pide que estén en contacto continuo con el terapeuta (Unzueta, Granados, 2002), y deberán asistir a las reuniones que se realizan cada tercer miércoles del mes (durante 2 horas) por un plazo forzoso de seis meses (CONADIC,2003). En dichas reuniones los pacientes comentan las habilidades que han desarrollado para mantenerse en abstinencia y los factores de riesgo a los que se han enfrentado de forma exitosa.

Se lleva a cabo una dinámica de retroalimentación (Unzueta, Granados,2003). También se dan pláticas sobre temas relacionados con el tabaquismo por diversos especialistas.

Finalmente se organiza una reunión anual donde se invita a todos los exfumadores que han tomado el tratamiento en la clínica desde su apertura. El objetivo es celebrar la abstinencia (CONADIC,2003) y las fiestas de fin de año. Además se ofrecen reconocimientos a los pacientes que han cumplido 5 años o más sin fumar.

Instituto Politécnico Nacional (IPN)

Consejos que se dan para prevenir recaídas: Es que hagan ejercicio, tomar mucho agua, respiraciones, llamar por teléfono a la clínica (Unzueta, Granados, 2002, p. 95).

Tanto para el control del tabaquismo como para el control del estrés se llama por teléfono a los pacientes dos semanas después y posteriormente cada mes totalizando dos años de seguimiento. Aquí se les recuerda del “Club de ocio Saludable”(mediante el cual también se puede hacer el seguimiento) que se lleva a cabo cada mes con duración de dos horas y en donde se pretende fomentar los hábitos saludables para el óptimo aprovechamiento del tiempo libre (CONADIC,2003).

Después se hace el seguimiento de forma trimestral y semestral (CONADIC; 2003).

Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Medicina

Después de terminar el tratamiento, se les da seguimiento a los pacientes vía telefónica, se dan citas (CONADIC,2003) y asisten mensualmente (en grupo), durante un año, a las reuniones de seguimiento que permiten evaluar el mantenimiento de su abstinencia (Universidad Nacional Autónoma de México, Centros de Integración Juvenil, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias www.insp.mx/tabaco/informe/parteVIII.pdf), además se organiza una reunión anual (CONADIC,2003). En esta etapa es posible detectar a tiempo a aquellos pacientes que, por diversas razones, recaen en el consumo de tabaco.

Para la atención oportuna de las recaídas, en la CCTFM se estableció recientemente, dentro del modelo de tratamiento, un programa para la *atención de recaídas*. Este programa está basado, con algunas modificaciones, en los modelos de prevención de recaídas de Marlat y Gordon y de Gorski y Millar, y consta de cinco sesiones semanales con una duración de 120 minutos cada una. Su objetivo es ofrecer apoyo a los pacientes que vuelven a fumar, antes de que su adicción progrese a los mismos niveles que presentaban cuando iniciaron el tratamiento. Estas sesiones son las siguientes (Universidad Nacional Autónoma de México, centros de Integración Juvenil, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, www.insp.mx/tabaco/informe/parteVIII.pdf):

Sesión 1. “¿Cómo recaí?”

Se analizan junto con el paciente las situaciones que lo llevaron a recaer en el consumo de tabaco: se identifican los pensamientos, las emociones y las conductas involucradas en el proceso.

Sesión 2. “Ansiedad - un factor de riesgo”

Se brinda al paciente información sobre el concepto de ansiedad -sus orígenes, manifestaciones y tratamiento– y las estrategias para controlarla.

Sesión 3. “¿Qué puedo hacer con mi enojo?”

Se orienta al paciente sobre el uso de las técnicas para controlar y manejar el enojo.

Sesión 4. “Cine – análisis”

Se analiza, junto con el paciente, el comportamiento de personajes adictos a diversas drogas (nicotina, anfetaminas, cocaína, heroína) y se identifican las razones por las cuales éstos llegaron a la adicción.

Sesión 5. “Solución de problemas - mantenimiento de la abstinencia”

Se sensibiliza al paciente sobre la importancia de mantener la abstinencia y la trascendencia de aplicar activamente herramientas para solucionar los problemas de su vida cotidiana. En esta etapa del tratamiento también se introducen conceptos del programa de “Habilidades para Vivir - Una propuesta pedagógica para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales”.

Centro Médico Siglo XXI (IMSS), Hospital de Cardiología, Servicio de Inhaloterapia, Clínica de Atención al Fumador

Consejos para prevenir recaídas: Tomar ocho vasos de agua al día, mejorar su estilo para comer, hacer ejercicio (caminar veinte minutos diarios o 4 veces por semana) (Unzueta, Granados, 2002, p. 88).

Al terminar el tratamiento se da un seguimiento vía telefónica para que acudan 3 veces más, después una vez al mes, luego a los 2 meses y finalmente a los 3 meses; ellos son los que hablan después de los tres meses (Unzueta, Granados, 2002, p. 88).

La Jurisdicción Sanitaria y el Comité Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, Clínica de Enfermedades del Aparato Respiratorio, Clínica Antitabaquismo

Consejos para prevenir recaídas: Al término del curso el paciente recibe consejos del médico y trípticos para mantenerse en abstinencia como son: comer frutas y verduras, dieta balanceada, ejercicio, etc.

No se hacen seguimientos, pero se reúnen el 31 de Mayo de cada año y se hace un ambigú.

Revista Libera-ddictus (consultorio para dejar de fumar)

Consejos para prevenir recaídas: La manutención del grupo y las fórmulas herbolarias (Unzueta, Granados, 2002, p. 98).

El seguimiento se hace vía telefónica para invitarlos a las reuniones, que se llevan a cabo cada 3 meses (Unzueta, Granados, 2002).

Hospital Inglés ABC American British Cowdray Clínica Libérate del Tabaco

Consejos al término del tratamiento: Se les indica que deben comer bien, que tomen agua, evitar personas o lugares que le recuerden fumar, hacer ejercicios, etc (Unzueta, Granados, 2002, p. 93).

Al término del tratamiento se hace un seguimiento vía telefónica a lo largo de un mes y se hace una reunión de ex fumadores una vez al mes (Unzueta, Granados, 2002).

Centro de Tratamiento contra el Tabaco “Al Fin Libre”

Programa y consejos para prevenir recaídas: Se diseñó un curso de seguimiento de 4 sesiones, es a los tres meses de haber dejado de fumar, y próximamente se va a abrir el primer grupo de fumadores anónimos, que sería una sesión a la semana y estará abierta a todo el público (Unzueta, Granados, 2002, p. 99). Si el participante ha recaído y así lo desea puede volver a tomar el curso (Unzueta, Granados, 2002).

El seguimiento es vía telefónica a partir de los 3 meses o menos y se hace una reunión anual de ex fumadores a finales de año (Unzueta, Granados, 2002).

Médica Sur, Clínica contra el Tabaquismo, Rehabilitación Integral del Fumador

Consejos para prevenir recaídas: Se les explica los síntomas del síndrome de abstinencia, los ejercicios respiratorios, que recuerden lo visto en terapia y las recomendaciones por escrito (Unzueta, Granados, 2002, p. 103).

Se hace un seguimiento mensual y si recaen se hace una cita para tratar al paciente nuevamente (Unzueta, Granados, 2002).

Las reuniones de ex fumadores se hacen cada mes juntando a todas las personas que hayan tomado el tratamiento (Unzueta, Granados, 2002).

Hospital Los Ángeles del Pedregal, Clínica Antitabaco

Consejos para prevenir recaídas: Se les invita para cuando sientan ganas de fumar (caída) a que hablen por teléfono y se les da una plática retroalimentaria (Unzueta, Granados, 2002. p.104).

El seguimiento se da hasta los 4 meses (Unzueta, Granados, 2002).

CAPÍTULO II. TRATAMIENTOS EFECTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR.

El presente capítulo tiene como objetivos: describir los tratamientos para dejar de fumar tanto médico-farmacológicos como psicológicos que a través de diversos estudios han comprobado ser efectivos y prometedores; destacar la importancia de los tratamientos psicológicos en relación a su eficacia a largo plazo, y finalmente subrayar la eficacia de los programas multicomponentes, preponiéndolos a su vez, como una de las mejores opciones de tratamiento en la actualidad.

2.1 TRATAMIENTOS MÉDICO- FARMACOLÓGICOS

Este tipo de tratamientos recurren a la administración de sustancias químicas (Moreno, Herrero y Rivero, 2003) y su objetivo es corregir o recalibrar el gran desequilibrio producido a nivel cerebral al suspender su suministro constante, además de tener efectos sobre determinados neurotransmisores útiles para la cesación tabáquica (Kalina, Dorado, Fernández y Roig, 2000).

El consejo médico es el único tratamiento médico no farmacológico conocido para el tratamiento del tabaquismo.

2.11 Terapia de Reemplazo Nicotínico (TRN)

Este tipo de terapia farmacológica se basa en la administración de nicotina a un fumador que desea dejar de fumar, por una vía distinta a la del cigarrillo y su función es disminuir la intensidad de algunos síntomas de abstinencia como: ansiedad, irritación, cansancio, dificultad de concentración, etc (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Existen *parches, chicles, inhalador, nebulizador nasal, tabletas de nicotina y nicotina bebible.*

Debido a que el suministro nicotínico es menor al obtenido con los cigarrillos y se va reduciendo en forma gradual, se elimina la posibilidad de crear dependencia a través de este tipo de tratamiento (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

La justificación para su uso se basa en lo siguientes hechos:

1. El síndrome de abstinencia es la causa de un alto porcentaje de las recaídas en los primeros tiempos del intento.
2. La terapia sustitutiva con nicotina disminuye la intensidad del síndrome.
3. Si el fumador tiene cubiertas sus necesidades de nicotina, puede desarrollar más fácilmente nuevos mecanismos de conducta libres del consumo de cigarrillos.
4. La mayoría de los estudios realizados para valorar éstos tratamientos demuestran alrededor de un 30-40% de éxitos.

Contraindicaciones

Se contraindica su uso en personas con infarto agudo de miocardio reciente, arritmias descontroladas, angor inestable, embarazo, lactancia y enfermedades mentales graves (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Eficacia

La TSN se ha utilizado en más de 30 millones de pacientes y se ha valorado en más de 180 estudios, que con posterioridad se han sometido a metaanálisis. Las tasas de éxito (cuantificadas como abstinencia completa al cabo de 12 meses) con estas técnicas oscilan entre el 20-40%, dependiendo de las características del grupo control. Las revisiones del grupo Cochrane (Martín y Corral, 2004; <http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>) concluyen que todas las presentaciones de TSN son eficaces para promover la cesación tabáquica ; también concluyen que la combinación de modalidades de TSN en fumadores con alta dependencia mejora la tasa de cesaciones.

Debe tenerse en cuenta que, más que con la dosis de nicotina suministrada, la cifra de abandonos está en correlación directa con el grado de apoyo conductual que se suministre a los pacientes durante todo el proceso de cesación. En general, puede decirse que la utilización de TSN duplica la eficacia de una intervención, así si la intervención consigue un 5% de éxito al cabo de un año sin TSN, con ella se llega al 10%, y viceversa, si con TSN se consigue un 5%, con apoyo conductual se llega a un 10%. Por ello, la mejor manera de incrementar la eficacia de la TSN es realizar buenos tratamientos psicológicos y conductuales.

Describamos a continuación las modalidades de este tipo de terapia, haciendo énfasis en su eficacia:

2.111 Chicles de nicotina

Fue la primer terapia sustitutiva de nicotina que se desarrolló. Se fabricó en Suecia en 1973 y se autorizó su uso por primera vez en Suiza en 1978. Fue desarrollada por Fernö, Lichtnecker y Lundgren (Moreno, Herrero y Rivero, 2003, p. 125).

La nicotina de los chicles se encuentra unida a un ión que intercambia resina para controlar su liberación, y un tampón con pH alcalino que aumenta su absorción en la mucosa oral. Hay chicles de 2 y 4 mg en el mercado, y su biodisponibilidad aproximada es del 60%, con variaciones dependiendo de la forma de masticarlo.

La absorción de la nicotina del chicle es más lenta que la de un cigarrillo, y de forma general no se superan los 10 ng/ml de nicotina al día para los de 2mg y los 15ng/ml para los de 4mg, con un consumo de 8 ó 10 chicles al día (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Indicaciones

Es importante señalar que los chicles deben utilizarse en lugar de los cigarrillos no como ayuda para reducir el consumo (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

El chicle debe masticarse lentamente y en el momento en que se perciba una sensación de picor u hormigueo en la boca, se interrumpe la masticación hasta que desaparezca tal sensación. Este proceso se repite durante 30min. Se recomienda alternar el chicle en ambos lados de la boca para evitar irritación local.

Los chicles pueden ser pautados de 2 maneras: 1) con pauta fija, como por ejemplo una pieza por hora, en cuyo caso la reducción debe ser gradual y en períodos amplios, y 2) a voluntad o como dosis de rescate; en este caso el paciente decide cuándo utiliza los chicles y cuántos utiliza.

De acuerdo con Moreno, Herrero y Rivero (2003) debe hacerse una reducción gradual de la ingesta y el tratamiento no debe ser mayor a 2 o 3 meses.

El principal problema que se encuentra en la terapia con chicles es su infrautilización por parte de los pacientes. Éstos suelen masticarlos demasiado rápido, aumentando las reacciones adversas locales y digestivas; también tienden a usar un reducido número de piezas por día, considerándolo erróneamente como un índice de mejoría. (Martín y Corral, 2004; <http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

Dosis

Se recomienda iniciar el tratamiento con chicles de 2mg y para aquellos pacientes que tengan una dependencia elevada a la nicotina se recomiendan los de 4 mg (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

De 8-12 chicles por día generalmente suele ser suficiente.

Contraindicaciones

Las contraindicaciones específicas de los chicles son fácilmente deducibles: inflamación orofaríngea, problemas o prótesis dentarias, patología de la articulación temporomandibular (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Efectos secundarios

Pueden aparecer molestias dentarias y de la articulación temporomandibular por la masticación, hipo, ardor epigástrico y mal sabor de boca (Moreno, Herrero y Rivero, 2003, p. 126).

Efectividad

El índice de abstinencia a largo plazo es entre un 30 y 80% superior al placebo y el fracaso del tratamiento puede atribuirse a su uso inadecuado y al incumplimiento de las pautas de prescripción (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Los metaanálisis revelan que los chicles de nicotina son eficaces para dejar de fumar, y se obtienen mayores tasas de abstinencia a largo plazo. Los incrementos obtenidos suelen ser del 50% en comparación con los grupos control. Hay estudios que indican que en grandes fumadores los chicles de 4

mg pueden ser más eficaces que los de 2 mg, que son los más usados(Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>)

2.112 Parches de nicotina

El material con que están hechos los parches es absorbente y contiene la dosis exacta de nicotina en forma de solución. Mientras permanece en contacto con la piel, hay suministro de nicotina y la velocidad de absorción es estable, por lo que se mantienen unos niveles plasmáticos constantes (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

El parche tiene un tamaño aproximado entre 7 y 30 cm². El contenido de nicotina varía entre 25 y 114mg, aunque la absorción es entre 15 y 22mg.

Existen 2 tipos de parches transdérmicos de nicotina: aquellos con duración de acción de 16 h y aquellos cuyos efectos duran 24 h. Ambas formas liberan cantidades similares de nicotina (por hora). Con los parches se alcanzan nicotinemias de 10-20 ng/dl; éstas se alcanzan unas 5-10 h después de la colocación del parche, y se mantienen cuando se utilizan parches de 24 h y disminuyen en el período nocturno al usar parches de 16 h. evaluar si se queda este párrafo.

Los niveles máximos de nicotinemias se alcanzan a las 5-10 hrs de habérselo puesto (14,5 ng/ml), a las 16 hrs se encuentran niveles de 8,9 ng/ml, a las 24 hrs de 5 ng/ml y 6 hrs después de haberlos retirado la nicotinemias es de 2,5 ng/ml.(Moreno, Arnedillo, Herrero y Rivero, 2003, pp. 126-127).

Los parches no producen una satisfacción inmediata como los cigarrillos debido a que su liberación es lenta y progresiva (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Indicaciones

Se recomienda su utilización máximo durante 15 semanas, aunque su uso óptimo está entre 6 y 10 (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

El parche se puede colocar en el brazo, cadera o tronco (sin vello), al levantarse y se lo retira antes de acostarse (parches de 16 hrs), o hasta el siguiente día (parches de 24 hrs) (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Se sugiere alternar la zona de colocación, para reducir la irritación local que pueda aparecer. En caso de desprendimiento debe colocarse uno nuevo lo más pronto posible.

Dosis

La evidencia disponible muestra inequívocamente que la administración de 14 o 21 mg (o su equivalente en parches de 16 h) durante 8-12 semanas es eficaz; todo lo demás se derivaría de intentar ajustarse a las necesidades del paciente (Martín y Corral, 2004; <http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

Contraindicaciones

Las únicas contraindicaciones específicas son las enfermedades dermatológicas generalizadas (psoriasis, atopias, etc.) (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Efectos secundarios

Pueden producir picor y eritemia local, mialgia y dispepsia (Moreno, Herrero y Rivero, 2003, p. 127).

Eficacia

Este tratamiento duplica su eficacia comparado con el placebo. La abstinencia es entre el 20 y el 30% al año de seguimiento, (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Los parches han demostrado eficacia para ayudar a dejar de fumar; duplican las tasas de abstinencia que se obtienen al cabo de un año. Los metaanálisis realizados revelan una *odds ratio* (OR) estimada de 1,9 con relación al placebo. La libre dispensación de parches (OTC) muestra también eficacia, aunque su grado de evidencia es menor.

No se han encontrado diferencias en la eficacia de ambos tipos de parches. Las concentraciones alcanzadas con parches de 16 h parecen remedar más las concentraciones encontradas en los fumadores. Los parches de 24 h evitarían mejor el malestar de privación que se puede producir en las primeras horas

de la jornada. La nicotina liberada durante el descanso nocturno en los parches de 24 h hace que estos produzcan con mayor frecuencia insomnio, y ésta es la principal diferencia entre ambos tipos de parches.

Por su seguridad, fácil manejo y el menor tiempo de adiestramiento que se necesita, esta terapia suele considerarse como la más apropiada para ser usada en atención primaria (Martín y Corral, 2004; <http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

2.113 Spray nasal de nicotina

Desarrollado por Rusell en 1983. Se trata de un pequeño depósito en el que la nicotina se encuentra disuelta en una solución salina isotónica a un pH neutro en una concentración de 10mgr/ml (Moreno, Herrero y Rivero, 2003, p.127)

El spray proporciona una alta dosis de nicotina en muy poco tiempo, alcanzándose picos de nicotemia de 15ng/l a los 5 min de la instilación (niveles similares a los de un cigarrillo) (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Indicaciones

Se debe hacer limpieza de ambas fosas nasales antes de las instilaciones.

El paciente debe suministrarse una dosis de spray en cada fosa nasal cuando aparezca el deseo por fumar. Se recomienda su uso en fumadores con elevada dependencia física o en aquellos cuyo principal impedimento para dejar de fumar sea superar los momentos de “urgencia por fumar” (Moreno, Herrero y Rivero, 2003). Por ello, habitualmente se reserva a unidades especializadas de tabaquismo. También contribuye a esta recomendación el hecho de ser el método que crea mayor adicción (15-20%) y que precisa un concienzudo aprendizaje de uso (Martín y Corral, 2004; <http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

El tratamiento se prolonga hasta los seis meses (Moreno, Herrero y Rivero, 2003, p. 128).

Dosis

Cada instilación proporciona 0,5 mg de nicotina en cada fosa nasal (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

La dosis recomendada es de 2-3 mg/h; en cualquier caso, debe ser más de 8 mg y menos de 40 mg diarios. Se aplica durante 10-12 semanas, y la dosis se reduce a partir de la cuarta o sexta semana.

Contraindicaciones

Las contraindicaciones específicas de esta vía son rinitis infecciosas, pólipos nasales y enfermedades nasales (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Efectos secundarios

Cuando se decide utilizar esta vía, el paciente debe ser previamente entrenado en el uso del nebulizador, ya que los primeros días los efectos secundarios locales son muy desagradables y frecuentes (más del 90%): rinorrea, lagrimeo, estornudos, congestión nasal, picor de garganta. La tolerancia a estas acciones locales se establece rápidamente y en 3-4 días el paciente se acostumbra al tratamiento. Otros efectos secundarios de tipo sistémico son palpitaciones, mareos y náuseas (Martín y Corral, 2004; <http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

Efectividad

Los metaanálisis realizados con el spray muestran índices de abstinencia triples a los de placebo (Moreno, Herrero y Rivero, 2003, pag. 128).

2.114 Inhalador bucal de nicotina

El inhalador bucal es una boquilla con un pequeño depósito de 10 mg de nicotina y 1 mg de mentol. Su mecanismo de acción permite saturar el aire de estos componentes antes de ser inhalado. De cada depósito se obtiene una cantidad aproximada de 4mg de nicotina y lo que resta queda adherido a las paredes del inhalador (Moreno, Herrero y Rivero, 2003). La absorción nicotínica es del 45% a nivel de la mucosa orofaríngea y del 55% en pulmones.

Los contenedores se deben mantener en la mano para conseguir cierto grado de calentamiento (15 °C) con lo cual liberación de nicotina será mayor (Martín y Corral, 2004; <http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

El inhalador, además de ser útil para combatir la dependencia física, también sirve como terapia conductual al ser sostenido en la mano como un cigarrillo y estimular los receptores orofaríngeos (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Indicaciones

Se utiliza dando caladas profundas, a modo de cigarrillo, o superficiales, a modo de pipa. De la primera forma se obtiene una mayor absorción en bronquios, y de la segunda, en orofaringe, boca y esófago. Las concentraciones de nicotina obtenidas son menores que con otros sistemas de administración.

Para obtener el nivel de nicotina en sangre que se obtiene al fumar un cigarrillo, hay que realizar 80 inhalaciones durante 20 min (Moreno, Herrero, y Rivero 2003).

Cada depósito se debe utilizar 5 veces, y se realizan unas 80 inhalaciones en cada uso. Las dosis deben reducirse a partir del tercer mes; una pauta habitual es la reducción del 25%; no se usa pasado el sexto mes (Martín y Corral, 2004; <http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

La duración del tratamiento es de 6 meses aproximadamente (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

La indicación clara de esta forma de conseguir nicotina es intervenir sobre fumadores con gran componente de tipo manipulación o actividad boca-mano, es decir, se actúa sobre el componente gestual de la dependencia (Martín y Corral, 2004; <http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

Dosis

La dosis oscila entre 6 y 20 depósitos por día (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Contraindicaciones

La hiperreactividad bronquial podría ser la única contraindicación específica de esta vía (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Efectos secundarios

Los efectos adversos principales son fundamentalmente locales: irritación bucofaríngea, tos, molestias en labios.

Efectividad

Los metaanálisis muestran unos resultados que doblan a los obtenidos con placebo (Martín y Corral, 2004; <http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

2.115 Comprimidos de nicotina para chupar

Recientemente, los Laboratorios Farmacéuticos Novartis han introducido en España comprimidos para chupar de nicotina. Estos contienen 1 mg y son de liberación constante, lo que permite alcanzar los mismos niveles plasmáticos de nicotina que los chicles de 2 mg (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Indicaciones

Se debe evitar el uso previo (10-15 min) de café, bebidas refrescantes o ácidas, para disminuir posibles reducciones de la absorción.

El comprimido debe chuparse hasta notar un sabor fuerte, en cuanto esto suceda, se deja entre la encía y la pared bucal hasta que disminuya el sabor para poder volverlo a chupar. La pastilla se deshace en un periodo aproximado de 30 min (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Como podemos darnos cuenta el mecanismo de comprimido es similar al chicle sin embargo, precisa ciertas ventajas con respecto a este: no requiere masticación (útil para aquellas personas con alteraciones de la articulación temporomandibular) no se pega en los dientes, tiene una excelente tolerancia y mayor aceptación social.

Además, la gran ventaja que presentan los comprimidos para chupar es que --a diferencia de las otras presentaciones de nicotina-- en el prospecto de los comprimidos no está explícitamente señalado «contraindicado en el embarazo», lo cual podría permitir su uso durante la gestación (Martín y Corral, 2004; <http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>)

Por otro lado, al igual que en el caso de los chicles, y aunque son más fáciles de usar que éstos, los mayores defectos que se registran suelen ser la infrautilización o la mala técnica de uso (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

Dosis

Es recomendable iniciar el tratamiento con 10 o 12 pastillas diarias e ir disminuyendo la dosis en forma paulatina a lo largo de dos meses (Moreno, Herrero, y Rivero 2003).

Las dosis deben adecuarse a cada paciente, y suelen variar entre 1 y 2 comprimidos por hora.

Contraindicaciones

Esta vía carece de contraindicaciones especiales.

Efectos secundarios

Los efectos adversos más comunes son: ligera irritación de garganta, dispepsias, hipo, aumento de la salivación. Muchas veces se corrige el problema chupando más lentamente.

Efectividad

Aunque en comparación con chicles y parches, hay muchos menos estudios, los metaanálisis muestran su eficacia, con una OR de 1,7 (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>)

2.116 Nicotina Líquida

De acuerdo con Kalina, Dorado, Fernández y Roig, (2000) en la 5º Reunión Anual de la Sociedad de Investigadores en Nicotina y Tabaco, realizada en San Diego California entre el 5 y 7 de Marzo de 1999, Westman, Tomlin, Perkins y Rose del Duke and Durham V. A. Medical Center Nicotina Research Program y los Departments of Medicine and Psychiatry, Durnham, North California, Estados Unidos, presentaron su experiencia piloto (inédita) acerca del uso de solución de nicotina líquida.

A estos autores les interesó investigar la tolerancia del tubo digestivo a la nicotina, y algunos aspectos farmacocinéticos, tales como evaluar los niveles sanguíneos en comparación con el tabaco fumado (Kalina, Dorado, Fernández y Roig, 2000, p.151).

Estudiaron casos de fumadores que entraron en cesación tabáquica durante ocho semanas. Bebían nicotina según las necesidades de cada uno de los participantes, que oscilaron de 1 a 8 dosis diarias. Solo dos de los casos refirieron náuseas, dolor de cabeza, vómitos, calambres abdominales y mareos como efectos adversos, y los redujeron al disminuir las dosis.

El estudio fue exitoso y demostró que los niveles de absorción en el tracto gastrointestinal fueron suficientemente efectivos para ayudarlos a dejar de fumar.

A pesar de que aún o hay estudios suficientes que confirmen la eficacia de este tipo de TRN, resulta prometedor para el tratamiento de los fumadores.

2.117 Tratamientos combinando TRN

Consiste en la administración simultánea de al menos 2 de las presentaciones sustitutivas de nicotina (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

Como ya hemos venido comentando todos los tipos TRN suministran nicotina al fumador que quiere dejar de serlo, pero cada uno en forma distinta y con diferente intensidad. El parche suministra una dosis constante de nicotina, pero en los momentos de máxima urgencia por fumar en donde se requiere un pico de nicotemia, puede haber nuevamente consumo de tabaco. Por otro lado, los chicles, el inhalador o el spray nasal proporcionan picos de nicotemia, y en general mantienen estos niveles por debajo del necesario para evitar recaídas (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Se recomienda utilizar siempre el parche en combinación con cualquier otra presentación que proporcione picos de nicotemia. Este tipo de administración combinada tiene la ventaja de que cubre las necesidades basales de nicotina, y mantiene unas nicotemias estables, mientras que ayuda a enfrentarse a las urgencias o momentos de necesidad de manera más individualizada, y contribuye al control del propio consumo (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>)

Es recomendable una combinación de TRN, principalmente para aquellos fumadores que presentan una elevada dependencia nicotínica y para los que han tenido fracasos al intentar dejar de fumar con un solo tipo de TRN. (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Eficacia

Los estudios muestran que la utilización simultánea de 2 terapias sustitutivas presenta mayores tasas de abandono del tabaquismo al año que cualquiera de las 2 formas administradas aisladamente. La OR estimada para el uso de 2 productos combinados (frente al de uno sólo, no frente al placebo) es de 1,9. La guía americana recomienda el uso de la terapia combinada cuando no ha sido posible la abstinencia tras una farmacoterapia de primera línea. No se sabe aún a qué es debida esta mayor eficacia, si a la utilización de 2 modelos de administración (uno pasivo y otro a voluntad) o a si se obtienen mayores concentraciones plasmáticas de nicotina (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

Efectos secundarios

Son similares a los que se producen con el empleo de la monoterapia (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

2.12 Hidrocloruro de Bupropion

El hidrocloruro de bupropión o anfebutamona es un fármaco originalmente comercializado como antidepresivo, en el que empíricamente se observó que producía reducciones o cesaciones en el consumo de tabaco (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>) y fue la primera medicación no nicotínica aprobada por la FDA americana para el tratamiento farmacológico de la adicción al tabaco (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).Dicha aprobación fue en al año de 1997 (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

Su función es inhibir la recaptación neuronal de dopamina en el núcleo accumbens y de noradrenalina en el locus ceruleus. Lo anterior hace que disminuya el ansia por fumar y los síntomas del síndrome de abstinencia respectivamente (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Un importante ventaja que presenta es que disminuye el incremento del peso corporal mientras se sigue administrando (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

Se ha descrito que a dosis elevadas podrían actuar como antagonistas nicotínicos no competitivos (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

No interactúan con la monoaminoxidasa (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

Su presentación es en comprimidos de 150mg de liberación prolongada. Tiene un sabor amargo y deja cierta sensación de anestesia cuando se ingiere (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Su mecanismo de acción no se conoce con exactitud, pero se alcanzan las concentraciones máximas a las 3 hrs de haberse ingerido, sin modificaciones por la presencia o ausencia de alimentos. El 85% de las moléculas de la sustancia se une a proteínas plasmáticas. Su vida media es entre las 21 y 37 hrs, eliminándose el 90% por la orina.

Indicaciones

Se recomienda suprimir el consumo de tabaco entre los días 7 y 15 de tratamiento. El tratamiento debe continuar durante 2 meses (Moreno, Herrero y Rivero, 2003, p. 134).

La utilización de bupropión durante 8 semanas sirve para dejar de fumar; aún no está demostrado que administraciones más prolongadas produzcan mayor eficacia; tampoco está demostrado lo contrario, que la administración por encima de 8 semanas no añada eficacia (como ocurre con los parches de nicotina) (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

La administración de bupropión durante más de 2 meses podría también aumentar la eficacia de las pautas actualmente empleadas.

La administración prolongada de bupropión quizá podría servir como herramienta para la prevención de recaídas y para disminuir a largo plazo el incremento de peso asociado con la cesación del tabaquismo (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

Dosis

La dosis inicial es de 150 mg (un comprimido) al día por 6 días, en la mañana. Al séptimo día se aumenta la dosis a 300 mg (dos comprimidos) al día, uno por la mañana y el otro después de 8 hrs de haber ingerido el primero.

Aunque en los estudios realizados se observa una dependencia de la dosis, 300 mg/día de bupropión no han mostrado una eficacia significativamente mayor que 150 mg/día. Por ello, ante la presencia de efectos adversos no hay ningún inconveniente en utilizar la dosis de 150 mg/día; otras situaciones en las que debe considerarse esta pauta son: insuficiencia renal o hepática, cardiopatía, ancianos, menores de 18 años, pacientes de bajo peso (menos de 50 kg), diabéticos en tratamiento, presencia de contraindicaciones relativas (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

Efectos secundarios

Los efectos adversos más comunes son: insomnio (40%), sequedad de boca, cefalea, excitación conductual (parecida a la producida por la fluoxetina) y exantema. En algunas series, hasta un 20% de los pacientes interrumpe el tratamiento por efectos adversos. Habitualmente, éstos son débiles y bien tolerados; el insomnio, por ejemplo, es vivido como «dormir menos», aunque el sueño es totalmente reparador (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

Los efectos adversos más frecuentes son: insomnio (por ello no se recomienda ingerirlo por la noche), náuseas, reacciones cutáneas y sequedad de boca (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Contraindicaciones

El bupropión es un fármaco seguro ; usado bajo supervisión médica y con los debidos controles periódicos no tiene porqué producir ningún problema grave. Ya se ha utilizado en más de 10 millones de pacientes y su perfil de seguridad es similar al que tenía cuando se utilizaba como antidepresivo (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>)

El mayor riesgo asociado al uso de bupropión es la aparición de convulsiones (menor de 0,1%). Por ello, está contraindicado en personas con historia actual o previa de crisis convulsivas, en personas con historia actual o previa de

anorexia nerviosa o bulimia, en personas con tumores del sistema nervioso central (SNC), así como en personas en desintoxicación de alcohol o benzodiacepinas (no está contraindicado en personas en tratamiento por alcoholismo, sólo en la fase aguda de desintoxicación). Asimismo, se debe administrar con cautela en personas con historia de traumatismo craneal y en personas que están recibiendo fármacos que disminuyan el umbral convulsivo, como algunos antipsicóticos, algunos antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos H₁, teofilina y quinolonas (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

El bupropión inhibe el isoenzima CYP2D6, por lo que disminuye el metabolismo y aumenta la toxicidad de IMAO A (reversibles e irreversibles) y ritonavir, cuya administración simultánea está especialmente contraindicada. Por el mismo motivo, se deben administrar con precaución los antipsicóticos, los antidepresivos tricíclicos, los antidepresivos ISRS, los betabloqueantes, los antiarrítmicos y los opiáceos menores (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

El metabolismo del bupropión está muy disminuido en la cirrosis hepática grave; por ello, en esta situación es mucho más tóxico(Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

Se aconseja tener precaución con la personas que padezcan insuficiencia renal hepática y mayores de 65 años se recomienda la disminución de la dosis a la mitad y está contraindicado en mujeres embarazadas y madres lactantes (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Efectividad

Los resultados de un estudio comparativo realizado por Jornerby en 1999 entre parches de nicotina y bupropion dan a los parches de nicotina un eficacia del 16,5 %, frente a un 30,3 % del bupropion al año de seguimiento. Aunque los resultados de los metaanálisis disponibles muestran que, al día de hoy, ambos fármacos --bupropión y nicotina-- presentan en general similar eficacia (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

Ya se han presentado resultados en pacientes con EPOC y con patología cardiovascular establecida (infarto de miocardio, angina, hipertensión arterial.) que han confirmado los resultados de eficacia y seguridad en este grupo de pacientes (Moreno, Herrero y Rivero, 2003, p. 134).

2.121 Tratamientos farmacológicos combinando Bupropion y TRN

La combinación de bupropión con TSN podría aumentar la eficacia en las tasas de cesación del tabaquismo. Se han hecho estudios con parches, pero parece más lógico intentar asociarlos con terapia sustitutiva que ocasione liberación en picos (chicles, comprimidos, nebulizador) (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

2.13 Clonidina

Agonista adrenérgico alfa 2 que, al actuar fundamentalmente sobre receptores presinápticos, se comporta como antagonista, suprimiendo la actividad simpática. En la clínica se utiliza como hipotensor. En los neurotransmisores participa de algunos efectos de los antidepresivos tricíclicos. Por su acción bloqueadora noradrenérgica disminuye el síndrome de abstinencia a alcohol y a opiáceos (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

Indicaciones

El tratamiento se empieza 2-3 días antes de la cesación y se mantiene unos 3 meses; la retirada debe ser progresiva en 2-4 días.

Dosis

Se utiliza a dosis de 0,15-0,75 mg/día en forma oral, empezando por 0,10 mg/d y aumentando de forma semanal, o transdérmica a dosis de 0,10-0,20/día.

Efectos secundarios

La principal limitación de esta sustancia son sus múltiples efectos adversos: hipotensión, sequedad de boca, sedación, somnolencia, vértigos, diarrea.

Contraindicaciones

Está contraindicada en el embarazo y la lactancia.

Eficacia

En el tratamiento del tabaquismo ha mostrado eficacia respecto al placebo (OR: 2,1) Ha mostrado particular eficacia en el sexo femenino.

2.14 Nortriptilina

Antidepresivo tricíclico inhibidor de la recaptación de noradrenalina y en menor medida de la dopamina (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

Indicaciones

Debe empezar a tomarse 2 o 3 semanas antes de dejar de fumar. Se administra durante 3 meses.

Dosis

Se utiliza comenzado con dosis de 25 mg/día, que irán aumentando hasta 75 mg/día.

Efectos secundarios

Presenta las reacciones adversas antimuscarínicas propias de los tricíclicos: sequedad de boca, sedación, visión borrosa, retención urinaria, cefaleas, sudoración y cardiotoxicidad.

Contraindicaciones

Está contraindicado en el embarazo y la lactancia.

Eficacia

Se ha mostrado eficaz en el tratamiento del tabaquismo (OR: 3,2)

Dada la evidencia experimental existente, se debería recomendar el uso de tratamientos farmacológicos útiles a todas las personas que desean dejar de fumar. Pero es muy importante subrayar que las mayores tasas de éxito se consiguen utilizando programas multicomponentes, que combinan tratamientos farmacológicos y psicológico-conductuales (Martín y Corral,2004;<http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>).

2.15 Vareniclina

La vareniclina es un medicamento empleado para reducir el síndrome de abstinencia que se produce al dejar de fumar. Se comercializa bajo el nombre de Champix (en Europa) o Chantix (en EEUU) por los laboratorios Pfizer. La vareniclina actúa en el cerebro de forma similar a la nicotina, razón por la que se cree que reduce la necesidad de fumar (vareniclina (2007), <http://www.quitometro.org/wiki.dejar.de.fumar/vareniclina>).

Este medicamento, explicó el Dr. Juan Carlos Jiménez, jefe de la Unidad Especializada en Tabaquismo del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, actúa sobre los receptores alfa4 y beta2, ubicados en el mesencéfalo, bloqueando la respuesta a la nicotina y evitando así el síndrome de abstinencia (Jano On-line y agencias,2007, <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=48042>)

Indicaciones

Los comprimidos deben tomarse con el estómago lleno y acompañados de un vaso de agua lleno (vareniclina (2007), <http://www.quitometro.org/wiki.dejar.de.fumar/vareniclina>).

Dosis

La vareniclina se presenta en comprimidos de 0.5 miligramos y de 1 miligramo.

El paciente deberá fijar una fecha para dejar de fumar, empezando el tratamiento una semana antes de esta fecha con un comprimido diario de 0.5 miligramos los tres primeros días. Los siguientes cuatro días, ha de tomarse un comprimido de 0.5 miligramos por la mañana y otro por la tarde. Después de 7 días, coincidiendo con el primer día sin fumar, la dosis será de un comprimido de 1 miligramo por la mañana y otro por la tarde.

El tratamiento se prolonga durante 12 semanas. Si al final de las 12 semanas se continua sin fumar, se puede continuar durante otras 12 semanas para consolidar los efectos (vareniclina (2007), <http://www.quitometro.org/wiki.dejar.de.fumar/vareniclina>).

Efectos secundarios

Los efectos adversos más comunes (más del 5% de los casos) son:

- Náuseas (hasta en un 30% de los casos).
- Problemas del sueño (insomnio, pesadillas, etc.).
- Estreñimiento.
- Flatulencia.
- Vómitos.

Habitualmente, estos efectos se presentan de manera suave y transitoria. En los casos en que los efectos sean permanentes, estos se pueden suavizar rebajando la dosis diaria.

Si se usa conjuntamente con una TSN pueden agravarse algunos efectos secundarios, como las náuseas, mareos, vómitos, problemas estomacales y fatiga (vareniclina (2007), <http://www.quitometro.org/wiki/dejar.de.fumar/vareniclina>).

Contraindicaciones

Los pacientes aquejados de problemas renales deben consultar con su médico la dosis de vareniclina adecuada para su caso, pues en general en estos pacientes ha de reducirse la dosis.

No se recomienda su uso para menores de 18 años y mujeres embarazadas, pues el medicamento no ha sido probado en estos casos.

Las mujeres en periodo de lactancia no deben tomar este medicamento pues podría pasar al bebé a través de la leche, causando efectos desconocidos (vareniclina (2007), <http://www.quitometro.org/wiki/dejar.de.fumar/vareniclina>).

Eficacia

"Los ensayos clínicos han demostrado que la vareniclina es tres veces más efectiva que el placebo y casi dos veces más que el bupropión" (Jano On-line y agencias, 2007, <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=48042>).

2.16 El Consejo Sanitario

Antes de comentar específicamente sobre el Consejo Sanitario y la Intervención Mínima, es conveniente señalar que toda intervención encaminada al abandono de la adicción al tabaco y mantenimiento de la abstinencia debe tener en cuenta una serie de principios que de acuerdo con Moreno, Herrero y Rivero, 2003, refuerzan la actitud de ayuda del profesional, reconocen la importancia que tiene el fumador como eje central del proceso y orientan el enfoque terapéutico, mejorando su rendimiento y son los siguientes:

- ☐ Progresión: Este principio está relacionado con el hecho de considerar la deshabituación como un proceso, por ello, es fundamental tener conocimiento de cada una de las etapas, ya que la información y estructura del mensaje ha de adecuarse a cada una de ellas.
- ☐ Participación: El fumador será el único responsable de la cesación tabáquica, quién hará todo el esfuerzo por conseguirla y el que obtendrá todos los beneficios de la misma, independientemente del método que utilice.
- ☐ Especificidad: Será mucho más efectivo aquel método que tome en cuenta las características personales del fumador (clínicas, biográficas, etc), ya que el mensaje impactará de manera positiva favoreciendo el cambio.
- ☐ Multiplicidad: El comportamiento del individuo está conformado por aspectos cognitivos, actitudinales y psicomotores, los cuales juegan un papel fundamental en el inicio y mantenimiento del consumo de tabaco, sin olvidar la potencia adictiva de la nicotina. Por ello es necesario tomar en cuenta tales elementos y utilizar tantas estrategias como sea necesario para modificarlos en forma positiva.
- ☐ Refuerzo: Deben ser valorados en forma positiva cada uno de los avances en el proceso de dejar de fumar. Al respecto es necesario señalar, que en ocasiones el éxito de la intervención consistirá en la progresión a una etapa de cambio más avanzada, que permitirá la aproximación del individuo a la cesación final.

Teniendo en cuenta los puntos anteriores, a continuación hablaremos del consejo sanitario, y comenzaremos con su definición. De acuerdo con Moreno, Herrero y Rivero (2003), el *consejo sanitario*, se entiende, según Green et al, como “aquel elemento de la educación sanitaria que se orienta hacia la adopción de cambios voluntarios en la conducta relacionados con la salud”: es decir, con un enfoque más orientativo que impositivo y más educativo que terapéutico. El consejo, así entendido, debería ser breve (3 min), firme, claro, oportuno, personalizado y motivador.

Efectividad

Diversos estudios con los resultados de la principales intervenciones basadas en el consejo médico demuestran que el consejo breve y firme (menos de 3 min) del médico de cabecera y la entrega de un folleto con instrucciones para dejar de fumar y aviso de seguimiento, consigue al menos un 11,5%, de abstinencia en el hábito tabaquico si además se utiliza TRN (Moreno, Herrero y Rivero, 2003, p. 130).

El consejo sanitario se considera sin lugar a dudas, la medida más eficaz, sencilla y menos costosa que existe para el abandono del consumo de tabaco. Además de que juega un papel fundamental como labor preventiva, principalmente en población de alto riesgo (niños, adolescentes y mujeres) y fumadores pasivos (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Desafortunadamente no todos los médicos realizan ésta intervención con cada paciente que acude a consulta. Además se ha demostrado que dentro del personal sanitario hay una cifra importante de fumadores a pesar de tener un mayor conocimiento de los daños a la salud que provoca esta adicción. Pero si cada uno de los médicos utilizara esta importante herramienta en la lucha contra el tabaco, obtendríamos excelentes resultados, ya que se estima que aproximadamente un 70% de las personas acuden a consulta médica mínimo una vez a la año, esto demuestra que los profesionales con mayor acceso a este tipo de población son los médicos y el personal sanitario.

El consejo sanitario implica un costo-beneficio totalmente viable. Además sería insostenible económicamente el establecimiento de tantas unidades antitabáquicas para lograr la cantidad de abstinentes, suponiendo que cada médico llevara a cabo esta práctica.

El Consejo Médico debe ser sistematizado y enfocado a conseguir el éxito, por ello se deben dar los elementos para su adecuada utilización.

La Guía Clínica de la Public Health Service de los Estados Unidos aconseja como estrategias breves para ayudar a dejar de fumar el uso de las 5 “A” (Moreno, Herrero y Rivero, 2003 ,p. 130-131):

- ☐ Averiguar: identificar sistemáticamente a todos los fumadores en cada visita.
- ☐ Aconsejar: firme y convincentemente.
- ☐ Apreciar y valorar: la disposición para intentarlo.
- ☐ Ayudar: en el abandono del hábito
- ☐ Acordar y programar: los contactos de seguimiento

Estas estrategias están dirigidas a todos aquellos fumadores que quieran dejar de serlo, quienes deberán recibir apoyo farmacológico y/o psicológico conductual (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Para aquellos pacientes que no están dispuestos a abandonar el consumo de tabaco, la Guía de práctica clínica para el tratamiento del uso y dependencia del tabaco, indica que se debe hacer una intervención dirigida a aumentar la motivación para el abandono. Es probable que estos pacientes no cuenten con información suficiente sobre los efectos nocivos del tabaco, que tengan miedo a fracasar si ya han tenido sucesivas recaídas, que no tengan los recursos suficientes para pagar un tratamiento especial o que tengan miedo a los síntomas de abstinencia. Para todos ellos se puede utilizar este tipo de intervención basada en las 5 “R” (Moreno, Herrero y Rivero, 2003):

- ☐ Relevancia
- ☐ Riesgos
- ☐ Recompensas
- ☐ Resistencia
- ☐ Repetición

Relevancia

Se trata de pedir al paciente que explique porqué es importante para él dejar de fumar. La información que aporte será utilizada para motivarlo. Los pacientes

no cuentan con el mismo estado de salud, situación social o familiar, edad, sexo e historia personal.

Riesgos

El profesional debe pedir al paciente que de acuerdo con lo que sabe, comente las consecuencias negativas que se encuentran relacionadas con el consumo de tabaco. Debe sugerir y enfatizar las que parezcan más relevantes para el paciente. También debe informarle que el hecho de que fume cigarrillos bajos en nicotina, pipas o puros no elimina los riesgos.

Algunos ejemplos de riesgos son (Moreno, Herrero y Rivero, 2003,p.132):

- ▣ *Riesgos agudos.* Respiración superficial, exacerbación del asma, riesgo en el embarazo, impotencia, infertilidad, aumento de los niveles de CO₂ en sangre....
- ▣ *Riesgos a largo plazo.* Infarto de miocardio, cáncer de pulmón y otros, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica y enfisema), incapacidades a largo plazo.
- ▣ *Riesgos para el entorno:* aumento del riesgo de cáncer de pulmón y enfermedad coronaria para la pareja; mayor probabilidad de que los hijos sean fumadores; menor peso del niño al nacer; mayor riesgo de muerte súbita del lactante, de asma, de enfermedad del oído medio y de infecciones respiratorias en hijos de fumadores.

Beneficios

El profesional debe pedir al paciente que de acuerdo con lo que sabe, comente los beneficios asociados al abandono del tabaco. Debe sugerir y enfatizar las que parezcan más relevantes para el paciente.

Algunos beneficios son: mejorar la salud, saborear mejor los alimentos, mejorar el sentido del olfato, ahorrar dinero, sentirse mejor con uno mismo, la casa, el coche, la ropa y el aliento olerán mejor, dejar de preocuparse de dejar de fumar, ser un buen ejemplo para los hijos, tener hijos más saludables, no molestar a los demás, sentirse mejor físicamente, rendir mejor en actividades

físicas, reducir el envejecimiento de la piel, etc (Moreno, Herrero y Rivero, 2003 p.132)

Obstáculos (Resistencia)

El profesional debe pedir al paciente que identifique los posibles impedimentos para que pueda abandonar en forma exitosa el tabaco, además hay que tomar nota de las estrategias a seguir ya sea farmacológicas, psicológicas o ambas, para enfrentar dichas barreras. Estas son típicamente: síndrome de abstinencia, miedo al fracaso, la ganancia de peso (principalmente en mujeres), la falta de apoyo social, depresión, placer de fumar.....

Repetición

La intervención motivacional debe repetirse cada que un paciente no motivado acude a consulta Los fumadores que han fracasado en intentos anteriores deben ser informados que la mayoría de los fumadores logran el éxito a través de varios intentos (Moreno, Herrero y Rivero, 2003, p. 133).

2.161 La Intervención Mínima

La intervención mínima es el consejo médico adaptado a los estadios de cambio propuestos por Prochaska y Di Clemente* y se ha dividido en Intervención Mínima I y II que a continuación describiremos (Moreno, Herrero y Rivero, 2003):

2.1611 Intervención mínima I

Este tipo de intervención se aplica a los pacientes fumadores que se encuentran en la etapa de *Precontemplación*, es decir, quienes presentan las siguientes características:

- ☐ No conocen los efectos nocivos del tabaco
- ☐ No conocen las ventajas del abandono del tabaco
- ☐ No son conscientes de su dependencia
- ☐ No están dispuestos a dejar de fumar

*Para obtener información sobre los estadios consultar a Moreno, Herrero y Rivero p. 19.

El objetivo en este caso, sería ayudar al fumador a que cambie su actitud y progrese a etapas más avanzadas.

El profesional informará acerca de los riesgos de fumar y beneficios de dejar de hacerlo, teniendo en cuenta, uno de los puntos antes mencionados: la especificidad. Si se refuerza esta información a través de trípticos o folletos, el beneficio obtenido, en algunas series, ha llegado a ser mayor al 60% de progresión a fases más avanzadas.

El éxito mayor que puede obtenerse en esta etapa es la progresión, es decir, que el precontemplador deje de serlo. Por ello es muy importante ofertar ayuda para el futuro, ya que es posible y deseable que el fumador demande esta ayuda, a la que el personal socio-sanitario debe saber dar la respuesta apropiada.

Las características Básicas de la Intervención Mínima I, son entonces:

- Averiguar si es fumador y la fase en la que se encuentra
- Anotarlo en la historia
- Aconsejar el abandono
- Adecuar el mensaje
- Aportar folleto
- Ayudar en el futuro

2.1612 *Intervención mínima II*

Esta intervención se realiza cuando el fumador se encuentra en la etapa de *contemplación*, es decir, quien generalmente presenta las siguientes características:

- ☐ Se plantea la necesidad de hacer un intento de abandono a medio plazo.
- ☐ Asume la posibilidad del cambio de conducta.
- ☐ Duda en poder conseguir el abandono definitivo.
- ☐ Tiene miedo al fracaso, por la dificultad que intuye o por que haya tenido intentos previos fallidos.

En esta intervención el objetivo no será la cesación, ya que no se cuenta con una preparación clara y definitiva para dejar de fumar, el objetivo será elevar al máximo la motivación (motor para conseguir el cambio) y la autoeficacia (recurso personal para lograrlo), así como atenuar cualquier miedo o dificultad

que pueda plantear el paciente en relación al abandono. Con ello se pretende reforzar el cambio de actitud que se logró en la fase previa y estimular el definitivo cambio de conducta .

Sin olvidar los puntos clave de la intervención mínima del primer nivel, en este será fundamental abordar los siguientes aspectos:

- Se debe enfatizar en los *motivos personales* para dejar de fumar. Estos pueden agruparse de forma general en: motivos de salud, de imagen personal, de relación social, ecológicos o medioambientales y económicos.
- Analizar los posibles *obstáculos* que plantea el paciente y que le impiden tomar la decisión de dejar de fumar. Se le debe instruir acerca de las principales causas de recaída (síndrome de abstinencia, aumento de peso y los conflictos psicosociales no resueltos: estrés, depresión, rechazo social, etc.) y analizar, si es el caso, la causa de la recaída o recaídas previas.
- Informar acerca de los tipos de *recursos* disponibles para el apoyo al abandono y de su efectividad.
- Subrayar y estimular la *autoeficacia* (juicio autoreferido para realizar una conducta concreta) como elemento fundamental en el proceso, ya que afecta a la elección del cambio, a su consecución y a su mantenimiento en el tiempo.
- En algunas ocasiones se consigue más del 35% de cambios a etapas posteriores si se ofrece documentación que estimule y oriente el definitivo cambio de conducta (folletos, guías prácticas, etc).

Intervención mínima II. Características básicas

- Relevancia personal
- Resistencias, obstáculos.
- Recursos disponibles.
- Estimular la autoeficacia
- Aportar documentación

Si el paciente llega a la fase de preparación, tiene dos opciones, puede decidir dejarlo por sí mismo o puede solicitar ayuda profesional, momento en el que se deben considerar el manejo de las medidas diagnósticas y terapéuticas disponibles.

Algunos de los tratamientos farmacológicos que han demostrado mayor efectividad son: **Terapias de Reemplazo Nicotínico (chicles, parches, inhalador), Hidrocloruro de Bupropion y Varenciclina.**

El **Consejo Médico** también ha demostrado ser muy eficaz como estrategia para dejar de fumar. Además, es importante mencionar que la mayoría de los fumadores dejan de fumar por si mismos o a través de este tipo de intervenciones.

2.2 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Este tipo de tratamientos, no intervienen directamente en los procesos bioquímicos implicados en la adicción al tabaco como lo hacen los fármacos su objetivo es modificar pensamientos, emociones y conductas a través de estrategias subjetivas (Moreno, Herrero y Rivero, 2003),.

Los tratamientos psicológicos asumen, que la eliminación duradera del hábito de fumar debe ir más allá de la superación del síndrome de abstinencia a la nicotina, en lo que se enfocan principalmente los tratamientos farmacológicos. En su favor, debe subrayarse que la mayoría de las recaídas tienen lugar mucho tiempo después de superado el síndrome de abstinencia, y que son sin duda los tratamientos que cuentan con mayores pruebas de eficacia en seguimientos a largo plazo (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Como pudimos ver en el capítulo 1, los enfoques terapéuticos psicológicos que se manejan en las clínicas para dejar de fumar son: Cognitivo-Conductual en la mayoría de ellas, Hipnosis, Plan de 5 días de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Algunas de las clínicas introducen técnicas del enfoque Gestalt.

De ellos el que ha mostrado notable eficacia y que cuenta con un sustento teórico más sólido es el enfoque cognitivo-conductual. Es por ello que el presente documento se basa en dicho enfoque.

No obstante, describiremos los tres enfoques, por ser utilizados actualmente.

2.21 Enfoques psicológicos eficaces en el tratamiento para dejar de fumar.

2.211 Enfoque Cognitivo-Conductual

La terapia de conducta o modificación de conducta refleja un enfoque de tratamiento de la disfunción clínica y de la conducta desadaptativa. En la literatura contemporánea se puede identificar una serie de posiciones conceptuales y teóricas, enfoques metodológicos y técnicas de tratamiento, diferentes. El campo ha aumentado notablemente su especialización a lo largo de los aproximadamente treinta años transcurridos desde su origen. Cuando la modificación de conducta surge formalmente, había un consenso que se centraba en los aspectos comunes de las distintas posiciones. Hoy día es difícil detectar los restos de un enfoque unitario y un solo movimiento (Caballo,1991).

El surgimiento de la modificación de conducta puede rastrearse históricamente por medio de la discusión de muchas de sus influencias. Realmente, no se pueden ignorar los factores contextuales críticos, especialmente aquellos que reflejan la progresiva insatisfacción, dentro de la psicología clínica y la psiquiatría, con respecto a los puntos de vista tradicionales sobre la conducta anormal y su tratamiento. Las posiciones psicodinámicas, y más específicamente las psicoanalíticas, eran una fuente de descontento y proporcionaban un punto de arranque para el desarrollo de un “nuevo” enfoque. Este descontento proporciona un telón de fondo contra el que se pueden examinar los desarrollos críticos.

Los factores contextuales son muy diferentes de los fundamentos del trabajo contemporáneo.

Es útil considerar los rasgos centrales que subyacen al movimiento y al trabajo contemporáneos. A un nivel más molar se pueden identificar dos amplias características. Estas consisten en el empleo de métodos empíricos (“objetivos”) de investigación y en la confianza en la psicología del aprendizaje como un punto de arranque para el tratamiento. En la investigación psicológica no pueden separarse el desarrollo de métodos objetivos y el desarrollo de métodos de aprendizaje. El movimiento hacia una psicología más objetiva tuvo lugar, en gran medida, en el contexto de la investigación del aprendizaje.

La terapia de conducta se convirtió en un movimiento visible a principios de los años sesenta. Aunque es difícil marcar el punto en el que el movimiento se hizo identificable, determinadas publicaciones parecen haber cristalizado los avances existentes. Eysenck publicó en 1960, como compilador, el primer libro que incluía el término *terapia de conducta* en el título, juntando distintos escritos que aplicaban los principios del aprendizaje a problemas terapéuticos (Caballo,1991).

La identificación del campo fue delimitada más tarde en 1963, cuando Eysenck puso en marcha la primera revista de terapia de conducta *Behaviour Reserch and Therapy*. En unos pocos años, surgieron varias publicaciones más, juntando las aplicaciones terapéuticas que se basaban en el aprendizaje. La conexión con los paradigmas de laboratorio, enfatizando el papel del aprendizaje y los métodos objetivos de estudio, estaba clara en las primeras publicaciones del campo.

A principios de la década de los sesenta, la terapia de conducta se había convertido en un movimiento formal, extendiéndose la ideas a través de distintos límites conceptuales y geográficos.

Después de que surgiese la terapia de conducta, se desarrollaron enfoques individuales dentro del campo a lo largo de los años y las diferencias entre los enfoques se hicieron más fácilmente identificables. Consideraremos algunas de las principales dimensiones a lo largo de las cuales existe la diversidad.

Dentro de los distintos enfoques se incluye un punto de vista mediacional del estímulo- respuesta (E-R), el análisis aplicado de la conducta y modificación de conducta cognitiva. El punto de vista mediacional E-R consiste principalmente en la aplicación de los conceptos del aprendizaje y enfatiza el emparejamiento estímulo-respuesta, según se deriva de las posiciones de aprendizaje por contiguidad, de Pavlov, Guthrie, Mowrer y otros. Se apoyan en variables intervinientes y en constructos hipotéticos para explicar la conducta. Ilustrativas de este enfoque teórico general se encuentran técnicas como la desensibilización sistemática y la inundación, que se centran en la extinción de la ansiedad subyacente que explica y mantiene la conducta de evitación. Característico de este enfoque es el intento de ligar los constructor mediacionales con estímulos antecedes y respuestas que puedan ser fácilmente operacionalizados.

El análisis aplicado de la conducta es un enfoque diferente dentro de la terapia de conducta, ya que descansa principalmente sobre la herencia metodológica y de contenido del condicionamiento operante y del análisis experimental de la conducta. El énfasis se coloca sobre los acontecimientos antecedentes y consecuentes; se evitan los estados mediacionales, los acontecimientos privados y las cogniciones. El tratamiento se centra en modificar los antecedentes y las consecuencias, con el fin de cambiar la conducta problema. El análisis aplicado de la conducta también está caracterizado por un enfoque metodológico singular e incluye la evaluación experimental de la actuación de los sujetos empleando normalmente diseños intrasujeto de medidas repetidas, en lugar de diseños entre grupos. El análisis aplicado de la conducta incluye una serie de técnicas que se basan en el reforzamiento, el castigo, la extinción, el control del estímulo, y en otros principios derivados de la investigación de laboratorio.

La terapia de conducta cognitiva es un enfoque que pone en un primer plano a los pensamientos, a las creencias y a la suposición de que la gente moldea activamente su propio ambiente. La conducta desadaptativa se considera el resultado de las cogniciones erróneas y la terapia se centra en eliminar estas cogniciones y reemplazarlas por pensamientos y creencias que fomenten una conducta más adaptativa. Aunque la conducta se considera un resultado de los procesos de los procesos cognitivos simbólicos, a menudo se emplean métodos conductuales para modificar estos procesos cognitivos, como por ejemplo, el recibir consecuencias reforzantes por expresar autoverbalizaciones que fomenten las conductas deseadas. Entre las distintas posiciones existentes, los modelos con base cognitiva son los que han recibido más atención en los últimos años (Caballo,1991).

2.212 Hipnosis Ericksoniana

Antecedentes

Iniciemos este apartado recordando las curaciones colectivas espectaculares realizadas por Franz Anton Mesmer en 1775, quien reunía a sus pacientes en ambiente a media luz, con música y los curaba con varillas sumergidas en agua magnética o con pases manuales que hacía mientras paseaba entre ellos: los enfermos tosían, sudaban, algunos convulsionaban y muchos sanaban,¿por autosugestión?.La comunidad médica de su tiempo puso un alto a estas curaciones por considerarlas poco serias.

Recordemos también los trabajos de J.M Charcot y S. Freud con pacientes de histeria en el hospital de La Salpêtrière, en París a finales del siglo pasado. Estos médicos famosos inducían en las pacientes un estado de trance hipnótico en el que revivían sus ataques de “gran histeria”, convulsionando en un escenario frente a médicos visitantes y estudiantes. Pensaban que estas pacientes entraban en trance porque, debido a su padecimiento tenían una mente débil. Es decir, consideraban que el fenómeno hipnótico era resultado de un estado patológico.

Aquí, como en el caso de Mesmer la división entre lo médico y el espectáculo no era muy clara.

Lo que se conoce poco es que desde hace casi 200 años, la hipnosis se utilizaba con éxito en procedimientos médicos, por ejemplo en cirugías. El primer reporte escrito sobre esto data de 1829 y describe la mastectomía realizada con hipnosis por Jules Cloquet en París. Otro reporte de 1836 refiere una cirugía dental realizada con hipnosis en Boston y dos años después empezó a usarse la hipoanalgesia en Inglaterra.

También se conoce poco que al mismo tiempo que Charcot y Freud trabajaban con hipnosis en París, en Nancy, Francia, Liébault, Berheim, Coué, y Badouin, trabajaban también con hipnosis poniendo el énfasis en la sugestión. En la escuela de Nancy se consideraba que el trance hipnótico era un estado normal y que los cambios promovidos durante el trance se producían de manera no consciente, a través de la imaginación y sin intervención de la voluntad.

Desde entonces, a mediados de este siglo podemos nombrar científicos que sistematizaron las técnicas y los conocimientos siguiendo más la línea de la Salpêtrière que la de Nancy, entre ellos están: E. R. Hilgard, J. Wolberg, T. X. Barber y A. Weitzenhoffer. Así, se fue conformando la corriente que conocemos como hipnosis clásica y que tiene las siguientes características:

A través de un ritual formal de concentración y fatiga de la atención, se busca bloquear la conciencia, el juicio crítico y la resistencia del sujeto con el fin de aumentar su receptividad y susceptibilidad a sugestiones directas que hace el hipnotizador. Una parte importante del trabajo está dirigida a profundizar el trance, entendiendo por esto, mantener el bloqueo. Se parte de que ya personas más o menos hipnotizables, más o menos sugestionables, más o menos resistentes.

Durante todo este tiempo, se intentaron desarrollar técnicas cada vez más complejas y que burlaran mejor la conciencia y la resistencia, así como escalas para medir mejor la profundidad del trance y las características de los sujetos.

Por otro lado, hace medio siglo el trabajo del psiquiatra norteamericano Milton H. Erickson, constituyó un parteaguas en dicha historia. Después de treinta años de estudiar las bases neurofisiológicas de los estados de trance hipnótico, de trabajar con ellos clínicamente y en investigación experimental, retomó los trabajos que había desarrollado la escuela de Nancy ochenta años atrás y empezó a provocar en sus pacientes estados de hipnosis despierta, que él llamó natural sin perder el estado de alerta.

Erickson en lugar de explicitar paso por paso sus técnicas y conocimientos, utilizaba la hipnosis para transmitirlos, activando esos centros del cerebro derecho, cuyas funciones correspondían más o menos al funcionamiento del modelo teórico llamado Inconsciente.

Erickson desarrolló un estilo particular de hipnosis que en ese tiempo era muy novedoso: aprovechaba los momentos naturales espontáneos de trance y los amplificaba, los pacientes se mantenían despiertos y participaban activamente en su proceso (Robles, Teresa y Abia, Jorge “Lo esencial de la hipnosis”).

Definición

Un estado de *trance* es un estado alternativo de conciencia, es decir, una forma distinta de estar despierto, en donde la atención se orienta más intensamente al interior que al exterior.... Cuando la persona se encuentra en trance tiene cambios en la percepción de sus sensaciones, de su cuerpo, del tiempo y del espacio. También presenta signos físicos que pueden ser detectados fácilmente por un observador entrenado.

En el *trance hipnótico* lo que está sucediendo en la persona es que se están activando funciones de algunos centros del cerebro derecho que integran: la subjetividad, las emociones, el tono emocional del lenguaje, la creatividad, la capacidad para sintetizar, parte de la lógica simbólica, la apreciación y el aprendizaje totalizador de procesos y situaciones, las alternativas, el sentido plástico del tiempo, los lenguajes analógico y no verbal, la comunicación en niveles múltiples y el sentido de complementariedad de los opuestos. Por consecuencia esta persona tiene aumentada la sugestibilidad, la intensidad de la introspección, la actividad del pensamiento totalizador y la

flexibilidad para cambiar de la lógica del cerebro izquierdo a la del derecho. En términos generales, las funciones del cerebro derecho correspondería a las del modelo teórico llamado inconsciente como ya habíamos señalado anteriormente y las del izquierdo a las de la mente consciente, racional, social.

La hipnosis es un estado de trance que se da espontáneamente de manera natural en la vida diaria y en las relaciones humanas. Una persona está en un trance hipnótico natural, por ejemplo, cuando sueña despierta, con imágenes y/o sonidos, acompañados de las emociones que corresponden a su ensoñación, mientras realiza actividades automáticas aprendidas como cocinar o manejar o al estar relajada (Robles, Teresa y Abia, Jorge “Lo esencial de la hipnosis”).

Aplicaciones

En la medicina puede aplicarse al manejo del dolor, de las molestias y los efectos secundarios de algunos tratamientos, así como para elaborar las emociones que aparecen junto con enfermedades graves, y para ayudar a que la mente y el cuerpo, la persona completa, que es el enfermo, estén en mejores condiciones para colaborar con el tratamiento y restablecer la salud (Robles, Teresa y Abia, Jorge “Lo esencial de la hipnosis”).

2.213 Plan de 5 días de la Iglesia Adventista del Séptimo día

Una de las primeras estrategias empleadas para la prevención secundaria del tabaquismo es el Plan de Cinco Días para Dejar de Fumar (P5D), desarrollado en 1960 por la Iglesia Adventista del Séptimo Día y aplicado ya en numerosos países de todo el mundo. Según estudios realizados en diversos países, la eficacia del P5D al año varía entre 16% y 35%.

El P5D es un programa estandarizado de cinco sesiones de aproximadamente 90 minutos cada una en cinco noches consecutivas. Cada encuentro consta de: una sección médica (provee información de salud pública, explica los efectos neuroendocrinológicos producidos por la nicotina en el sistema nervioso central y los efectos fisiopatológicos del tabaquismo en los sistemas respiratorio y cardiovascular, con especial énfasis en los beneficios de abandonar el tabaquismo); una sección de psicología, basada en el trabajo cognitivo y conductual de grupo, cuyo propósito es reforzar la motivación y la voluntad; una sección de técnicas antiestrés y de relajación, basadas en el

descanso nocturno, el ejercicio físico al aire libre y una dieta bien equilibrada rica en frutas y verduras, con abundante agua y sin bebidas cafeinadas o alcohólicas ([http://www.revista.panamericana.org/salud/dejar de fumar/plan de cinco días](http://www.revista.panamericana.org/salud/dejar-de-fumar/plan-de-cinco-dias))

2.22 Modalidades de terapia con notable eficacia para el tratamiento del tabaquismo

2.221 Terapia Grupal Cognitivo-Conductual

Hollander y Kazaoka, definen la terapia de grupo conductual como: "Cualquier intento, por parte de una persona o personas, para modificar la conducta de, por lo menos, dos o más personas que se reúnen como grupo, por medio de la aplicación sistemática de procedimientos validados empíricamente, dentro de un marco que permita la recogida de datos relevantes para la evaluación del impacto de esos procedimientos sobre los miembros del grupo como individuos y sobre el grupo como un todo" (Caballo, 1991; p. 819).

Cabe señalar que, cualquier técnica desarrollada para la terapia cognitivo-conductual individual puede utilizarse en los grupos (Caballo, 1991).

Al igual que otras formas de terapia psicológica, la terapia de grupo cognitivo-conductual se emplea más fácilmente y de manera más eficaz con pacientes que están muy motivados para cambiar y de manera menos eficaz con pacientes muy perturbados, con diagnósticos tales como psicosis y personalidad antisocial (Caballo, 1991; p. 840).

Método

No hay un único proceso en la terapia de grupo cognitivo-conductual. Hollander y Kazaoka, describen el proceso de un modo que se aplica a casi a todos, si no a todos, los grupos (citados en Caballo, 1991; p. 825).

Formación del grupo

La selección de los miembros depende de una serie de consideraciones. La consideración más importante es la similitud de los miembros. Cuando se tratan ciertos problemas, p.ej; déficit en habilidades, todos los miembros deberían ser muy parecidos. Cuando se afrontan temas generales, no es necesaria dicha selectividad; la selección de los pacientes puede llevarse a cabo poniendo requisitos poco precisos, como un rango razonable de edad, un estatus socioeconómico y educativo similar, y experiencias socioculturales (Caballo, 1991; p.826).

Establecer la norma de abrirse y compartir emociones y experiencias

Con el fin de desarrollar la cohesión del grupo, se pueden emplear procedimientos como las presentaciones por subgrupos, el modelado de las conductas esperadas, la utilización de la representación de papeles, pedir la interacción de subgrupos bajo el formato de hablar sobre algún tema señalado o realizar algún ejercicio psicológico. La cohesión del grupo se demuestra cuando hay un elevado porcentaje de contacto ocular con el que habla, un elevado porcentaje de interacciones paciente- paciente, una elevada frecuencia de autorevelación y un número pequeño de miembros del grupo en los que se concentran o quienes emiten repetidamente, mensajes negativos (Caballo, 1991; p.826).

Establecer un marco cognitivo-conductual para todos los miembros

Los pacientes llegan a la terapia con una amplia variedad de expectativas, algunas de ellas contrarias a la terapia de conducta cognitiva. La tarea del terapeuta consiste en proporcionar un marco común de referencia. Esto puede hacerse por medio de la instrucción directa o del aprendizaje a través de las experiencias. El *mensaje fundamental* es que los pensamientos están implicados en el afecto y de la acción y que por medio de la comprensión y modificación de los propios pensamientos habrá también una modificación del afecto y de las acciones. Los esfuerzos que se hagan debería presentar el marco de un modo positivo, con el fin de establecer expectativas positivas sobre el proceso de cambio y el propio potencial para el cambio (Caballo, 1991; p. 826).

Establecer y poner en práctica un modelo para el cambio

Una vez que se ha establecido la necesidad de descubrir y corregir las propias cogniciones y valoraciones, el terapeuta tiene que mostrar al grupo como se lleva a cabo. Además, el terapeuta tiene que introducir mecanismo para transferir los efectos del tratamiento al mundo que se encuentra fuera del grupo de terapia; normalmente, esto se hace asignando “tareas para casa” a los miembros individuales del grupo, de modo que puedan practicar lo que han aprendido durante la sesión de terapia. Las “tareas para casa” conductuales son especialmente importantes, porque los cambios de conducta son fuerzas poderosas para cambiar las cogniciones y las valoraciones. El paciente, señala Corsini, “tiene que comprender y obtener una nueva visión de la vida, luego tiene que actuar de maneras nuevas, más apropiadas y más satisfactorias, y luego se sentirá bien con respecto a así mismo” (Caballo, 1991; p.827). Primero los pensamientos, luego la acción, luego los sentimientos; éstas constituyen las condiciones en vivo para la modificación de las actitudes.

Otros mecanismos de aprendizaje y modificación de las actitudes (y que supuestamente intervienen en los cambios producidos por toda la terapia de grupo) incluyen (Caballo, 1991; p.827):

1. La manipulación de las expectativas/placebo
2. Persuasión y compromiso público
3. Normas de grupo
4. La utilización de contratos
5. Las contingencias individuales y/o grupales
6. El modelado
7. Ensayo de conducta y representación de papeles
8. Ejercicios estructurados
9. El sistema de parejas (“body system”)*
10. El reforzamiento por los compañeros

*El sistema de parejas (buddy system) consiste básicamente en que parejas participantes en un grupo de terapia comparten ejercicios y se ayudan entre ellos mutuamente. Por ejemplo, los miembros seleccionan compañeros para una vigilancia mutua durante la semana que transcurre entre las sesiones. Los contactos pueden ser cara a cara o por teléfono. Rose (1986) señala que este arreglo proporciona a los miembros la oportunidad de actuar como terapeutas y como pacientes, y de practicar las habilidades directivas recién aprendidas (Caballo, 1991; p. 827).

Ventajas de la Terapia de Grupo

Hay varias ventajas en la terapia de grupo (Caballo, 1991):

1. Los grupos tienen una mejor relación coste/eficacia; el terapeuta puede trabajar con varios pacientes al mismo tiempo.
2. Los miembros del grupo pueden aprender que no son los únicos que tienen determinado problema.
3. El grupo puede funcionar de una manera preventiva, un miembro del grupo puede oír a los otros discutir sobre problemas con los que todavía no se ha encontrado.
4. Los miembros pueden aprender a ayudarse mutuamente; un principio educativo bien establecido es que un buen modo de aprender una habilidad es enseñándola a otra persona.
5. Algunas experiencias, actividades y ejercicios sólo se pueden hacer en grupo.
6. Algunos ejercicios de grupo son eficaces para producir ciertas experiencias emocionales, que luego pueden tratarse en vivo en el grupo.
7. Ciertos problemas, p. ej; déficit interpersonales o carencia de habilidades sociales, pueden tratarse de forma más eficaz de un modo grupal, el paciente puede practicar nuevas conductas sociales y nuevas maneras de relacionarse con la gente.
8. Un grupo permite a los pacientes recibir una gran cantidad de retroalimentación sobre su conducta, que puede ser más persuasivo que un terapeuta individual, para producir el cambio.
9. Los miembros del grupo pueden proporcionar presión de los compañeros, que puede ser más eficaz que un terapeuta individual, para fomentar la adhesión a las tareas para casa.

10. Cuando el centro de la terapia es la solución de problemas prácticos, el grupo puede ofrecer más información sobre el problema y más sugerencias para su solución, que las que podría originar un terapeuta individual.

Eficacia de la terapia grupal

A través de experiencias realizadas en los consultorios médicos de Techint, bajo la dirección del Dr. Gianni Corrado (años 1998-99), aquellos que hicieron tratamientos grupales tuvieron una notable ventaja sobre los tratamientos individuales, y esto se debió al apoyo que significa compartir las dificultades del proceso con otras personas que están pasando por circunstancias similares (Kalina, Dorado, Fernández y Roig, 2000).

Aplicaciones

La corrección de las cogniciones es el rasgo distintivo de la terapia de conducta cognitiva y la clave para resultados terapéuticos duraderos. Los problemas específicos que se pueden tratar incluyen ansiedad, fobias, depresión, control de ira, déficit de habilidades e incluso a los trastornos de personalidad. Además, en su formato grupal, la terapia de conducta puede ampliarse para tratar problemas interpersonales y para fomentar la exploración y darse cuenta de uno mismo. De este modo, la terapia de grupo cognitivo-conductual, aunque tiene sus raíces en la terapia de conducta y en la terapia racional –emotiva, es un enfoque versátil que puede vérselas con una amplia variedad de aspectos psicológicos. Puede funcionar estrictamente como terapia conductual, pero también puede adoptar aquellos objetivos asociados habitualmente con los enfoques psicodinámicos y humanistas (Caballo, 1991; p. 839-840).

Por último es necesario señalar que, el proceso de terapia cognitiva en grupo varía ampliamente, desde los enfoques educativos hasta una variedad de métodos directos e indirectos. Los procedimientos son diferentes pero los objetivos son los mismos- ayudar a los pacientes en sus intentos de vivir más eficazmente en sus propios ambientes sociales, de ser más productivos en sus vidas personales y de estar relativamente libres de problemas emocionales extenuantes (Caballo, 1991).

2.222 Terapia Individual

La terapia individual se considera una modalidad de terapia efectiva. En general es útil cuando se trata de casos especiales como: pacientes psiquiátricos, sordo-mudos, etc. En estos casos las limitaciones físicas o conductuales podrían afectar de manera desfavorable la dinámica grupal impidiendo el logro de los objetivos del tratamiento.

Esta modalidad tiene la ventaja de que el terapeuta da una atención personalizada y va al ritmo del paciente, sin embargo, se sugiere la terapia grupal en la mayoría de los casos, ya que influye de manera favorable en la cesación de la conducta adictiva y en el mantenimiento de la abstinencia.

2.223 Terapia familiar

La terapia familiar es una modalidad efectiva como apoyo al paciente que esta en un proceso terapéutico para dejar alguna adicción, le permite incrementar su motivación y prevenir recaídas, ya que en muchas ocasiones son los propios familiares quienes intentan sabotear los avances que ha tenido el paciente.

Este tipo de terapia se basa en la psicoeducación y en el cambio conductual, lo cual permite a los familiares estar más concientes del problema y modificar sus propias conductas para favorecer el logro de la abstinencia en el adicto. Además se establece una alianza entre paciente y familia que facilita la convivencia armónica y la reducción del estrés.

2.23 Programas Multicomponentes con Enfoque Cognitivo-Conductual

En las clínicas de tabaquismo se utilizan los programas multicomponentes. Este tipo de programas combinan generalmente estrategias de tipo médico con estrategias psicológicas.

Los *programas multicomponentes* se fundamentan en la necesidad de abordar los distintos aspectos implicados en la conducta adictiva y en el proceso de abandono. Sin duda, son los que cuentan con una justificación teórica más sólida y con mejores resultados, especialmente cuando se diseñan a la medida del paciente o del grupo al que van dirigidos (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Las estrategias empleadas en estos programas se dirigen a los tres objetivos siguientes:

- Incrementar la motivación
- Suprimir la conducta de fumar y;
- Prevención de recaídas

TABLA 2.1 Estructura de los Programas Multicomponentes

FASE	OBJETIVO	TÉCNICAS
PREPARACIÓN	Incrementar la motivación	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Información ☐ Depósito de dinero ☐ Observación y registro de la conducta ☐ Establecimiento del plan para dejar de fumar
ABANDONO	Suprimir la conducta de fumar	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Técnicas aversivas ☐ Técnicas de reducción gradual ☐ TSN ☐ Pautas de conducta para los primeros días sin fumar
MANTENIMIENTO	Prevención de recaídas	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Control estimular ☐ Planificación de actividades incompatibles ☐ Entrenamiento autoinstruccional ☐ Reestructuración cognitiva sobre la recaída ☐ Entrenamiento en relajación ☐ Entrenamiento en detención del pensamiento. ☐ Entrenamiento en resolución de problemas ☐ Entrenamiento en habilidades sociales ☐ Exposición gradual al estímulo ☐ Etc, etc.

Tabla 2.1. Moreno, Herrero y Rivero, 2003 p. 148.

Las tres fases descritas en la tabla son comunes a todos los programas multicomponentes. Varían en las técnicas utilizadas (algunas pueden utilizarse en lugar de otras) y en aspectos formales como la duración del programa, el espaciamiento entre sesiones, etc (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Eficacia

Dos buenos ejemplos de este tipo de programas son: el *Programa para Dejar de Fumar de la John Hopkins School of Medicine* o, en España, el *Programa para Dejar de Fumar de Santiago de Compostela*, donde se utiliza como técnica específica para dejar de fumar la reducción gradual o cambio de marca, o bien la técnica de retener el humo, o bien una combinación de ambas. Los resultados al año de tratamiento oscilan entre un 19,0% y un 54,1% de abstinentes, con clara superioridad de aquellos programas que utilizaban la técnica de reducción gradual (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Otros programas multicomponentes utilizan como estrategia específica, el uso de parches de nicotina, informando un aumento notable de la tasa de éxito cuando se combinan con técnicas conductuales de prevención de recaídas (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

2.231 Técnicas psicológicas eficaces para incrementar la motivación para dejar de fumar.

Dentro de las técnicas para *incrementar la motivación* podemos mencionar las siguientes:

- Información
- Contratos de contingencias (p. ej, depósito de dinero)
- Autoregistros (observación y registro de la conducta)
- Establecimiento del plan para dejar de fumar

2.2312 Información

La información es una técnica que pretende educar al paciente en relación a su problema y de este modo incrementar su motivación al cambio. Puede ser información médica, psicológica o ambas.

2.2313 Autoregistros

Los autoregistros son la medida conductual más frecuentemente utilizada en el tratamiento con fumadores, ya que es un método barato, sencillo de utilizar y es el propio fumador quien evalúa su conducta de fumar (Becoña y Lino, 1998).

En las hojas de autoregistro el paciente tiene que ir anotando cada cigarrillo y distintos aspectos de su conducta (p ej. antecedentes, consecuentes). Es importante que sean lo más sencillos que se pueda para que el sujeto pueda llenarlos correctamente.

En 1978, McFall señala que la desventaja de esta técnica, radica en que provoca “efectos reactivos” en el sujeto que los completa, es decir, se produce una disminución del número de cigarrillos fumados en relación a los que fumaba antes llenar los autoregistros. Este efecto se atribuye a la auto observación, por que va a llevar un posterior tratamiento o por que tiene que completar hojas de autoregistro. No obstante, podemos observar que la disminución del consumo está relacionada con el tiempo de auto observación. Si la autoobservación dura una o dos semanas, el sujeto desciende su consumo; si pasa de ese tiempo, el sujeto suele recuperar su consumo anterior, e incluso no acudir a la primer sesión de tratamiento por el espacio temporal que ha transcurrido desde que comenzó con los autoregistros hasta el momento de iniciar el tratamiento (Becoña y Lino, 1998).

Los descensos del consumo en la línea base se muestran desiguales de fumador a fumador, ocurriendo en casi todos, y van desde un 20% a un 50% e incluso en algunos casos, aunque son la minoría, descienden a más de la mitad (Becoña y Lino, 1998).

2.2314 Contratos de contingencias (técnica operante)

Esta técnica implica un acuerdo por escrito entre paciente y terapeuta firmado por ambos, en donde se establecen los aspectos normativos, y las conductas que el paciente debe realizar para recibir reforzamiento positivo, o las conductas que tendrán un reforzamiento negativo si el paciente las realiza (Becoña y Lino, 1998). Se basa en los principios del condicionamiento operante (Moreno, Herrero y Rivero, 2003) y su modalidad más común es el “contrato de contingencias con coste de respuesta” (Becoña y Lino, 1998), que consiste por ejemplo, en el depósito al inicio del tratamiento de una cantidad

de dinero, que se irá recuperando conforme vaya transcurriendo la terapia y los sujetos permanezcan sin fumar. La cantidad debe ser lo suficientemente motivadora para que el sujeto desee recuperarla. Si el sujeto no cumple con lo pactado, el dinero recaudado se destina a alguna institución previamente elegida por ser radicalmente opuesta a la ideología o intereses del paciente (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Los contratos de contingencias suelen ser parte básica de la primera fase de los programas multicomponentes. De hecho, dado el bajo costo y sencillez de esta intervención, aplicado conjuntamente con otras técnicas, ha demostrado que se consiguen buenos resultados (Becoña y Lino, 1998, p. 123).

Eficacia

Su aplicación aislada, suele ser insuficiente, a excepción de individuos muy motivados, con un nivel de dependencia bajo o que practiquen ya por su cuenta otro tipo de estrategias (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Algunos estudios que demuestran la eficacia de la aplicación del “contrato de contingencias con coste de respuesta” son: Elliott y Tigre (1968), quienes consiguieron una tasa de abstinencia del 36% a los 17 meses de finalizado el tratamiento. Paxton, (1980, 1981, 1982), utilizando distintos tipos de depósitos, así como diferentes espaciaciones de reintegro del depósito en programas multicomponentes, ha obtenido en torno al 40% de abstinencia a los 6 meses de seguimiento (Becoña y Lino, 1998).

En programas multicomponentes si resulta eficaz la introducción de algún tipo de técnica operante que incluya tanto reforzamiento negativo (“coste de respuesta” monetario o de otro tipo) como positivo (económico, verbal, de actividades...). También resulta particularmente reforzante y motivadora la utilización de algún tipo de feedback sobre los avances en el tratamiento, por ejemplo mediante autoregistros y gráficas de cigarrillos fumados o de consumo de nicotina (por ej; con la técnica de reducción gradual)(Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

2.2315 Establecimiento del plan para dejar de fumar

El terapeuta explicará las técnicas que serán utilizadas (para la cesación tabáquica y prevención de recaídas) asegurándose de que el paciente las comprenda y este de acuerdo con la aplicación de las mismas. De este modo se incrementará la motivación para su aplicación. En los programas cognitivo-conductuales se deberá mencionar las tareas para casa (autoregistros, lecturas, ejercicios) ya que el paciente en ocasiones no las realiza por falta de información acerca de su importancia en el proceso terapéutico.

2.232 Técnicas psicológicas eficaces para dejar de fumar

Dentro de las técnicas cuyo objetivo es *suprimir la conducta de fumar* se encuentran:

- Técnicas aversivas
- Técnicas de reducción gradual
- Pautas de conducta para los primeros días sin fumar

2.2321 Técnicas Aversivas

De acuerdo con Moreno, Herrero y Rivero (2003), este tipo de técnicas se sustentan en la teoría del condicionamiento clásico y tienen como objetivo eliminar los efectos placenteros de la conducta de fumar a través de la asociación de un estímulo desagradable con el consumo de tabaco. Los estímulos aversivos que ofrecen mejores resultados son los que están directamente relacionados con la conducta de fumar y por ello son los más utilizados.

2.23211 La técnica de fumar rápido.

De acuerdo con Moreno, Herrero y Rivero (2003) esta técnica fue descrita de modo sistemático por Lichtenstein y cols. en 1973, y ha sido ampliamente estudiada sola o en combinación con otras.

La técnica consiste en pedirle al sujeto que haga inhalaciones con el cigarrillo sin parar, al ritmo de un metrónomo cada 6 segundos, centrándose a su vez, en las sensaciones desagradables que van apareciendo a lo largo de esta práctica. Las sesiones son diarias al principio, y se componen de varios ensayos de

entre 10 y 15 min cada uno, posteriormente se van espaciando y aproximadamente en la sexta sesión de tratamiento los sujetos dejan de fumar.

Eficacia

Las tasas de éxito son elevadas: entre un 50 y un 60% e incluso más al cabo de un año de haber concluido el tratamiento (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Riesgos

Los riesgos que presenta la aplicación de esta técnica son, entre otros: efectos cardiovasculares, absorción excesiva de nicotina, aumento del nivel de carboxihemoglobina, modificación de la tasa cardiaca y de la presión sanguínea, etc; que si bien no son importantes para individuos sanos, se debe contar con un reconocimiento médico previo; además, muchos sujetos prefieren otro tipo de técnicas menos desagradables e igualmente eficaces (Moreno, Herrero y Rivero 2003).

2.23212 Saciación.

Esta técnica fue sistematizada por Resnick en 1968. Aquí el estímulo aversivo que se asocia con la conducta de fumar es el conjunto de sensaciones desagradables derivadas de hacerlo masivamente, ya que se le pide al sujeto incrementar su consumo fuera de consulta en un 200 o un 300% durante unos días, posterior a esto se deja de fumar (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Eficacia

No se encontró dato

Riesgos

Presenta los mismos riesgos para la salud que la técnica de fumar rápido, por ello actualmente es poco utilizada (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

2.23213 Retener el humo.

Esta técnica fué sistematizada por Tori (1978) y Kopel, Suckerman y Baksnt (1979) y la indicación para el sujeto es que retenga el humo del cigarro en la boca mientras respira normalmente por la nariz, de modo que el humo no pase a los pulmones. Mientras tanto debe centrarse en las sensaciones desagradables que van apareciendo como irritación, tos, etc (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Cada ensayo dura entre 30 y 45 segundos, y se realiza un intervalo otros 30 segundos entre ensayos. Cada serie de ensayos dura 5 min, y se suelen aplicar 3 series por sesión. Las sesiones son diarias durante seis días (Moreno, Herrero y Rivero, 2003, p. 137-138).

Eficacia

La eficacia de esta técnica es difícil de establecer en forma aislada, ya que, generalmente se ha utilizado en combinación con otras. En España, el grupo de Becoña, la ha experimentado como ingrediente principal en varios programas multicomponentes, consiguiendo tasas de abstinencia que oscilan entre el 33 y el 66,6% a los seis meses y entre el 27,3 y el 50% al año (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Riesgos

Esta técnica tiene la enorme ventaja de minimizar los posibles efectos nocivos de las dos anteriores (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

2.23214 Limitaciones de las técnicas Aversivas

De acuerdo con Becoña y Lino (1998), a pesar de los buenos resultados que han obtenido algunas de las técnicas aversivas como las que mencionamos anteriormente (fumar rápido, retener el humo o saciación), son poco aplicadas en la actualidad en comparación con su aplicación en los años 70.

Algunos clínicos e investigadores han expresado su preocupación acerca de los posibles efectos médicos, especialmente con respecto al potencial estresante de la técnica de fumar rápido (Becoña y Lino, 1998, p.118).

En 1977, Horan y cols, encontraron que la técnica de fumar rápido producía incremento en la tasa cardiaca, presión sanguínea y niveles de carboxihemoglobina y, Lichtenstein y Glasgow, en el mismo año, hicieron recomendaciones para la criba y selección de sujetos (Becoña y Lino, 1998).

La mayoría de los investigadores y clínicos excluyen a las personas mayores y a aquellos fumadores con hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad cardiovascular. Aunque la técnica de fumar rápido se ha usado de modo seguro con pacientes pulmonares y cardiacos bajo estrecha supervisión médica*, esto no ha sido lo que se ha hecho en la práctica común (Becoña y Lino, 1998, p. 118).

Lo desagradable de los procedimientos aversivos limita su interés para los fumadores y por quienes aplican los tratamientos. Más aún, una práctica conservadora recomienda un cribaje médico para las técnicas de saciación o fumar rápido (Becoña y Lino, 1998).

Aunque los procedimientos aversivos dan al final del tratamiento unos resultados excelentes, a largo plazo tienden a ser bajos, lo cual ha sido atribuido a un descuido del mantenimiento y de la prevención de la recaída. Sin embargo, para el clínico, las técnicas aversivas son un instrumento terapéutico más que puede ser útil en un momento determinado. De hecho, por ejemplo la Asociación de Psiquiatría Americana recomienda la técnica de fumar rápido como un componente de la terapia para aquellos fumadores que deseen dejar de fumar con este procedimiento. Aunque hoy disponemos de técnicas psicológicas que obtienen los mismos resultados que con este tipo de técnicas, su utilización podría ser adecuada cuando: 1) el fumador no ha dejado de fumar con otra técnica de tratamiento, valora mucho conseguir la abstinencia del modo que sea y tiene un buen nivel motivacional; o 2) cuando el fumador dispone de poco tiempo para dejar de fumar (ej; una semana) y tiene suficiente motivación para llevar a cabo un tratamiento intensivo diario (Becoña y Lino, 1998).

*Para obtener información sobre estos estudios véase Becoña y Lino, 1998, p. 118).

2.2322 Reducción Gradual de Nicotina

De acuerdo con Moreno, Herrero y Rivero (2003), se incluye esta estrategia dentro de los tratamientos psicológicos, ya que aunque se basa en el papel adictivo de la nicotina, no implica el suministro de ninguna otra sustancia y siempre se aplica en combinación con técnicas de autocontrol.

La técnica consiste en la reducción progresiva del contenido de nicotina de los cigarrillos, mediante el cambio de marcas, hasta dejar de fumar.

La reducción de nicotina partiendo de una línea base, es generalmente del 30% durante la primera semana, del 60% en la segunda y del 90% en la tercera; posterior a esto se deja de fumar.

Habitualmente, esta técnica se combina con el auto registro diario y la representación en una gráfica de la ingesta de nicotina y alquitrán.

De acuerdo con Becoña (1994), la técnica presenta ventajas importantes como(citado en Moreno, Herrero y Rivero, 2003, p. 139):

1. Consigue un nivel de abstinencia elevado.
2. En muchos sujetos en que fracasa el conseguir la abstinencia, si consigue reducir la nocividad al pasarse el fumador a una marca con menor contenido de nicotina y alquitrán.
3. El nivel de nicotina ingerido es una medida fácil de registrar y que proporciona al sujeto un feedback sumamente reforzante de sus avances.
4. A diferencia de las técnicas aversivas, no presenta contraindicaciones médicas y es aplicable a todos los individuos.
5. Reduce notablemente los abandonos terapéuticos, por no ser aversiva.
6. Es muy sencilla de aplicar; basta con conocer los contenidos de nicotina y alquitrán de cada una de las marcas, información contenida obligatoriamente en las cajetillas.

Eficacia

Los resultados obtenidos con esta técnica son muy satisfactorios. Becoña, (1992), en su revisión, encuentra un promedio de eficacia del 34% al año, índice que se incrementa notablemente si se incluye en un programa multicomponente (Moreno, Herrero y Rivero, 2003),.

2.2323 Pautas de Conducta para los primeros días sin fumar

De acuerdo con Kalina, Dorado, Fernández y Roig (2000), una serie de medidas conductuales deben ser aplicadas a partir de que se deja de fumar y son entre otras:

- 1) Realizar dieta estricta hipocalórica e hipograsa
- 2) Realizar caminatas y gimnasia respiratoria, con mayor frecuencia en los primeros días.
- 3) Ingerir gran cantidad de agua durante el día
- 4) Cepillarse los dientes cinco a diez veces por día durante los primeros días.
- 5) Evitar lugares donde hay mucho humo de tabaco, y a las personas muy fumadoras.
- 6) Buscar apoyo de los no fumadores o de los que dejaron de fumar. También es útil apoyarse en los compañeros del grupo de autoayuda si el tratamiento se realizó en forma grupal.
- 7) Abstenerse o reducir al máximo la ingesta de alcohol y cafeína, pues pueden ser causa de recaídas.

Es muy importante señalar que este tipo de tratamientos acompañados de el tratamiento farmacológico aumentan su eficacia.

CAPÍTULO III. UNA REVISIÓN DE LAS CAUSAS DE LA RECAÍDA Y SU ABORDAJE CLÍNICO.

El presente capítulo pretende inicialmente aprender a diferenciar dos conceptos esenciales comúnmente utilizados en el tratamiento para dejar de fumar en la fase de prevención de recaídas y son: *Caída* y *Recaída*. Esta diferenciación es de gran utilidad en la evaluación del éxito del tratamiento tanto para el paciente como para el terapeuta.

Además de los dos conceptos anteriores hay otro concepto cuyo abordaje es fundamental y es: *vulnerabilidad a la recaída* ya que es indispensable saber evaluar cuales son los momentos en que un individuo tiene más probabilidades de recaer.

También, este capítulo tiene como objetivo conocer los dos *modelos* más importantes de la prevención de recaídas, el primero presentado por *Marlatt*, se refiere a la prevención de recaídas en adictos y el segundo propuesto por *Shiffman*, se refiere a la prevención de recaídas específicamente en fumadores.

Se definirá el concepto de *Prevención de Recaída* de acuerdo con *Marlatt* y se explicarán las *principales causas de la recaída y estrategias para su prevención* que sugieren ambos modelos.

Finalmente se describirán algunas de las *estrategias más efectivas para la prevención de la recaída utilizadas en la actualidad* y basadas en dichos modelos, además se comentará sobre el papel del *apoyo social* en el mantenimiento de la abstinencia.

Todo lo anterior con el objetivo principal de concienciar al lector sobre la necesidad de modificar las estrategias ya existentes, además de crear programas mejor estructurados basados principalmente de la prevención de la recaída, que es nuestro tema de interés.

3.1 Caída y Recaída

Marlatt es el autor que ha favorecido la distinción entre los conceptos de caída y recaída en las conductas adictivas (Becoña, 1994).

“Por *caída, desliz, o prueba*, se entiende un proceso, conducta o evento que lleva a la aparición esporádica o momentánea del hábito previo”.

“Por *recaída* se entiende volver al nivel anterior de consumo de la sustancia o del hábito a un nivel similar y desadaptativo” (Becoña, 1994; p. 30).

Existe una clara diferencia entre ambos conceptos, y es que en el primer caso el sujeto aún tiene el control sobre su conducta y en el segundo lo ha perdido.

Así, pues en base a los criterios antes mencionados, se considera que en la adición al tabaco un fumador cae si fuma un cigarro diario durante siete días consecutivos, si fuma más que eso o por más tiempo se considera que ha tenido una recaída.

Esta distinción entre conceptos ha sido muy importante en la evaluación del nivel de eficacia de las intervenciones, además de que ha favorecido en el desarrollo de estrategias para la prevención de recaídas, que actualmente representan una de las alternativas más prometedoras para incrementar la eficacia de los tratamientos (Becoña, 1994).

Por otro lado, existe otro concepto muy importante que es necesario abordar y es la *vulnerabilidad a la recaída*, que se refiere a las posibilidades que tiene un fumador de recaer en determinadas circunstancias, en base las características de su propia experiencia.

Para Shiffman (1988) esta vulnerabilidad a la recaída puede explicarse de dos formas: la primera debido a que la conducta de fumar está condicionada clásicamente, por ello, cuando el exfumador está ante determinados estímulos se produce la necesidad, el deseo, o ambas y la segunda, debido a que el hecho de fumar tiene una función instrumental (por ej, la reducción de la tensión, ansiedad, etc), por lo que se utiliza el concepto de “fumar como herramienta psicológica” (Becoña, 1994).

Para saber cuando el fumador es más vulnerable a recaer es importante conocer cuando fuma, con quién, en qué situaciones, que siente, etc. y poder conocer en base a esto, el motivo o patrón que más destaca.

Otro modo de valorar la vulnerabilidad a la recaída es a través de la historia de las crisis de recaída del fumador o de sus últimas recaídas (Becoña, 1994).

Para Shiffman (1988), los dos factores más importantes a evaluar en las crisis de recaída son: el tono afectivo de la situación y los estímulos asociados con fumar (por ejemplo, ver un paquete de cigarrillos de su marca preferida) (Becoña, 1994; p. 34).

A pesar de tener conocimiento sobre como se dan las recaídas en los fumadores, ha resultado sumamente difícil a partir de esto evitar una futura recaída y hoy este es uno de los temas más importantes que quedan por resolver (Becoña, 1994).

3.2 Principales modelos de prevención de la recaída

3.21 Modelo de Marlatt

De acuerdo con Bronwell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson 1986; Cummings, Gordon y Marlatt, 1980; Echheburúa y Corral, 1986; Marlatt y Gordon, 1985; el modelo de prevención de la recaída de Marlatt, se elaboró inicialmente para la adicción al alcohol, posteriormente se extendió a las demás conductas adictivas incluyendo el tabaco (Becoña, 1994).

Para Marlatt (1993) *“la prevención de recaídas (PR) es un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos a anticipar y afrontar los problemas de recaída en el cambio de las conductas adictivas, entre ellas el tabaco. Fundamentado en los principios de la teoría del aprendizaje social de Bandura, la PR combina los procedimientos conductuales de entrenamiento en habilidades, la terapia cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida”*. Por lo tanto la PR puede utilizarse como una estrategia de mantenimiento ya que permite un cambio en el estilo de vida del adicto (Becoña, 1994 p. 30).

El modelo de Marlatt asume que cuando la persona se encuentra en abstinencia experimenta una sensación de control, que va incrementando a medida que se prolonga el tiempo en que permanece así. Este control percibido, en una situación de alto riesgo puede perderse (Becoña, 1994).

Para Marlatt, *las situaciones de alto riesgo o causas de las recaídas se deben a dos tipos generales de factores: a los determinantes o factores ambientales intrapersonales y a los determinantes o reacciones a los eventos ambientales interpersonales* (Becoña, 1994; p. 30).

Los primeros atañen a aquellos propios del individuo, internos, o las reacciones a distintos eventos ambientales. Los segundos atañen a la presencia o influencia de otros individuos como parte del evento precipitante de la recaída (Becoña, 1994).

Dentro de los determinantes ambientales intrapersonales se incluye, en primer lugar: los estados emocionales negativos, como el afrontamiento de la frustración, el enfado o ambos; así, como cualquier otro estado emocional negativo. Aquí se incluirían los sentimientos de culpa, hostilidad o agresión que pueden llevar al enfado, así como los de miedo, ansiedad, depresión, soledad, aburrimiento, tristeza, etc. Se incluirían también, reacciones de estrés por exámenes, hablar en público, búsqueda de empleo, entre otros. En segundo lugar, los estados físicos o fisiológicos negativos, como el afrontamiento de estados físicos asociados con el uso previo de sustancias (por ej; síndrome de abstinencia) así como el afrontamiento con otros estados físicos negativos, (por ejemplo, dolor, fatiga, calambres, etc.). En tercer lugar, están los estados emocionales positivos; esto es, aquellos estados donde la sustancia serviría para incrementar los sentimientos de placer, alegría, celebración, etc. En cuarto lugar, la prueba del control personal, que consiste en probar de nuevo la sustancia para comprobar que se puede hacer un uso controlado o moderado de la misma. Finalmente, en quinto lugar, impulsos y tentaciones. Estos pueden darse ante el indicio de la sustancia (por ejemplo, un fumador enciende un cigarrillo al lado del ex fumador) o en ausencia de indicios de la sustancia. En este último caso, el sujeto ante el impulso, procura conseguir la sustancia. (Becoña, 1994; pp. 30-31).

Dentro de las determinantes interpersonales, incluye tres. El primero es el conflicto interpersonal. Se refiere a un conflicto asociado con una relación interpersonal, como matrimonio, amistad, familia, relaciones con el jefe, etc. Aquí, a su vez, se puede dividir tal conflicto interpersonal en el afrontamiento con la frustración o enfado (por ejemplo, desacuerdos, peleas, celos, disputas) como con otros conflictos interpersonales distintos a éstos, como ansiedad, miedo, tensión o preocupación. En segundo lugar, la presión social, tanto directa como indirecta, para el consumo de la sustancia. En el primer caso, es una persona o grupo la que ejerce la presión sobre el individuo o le proporciona la sustancia. En el segundo, el individuo observa a una persona o individuo utilizando la sustancia o le sirven de modelo para su uso. Y, en tercer lugar, la mejora de los estados emocionales positivos, cuando así lo

hace para aumentar los sentimientos de placer, celebraciones, excitación sexual, libertad, etc; en una situación interpersonal. (Becoña, 1994; p. 31)

Según Marlatt y Gordon (1985) se deben tomar en cuenta los siguientes puntos para realizar la clasificación (Becoña, 1994):

1. Los episodios de recaída se pueden puntuar solo en una de las categorías anteriores.
2. Se elige el evento precipitante de la recaída más significativo y reciente.
3. Cuando existen dudas entre categorías se sugiere dar prioridad a los determinantes ambientales intrapersonales sobre los determinantes interpersonales.
4. Así mismo, el orden dentro de las categorías indica las prioridades en caso de duda.

Los estudios llevados a cabo con el modelo de Marlatt en fumadores, realizados por Cummings y col; 1980; Rosenthal y Marx, 1981; indican, que dentro de los determinantes intrapersonales el más importante es el estado emocional negativo, que explica entre el 37 y 43% del total de las recaídas y, dentro de los determinantes interpersonales, la presión social que explica 32 y 25% respectivamente. Otros determinantes como la prueba de control personal, los estados físicos negativos o los estados emocionales positivos, carecen de relevancia (Becoña, 1994; p.31).

En un estudio realizado por Becoña, Lista y Frojan (1989) con una muestra española, los resultados son semejantes: el 29% de las recaídas se explican por el estado emocional negativo y el 47% por la presión social (Becoña, 1994).

Además de todo este conocimiento debemos saber que el proceso por el que se produce o no la recaída, esta en función de que el sujeto experimente o no una sensación de dominio o control y emita o no una respuesta de afrontamiento eficaz en la situación de alto riesgo.

Si el sujeto logra permanecer en abstinencia y afrontar diversas situaciones de alto riesgo en forma eficaz, menos probabilidades existen de que se de la recaída; pero si el sujeto no cuenta con estrategias de afrontamiento apropiadas, o cuenta con ellas pero no las pone en práctica, es muy probable

que esta se produzca, más aún, si se esperan efectos positivos de la misma y se olvidan o minimizan los efectos negativos de su anterior consumo.

De acuerdo con Marlatt y Gordon, (1985), una vez que se produce el consumo, generalmente se da el *Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA)*, que surge a partir de dicotomizar el concepto de consumo, es decir, consumir/no consumir, todo o nada. El sujeto puede pensar, “para qué seguir intentando si ya consumí una vez más”, con este tipo de pensamiento el sujeto se ve perdido; después, surge una disonancia cognitiva, es decir, está consumiendo, pero a la vez le causa conflicto y culpa (“ya lo había dejado, y lo he echado todo a perder”), finalmente se enfrasca en un círculo vicioso, ya que este pensamiento eleva su ansiedad y a su vez refuerza su conducta de consumo (Becoña, 1994).

3.22 Modelo de Shiffman

Shiffman es el autor que ha realizado la aportación más importante en lo que respecta al conocimiento sobre recaída en fumadores y ha evaluado aquellas estrategias que son útiles para evitarla.

Sus estudios se han basado principalmente en aquellos exfumadores que llamaban a un número telefónico de autoayuda para evitar recaer, y ha obtenido sus datos a través de entrevistas realizadas a los ex fumadores acerca de los antecedentes de la recaída y si ha habido crisis de recaída anteriores, el impacto que les ha causado tales crisis (Becoña, 1994).

Su aproximación, denominada situacional, da gran importancia a los antecedentes situacionales presentes en la recaída (Becoña, 1994; p. 32).

En el primer estudio realizado por Shiffman (1982) ,y con una amplia muestra de fumadores, encontró que la recaída ocurría básicamente debido a la presencia de afecto negativo (71%), cuando estaba en casa (56%), y por el síndrome de abstinencia de la nicotina (54%). De estos fumadores que sufren una crisis de recaída, aproximadamente uno de cada tres tendrá un episodio de consumo de al menos un cigarrillo (Becoña, 1994; p. 32).

Las características más relevantes que distinguen a los sujetos que tienen la caída de los que no la tienen son: la presencia de otros fumadores, que experimentan síntomas de abstinencia en la situación, han consumido alcohol y se encuentran en un lugar distinto a la casa o el trabajo.

Shiffman señala que aquellos ex fumadores que ponen en marcha alguna estrategia de afrontamiento de tipo conductual, cognitiva, o ambas, tienen mucho menos probabilidades de fumar que aquellos que no las pongan en marcha (Becoña, 1994).

En otro trabajo posterior Shiffman, 1984 a (citado en Becoña, 1994) encontró claramente, que la reducción de la tensión, es muy importante en la situación en la que se da el consumo de tabaco.

En uno de sus trabajos más importantes Shiffman y cols (1985), describe detalladamente las causas más importantes de la recaída en fumadores, agrupándolas en siete: debido al afecto negativo, por sentimientos de relajación o felicidad, cuando está esperando a alguien o se encuentra aburrido, cuando se utiliza el tabaco como sustituto de la comida, después de comer, por relación social, y otras, entre las que incluye: otros fumadores presentes, síndrome de abstinencia y consumo de alcohol (Becoña, 1994; p. 32).

La primer causa, que es el afecto negativo, se refiere a los sentimientos de tristeza, depresión, etc; que llevan a la persona a utilizar nuevamente sus cigarrillos, de tal modo que le sirven para superar tal estado (Becoña, 1994).

Los sentimientos de relajación o felicidad, se han considerado una de las principales causas de recaída a pesar de ser lo contrario de la anterior. En este caso, la persona se encuentra a gusto en una situación, y el recuerdo de la compañía de su antiguo hábito de fumar, le hace bajar la guardia y vuelve a fumar.

El tercer motivo, cuando se espera a alguien o se encuentra aburrido, favorece el volver a fumar, ya que al hacerlo se “entretiene” en algo y puede ocupar el tiempo. Esta sería una de las principales causas de recaída para aquellas personas que tienen pobreza de estímulos. De acuerdo con Becoña, 1987, en algunos fumadores cobra importancia entrenarlos para evitar el aburrimiento para que este no sea una causa central en la recaída (Becoña, 1994; p. 32).

Al dejar de fumar se estima que la persona ganará entre 2 y 3 kg promedio, esto debido a varios factores, entre ellos que el sentido del gusto y el olfato mejoran considerablemente durante las primeras semanas (Becoña, 1994), por tanto la comida se saborea mejor y se incrementa el consumo, el cigarro impedía que los nutrientes fueran asimilados adecuadamente y finalmente, el

cigarro mantenía unos niveles de glucosa constantes y en cuanto se suspende el consumo bajan los niveles de glucosa , por lo que el sujeto comúnmente comienza a apetecer comidas con un alto contenido de azúcares como los postres (chocolates, pasteles, etc).

Por lo anterior, se descubre que se puede utilizar y algunos sujetos utilizan los cigarrillos para no tener hambre o controlar las ganas de comer, especialmente adolescentes y mujeres. Por lo tanto, en grupos específicos, esta es una de las causas más relevantes que producen la recaída y de acuerdo con Becoña, 1993 a (citado en Becoña, 1994) es necesario que en los programas de tratamiento, se comente o se dedique un apartado concreto sobre el tema de la relación entre consumo de cigarrillos, abandono y peso y sobre las creencias asociadas con este tema, en alguna sesión orientada a prevenir este fenómeno.

Otra causa de recaída señalada por Shiffman es la que se produce después de las comidas o en la sobremesa. La asociación entre tabaco, alcohol y café, hoy es clara y los procesos de condicionamiento que se han producido a lo largo de años previos, puede facilitar una recaída posterior. Aquí serían deseables un adecuado apoyo social y tener un control estimular apropiado.

Según Shiffman, las relaciones sociales, parte característica de los seres humanos, pueden también ser motivo de recaída en aquellos fumadores que recogen de manera importante los modelos, como vimos también al comentar el de Marlatt. El motivo específico, puede ser agrandar a otra persona, sentirse mejor o más seguro, no defraudar, no ir en contra de la norma en una determinada reunión, etc. Este aspecto, que tiene gran importancia en nuestro medio, exige tanto una concienciación de la persona que ha abandonado el tabaco, como una educación de los fumadores para que no faciliten la recaída de aquellos que ya no fuman.

Shiffman señala que otras de las causas que pueden provocar la recaída en un exfumador, son: presencia de otros fumadores, síntomas de abstinencia y consumo de alcohol.

La presencia de otros fumadores y ver como realizan su consumo, el ofrecimiento de cigarrillos por parte de ellos, la disminución del control, el efecto de conformidad y principalmente la “tentación” que se produce en tales situaciones, pueden provocar una recaída. En algunas ocasiones, la persona que dejó de fumar se siente distinta ante aquellas personas que fuman y esto hace que regresen a su antiguo estatus de fumador, logrando a su vez que esto

se vea reflejado ante las personas fumadoras con las que se encuentra en ese momento.

Los síntomas de abstinencia nicotínica es una causa de recaída que ha cobrado mayor relevancia en los últimos años. Algunos de ellos son: la necesidad de que produce la misma nicotina, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad para concentrarse, inquietud, disminución del ritmo cardiaco, aumento del apetito o peso, entre los más importantes. Cuando los síntomas son severos y causan una molestia significativa, es probable que el sujeto vuelva fumar y si lo hace, al notar que los síntomas desaparecen, la conducta queda reforzada, provocando que se de una recaída de este modo con gran facilidad.

El consumo de alcohol, como ya se ha comentado es un factor que promueve la recaída, debido a su fuerte asociación con el tabaco. Dicha asociación se ha ido fomentando al ser ambas drogas legales y por tanto pudiéndolas obtener fácilmente y principalmente en lugares públicos donde se desarrolla gran parte de nuestra vida social como: bares, cafés, restaurantes. Por ello resulta de gran importancia que las personas adquieran las habilidades adecuadas para negarse a los ofrecimientos (Becoña, 1994).

Pero el modelo de Shiffman aplicado a la conducta de fumar, ha recibido críticas, y una de ellas, es que utiliza muestras de exfumadores que llaman a una línea de autoayuda para evitar recaer y no se fundamenta en fumadores que realmente han recaído. Sin embargo, la revisión de Sutton, 1992 (citado en Becoña, 1994, p. 33) sobre los estudios con el modelo de Shiffman, muestra en consistentemente que las situaciones en las que los fumadores recaen, se replican de unos estudios a otros, como que la mitad de las recaídas se dan cuando hay otros fumadores presentes; en situaciones en las que hay consumo de alcohol, comida o café, etc. En la mayoría de los casos aquellos que recaen indican que esto se produce cuando experimentan ansiedad, depresión, ira o aburrimiento; o bien cuando están ante problemas, crisis o estrés. Por ello, Sutton, 1993 (citado en Becoña, 1994; p. 33) apunta que los dos precipitantes más importantes de la recaída serían los eventos displacenteros y los estados emocionales negativos.

Un señalamiento importante que hace este mismo autor es que los fumadores siempre van a toparse con situaciones de alto riesgo, pudiendo o no recaer en ellas. Por ello, sugiere se diferencien cuatro combinaciones posibles relacionadas con la frecuencia (dimensión que agrega) de las situaciones de

alto riesgo y son: baja frecuencia-alto riesgo; baja frecuencia-bajo riesgo; alta frecuencia-alto riesgo, alta frecuencia-bajo riesgo. Junto a ello, otras variables que tal vez habría que añadir serían: la complejidad y variedad de la exposición (Becoña, 1994).

3.3 Estrategias para prevención de la recaída basadas en los modelos de Marlatt y Shiffman

Marlatt y Gordon, 1985 (citado en Becoña, 1994) han distinguido y agrupado las estrategias de prevención de recaídas en dos: *estrategias específicas de intervención y estrategias globales de autocontrol*, ambas pueden clasificarse en tres categorías principales: *entrenamiento en habilidades, reestructuración cognitiva y reequilibrio del estilo de vida*.

Tales estrategias se describen a continuación (Moreno, Herrero y Rivero, 2003; p. 142):

- *Estrategias específicas de intervención*: diseñadas para enseñar al cliente a reconocer y afrontar situaciones de alto riesgo, tanto externas como internas (emocionales, fisiológicas o cognitivas). Se centran, por lo tanto, en los determinantes inmediatos de la posible recaída.
- *Estrategias globales de autocontrol*: diseñadas para reequilibrar el estilo de vida del sujeto de modo que favorezca el mantenimiento a largo plazo de la abstinencia.

Tanto unas como otras pueden clasificarse en las siguientes categorías:

- *Entrenamiento en habilidades*: programas de aprendizaje de respuestas conductuales y cognitivas para afrontar situaciones de alto riesgo (por ejemplo: entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en relajación, entrenamiento en resolución de problemas...)
- *Reestructuración cognitiva*: técnicas dirigidas a la modificación de ideas desadaptativas sobre la naturaleza del proceso de cambio (entenderlo como un proceso de aprendizaje y no de curación), sobre la capacidad de control de los “deseos irresistibles” y sobre las consecuencias de una posible violación de la abstinencia (reestructuración del Efecto de Violación de la Abstinencia).

- *Reequilibrio del estilo de vida*: diseñadas para favorecer la abstinencia a largo plazo. Incluyen, por ejemplo, programas de ejercicio físico, modificación de hábitos cotidianos, promoción de actividades alternativas de uso del ocio y tiempo libre, cambio de trabajo o residencia, etc. Su aplicación, depende, especialmente cuando se trabaja con personas de escasa capacidad económica, de la existencia y coordinación eficaz con los recursos sociales.

Shiffman y col, 1985 (citado en Becoña, 1994) ha propuesto también distintas estrategias de prevención de la recaída, que ha dividido en tres grandes bloques: *estrategias básicas*, *habilidades cognitivas* y *habilidades conductuales*, cada una de ellas orientada intervenir en aquellas situaciones donde los fumadores pueden recaer.

Se consideran tres *estrategias básicas* y son: abandonar la situación, la distracción y esperar o retrasar la realización de la conducta; tres *estrategias cognitivas*: imaginación, reestructuración cognitiva y autoinstrucciones; y cinco *estrategias conductuales*: actividad física, relajación, conducta consumadora alternativa, otros refuerzos y habilidades asertivas (Becoña, 1994).

De acuerdo con Shiffman 1988,1989 (citados en Becoña, 1994) las habilidades de afrontamiento juegan un papel importante en la prevención de recaídas, por ello propone cuatro tipos de afrontamiento: afrontamiento preparatorio, anticipatorio, inmediato y restaurativo. Dentro de cada uno de ellos el exfumador pone en marcha estrategias específicas (por ejemplo, incrementar información sobre las consecuencias del tabaco en la salud, control de estímulos, estrategias de sustitución, como comer, etc.).

3.4 Estrategias eficaces en la prevención de recaídas

3.41 Control de Estímulos

La presencia de ciertos estímulos en una situación puede predecir la ocurrencia de ciertas conductas. Por ejemplo, la presencia de determinado alimentos atractivos puede aumentar la ingesta de comida. Si se controlan las condiciones antecedentes que presentan la ocasión para que sea reforzada la conducta se puede producir un aumento en la respuesta que se emite. Karoly (1986), identifica cuatro clases de estímulos antecedentes: 1) estímulos discriminativos, que se han unido en el pasado al reforzamiento contingente a

la respuesta; 2)“reglas” o estímulos verbales, la adherencia a los cuales ha dado como resultado, anteriormente, el reforzamiento; 3) estímulos facilitadores, que hacen que el responder sea más fácil; y 4) operaciones motivacionales, que aumentan la eficacia del reforzamiento (p. ej; privación previa) (Caballo, 1991).

No todos los problemas requieren que aumente o disminuya la conducta. Algunos requieren que se responda en el lugar apropiado en el momento oportuno.

Karoly, hace las siguientes recomendaciones al utilizar el control del estímulo:

- 1) Identificar por medio de la observación (no de la deducción) los lazos funcionales entre los estímulos antecedentes y las conductas que no se han de incrementar.
- 2) Identificar los estímulos que provocan la conducta inapropiada
- 3) Eliminar los estímulos para la conducta inapropiada
- 4) Resaltar más los estímulos para responder de forma apropiada
- 5) No utilizar en exceso el control del estímulo. Cada presentación no reforzada de un estímulo debilitará su poder para provocar la respuesta.
- 6) Si un estímulo arbitrario se ha establecido como estímulo discriminativo, transformarlo gradualmente en un antecedente natural, con el fin de fomentar la generalización al ambiente real.
- 7) Entrenar al individuo a tomar las riendas del “control por el estímulo” de su propia conducta.

Esta estrategia se deriva del condicionamiento clásico y operante y se trata de romper la asociación entre estímulos tanto internos como externos y la conducta de fumar, propiciando que el hábito se debilite y finalmente desaparezca.

De acuerdo con Leventhal y Cleary, 1980 (citados en Moreno, Herrero y Rivero, 2003, p. 140) los procedimientos más usuales para conseguir este descondicionamiento son:

- Fumar a intervalos fijos. La conducta de fumar podría estar controlada por el intervalo temporal, y se haría independiente de los estímulos asociados previamente.
- Ir reduciendo las situaciones en que se puede fumar, a partir de una jerarquía construida previamente
- Fumar sólo en situaciones muy concretas y no reforzantes, como una “silla de fumar” colocada en un garage.

Como estrategia fundamental para dejar de fumar, presenta el inconveniente de que el individuo puede quedarse “estancado” en un determinado nivel de consumo, por ser una técnica de abandono progresivo y de curso lento. El control estimular si es, sin embargo, un componente importante en los programas de prevención de la recaída una vez que ya se ha dejado de fumar (Moreno, Herrero, y Rivero, 2003).

3.42 Planificación de Actividades Incompatibles

La programación de actividades consiste en planificar actividades a realizar, bien de vez en cuando o bien cada hora. Su objetivo es proporcionar al paciente cierta sensación de eficacia y de control (Caballo, 1991; p.507).

Si el paciente afirma que inevitablemente pasará cierto tiempo dándole vuelta a determinados pensamientos, se puede designar una determinada hora al día para este propósito, lo cual puede tener un efecto paradójico.

Una vez que está resuelto el aspecto de la planificación, la tarea del paciente consiste en registrar sus actividades cada hora. También se pide a los pacientes que evalúen en una escala (p ej, de 100 puntos) el grado en el que piensan que han dominado la tarea y también el grado en que han disfrutado de ella.

Esta evaluación, además de incrementar la percepción de dominio, nos da información sobre las actividades que más le gustan al paciente y que si le pueden ayudar a contrarrestar ciertos sentimientos y pensamientos.

Este tipo de actividades además, pueden ayudarle a realizar una tarea menos reforzante.

Sin embargo, el terapeuta debería anticipar y preparar al paciente ante los reveses, señalando que nadie realiza siempre todo lo que planifica y que simplemente el intentar llevar a cabo cualquier actividad planificada debería considerarse como un éxito (Caballo, 1991).

3.43 Entrenamiento autoinstruccional

El entrenamiento en autoinstrucciones se remonta a los primeros trabajos llevados a cabo por Meichenbaum en los años sesenta con niños hiperactivos y agresivos. Sin embargo, la preocupación de Meichenbaum como papel del lenguaje como controlador de la conducta motora (Caballo, 1991; p. 607), surge con motivo de los estudios sobre autores soviéticos como Luria y Vygotsky y, más tarde, de los trabajos de Piaget.

En los trabajos de Luria (1961) y Vygotsky (1962), se establece que el lenguaje en los niños pequeños no tiene la función de comunicarse con otros, si no más bien la de guiar u ordenar su propia conducta externa (Caballo, 1991).

Estos antecedentes, le llevan a Meichenbaum a describir un procedimiento general que permita modificar las verbalizaciones internas del sujeto y, en consecuencia la conducta manifiesta.

El marco en el que surge toda esta investigación es el que hoy llamamos *modificación de conducta cognitiva* (Caballo, 1991).

El entrenamiento autoinstruccional se trata de una técnica cognitiva de cambio de comportamiento en la que se modifican las autoverbalizaciones (verbalizaciones internas o pensamientos) que un sujeto realiza ante cualquier tarea o problema, sustituyéndolas por otras que, en general, son más útiles para llevar a cabo la tarea. Estas nuevas instrucciones, que el propio sujeto se da a sí mismo, coinciden en gran parte con la secuencia de preguntas de la “técnica de solución de problemas”. Meichenbaum 1977 (citado en Caballo 1991; p. 608) incluye, además, instrucciones de autoreforzo para todas aquellas “respuestas” tendentes a la solución del problema, o autoinstrucciones de afrontamiento ante el fracaso (autocorrección), en el caso de error.

El objetivo, es que el sujeto, a través de un cambio en las autoverbalizaciones, finalmente alcance una mejora en su nivel de habilidad en una tarea, aumente

el nivel de autocontrol de su comportamiento, o llegue a la solución de un problema (Caballo, 1991).

Meichenbaum, 1977(citado en Caballo, 1991; p. 611), concluye que el efecto de las verbalizaciones sobre la ejecución de la tarea depende de:

- a) De la edad de los sujetos (los niños más pequeños realizan más verbalizaciones sobre la tarea).
- b) De la dificultad de la tarea o problema (con independencia de la edad, las verbalizaciones se hacen más patentes en función de la dificultad de la tarea).
- c) De la calidad de las autoinstrucciones (si los sujetos realizan verbalizaciones cuyo contenido indica incapacidad para la tarea, distracción, etc; la eficacia en la tarea disminuye; si por el contrario, guían correctamente la ejecución, entonces mejora la tarea).

Además, tenemos que tener en cuenta que para cada tipo de tarea sería necesario un determinado tipo de autoinstrucciones, ya que el contenido de la autoinstrucción es el responsable de final de la eficacia del procedimiento. Por tanto, deberíamos ser capaces de señalar en cada caso cual es la instrucción correcta. Para ello, Meichenbaum echa mano, como mencionamos antes, de las preguntas planteadas en la “técnica de la solución de problemas”, como marco general (Caballo, 1991).

El procedimiento general de entrenamiento en autoinstrucciones, ha sido descrito por Meichenbaum 1977-1985 (citado en Caballo, 1991; p. 612) y consta de cinco fases (en su forma más compleja, pensada para el entrenamiento con niños):

1. El monitor o terapeuta actúa como *modelo* y lleva a cabo una tarea mientras se habla a sí mismo en voz alta sobre lo que está haciendo (*Modelado cognitivo*).
2. El paciente (el niño) lleva a cabo la misma tarea del ejemplo propuesto por el terapeuta, bajo la dirección de las instrucciones de este (*Guía externa en voz alta*).
3. El paciente se dirige a sí mismo mientras realiza la tarea en voz alta (*Autoinstrucciones en voz alta*).

4. El paciente lleva a cabo la tarea de nuevo, mientras cuchichea las instrucciones para sí mismo (*Autoinstrucciones enmascaradas*).

5. El paciente guía su propio comportamiento a través de autoinstrucciones internas, mientras va desarrollando la tarea (*Autoinstrucciones encubiertas*).

APLICACIONES

Aplicaciones de la técnica en casos de impulsividad

En el tratamiento de los niños hiperactivos Meichenbaum plantea que las terapias que utilizan procedimientos operantes no suelen obtener éxito debido a la acción altamente motivadora de dichos procedimientos, de tal manera, que en lugar de *enlentecer* la actividad y permitir una *actitud reflexiva*, logran todo lo contrario. Sin embargo, como el propio Meichenbaum (1977), señala la asociación de procedimientos operantes y cognitivos (como en el caso de las autoinstrucciones) mejora los resultados. En este sentido, los estudios de Bornstein y Quevillon (1976) y, en especial, el llevado a cabo por Kendall y Braswell (1982) son muy elocuentes, poniendo de manifiesto la mayor eficacia de las autoinstrucciones en este tipo de problemas (Caballo, 1991; p.620).

El trabajo de Neilans e Israel 1981(citado en Caballo, 1991; p.621) muestra también el mayor mantenimiento y generalización del comportamiento inducido por programas cognitivos (en los que se incluyen autoinstrucciones), en comparación con un programa de “economía de fichas” en niños impulsivos.

Podemos decir, entonces, que la técnica de autoinstrucciones ha mostrado notable eficacia en este tipo de problemas y ello se puede atribuir a su adecuación al modelo psicopatológico (Caballo, 1991).

Aplicaciones de la técnica en casos de ansiedad

La técnica de autoinstrucciones se ha aplicado en numerosos casos en los que la ansiedad juega un papel importante presentando muy diversas características clínicas: depresión, fobias, habilidades sociales, estrés (Caballo, 1991; p. 621).

Meichenbaum (1977, 1985), también recomienda la utilización de las autoinstrucciones en su técnica de “inoculación de estrés”, como una de las habilidades de afrontamiento en casos con problemas de ansiedad (Caballo, 1991; p. 623).

Aplicaciones de la técnica en casos de falta de autocontrol

En algunos casos, como el de las adicciones (comida, medicamentos, alcohol, etc) o en la comisión de actos delictivos, se dice que los sujetos no anticipan las consecuencias aversivas, actúan impulsivamente porque no presentan cogniciones mediadoras, esto es, no presentan verbalizaciones internas en las que evalúen todas las posibles consecuencias.

En los casos de adicciones se ha utilizado la técnica de autoinstrucciones para impedir la recaída, por ejemplo, en el caso de los alcohólicos o en el caso de la obesidad. En los casos de delincuencia y agresividad, el objetivo de la técnica ha sido fundamentalmente, demorar la actuación de los sujetos (Caballo, 1991; p.623).

En cuanto a la eficacia de las autoinstrucciones en este grupo de problemas hemos de señalar que cuando los aspectos sociales son de gran importancia (delincuencia, agresión), no se alcanzan resultados positivos y duraderos.

Por el contrario, cuando los problemas se reducen al campo de la actuación clínica, como es el caso de la obesidad, los resultados indican una razonable eficacia del procedimiento (Caballo, 1991).

Aplicaciones de la técnica en casos de dificultades de aprendizaje

De acuerdo con Caballo (1991), en el caso de los niños con “dificultades de aprendizaje” o en el caso de “deficientes mentales” se han llevado a cabo numerosos estudios en los que se ha demostrado la eficacia del procedimiento propuesto por Meichenbaum y Goodman (1971). Así por ejemplo, Robin, Armel y O’Leary (1978) demostraron la eficacia de este procedimiento, en el caso de niños con problemas de escritura; Bonmarito y Meichenbaum (1978) en casos de comprensión lectora; Leon y Pepe (1983) en casos de mejora de cálculo; Burgio, Witman y Johnson (1980) diseñaron con éxito un programa para mejorar la atención en tareas escolares. Estos autores señalaron una serie de condiciones de la muestra para que la técnica de autoinstrucciones resultara comparativamente más eficaz: a) capacidad para articular las

autoverbalizaciones necesarias, b) capacidad de comprender su significado, y c) que los comportamientos motores implicados estén en el repertorio del niño.

3.44 Entrenamiento en relajación

Aunque se ha tenido que definir la *relajación* por referencia exclusivamente a su correlato fisiológico- por ejemplo, ausencia de tensión muscular-, la relajación, en sentido estricto, constituye un típico proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico, no son simples correlatos uno del otro, sino que ambos interactúan siendo partes integrantes del proceso, como causa y como producto. De ahí que cualquier definición de relajación deba hacer referencia necesariamente a sus componentes *fisiológicos*-patrón reducido de activación somática y autónoma, *subjetivos*-informes verbales de tranquilidad y sosiego- y *conductuales*- estado de quiescencia motora-, así como sus posibles vías de interacción e influencia (Caballo, 1991; pag.161).

El desarrollo histórico de las técnicas de relajación es relativamente reciente, dado que las principales técnicas, tal como se utilizan actualmente, tienen sus orígenes formales en los primeros años del siglo pasado. Las primeras publicaciones sobre la relajación progresiva de Jacobson y sobre la relajación autógena de Schultz son de 1929 y 1932, respectivamente. Otras técnicas de relajación, como las basadas en el biofeedback, o retroalimentación son bastante más recientes, ya que se desarrollaron formalmente a partir de los años sesenta y setenta.

A pesar de los orígenes relativamente nuevos, de estos procedimientos, sus antecedentes históricos son antiguos. Existen, por ejemplo, importantes conexiones históricas entre las técnicas de relajación, basadas en la sugestión, y los primeros intentos de tratamiento de la enfermedad mental, basados en el magnetismo animal y la hipnosis, tal como fueron aplicados en los siglos XVII y XIX. Así mismo, los avances en el conocimiento de la anatomía y electrofisiología de los sistemas neuromuscular y neurovegetativo a lo largo de los siglos XVIII y XIX- descubrimiento del carácter eléctrico de las contracciones musculares y de las funciones antagónicas de las ramas simpática y parasimpática del sistema nervioso autónomo- fueron decisivos para el posterior desarrollo de las técnicas psicofisiológicas de relajación (Caballo, 1991).

Una parte importante del proceso de consolidación de las técnicas, se ha debido a la existencia de unos marcos conceptuales derivados de la investigación experimental sobre los procesos emocionales, motivacionales, y de aprendizaje, desde los que ha sido posible entender la naturaleza y los mecanismos de acción de dichas técnicas.

La evolución de las técnicas de relajación a lo largo del siglo XX y su consolidación como procedimientos válidos de intervención psicológica, se ha debido en gran medida al fuerte impulso que recibieron dentro de la Terapia y Modificación de Conducta (Caballo, 1991).

Antes de comenzar con cada técnica es necesario hacer hincapié en una serie de aspectos necesarios para su adecuada aplicación (Caballo, 1991; p. 166-168):

- *Aspectos referentes a la evaluación.* Es necesario asegurarse durante el periodo de evaluación, mediante las distintas técnicas de que disponemos-entrevistas, autoregistros, cuestionarios, observación-, que el principal o uno de los principales problemas del paciente es la tensión excesiva a la que se ve sometido diariamente.

-*Relación paciente- terapeuta.* Es necesario establecer una buena relación de trabajo en la que esté claro que es el paciente quien va a aprender a resolver sus problemas con la ayuda del psicólogo.

El éxito de la relajación no depende de que el terapeuta sea muy bueno con la técnica sino que sea muy bueno motivando y asegurándose de que el paciente aprende a: 1) relajarse, 2) practicar diariamente en casa, 3) aplicar la relajación en su vida cotidiana y ante situaciones estresantes específicas, y 4) convertirla en un hábito.

-*Ambiente físico.* Hay diversidad de opiniones, aunque muchos autores coinciden en que la sala de relajación sea tranquila, pero no completamente insonorizada, para que se asemeje al medio real. La temperatura debe permanecer constante, entre 22 y 25° C, y la luz tenue, de forma que no moleste pero que tampoco deje la habitación totalmente a oscuras.

El mobiliario en el que se practique la relajación varía según los distintos autores y, en cuanto al atuendo del paciente cuando aprende relajación, lo importante es que se encuentre cómodo y que no utilice prendas ceñidas que dificulten la circulación.

- *Voz del terapeuta.* El tono y la intensidad de la voz que el terapeuta utilice cambia según el procedimiento de relajación que emplee -relajación progresiva, pasiva, autógena, hipnosis, etc-. Esto es debido a los fundamentos y a la lógica que hay detrás de cada técnica.

- *Presentación de la técnica.* La presentación de cualquier técnica de relajación debe comprender los siguientes puntos: finalidad con la que se va a enseñar y relación con el problema del paciente, en qué consiste la técnica en términos generales, cómo se va a proceder en las sesiones, importancia de la práctica en casa y, por último, en qué consiste la sesión actual.

La técnica de la relajación progresiva

La mayoría de los autores que utilizan la técnica de relajación progresiva han adaptado y simplificado la técnica de Jacobson, 1934, por dos razones: 1) se pueden obtener los mismos resultados con 8-10 sesiones, más las sesiones de práctica en casa, que con las 90 sesiones originales de Jacobson; y 2) parece que los sujetos siguen mejor la técnica cuando, al menos al principio, es el propio terapeuta quien los dirige en los ejercicios de tensar- relajar.

Cada sesión de relajación dura aproximadamente 20 min (Caballo, 1991).

Estas sesiones de relajación tienen lugar generalmente dos veces por semana practicándose diariamente lo aprendido en ellas. Para la práctica en casa, es conveniente utilizar autoregistros donde el paciente anote la hora del día, el grado de relajación (escala de 0 a 10) antes y después de la práctica, y los problemas encontrados durante ella (interrupciones, no concentración, dormirse, etc) (Caballo, 1991; p. 172).

En la sesión clínica de relajación progresiva, el terapeuta al fomentar el proceso de discriminación tensión- relajación, utiliza menos tonos de voz sugestivos comparado con otras técnicas (Caballo, 1991). La voz sigue un tono normal, un poco bajo y pausado, pero que no va perdiendo volumen ni haciéndose cada vez más lento (Caballo, 1991; p, 167).

Con respecto al mobiliario, Jacobson, utiliza una colchoneta en primer lugar, pasando luego el sujeto a la posición de sentado, para lo que se utiliza una silla normal. Otros autores como Bernstein y Borkovec; Cautela y Groden, utilizan un sillón reclinable con soporte para pies y cabeza (Caballo, 1991)..

La técnica de relajación pasiva

Se diferencia de la relajación progresiva en que en esta técnica no se utilizan ejercicios de tensar, sino solo de relajar grupos musculares. Aunque la relajación progresiva permite percibir estados de tensión muscular de forma muy específica, la técnica de relajación pasiva tiene alguna ventaja sobre la anterior. Así, puede ser muy útil en los siguientes casos: 1) con personas que encuentra difícil relajarse después de haber tensado los músculos; 2) con personas en las que no esté aconsejado tensar ciertos músculos debido a problemas orgánicos o tensionales; y 3) como ayuda inicial para personas que encuentren difícil relajarse en casa. Para ello, las instrucciones se graban en una cinta con la que el paciente practica diariamente (Caballo, 1991; p. 174).

Caballo (1991) refiere una adaptación de la técnica utilizada por Schwartz y Haynes (1974). Aquí, las instrucciones pueden ser dadas en la clínica o grabadas en cinta. En ellas, además de las frases propias de la relajación pasiva, se intercalan también frases típicas de la relajación autógena- frases que hacen referencia a sensaciones de peso y calor- y breves indicaciones focalizadas en la respiración.

El terapeuta avanza relajando todos los grupos musculares en el mismo orden que se haría en la relajación progresiva.

Las instrucciones duran unos 20 min, durante los cuales la voz del terapeuta solo se interrumpe durante breves pausas (2 o 3 segundos). El tipo de voz suele ser más lento y pausado que el de la relajación progresiva, aunque sin llegar a adquirir tonos hipnóticos. Debido a esta entonación, la relajación pasiva puede producir más estados de relajación más profundos en una primera sesión. Sin embargo, también produce más dependencia a la voz del terapeuta, por lo que recomendamos que, si se utiliza, se haga especial énfasis en que el paciente interiorice las instrucciones lo antes posible, de modo que la cinta dada para casa vaya siendo progresivamente retirada (Caballo, 1991).

La técnica de relajación autógena

La técnica de relajación autógena de Schultz, 1932 (citado en Caballo, 1991), consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el sujeto estados de relajación a través de autosugestiones sobre: 1) sensaciones de pesadez y calor en sus extremidades; 2) regulación de los latidos de su corazón; 3) sensaciones de tranquilidad y confianza en si mismo, y 4) concentración pasiva en su respiración.

Como puede observarse, este tipo de relajación es de los que utilizan más elementos de sugestión y aquí no se relajan grupos musculares, sino que exclusivamente se focaliza la atención en las extremidades para calentarlas y en el abdomen para favorecer la respiración.

Aquí, al igual que en las otras técnicas de relajación el terapeuta es quien enseña y dirige al principio y será después el propio paciente, quien lo interiorice y practique solo en casa varias veces al día, hasta que llegue a conseguir relajarse en forma automática (Caballo, 1991).

La respuesta de relajación

La “respuesta de relajación” de Benson, 1975 (citado en Caballo, 1991; p. 178) es un procedimiento adaptado de las técnicas de meditación. En ellas se utiliza un “mantra” o palabra secreta susurrada al iniciado para producir estados de meditación profunda. Según señala Benson, 1975, cualquier palabra puede causar los mismos cambios fisiológicos que el “mantra”. Los cambios fisiológicos más consistentemente encontrados son: decrementos en el consumo de oxígeno, decrementos en la eliminación del dióxido de carbono y decrementos en la tasa respiratoria.

La originalidad de Benson radica en sus instrucciones acerca de la respiración activa, esto es, de la concentración en una palabra que ayude a respirar más lenta y pausadamente favoreciendo de esta forma la relajación (Caballo, 1991; p. 178).

Se recomienda la práctica 1 o 2 veces al día para que la respiración ocurra sin ningún esfuerzo (Caballo, 1991).

APLICACIONES

El objetivo fundamental de estas técnicas es dotar al individuo de la habilidad para hacer frente a situaciones que le están produciendo tensión o ansiedad.

Estas situaciones pueden ser (Caballo,1991; pag.179):

1. Actividades rutinarias que el sujeto está llevando a cabo con más tensión de la necesaria para su correcta realización, y que le está provocando un elevado estado de activación o ansiedad generalizada, y
2. Situaciones específicas ante las que le sujeto experimenta ansiedad o estrés.

Para el primer tipo de situación es útil el aprendizaje de la llamada “relajación diferencial”. Esta consiste en identificar la tensión implicada al realizar una actividad habitual, eliminando tanto la tensión de los músculos que no participan en la ejecución de la tarea como el exceso de tensión en los músculos envueltos en ella. Así, se aprende a escribir, limpiar, conducir, usar el teléfono, etc; de forma “relajada” (Caballo, 1991; p. 179).

Aunque la relajación diferencial puede conseguirse aplicando cualquier técnica de relajación, la relajación progresiva parece facilitarla, al enseñar al paciente a relajar como contraste a la tensión producida previamente.

En cuanto a las situaciones específicas que producen tensión, la relajación se suele aplicara de forma parecida a la anterior, o bien, utilizando la llamada “relajación condicionada”. Esta consiste en asociar una palabra (por ejemplo, “tranquilo”, “control”, etc.) al estado producido por la relajación, de modo que ante la situación estresante, el paciente utilizará esa palabra como “señal” para relajarse inmediatamente. El aprendizaje de la asociación de la palabra con el estado de relajación se puede realizar después de haber aprendido cualquier técnica para relajarse, o al mismo tiempo que se está aprendiendo.

La técnica de relajación se utiliza también, con la misma frecuencia, componente de la técnica de desensibilización sistemática, utilizada para enfrentar miedos o fobias.

Otra área donde la relajación se ha utilizado ampliamente es en los llamados problemas psicósomáticos. Así, la relajación se ha aplicado con éxito en problemas de insomnio; asma e hipertensión y cefaleas, entre otros.

En la aplicación a estos problemas psicosomáticos no parece que haya una técnica de relajación superior a cualquier otra.

Otra área importante de aplicación es la referente a los procedimientos quirúrgicos y hospitalarios. Además de estas áreas principales, la relajación también se ha aplicado también a problemas psicóticos; a problemas de diabetes y en general a cualquier problema en el que haya implícito un componente ansiógeno.

Mención aparte merece la aplicación de la relajación en niños. Alexander, 1972; Weil y Goldfried, 1973; Cautela y Groden (1978) presentan una excelente adaptación de la técnica de relajación progresiva para niños (Caballo,1991).

3.45 La detención del pensamiento (técnica basada en el autocontrol)

La detención del pensamiento (DP) es un procedimiento de autocontrol desarrollado para la eliminación de pensamientos obsesivos o perseverantes que son improductivos, irreales y tienden a inhibir la ejecución de la conducta deseada o a iniciar una secuencia de conductas desadaptadas (Caballo, 1991; pag. 366). También puede utilizarse con sentimientos e imágenes o bien con conductas manifiestas (Caballo, 1991).

Ideada por Brain (1928) y popularizada por Wolpe (1969), esta técnica se ha visto enmarcada bajo diferentes teorías. Por ejemplo, Wolpe, 1973 (citado en caballo, 1991; p. 367) dice que: "La base probable de este procedimiento es el establecimiento de un hábito inhibitorio mediante el reforzamiento positivo".

Otras veces se ha descrito como un procedimiento de reforzamiento negativo según el cual, al interrumpir un pensamiento generador de ansiedad se obtiene un gran alivio y, por ello, se aumenta la probabilidad de interrumpirlo en el futuro (Caballo, 1991; p. 367).

Para la realización de esta técnica, en primer lugar se ha de llevar a cabo la evaluación que permita concretar cuales y como son los pensamientos perturbadores que el sujeto cree que están fuera de su control, qué estímulos pueden generarlos y cuáles le siguen. Después se hace una lista de todos esos pensamientos, incluyendo aquellos relacionados con consecuencias sociales

aversivas como el robo o la violación y los que pueden contribuir a formar una imagen negativa de uno mismo.

Se deben explicar al paciente las bases de la intervención y conseguir que comprenda cómo el mantenimiento e incluso los intentos de razonar que él haga respecto a esos pensamientos, no son productivos ni reales y no le aportan otra cosa que ansiedad y malestar.

A continuación se describe en forma general el procedimiento para la detención del pensamiento (Caballo, 1991):

- 1) El sujeto describe en voz alta el pensamiento perturbador, como por ejemplo, “No sirvo para nada”.
- 2) Cuando está en la segunda palabra el terapeuta intenta detener el pensamiento gritando la palabra “¡Basta!” (o alguna similar como “¡No!”, “¡Alto!”, etc) y se repite el procedimiento (1 y 2).
- 3) Después, el sujeto vocaliza la frase y es el mismo quien la detiene con alguna de las palabras anteriores.
- 4) Finalmente el sujeto realiza toda la secuencia subvocalmente.

Para el aprendizaje del uso de la detención del pensamiento, debe repetirse la palabra “¡Basta!” en cada uno de los intentos. Posteriormente puede pasarse a un programa intermitente de razón variable en el que solo se interrumpe vocalmente cada “x” veces (Caballo, 1991; p, 368).

En general, esta no es una técnica que se use sola si no que se utiliza con reforzamiento positivo encubierto (RPE), relajación y sensibilización encubierta (SE) (Caballo, 1991; p. 369).

En una sesión se suelen alternar interrupciones del pensamiento durante 10 min hasta que el paciente indica que ha aprendido la secuencia.

El sujeto debe practicar en su casa, es decir, en unas horas prefijadas debe repescar los pensamientos perturbadores e interrumpirlos unas 10 o 12 veces.

Se le explicará al paciente que la repetición voluntaria junto a la detención hará posible el dominio de los pensamientos incontrolados (Caballo, 1991).

3.46 Entrenamiento en resolución de problemas

Gran parte de la investigación inicial sobre la solución de problemas humana fue producida por campos como la psicología cognitiva experimental, la educación y la industria (Caballo, 1991; p, 527).

Por ejemplo, en la psicología experimental, los investigadores se han preocupado por el desarrollo de modelos descriptivos de solución de problemas (es decir, comprender qué hace la gente normalmente para solucionar problemas) y han llevado a cabo estudios que incluyen, generalmente, problemas intelectuales impersonales, como puzzles y tareas de formación de conceptos. Dentro del campo de la educación los psicólogos se han interesado por el concepto relacionado de la creatividad, creyendo que la solución de problemas requiere alguna forma de actuación creativa. En la industria, la investigación se centró en el desarrollo de modelos prescriptivos o normativos de solución de problemas, en donde el aspecto de interés se centraba en como los individuos pueden maximizar su eficacia en la solución de problemas (Caballo, 1991).

El entrenar a los individuos en habilidades de solución de problemas, como intervención clínica, tiene sus raíces en el movimiento que durante los años cincuenta y sesenta defendía la adopción de un enfoque de competencia social en psicopatología, cuando el marco predominante en esa época era un modelo de enfermedad de la conducta anormal. Los teóricos como Zigler y Phillips (1961), que cuestionaban la utilidad y validez de este enfoque empezaron a centrarse en el concepto de psicopatología como déficit en la propia capacidad para desarrollar un funcionamiento eficaz o competencia social. En otras palabras, la conducta desadaptativa puede constituir el resultado de deficiencias en las habilidades y capacidades que contribuyen a la competencia social, incluyendo las habilidades de solución de problemas. Siguiendo esta línea de razonamiento, D' Zurilla y Goldfried publicaron un artículo en 1971 titulado "Solución de problemas y modificación de conducta" que delineaba un modelo prescriptivo para entrenar a los individuos en habilidades de solución de problemas, como un medio para facilitar su competencia social en general. Este enfoque integraba muchos de los hallazgos provenientes de otros campos y describía el entrenamiento dentro de un marco conductual. Desde este artículo inicial, esta terapia se ha aplicado a

una amplia variedad de trastornos clínicos y problemas subclínicos entre ellos adicciones como: alcoholismo y tabaquismo (Caballo, 1991).

Basándose en desarrollos empíricos y teóricos, D' Zurilla y Nezu (1982) revisaron posteriormente este modelo y presentaron el enfoque básico que se describirá en este apartado (Caballo, 1991).

Nezu, 1987 (citado en Caballo, 1991; p.528), ha definido la solución de problemas sociales como “el proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación de, bien el carácter problemático de la situación misma o bien sus reacciones hacia ella”.

Los problemas, dentro de este enfoque, se definen como situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones, debido a la presencia de distintos obstáculos. Estos obstáculos pueden incluir la ambigüedad, la incertidumbre, las exigencias contrapuestas, la falta de recursos y/o la novedad.

Las demandas de la situación problemática pueden generarse en el ambiente (p.ej; un requisito objetivo de la tarea) o dentro del persona (p. ej, una meta, una necesidad, o un compromiso personal).

Según esta definición, un problema no es una característica ni del ambiente ni de la persona, por sí solos. Es un tipo particular de relación persona-ambiente que refleja un desequilibrio entre las demandas y la disponibilidad de una respuesta adaptativa. Es probable que este desequilibrio cambie con el tiempo, dependiendo de los cambios en el ambiente, en la persona o en los dos.

Una solución, en este modelo, se define como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas.

Soluciones eficaces son aquellas respuestas de afrontamiento que no solo logran estos objetivos, sino que al mismo tiempo maximizan otras consecuencias positivas(es decir, los beneficios) y minimizan otras consecuencias negativas (es decir, lo costes).

La adecuación o eficacia de cualquier solución potencial varía de persona a persona y de lugar a lugar, ya que la eficacia percibida de una determinada respuesta de solución de problemas depende también de los propios valores y objetivos y de las otras personas significativas.

Finalmente, este modelo postula que las habilidades de solución de problemas constituyen determinantes significativos de la competencia social (definida como la capacidad de enfrentarse de forma eficaz con el amplio rango de problemas de la vida diaria) y que la competencia social es un componente clave del ajuste psicológico general (Caballo, 1991).

La capacidad general de solución de problemas comprende una serie de habilidades específicas. Según D' Zurilla y Nezu, 1982 (citados en Caballo, 1991; pp.531-532) la solución de problemas "eficaz" requiere cinco procesos componentes interactuantes y son:

- 1) Orientación hacia el problema
- 2) Definición y formulación del problema
- 3) Generación de alternativas
- 4) Toma de decisiones, y
- 5) Puesta en práctica de la solución y verificación.

La *orientación hacia el problema* puede describirse como un conjunto de respuestas de orientación, que representan las reacciones cognitivo-afectivo-conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrenta por primera vez con una situación problemática. Estas respuestas de orientación incluyen una clase particular de aspectos de la atención (es decir, sensibilidad hacia los problemas) y un conjunto de creencias, suposiciones, valoraciones y expectativas generales sobre los problemas de la vida y sobre la propia capacidad general de solución de problemas. Este conjunto cognitivo se basa principalmente en la historia pasada de desarrollo y de reforzamiento, de la persona, que está relacionada con la solución de problemas de la vida real.

Dependiendo de su naturaleza específica, estas variables cognitivas pueden producir un afecto positivo y una motivación para el afrontamiento, lo que probablemente facilitará la puesta en práctica de la solución de problemas o, por el contrario, pueden producir un afecto negativo y una motivación para la evitación, lo que posiblemente inhibirá o desbaratará la puesta en práctica de la solución de problemas.

Los restantes cuatro componentes del proceso de solución de problemas constituyen un conjunto de habilidades específicas o tareas dirigidas hacia un objetivo, no un proceso motivacional como el anterior.

El objetivo de la *definición y formulación del problema* consiste en clarificar y comprender la naturaleza específica del problema. Esto puede incluir una revaloración de la situación en términos de su significación para el bienestar y el cambio.

El objetivo del tercer componente, la *generación de alternativas*, es hacer que estén disponibles tantas soluciones como sea posible, con el fin de llevar al máximo la posibilidad de que la solución “mejor” (la preferida) se encuentre entre ellas.

El propósito de la *toma de decisiones* es evaluar (juzgar y comparar) las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar la(s) mejor(es), para ser llevada a cabo en la situación problema real.

Finalmente, el propósito de la *puesta en práctica de la solución y verificación* consiste en vigilar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma para controlar la situación problemática.

Lo anterior no significa que la solución de problemas real debiera seguir esa forma ordenada, unidireccional; por el contrario, es probable que la solución eficaz de problemas implique un movimiento continuo entre los cinco componentes antes de la solución real de un problema (Caballo, 1991).

Los objetivos de este enfoque de terapia de solución de problemas incluyen (Caballo, 1991; p. 533):

- a. Ayudar a los individuos a identificar las anteriores y las actuales situaciones estresantes de la vida (los acontecimientos más importantes de la vida y los problemas diarios actuales), que constituyen los antecedentes de una reacción emocional negativa.
- b. Minimizar el grado en que esa respuesta impacta de forma negativa sobre intentos futuros de afrontamiento.
- c. Aumentar la eficacia de sus intentos de solución de problemas, en el afrontamiento de situaciones problemáticas actuales.

- d. Enseñar habilidades que permitan a los individuos vérselas de modo más eficaz con problemas futuros, con el fin de evitar perturbaciones psicológicas.

APLICACIONES

Pacientes psiquiátricos hospitalizados

Se han llevado a cabo algunos estudios para evaluar la aplicabilidad y la eficacia del entrenamiento en habilidades de solución de problemas con pacientes psiquiátricos crónicos para aumentar la competencia social, para mejorar el ajuste personal, y como parte de un programa de desinstitucionalización (Caballo, 1991,p. 550).

Otros problemas

El entrenamiento en habilidades de solución de problemas, también se ha aplicado eficazmente con individuos que tienen problemas de adicción a las drogas, de fumar y de obesidad,.

La terapia de solución de problemas se ha empleado también como una intervención eficaz con individuos que experimentan depresión clínica.

La investigación se ha centrado también en el empleo de la terapia de solución de problemas para el tratamiento del estrés y problemas de ansiedad, incluyendo la ansiedad proveniente de la indecisión vocacional (Caballo, 1991,p. 551-552),.

Además, de acuerdo con Caballo, 1991, esta terapia se ha mostrado eficaz con problemas maritales, con grupos de la comunidad, con problemas de agresividad en deficientes mentales y en la facilitación de la competencia general entre individuos “normales”.

3.47 Entrenamiento en habilidades sociales

Philips (1985), señala que algunas de las raíces históricas del movimiento de las HHSS no se han reconocido adecuadamente. Así, los primeros intentos de entrenamiento en habilidades sociales (EHS) se remontan a trabajos realizados con niños por autores como Jack (1934), Murphy, Murphy y Newcomb

(1937), Page, 1936, Thompson (1952) y Williams (1935). Estos inicios del EHS se han ignorado durante mucho tiempo y normalmente no son reconocidos como tempranos antecedentes del movimiento de las HHSS (Caballo, 1991; p.404-405)

Los orígenes del movimiento de las HHSS se atribuyen con frecuencia a Salter (1949), uno de los llamados padres de la terapia de conducta, y a su libro *Conditioned reflex therapy*. Algunas de sus sugerencias se utilizan hoy día, más o menos modificadas, en el entrenamiento en habilidades sociales (EHS). Salter habla de seis técnicas para aumentar la expresividad de los individuos. Estas son la expresión verbal y la expresión facial de las emociones, el empleo deliberado de la primera persona al hablar, el estar de acuerdo cuando se reciben cumplidos o alabanzas, el expresar desacuerdo y la improvisación y actuación espontáneas. Posteriormente, Wolpe (1958) retomó las ideas de Salter y las incluyó en un capítulo de su libro *Psychotherapy by reciprocal inhibition* (Caballo, 1991).

Wolpe, 1958 (citado en Caballo, 1991; p. 404) utilizó por primera vez el término de “conducta asertiva”, que luego llegaría a ser sinónimo de habilidad social. Este autor señalaba que el término asertivo se refería no solo a la conducta más o menos agresiva, si no también a la expresión externa de sentimientos de amistad, cariño y otros distintos de los de ansiedad. No obstante, Wolpe se centró en la expresión de sentimientos negativos, como la expresión de molestia o enfado. Durante bastante tiempo la conducta asertiva implicó únicamente las dimensiones referidas a la defensa de los derechos y a la expresión de sentimientos negativos.

Posteriormente, Lazarus (1966) y Wolpe y Lazarus (1966), incluían ya el entrenamiento asertivo como una técnica de terapia de conducta para su empleo en la práctica clínica. Alberti y Emmons (1970), que con *Your perfect right* escribieron el primer libro dedicado en exclusiva al tema de la “asertividad”, Lazarus (1971) y Wolpe (1969) dieron un potente y definitivo empuje a la investigación sobre la conducta asertiva. Otros autores como R.M Eisler, M. Hersen, R.M McFall y A.P Goldstein realizaron investigaciones sistemáticas sobre este tema y desarrollaron programas de entrenamiento para aliviar déficit en habilidades (Caballo, 1991; p. 404).

Con respecto a la definición de habilidad social, no se ha llegado todavía a un acuerdo explícito sobre cuando se puede considerar a una conducta socialmente habilidosa. Meichenbaum, Butler y Grudson (1981; citados en

Caballo,1991; p. 406) afirman que es imposible desarrollar una definición consistente de competencia social, puesto que es parcialmente dependiente del contexto cambiante. La habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado, y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de una misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, el sexo, la clase social y la educación. Además, el grado de efectividad de una persona, dependerá de lo que desea lograr en la situación particular en que se encuentre. La conducta considerada apropiada en una situación, será obviamente, inapropiada en otra. El individuo trae también a la situación sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción .

Por consiguiente, la conducta socialmente habilidosa, debería definirse, para algunos autores, en términos de la efectividad de su función en una situación.

Linehan (1984; citado en Caballo, 1991; p. 407), señala que se pueden identificar tres tipos básicos de consecuencias:

1. La eficacia para lograr los objetivos de la respuesta (eficacia en el objetivo).
2. La eficacia para mantener o mejorar la relación con la otra persona en la interacción (eficacia de la relación).
3. La eficacia para mantener la autoestima de la persona socialmente habilidosa (eficacia en el autorespeto).

No obstante, tanto el contenido como las consecuencias de las conductas interpersonales deberían tenerse en cuenta en cualquier definición de habilidad social. A nivel clínico, es importante evaluar tanto lo que hace la gente como las reacciones que su conducta provoca en los demás.

Seguidamente podemos dar, tentativamente una definición de lo que constituye una conducta socialmente habilidosa (Caballo, 1991; pag.407):

La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que

generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Aunque como ya señalamos, no existe una definición generalmente aceptada, hay un acuerdo general sobre lo que conlleva el concepto de las HHSS.

Mientras que los modelos de personalidad presumen una capacidad más o menos inherente para actuar de forma efectiva, el modelo conductual enfatiza: 1) que la capacidad de respuesta tiene que adquirirse, y 2) que consiste en un conjunto identificable de capacidades específicas. Además, una adecuada conceptualización de la conducta socialmente habilidosa implica la especificación de tres componentes, una dimensión conductual (tipo de habilidad), una dimensión personal (las variables cognitivas) y una dimensión situacional (el contexto ambiental) (Caballo, 1991).

Las clases de respuesta que se han propuesto como componentes del constructo HHSS han sido relativamente abundantes. Sin embargo, hay una serie de ellas que han sido generalmente aceptadas y que incluso se han encontrado en investigaciones con poblaciones españolas (Caballo, 1991; p. 408). Esas dimensiones son las siguientes:

- 1) Iniciar y mantener conversaciones
- 2) Hablar en público
- 3) Expresión de amor, agrado y afecto
- 4) Defensa de los propios derechos
- 5) Pedir favores
- 6) Rechazar peticiones
- 7) Hacer cumplidos
- 8) Aceptar cumplidos
- 9) Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo
- 10) Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado
- 11) Disculparse o admitir ignorancia
12. Petición de cambios en la conducta del otro
- 13) Afrontamiento de las críticas

Estas dimensiones de conducta se llevan a cabo, necesariamente, con determinadas personas y en presencia de ciertos factores situacionales.

El *entrenamiento en habilidades sociales (EHS)* se podría definir como “un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida” o “como un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos, con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales”.

El proceso de EHS implicaría, en su desarrollo completo, cuatro elementos de forma estructurada. Estos elementos son (Caballo, 1991; p. 409-410):

- 1) *Entrenamiento en habilidades*, donde se enseñan conductas específicas, se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto. Dado que la adquisición de las HHSS depende de un conjunto de factores encuadrados, principalmente dentro de la teoría del aprendizaje social, el EHS incluye muchos de estos procedimientos en su aplicación. Concretamente se emplean procedimientos tales como las instrucciones, el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación y el reforzamiento.
- 2) *Reducción de la ansiedad* en situaciones sociales problemáticas. Normalmente, esta disminución de la ansiedad se consigue de forma indirecta, es decir, llevando a cabo la nueva conducta más adaptativa que, supuestamente, es incompatible con la respuesta de ansiedad. Si el nivel de ansiedad es muy elevado, se puede emplear directamente una técnica de relajación o la desensibilización sistemática.
- 3) *Reestructuración cognitiva*, en donde se intentan modificar valores, creencias, cogniciones y/o actitudes del sujeto. La reestructuración cognitiva tiene lugar con frecuencia, al igual que sucede con el elemento anterior, de forma indirecta. Es decir, la adquisición de nuevas conductas modifica, a más largo plazo, las cogniciones del sujeto. Sin embargo, la incorporación de procesos cognitivos al EHS es algo habitual, especialmente aspectos de la terapia racional emotiva, autoinstrucciones, etc.
- 4) *Entrenamiento en solución de problemas*, en donde se enseña al sujeto a percibir correctamente “valores” de todos los parámetros situacionales relevantes, a procesar los “valores” de estos parámetros para generar respuestas potenciales, seleccionar una de esas respuestas y enviarla de manera que maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo que

impulsó la comunicación interpersonal. El entrenamiento en solución de problemas no se suele llevar a cabo de forma sistemática en los programas de EHS, aunque generalmente se encuentra implícito en ellos.

Linehan (1984; citado en Caballo, 1991 p. 410) alega que un programa completo de EHS debe procurar un conjunto de habilidades cognitivas, emocionales, verbales y no verbales.

En la práctica, podemos considerar con Lange (Caballo, 1991; p. 410), que las cuatro etapas del EHS son las siguientes:

1. El desarrollo de un sistema de creencias que mantenga un gran respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás.
2. La distinción entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas.
3. La reestructuración cognitiva de la forma de pensar en situaciones concretas.
4. El ensayo conductual de respuestas asertivas en situaciones determinadas.

Estas etapas no son necesariamente sucesivas; a veces, se entremezclan en el tiempo y, de hecho, se pueden readaptar y modificar de diversas formas para adecuarlas mejor a las necesidades del sujeto.

APLICACIONES

La aplicación del EHS ha sido muy amplia y ha abarcado numerosos trastornos conductuales. Algunos problemas en los que frecuentemente se ha empleado el EHS han sido los siguientes: Ansiedad social, Depresión, Esquizofrenia, Problemas de pareja, alcoholismo y drogadicción, Delincuencia /psicopatía, Obsesiones/compulsiones, Agorafobia, Desviaciones sexuales, Agresividad, Aislamiento social en los niños, Adquisición de habilidades básicas en adultos y niños mentalmente retrasados, Falta de habilidades en la búsqueda de trabajo, Mejora de las habilidades de comunicación en personas incapacitadas (Caballo, 1991; p. 442).

3.48 Terapia Racional Emotiva

La terapia racional-emotiva fue desarrollada como tal en 1955, en una conferencia dada por Albert Ellis en el congreso de la American Psychological Association. El modelo ABC para la terapia fue publicado por primera vez en 1958 y ampliado en 1984, como respuesta a una creciente necesidad de mayor elaboración y de una delineación más precisa de dicho modelo. En la formulación de la TRE intervinieron factores teóricos provenientes del amplio bagaje filosófico que poseía Ellis y también factores personales, como la aplicación así mismo de las técnicas conductistas de John B. Watson, en un intento de sobreponerse a sus propios sentimientos de timidez frente al sexo opuesto, a la edad de 19 años (Caballo, 1991; p. 476).

Desde un punto de vista filosófico, la TRE se remonta a dos corrientes antiguas: la filosofía Oriental con Buda y Confucio, que implícitamente afirma: “Cambia tu actitud y podrás cambiarte a ti mismo”, y la filosofía griega y romana, con Epicteto, Marco Aurelio y el movimiento estoico en general, quienes resaltaron la importancia de la filosofía individual en el trastorno emocional. El postulado que mantiene que: “No nos preocupan las cosas si no la visión que tenemos de ellas”, se convirtió en la base de lo que más tarde fue la TRE (Ellis, 1962; citado en Caballo, 1991). Ellis también se vio influido por filósofos más recientes, como Kant y sus escritos sobre la importancia de las ideas, y por personas como Russell, de quien vino la idea de utilizar los métodos empíricos de la ciencia y la lógica en la práctica de las TRE (Caballo, 1991).

Desde un punto de vista psicológico, dos tendencias tuvieron influencia en el desarrollo de la TRE: la de Karen Horney y Alfred Adler, proveniente del entrenamiento inicial de Ellis en psicoanálisis, y la de los pioneros del movimiento conductista, como Watson (Caballo, 1991).

La *Terapia racional emotiva (TRE)*, una terapia cognitivo-conductual, se basa en la idea de que tanto las emociones como las conductas son producto de las creencias de un individuo, de su interpretación de la realidad.

Por esta razón, la meta primordial de la TRE es asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos “irracionales” o disfuncionales y ayudarlo a reemplazar dichos pensamientos por otros más “racionales” o efectivos, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como el ser feliz, establecer relaciones con otras personas, etc.

La TRE examina además las inferencias sobre uno mismo, sobre los demás y sobre el mundo en general, la filosofía básica del individuo, en la cual se basan estas inferencias (Caballo, 1991; p. 475).

El marco filosófico general de la TRE, se basa primordialmente en la premisa estoica de que: “la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones” (Epicteto s. I d.C; citado en Caballo, 1991). Por consiguiente, el modelo ABC utilizado por la TRE que explica los problemas emocionales y determina la intervención terapéutica para ayudar a resolverlos, funciona de la siguiente forma:

Contrariamente a la creencia general, la “A” o “*acontecimiento activante*” no produce directamente y de forma automática la “C” o “consecuencias”, que pueden ser *emocionales* (Ce) y/o *conductuales* (Cc), ya que, de ser así, todas las personas reaccionarían de forma idéntica ante la misma situación.

La “C” es producida por la interpretación que se da a la “A”, es decir, por las *creencias* (“beliefs”) (B) que generamos sobre dicha situación. Si la “B” es funcional, lógica, empírica, se la considera “racional” (rB). Si, por el contrario, dificulta el funcionamiento eficaz del individuo, es “irracional” (iB).

En el ABC de la TRE, el método principal para reemplazar una creencia irracional (iB) por una racional (rB) se llama “refutación” o “debate” (D) y es, básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana, método por medio del cual se cuestionan hipótesis y teorías para determinar su validez (Caballo, 1991; p. 477- 478).

Los incondicionales “tengo que” y “debo de” sobre uno mismo, otros o la vida en general, parecen constituir el núcleo filosófico de las creencias irracionales que conducen a las perturbaciones emocionales (Caballo, 1991).

Durante la etapa inicial de entrenamiento en TRE, se recomienda enseñar al sujeto el ABC en forma directa, ya que ayuda a entender su esquema conceptual, a identificar y cuestionar sus aspectos irracionales para reemplazarlos por otros más funcionales y eficaces, a utilizar mejor las técnicas de la TRE para lograrlo y, en general, a llevar este aprendizaje más allá de la terapia formal para poder llegar a ser, en último término, su propio terapeuta.

El estilo de la TRE es activo, directivo y, en gran parte educacional (Caballo, 1991; p.481).

Aunque la TRE utiliza una gran variedad de técnicas cognitivas, emocionales y conductuales, algunas de las cuales son comunes a otros sistemas de psicoterapia, las técnicas comunes desarrolladas dentro de este modelo terapéutico constituyen la “TRE General” (o terapia de conducta cognitiva de amplia base) y las específicas, la “TRE Preferencial” (Caballo, 1991).

Para lograr un cambio filosófico las personas tienen que hacer lo siguiente (Caballo, 1991; p. 481-482):

1. Darse cuenta de que son ellas las que crean, en gran medida, sus propias perturbaciones psicológicas y que, aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, tienen, en general, una consideración secundaria en el proceso de cambio.
2. Reconocer claramente que poseen la capacidad de modificar de una manera significativa estas perturbaciones.
3. Comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen, en gran medida, de creencias irracionales, dogmáticas y absolutistas.
4. Descubrir sus creencias irracionales y discriminar entre ellas y sus alternativas racionales.
5. Cuestionar estas creencias irracionales utilizando los métodos lógicoempíricos de la ciencia.
6. Trabajar en el intento de internalizar sus nuevas creencias racionales, creando métodos cognitivos, emocionales y conductuales de cambio.
7. Continuar este proceso de refutación de las ideas irracionales y utilizar métodos multimodales de cambio durante el resto de sus vidas

Cuando las personas llevan a cabo un cambio filosófico en B, en el modelo ABC, a menudo son capaces de corregir espontáneamente sus inferencias distorsionadas sobre la realidad (sobregeneralizaciones, atribuciones erróneas, etc.). Sin embargo, a menudo necesitan cuestionar estas inferencias distorsionadas de forma más directa (Caballo, 1991).

APLICACIONES

Durante casi 35 años de existencia, la TRE ha sido aplicada en modalidades individual y de grupo, en una gran variedad de poblaciones y problemas, en forma de remedio y en forma preventiva, además de incluir en su práctica actividades como talleres y conferencias. Sin embargo, podríamos resumir su aplicación más frecuente a tres grupos en general (Caballo, 1991):

1. Quienes piensan (iB): “*Debo* actuar bien para ser una buena persona, y por consiguiente (Ce), se deprimen y/o angustian (ansiedad del yo).
2. Quienes piensan (iB): “Otros *deben* actuar bien para que se les considere seres humanos buenos” y, como consecuencia (Ce), sienten ira si consideran que otras personas se comportan de manera inadecuada.
3. Quienes piensan (iB): “El mundo *debe* ser justo o no podría tolerarlo” y, por consiguiente (Ce), sienten angustia (ansiedad situacional) cuando las cosas no resultan como ellos quieren (Ellis, 1989).

La depresión y la ansiedad del yo están asociadas con la autodevaluación. Una vez que el pensamiento dogmático y absolutista cambia y el paciente evalúa su conducta pero no su persona, la depresión se convierte en tristeza. Un proceso similar ocurre cuando la ira se transforma en enojo o irritación, como consecuencia de un cambio cognitivo, en el que se juzga las acciones de los demás pero no se les adjudica un valor a su esencia como seres humanos. Por último, cuando la ansiedad situacional se convierte en preocupación, el paciente se ha sobrepuesto a su “baja tolerancia a la frustración” (Caballo, 1991; p. 490).

Algunas variaciones en la aplicación de la técnica son:

Grupos de TRE sólo para mujeres

La TRE proporciona un sistema de terapia bien definido, el cual facilita el crecimiento personal y emocional de la mujer, enfatizando la ayuda a sí misma.

Sus metas incluyen la identificación y cambio del pensamiento autodevaluador inherente a los mensajes de socialización femenina, y la toma

de responsabilidad por el bienestar propio, en una sociedad con diferentes patrones de evaluación para hombres y mujeres. La problemática más común gira alrededor de la creencia tradicional femenina, y general, de que las mujeres son débiles, indefensas y sin mucha valía. Otro problema “femenino” es el de la “baja tolerancia a la frustración” en situaciones de angustia o ira (Caballo, 1991; p. 490).

Aplicaciones a la industria

Esta variación tiene como propósito principal la aplicación de la TRE en el área del asesoramiento a empresas. Incluye el diseño de talleres y seminarios en temas especializados, como el manejo del estrés, el desarrollo de habilidades de comunicación, el control de situaciones de crisis, la prevención y el tratamiento del alcoholismo. También entrena a profesionales que trabajan en el área de “asistencia para empleados”(Caballo, 1991).

3.49 Reestructuración racional sistemática (Procedimiento basado en la TRE)

Las suposiciones y expectativas de los individuos sobre el mundo que les rodea pueden tener importantes implicaciones para su reacción emocional y la conducta real (Caballo, 1991; pag. 789-790).

Los pacientes no se dan cuenta siempre de cómo construyen distintas situaciones ansiógenas. Aunque muchos individuos pueden ser capaces de informar sobre lo que se dicen a sí mismos en distintas situaciones ansiógenas, no siempre se dan cuenta de las razones “subyacentes” por las que eso les perturba. Teóricamente esas autoverbalizaciones, reflejan suposiciones más básicas, algunas de las cuales pueden tener un carácter tácito y ser esquemas que los individuos ansiosos traen a una variedad de diferentes situaciones.

El objetivo de la reestructuración sistemática no es solo obtener una perspectiva diferente de los aspectos problemáticos de sus vidas, sino enseñar a los pacientes un procedimiento para que ellos mismos lo puedan hacer. Por ello, entonces el objetivo terapéutico sería proporcionar a los individuos habilidades de afrontamiento, de modo que en último término aprendan a funcionar como sus propios terapeutas (Caballo, 1991; p.790).

La reestructuración racional sistemática se basa en la terapia racional-emotiva de Ellis, pero intenta ser más estructurada y resaltar más el empleo de este

procedimiento para proporcionar al paciente habilidades de afrontamiento. Las directrices clínicas del procedimiento son las siguientes (Caballo, 1991; p. 790-791):

1. *Presentar la suposición de que los pensamientos median las emociones.* El primer objetivo de la terapia consiste en ayudar a los pacientes a reconocer que sus pensamientos, suposiciones, expectativas y etiquetas pueden afectar a su reacción emocional ante las situaciones.
2. *Establecer una perspectiva realista en el paciente.* En vez de intentar convencer al paciente de que las suposiciones que provocan su conducta desadaptativa son poco realistas, el objetivo consiste en ayudarles a adoptar esa perspectiva por sí mismo.
3. *Identificar las suposiciones poco realistas que median las conductas desadaptativas del paciente.* Como resultado del paso anterior, a menudo los pacientes reconocen espontáneamente que ciertas creencias están asociadas con sus propias conductas desadaptativas. Si no sucede así, se puede llevar a cabo una exploración más detallada, de modo que lleguen a darse cuenta de las suposiciones específicas que causaban la conducta desadaptativa en distintas situaciones.
4. *Ayudar a los pacientes a cambiar sus cogniciones poco realistas.* La tarea del terapeuta consiste en ayudarles a identificar y reemplazar esta situación poco realista por una valoración más apropiada de la situación. Este proceso de aprendizaje se lleva a cabo por medio de diferentes procedimientos como el ensayo en la imaginación.

3.5 RECAIDA Y APOYO SOCIAL

A través del análisis realizado por un grupo de la Universidad de Oregon, se afirma que existe una relación positiva entre medidas de apoyo social y el resultado del tratamiento. Sin embargo, cuando se ha intentado incrementar este apoyo a través de programas específicos para tal fin, no se ha conseguido mejorar el resultado del tratamiento, lo cual puede ser atribuido a que aún se desconocen las variables que mantienen tal relación. No obstante, se debe evaluar en la medida de lo posible, si la persona cuenta con el apoyo, y en caso de no tenerlo procurar que lo incremente, en especial cuando se trata de una pareja, en donde ambos fuman, y uno de ellos acude al tratamiento. Aquí,

lo más conveniente sería que el otro miembro también lo dejara, pero en caso de que no lo desee, es necesario conocer como conceptúa que su pareja consiga la abstinencia y si le brindará apoyo o lo boicoteará. Una situación parecida ocurre con los compañeros de trabajo ya que, así como pueden brindar apoyo al compañero, pueden tratar de convencerlo de que vuelva a su antiguo hábito (Becoña, 1994).

Pero regresando al tema de la pareja, el cual nos interesa abordar con más profundidad, Mermelstein, Lichtestein y McIntyre, 1983 (citados en Gil y Calero, 1994), realizaron un estudio cuyos objetivos fueron: 1) Investigar el impacto de la conducta del otro miembro de la pareja sobre la capacidad del exfumador para mantenerse abstinentemente a lo largo del tiempo, y 2) Identificar los tipos de conducta del otro miembro de la pareja que mejor predecían un mantenimiento de la abstinencia.

En cuanto al primer objetivo se encontró que los exfumadores que permanecían en abstinencia informaban haber recibido más apoyo de sus parejas durante el tratamiento que aquellos que habían fracasado en su intento de dejar de fumar, o bien habían recaído.

En cuanto al segundo objetivo, para establecer que tipos específicos de comportamiento del otro miembro de la pareja predecían mejor el éxito en el tratamiento del fumador, se estudiaron cuatro tipos o grupos de comportamiento del otro miembro de la pareja: 1) Quejas acerca del fumador o evitación del fumador; 2) vigilancia sobre el fumador; 3) cooperación y participación y 4) reforzamiento social (apoyo) positivo (Gil y Calero, 1994, p. 216).

Los resultados mostraron que, las parejas que estaban implicadas en el tratamiento para dejar de fumar, percibieron los dos primeros tipos de comportamiento como inútiles y de ninguna ayuda mientras que las dos últimas clases de comportamiento eran percibidas como útiles y de ayuda. Por lo tanto, se encontró que, en general, las parejas de los exfumadores que alcanzaban el éxito en su tratamiento, reforzaron positivamente (apoyaron con elogios e interés) y participaron más activa y cooperativamente en los esfuerzos de el miembro fumador para dejar de fumar, que las parejas de los fumadores que fracasaron en sus tratamientos (Gil y Calero, 1994).

Se ha apuntado que probablemente el apoyo social sirve de amortiguador para los estresores (Becoña, 1994; p. 34).

CAPITULO IV. EL CONTROL DEL ESTRÉS. *UN ESLABÓN FALTANTE EN LA CADENA DEL MANEJO PARA DEJAR DE FUMAR*

En los capítulos anteriores, hicimos una revisión de las clínicas para dejar de fumar de la Cd. De México y de las Mejores Prácticas; de los tratamientos más efectivos para dejar de fumar y por último de las causas de recaída y su prevención.

En el presente capítulo nuestro primer objetivo es hacer una descripción del Programa de Adiestramiento en Inoculación de Estrés (AIE) planteado por Donald Meichenbaum en 1987, *incluyendo una serie de directrices clínicas* para su aplicación, además de la descripción de cada una de las *etapas del adiestramiento*, esto con la finalidad de comprender la propuesta para el tratamiento de pacientes fumadores basada en dicho programa. El segundo objetivo es hacer una descripción del Tx para dejar de fumar que se maneja actualmente en el INER y del nuevo tratamiento para dejar de fumar con la finalidad de discutir las diferencias entre ambos.

4.1 EL ESTRÉS DE ACUERDO CON MEICHENBAUM

De acuerdo con Meichenbaum (1987) el estrés se ha utilizado de muchas maneras distintas. Algunos investigadores lo han definido como una característica del entorno (por ejemplo, estrés laboral, de competición o de crianza de los hijos). Según esta opinión el estrés refleja una serie de fuerzas externas que inciden en el individuo o el grupo. Otra visión del estrés se relaciona con la respuesta del individuo cuando se encuentra en un entorno desafiante o amenazador. Meichenbaum se refiere al estrés desde una perspectiva transaccional, por tanto a diferencia de las otras formas de conceptualización, se define como *”un concepto relacional mediado cognitivamente, que refleja la relación entre la persona y el entorno, apreciado por aquella como gravosa o que excede a sus recursos o pone en peligro su bienestar”*.

4.12 Adiestramiento en Inoculación de Estrés

4.121 Descripción, objetivos y técnicas empleadas en el Adiestramiento en Inoculación de Estrés (AIE)

Meichenbaum (1987), describe de la siguiente manera el Adiestramiento en Inoculación de Estrés: “El AIE no es una técnica aislada, sino un término genérico que se refiere a un paradigma de tratamiento consistente en un plan de adiestramiento semiestructurado y clínicamente sensible.”

De acuerdo con Meichenbaum, resulta importante apreciar que uno de los puntos fuertes del programa reside en su flexibilidad y en su carácter “portátil”, pues pueden aplicarlo diversas categorías de profesionales y “paraprofesionales”.

En la mayoría de los casos, el adiestramiento se compone de 12 a 15 sesiones, más algunas sesiones de consolidación y seguimiento espaciadas en un periodo de seis a doce meses.

Las operaciones concretas efectuadas durante el curso del AIE varían, dependiendo de la población tratada. Se pueden combinar elementos de *enseñanza didáctica, discusión socrática, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y entrenamiento en relajación, ensayos conductuales e imaginados, autorregistro, autoinstrucciones y reforzamiento, así como intentos de lograr cambios del entorno*. El AIE está ideado para generar y desarrollar habilidades de afrontamiento, no solo para resolver problemas inmediatos concretos, sino también para aplicarlo a dificultades futuras.

Así, a través del AIE el paciente puede: a) desarrollar un sentido de recursos aprendidos gracias a su experiencia con éxito al afrontar unos niveles plausibles de estrés, y b) hacerse con una defensa prospectiva compuesta de habilidades y expectativas positivas que le ayudarán eficazmente en situaciones todavía más estresantes. De manera más específica el AIE está diseñado para:

1. Enseñar a los pacientes la naturaleza transaccional del estrés y el afrontamiento.
2. Enseñar a los pacientes a que autocontrolen pensamientos, imágenes, sentimientos y conductas a fin de facilitar interpretaciones adaptativas.
3. Adiestrar a los pacientes en la resolución de problemas, es decir, definición del problema, consecuencias, previsiones, toma de decisiones y evaluación de los resultados.
4. Modelar y reproducir las actuaciones reales, la regulación de las emociones y las habilidades de afrontamiento propias del autocontrol.
5. Enseñar a los pacientes la manera de utilizar respuestas desadaptadoras como señales para poner en práctica sus repertorios de afrontamiento.
6. Ofrecer prácticas de ensayo *in vitro* imaginado y conductual y asignaciones graduadas *in vivo*, cada vez más exigentes para fomentar la confianza del paciente y la utilización de sus repertorios de afrontamiento.
7. Ayudar a adquirir a los pacientes conocimientos suficientes, comprensión de sí mismos, y habilidades de afrontamiento que les faciliten mejores maneras de abordar situaciones estresantes in esperadas.

4.122 Directrices Clínicas en las que se basan los Programas de Prevención y Reducción del Estrés

De acuerdo con Meichenbaum (1987), hay una serie de *directrices clínicas* que es necesario tomar en cuenta para elaborar, poner en práctica y evaluar los programas de prevención y reducción del estrés:

4.1221 Análisis cuidadoso

En primer lugar, es necesario efectuar un análisis cuidadoso de lo que debe enseñarse.

Cohen (1984), ha observado que no existe una relación directa entre el uso de cualquier forma de afrontamiento y el resultado de la adaptación. Lo que puede estar asociado con resultados positivos bajo una serie de circunstancias, puede conducir a resultados negativos en otras. Cada uno de los aspectos, *el*

momento, el contexto y el resultado examinados puede influir en la calidad de la adaptación lograda por la respuesta de afrontamiento. La eficacia relativa de una respuesta de afrontamiento específica puede estar influida por las medidas que se estudien (sociales, fisiológicas y psicológicas) y por si se busca un resultado a corto o a largo plazo.

No hay mucha información normativa para sugerir cómo debería reaccionar la gente a las crisis de estrés tras periodos de tiempo de longitud variable. Además, Wortman observó que en muchos casos, las crisis vitales, o el hecho de ser una víctima, puede conceptualizarse como una serie de tareas de afrontamiento definidas que pueden cambiar con el tiempo a medida que la crisis se desarrolla.

Por lo cual Meichenbaum, da algunas sugerencias a los terapeutas especializados en control de estrés:

1. Ser cautos en la proposición de cualquier técnica de afrontamiento específica.
2. Ser sinceros y abiertos con los pacientes diciéndoles lo que se sabe y lo que se desconoce.
3. Utilizar a los pacientes o clientes como colaboradores para determinar los sistemas de afrontamiento más eficaces.
4. Ser flexibles para adaptar individualmente las técnicas de afrontamiento a las situaciones y las capacidades concretas de los pacientes.
5. Adoptar un método de evaluación analítica para determinar lo que ha de enseñarse.

Goldfried y D' Zurilla (1969), y Turk, Meichenbaum y Genest (1983), han descrito un método de evaluación analítica del comportamiento, consistente en tres etapas (evaluación del problema, enumeración de respuestas y evaluación de respuestas), que se puede emplear en la elaboración de un programa de control del estrés (Meichenbaum, 1987).

4.1222 Diversidad y flexibilidad

El reconocimiento de que todo programa de control de estrés debe ser diverso y flexible se relaciona estrechamente con la necesidad de “pensar antes de actuar”. Esta orientación se deriva de la observación de que el afrontamiento no es un acto aislado ni un proceso estático. Lo que pudo ser en un tiempo una técnica de afrontamiento útil, pudiera no serlo tanto en otro tiempo, o bien, lo que pudiera revelarse útil para un tipo de estresores o para una población, pudiera no ser pertinente en otras ocasiones. Por ello un programa de control de estrés debería proporcionar un repertorio de afrontamiento flexible.

En algunos casos, las respuestas de afrontamiento más efectivas abordan directamente el problema, mientras que en otras ocasiones se centran en aliviar el malestar emocional provocado por el problema. Muchas veces los individuos emplean combinaciones de ambos afrontamientos. Así, un programa de control de estrés debería formar las habilidades en ambos dominios (Meichenbaum, 1987).

4.1223 Sensibilidad a las necesidades individuales.

El adiestramiento debe ser sensible a las diferencias individuales y culturales. Silver y Wortman (1980), observaron que la gente no tiene unas reacciones predecibles y ordenadas después de acontecimientos estresantes, y, en consecuencia, las intervenciones deben adaptarse individualmente. Del mismo modo, los mecanismos de afrontamiento que se incluyan en el programa deberán tomar en cuenta las diferencias culturales, ya que si se intenta adiestrar a los pacientes de maneras que violan sus normas culturales, no se haría más que agravar los problemas relacionados con el estrés (Meichenbaum, 1987).

4.1224 Fomento de la Flexibilidad

Los programas de control del estrés deberían estimular la flexibilidad en el repertorio de un cliente. Estos programas no deben fomentar una fórmula única o simple, o un enfoque a manera de recetario para afrontar el estrés. El individuo debe aprender a adaptar su estilo a las exigencias de la situación y a los contextos y objetivos cambiantes (Meichenbaum, 1987; pag. 31).

4.1225 Factores cognitivos y afectivo

De acuerdo con Meichenbaum (1987), los programas de control de estrés deben reconocer el importante papel que juegan los factores cognitivos y afectivos en la determinación de lo que es estresante y en la naturaleza de la respuesta de afrontamiento. Los procesos de interpretación del individuo que implican la magnitud del estresor, la probabilidad de lo que ocurrirá y los recursos de afrontamiento disponibles para tratarlo ejercen una fuerte influencia sobre las reacciones emocionales de la persona y la elección de estrategias de afrontamiento.

Los programas de adiestramiento que influyen en las interpretaciones que hace el individuo acerca de los estresores y de los recursos de afrontamiento se revelarán como más efectivos. Además, el terapeuta deberá establecer una relación de trabajo con los pacientes para hacer que se sientan cómodos al revelar sus sentimientos y pensamientos sobre las experiencias estresantes. Y cualesquiera preocupaciones tengan acerca del programa de adiestramiento.

4.1226 Exposición graduada

De acuerdo con Meichenbaum (1987), la exposición durante el adiestramiento a estresores menos amenazantes puede potenciar nuevas habilidades, realzar los sentimientos de la propia eficacia e “inmunizar” psicológicamente al individuo o al grupo.

Esta inoculación de estrés y exposición graduada puede engendrar en el paciente una sensación de confianza en sí mismo, esperanza, control percibido, compromiso y responsabilidad personal.

4.1227 Instrucción directa

De acuerdo con Meichenbaum (1987), los participantes deben recibir “adiestramiento informado”, mediante el cual comprendan plenamente la razón de ser del adiestramiento; reciben ayuda para colaborar en el desarrollo, puesta en práctica y evaluación de los procedimientos de afrontamiento, y se les recuerda cómo y por qué pueden ser útiles las estrategias de afrontamiento.

4.1228 Previsión del futuro

De acuerdo con Meichenbaum (1987), los pensamientos y sentimientos del paciente en torno al fracaso son esenciales para determinar si los contratiempos conducen al deterioro (sentimientos de “indefensión aprendida”) o a la persistencia (sensación de dominio o sentimiento de “recursos aprendidos”). Es probable que el fracaso y un mayor estrés se hagan más patentes si los pacientes atribuyen tales contratiempos a factores estables inalterables y si se dedican a echar las culpas a su carácter. Atribuir el fracaso a factores menos estables, tales como un esfuerzo insuficiente, una estrategia incorrecta o la mala suerte, permite que el éxito futuro siga siendo posible.

Un programa de control del estrés debe ser sensible a las futuras reacciones del paciente ante los contratiempos, y debería incluir la prevención de recaídas en el plan de adiestramiento. De esta manera los pacientes pueden identificar situaciones de alto riesgo en las que podrían tropezar con contratiempos, y prepararse así para tales posibles fracasos mejorando las habilidades de afrontamiento implicadas (Meichenbaum, 1987; p.32)..

4.1229 La colaboración del paciente

El adiestramiento en control del estrés debe utilizar al paciente y a los participantes como colaboradores en el análisis del problema y en el desarrollo, puesta en práctica y evaluación del plan de adiestramiento. Esta colaboración reduce la probabilidad de que el paciente ofrezca resistencia y no se adhiera al tratamiento. Además, ésta colaboración alienta a los pacientes para que realicen “experimentos personales” a fin de determinar el valor adaptativo de los procedimientos específicos de afrontamiento (Meichenbaum, 1987).

4.12200 Información de los resultados al paciente

De acuerdo con Meichenbaum (1987), el adiestramiento en control del estrés debe asegurar que el paciente reciba y examine la información sobre las consecuencias naturales de sus esfuerzos de afrontamiento. Tales consecuencias deben considerarse como resultados constructivos más que como elementos “catastróficos”. Además, el terapeuta debe alentar a los pacientes para que se atribuyan los cambios positivos que se produzcan.

4.12201 Duración del adiestramiento

De acuerdo con la idea de adaptar individualmente los programas de control de estrés, la duración del adiestramiento debe basarse en la actuación del paciente y no en un número de sesiones predeterminado y fijado arbitrariamente. También hay que establecer evaluaciones de seguimiento, sesiones de consolidación e intervenciones prácticas sobre la marcha siempre que sea posible (Meichenbaum, 1987).

4.12202 Adiestramiento de múltiples niveles y facetas

Finalmente de acuerdo con el modelo transaccional, el programa de intervención y adiestramiento debe tener múltiples niveles y facetas. Esto significa un reconocimiento de que, tras un análisis específico de la naturaleza del estrés, con frecuencia las intervenciones tienen que ir más allá del nivel de los participantes o de la enseñanza de unas habilidades de afrontamiento específicas. En muchos casos existe la necesidad de cambiar el entorno social, el cual, en su trato con los pacientes, puede llegar a causar tragedias (Meichenbaum, 1987).

4.123 Fases del Adiestramiento en Inoculación de Estrés

De acuerdo con Meichenbaum (1987), el AIE consta de las siguientes fases: *conceptualización, adquisición de habilidades y ensayo, aplicación y consolidación*; que varían según la longitud del adiestramiento y la naturaleza de la población. Es importante señalar que las tres fases pueden superponerse y son interdependientes, lo que quiere decir que en ocasiones se mezcla una con otra y que es posible cambiar el orden.

4.1231 Fase de conceptualización

Lo más importante en esta etapa es el establecimiento de una relación de colaboración con los pacientes y ayudarles a comprender mejor la naturaleza del estrés y su efecto sobre la emoción y el rendimiento, reconceptualizándolo en términos transaccionales. Esta fase generalmente constituye de una sexta a una tercera parte del adiestramiento, independientemente del número de sesiones que dure.

Los objetivos de esta fase son:

1. Establecer una relación de colaboración con el paciente y otras personas importantes para este, cuando sea conveniente (por ej, el cónyuge).
2. Comentar los problemas y síntomas del paciente, centrándose en un análisis de la situación.
3. Recoger la información en forma de entrevistas, cuestionarios, procedimientos de autocontrol, técnicas basadas en imágenes y evaluaciones conductuales.
4. Evaluar las expectativas del paciente con respecto a la eficacia del adiestramiento y formular planes de tratamiento estableciendo objetivos a corto, medio y largo plazo.
6. Instruir al cliente sobre la naturaleza transaccional del estrés y la manera de hacer frente al problema; considerar el papel que juegan las percepciones y las emociones en la producción y mantenimiento del estrés.
7. Prever y asumir la posible resistencia del paciente y los motivos por los que no se adhiere al tratamiento.

4.1232 Fase de adquisición de habilidades y ensayo

Durante esta etapa los pacientes elaboran y ensayan una variedad de habilidades de afrontamiento, inicialmente en la clínica y poco a poco *in vivo*. La única reserva sobre esta denominación es que no debería ocultar la posibilidad de que algunos pacientes cuenten ya en sus repertorios con habilidades de afrontamiento. Sin embargo, distintos factores intra e interpersonales podrían inhibir su puesta en práctica. En ocasiones, la tarea del terapeuta no es la de enseñar nuevas habilidades de afrontamiento *per se*, si no utilizar a los pacientes como colaboradores para percibir y eliminar posibles factores inhibitorios.

4.1233 Fase de Aplicación y Consolidación

En esta fase el terapeuta se enfoca en el refuerzo y evaluaciones de seguimiento con el objetivo es prevenir recaídas. Esta fase incluye exposiciones graduadas tanto *in vitro* (ensayos imaginados y conductuales en

la clínica) como *in vivo* (realización de experimentos personales en la vida real).

4.124 Limitaciones metodológicas de los estudios sobre el AIE

Los resultados de las investigaciones sobre el AIE son alentadores y mejoran cada vez más, pero sigue siendo necesario señalar que muchos de los estudios son proyectos de “demostración” que con frecuencia carecen de comprobaciones metodológicas rigurosas*. Las limitaciones metodológicas incluyen la ausencia de evaluaciones de seguimiento a largo plazo, la ausencia de múltiples medidas, la ausencia de verificaciones de manipulación y credibilidad del AIE y de grupos de control comparativos, la ausencia de comprobaciones de las características de la demanda y, en algunos estudios, hay confusiones con la exposición previa a los estresores (Meichenbaum, 1987).

4.125 Aplicaciones

El AIE se ha aplicado a distintas poblaciones, para tratamiento y prevención. Algunas de las aplicaciones han sido las siguientes:

- ***Instituciones sanitarias***

- Dolor Agudo y Crónico
- Preparación para cirugías y exploraciones médicas y dentales.

- ***Grupos laborales específicos***

- Funcionarios de policía
- Maestros

- ***Deportes***

- Atletas
- Entrenadores

- ***Víctimas de acontecimientos graves estresantes***

- Violaciones
- Ataques terroristas

*Para obtener información sobre estudios que se han realizado con el AIE, revisar tabla 3.1 de Meichenbaum, 1987; pag. 38-40.

4.2 PROGRAMA COGNITIVO –CONDUCTUAL PARA DEJAR DE FUMAR DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (INER).

Ahora que ya hemos descrito el AIE en el que se basa la nueva propuesta de Tx para pacientes fumadores, se hará una descripción general del programa que se maneja en el INER, cuyo modelo de tratamiento se basa principalmente en la psicoeducación.

SESION 1. INTRODUCCIÓN

- Dinámica grupal
 - Nombre, edad, edad de inicio, cigarrillos fumados al día, por qué quiere dejar de fumar, expectativas en relación al tratamiento.
- Registro de asistencia y de los datos anteriores
- Entrega, lectura y firma del contrato terapéutico.
- Concepto de Tabaquismo de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud
- Causas del tabaquismo
 - Rasgos de personalidad
 - Ambiente
 - Predisposición genética
- Edad de inicio
- Principales motivos de inicio
 - Influencia de los amigos
 - Facilidad de compra
 - Publicidad

- Datos epidemiológicos sobre el tabaquismo
 - Índice de mortalidad en México y a nivel mundial
- Enfermedades ocasionadas por el consumo de tabaco
 - Enfermedades cerebro vasculares
 - Enfermedades cardíacas
 - Enfermedades pulmonares
- Componentes del Tabaco
- Funcionamiento del cerebro adicto
- Tipos de dependencia
 - Dependencia Física
 - Dependencia Psicológica
- Explicación de los estudios médicos que se van a realizar y a que área del hospital donde deben acudir para solicitarlos.
 - Placa de Torax
 - Electrocardiograma
 - Citología de expectoración
 - Estudios de laboratorio (sangre y orina)
- Entrega y explicación del llenado de los autoregistros diarios.

SESION 2. LÍNEA BASE

- Registro de asistencia
- Análisis de autoregistros
- Se les pide a los pacientes que saquen el promedio de cigarrillos fumados de los días previos a la sesión y se registra en una lista.
- Entrega de cuestionario de motivos para fumar

- Explicación de cuestionario de motivos para fumar
- Realización del cuestionario de motivos para fumar
- Análisis de los tres puntajes más altos de cada paciente para determinar cual de los dos tipos de dependencia predomina, si la física o la psicológica.
- Se les avisa que la siguiente sesión tienen que asistir en completa abstinencia.
- Se les indica que tienen que realizar un ritual de despedida (carta o manualidad) un día antes de la siguiente sesión después de haber apagado su último cigarrillo.
- Se les explica como realizar el ritual de despedida
- Se les reparte nuevamente los autoregistros

SESION 3. ABSTINENCIA

- Se les pregunta como se sienten en su primer día sin fumar y se hace el análisis de autoregistros.
- Se les pide a los pacientes que saquen el promedio de cigarrillos fumados y se registra en una lista.
- Se analizan los rituales de despedida de cada paciente, analizando pensamientos y emociones evocadas durante la realización de la actividad.
- Se explica que es el síndrome de abstinencia y los principales síntomas.
- Se explica el mecanismo de acción y modo de empleo de la TRN (parche, chicle, inhalador) y el Bupropion (Welbutrim).

- Se les indica que tienen que iniciar ese día con la terapia de reemplazo y dependiendo las características de la dependencia del paciente se le recomienda o no la utilización de los chicles o el inhalador como complemento de los parches de nicotina, (si hay medicamento en la clínica se les proporciona al final de la sesión, si no hay ellos lo tienen que adquirir por fuera).
- Se les entregan hojas con las indicaciones de cada uno de los tratamientos farmacológicos.
- Se reparte una hoja con recomendaciones o tips para dejar de fumar y se le explican al paciente.

SESION 4. RELAJACION

- Discusión y evaluación sobre el proceso de abstinencia del paciente (despejar dudas sobre terapia de reemplazo y hacer recomendaciones a cada paciente dependiendo la dificultad que plantee durante su proceso personal de abstinencia)
- Se les dice que van a realizar un técnica de relajación y que por favor se pongan cómodos y no crucen las piernas.
- Se les pone un cassette que contiene un ejercicio de relajación a través de imaginación (se sale el terapeuta y los observa a través de cámara de Gesell)
- Cuando termina entra el terapeuta les pregunta si se relajaron y da por terminada la sesión.

SESION 5. DAÑOS A LA SALUD

- Un médico da una plática sobre daños a la salud asociados al tabaquismo (describe las enfermedades asociadas al tabaquismo y aporta datos sobre la prevalencia e incidencia).
- Se les entrega una hoja con los beneficios de dejar de fumar

SESION 6. REHABILITACION RESPIRATORIA

- Un especialista en rehabilitación respiratoria del INER, da una plática sobre respiración abdominal, modela el ejercicio y pide a los pacientes que lo hagan en la sesión.
- Al finalizar se reparte hojas de ejercicios que los pacientes pueden realizar en sus casas.

SESION 7. PUBLICIDAD

- Se da una plática por un especialista en publicidad sobre los tipos de anuncios publicitarios de diferentes marcas de cigarrillos y se analizan los mensajes subliminales contenidos en dichos anuncios.

SESION 8. CAMBIOS METABOLICOS

- Un médico especialista en nutrición explica sobre los cambios metabólicos que se originan por fumar y les explica la dieta que deben de seguir para evitar el aumento de peso que también puede ocasionar daños a la salud en el paciente.
- Se les entrega una hoja con la dieta a seguir.

SESION 9. PREVENCION DE RECAÍDAS

- Se les entrega una hoja con los motivos que desencadenan recaídas y las estrategias a seguir.
- Se explican los motivos que pueden desencadenar recaídas, los cuales pueden ser:
 - Fisiológicos
 - Psicológicos
 - Ambientales

- Se explican algunas estrategias para prevenir la recaída que se agrupan en:
 - Manejo del Pensamiento
 - Manejo de las Emociones
 - Alternativas Conductuales
- Se lee un pensamiento de Paulo Coelho “Cerrando círculos”

SESION 10. CIERRE DEL TRATAMIENTO

- Se hace un convivio para festejar la abstinencia en donde cada uno de los integrantes coopera con un platillo.

4.3 PROGRAMA DE MANEJO DE ESTRÉS PARA LA PREVENCION DE RECAÍDAS EN PACIENTES FUMADORES

4.31 Características y Justificación del Programa

El presente programa persigue los objetivos del AIE y se enfoca principalmente en la prevención de recaídas o fase de mantenimiento de un programa multicomponente, para ser más específicos.

De inicio me parece importante subrayar que en la revisión realizada por Meichenbaum sobre las aplicaciones del AIE, descrita en el apartado anterior, no se hace referencia a ningún estudio con pacientes adictos al tabaco. Por ello me parece importante abordar este problema desde un enfoque similar, que permita dotar al paciente de herramientas para enfrentarse a situaciones de alto riesgo de recaída. Este autor sugiere entrenar al paciente para que desarrolle habilidades cognitivo-conductuales a través del ensayo *in vitro* (imaginación y conductual) y posteriormente *in vivo*, además de *la supervisión de la puesta en práctica, el reforzamiento y la retroalimentación.*

El nuevo programa plantea la posibilidad de modificar el modelo de tratamiento tradicional que se utiliza actualmente en las clínicas para dejar de fumar de la Cd. De México, aunque esta pensado para ser adaptado específicamente en la clínica para dejar de fumar del INER.

4.32 Características del Tratamiento

4.321 Modalidad de Terapia

El programa está diseñado con un formato grupal con el objetivo de fomentar la adherencia terapéutica y crear un ambiente enriquecedor en cuanto a puntos de vista y modelos a seguir. Sin embargo puede adaptarse al trabajo individual en casos especiales como: pacientes psicóticos, con trastorno de personalidad, con daño orgánico (sordo-mudos, retraso mental).

4.322 No. de pacientes por sesión

Es recomendable formar los grupos con un mínimo de 6 pacientes y un máximo de 10. En base a mi experiencia en el INER un grupo menor a seis personas resulta menos enriquecedor en cuanto a puntos de vista y modelos a seguir por los propios pacientes, y un grupo de más de 10 personas podría resultar tedioso para ellos y dificultar al terapeuta el manejo y control apropiado del grupo.

4.323 Duración

La duración de las sesiones será de aproximadamente 120 min, con el objetivo de fomentar la participación de todos los pacientes, pero puede variar dependiendo de las características de la actividad o por cualquier otra razón relacionada directamente con el paciente.

4.324 Periodicidad de las sesiones

Se recomienda que las sesiones se realicen 2 veces por semana para dar oportunidad a los pacientes de trabajar los temas que se abordaron en terapia a través de las tareas en casa (autoregistros, cuestionarios, lecturas, ejercicios etc).

4.325 Criterios de inclusión

- Se aceptarán pacientes que en ese momento llevan algún tipo de TRN(parche chicles o inhalador) o Bupropion siempre y cuando se haya prescrito y se encuentre bajo la supervisión de un “médico psiquiatra”.

- Se aceptaran pacientes que actualmente se encuentren en tratamiento psiquiátrico a excepción de pacientes psicóticos o con trastornos de personalidad.
- No se aceptarán pacientes con algún daño orgánico cerebral (p, ej. Retraso Mental, Sordo-Mudos, etc).
- No se aceptan personas que consuman otras drogas.

4.326 Evaluación al inicio y durante el tratamiento

4.3261 Evaluación con fines diagnósticos

Para esta evaluación se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Entrevista psiquiátrica estandarizada
- Inventario de Frases Incompletas de Sacks
- Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE)
- Inventario de Depresión de Beck

y en caso necesario un inventario de personalidad.

4.3262 Evaluación pre y post tratamiento

Esta medición se realiza antes y después del entrenamiento en cada una de las habilidades y en las sesiones de consolidación.

Manejo de estrés

-Escala de acontecimientos diarios molestos (Kanner et al;1981).Evalúa tipos de acontecimientos que pueden generar molestia o estrés.

-COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Evalúa la forma en que las personas responden cuando se enfrentan a acontecimientos difíciles o estresantes.

Solución de Problemas

-Cuestionario de modos de afrontamiento-Revisado (WOC) (Lazarus y Folkman,1984).Evalúa formas de hacer frente a los problemas.

-Cuestionario de solución de problemas sociales (SPSI)(D’Zurilla y Nezu,1990). Evalúa formas en las que la persona puede pensar, sentir o comportarse cuando se enfrenta con los problemas de la vida cotidiana.

Habilidades sociales

Para medir habilidades sociales se utilizarán los siguientes instrumentos (Caballo,1993):

-Escala Multidimensional de Expresión Social- Parte Motora (EMES-M), creada por Caballo, 1987; consta de 64 ítems que cubren las siguientes dimensiones de las habilidades sociales: iniciación de interacciones; hablar en público/enfrentarse con superiores; defensa de los derechos del consumidor; expresión de molestia, desagrado, enfado; expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto; expresión de molestia y enfado hacia familiares; rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto; aceptación de cumplidos; tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto; hacer cumplidos, preocupación por los sentimientos de los demás y expresión de cariño hacia los padres.

-Escala Multidimensional de Expresión Social- Parte Cognitiva (EMES-C), creada por Caballo,1987;consta de 44 ítems y evalúa toda una serie de pensamientos negativos relacionados con las siguientes dimensiones de las habilidades sociales: Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores; temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones; temor a hacer y recibir peticiones; temor a hacer y recibir cumplidos; preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto; temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas; temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas; preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos; preocupación por la impresión causada en los demás; temor a expresar sentimientos positivos; temor a la defensa de los derechos, asunción de posibles carencias propias.

Evaluación durante el tratamiento

Se utilizarán autoregistros, graficas y evaluaciones subjetivas (p. ej; escala de Likert 1-10).

4.33 DESARROLLO DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA DEJAR DE FUMAR

Cuando se realice la evaluación con fines diagnósticos el terapeuta le dejará al paciente su primer tarea que se revisará al final de la sesión 1.

4.331 MANEJO DEL ESTRÉS

Tarea 1:

El terapeuta dirá: “Se registrarán los acontecimientos estresantes que tengan lugar a lo largo de la semana y después se clasificarán en tipos de acontecimiento. De manera tal que podamos sacar la frecuencia de todos los tipos de acontecimientos, el grado de estrés promedio, evaluado en una escala del 1-10 y por último la frecuencia de la conducta de fumar.”

“Les voy a dar un ejemplo”. Anotará lo siguiente en el pizarrón y les explicará el ejemplo.

Acontecimiento	Frecuencia del acontecimiento	Grado de estrés (1-10)	Frecuencia de la conducta de fumar
----------------	-------------------------------	------------------------	------------------------------------

Sujeto: Pablo

Riñas con la esposa	3	8	2
Tráfico	5	8	3
Hacer fila en el banco	2	6	0
Desobediencia de los hijos	2	6	0
Presión económica(gastos imprevistos)	1	7	1
Accidente de esposa	1	9	1
Victima de un robo	1	8	1

“Lo anterior con la finalidad de analizar la relación existente entre estrés y tabaquismo y darnos cuenta de los tipos de acontecimientos que generalmente nos generan mayor o menor grado de estrés.”

SESION 1

Actividad 1. Recaída e importancia del manejo del estrés como medida preventiva (Psicoeducación)

Materiales

- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador para pizarrón blanco

Objetivos

- Que el paciente distinga entre caída y recaída para que pueda llevar a cabo un automonitoreo.
- Que el paciente conozca las principales causas de recaída como medida preventiva.
- Que el paciente tome conciencia sobre la importancia del manejo del estrés en la prevención de recaídas.

Desarrollo de la actividad

El terapeuta les dirá a los pacientes:

“Es importante que ustedes conozcan los conceptos de caída y recaída para que puedan identificarlos, ya que serán parte de su automonitoreo y retroalimentación si se llegarán a presentar”

“La *caída, deliz o prueba*, de acuerdo con Marlatt, se define como: un proceso, conducta o evento que lleva a la aparición esporádica o momentánea del hábito previo y la *recaída* es volver al nivel anterior de consumo de la sustancia o del hábito a un nivel similar y desadaptativo ”

Es necesario aclarar a los pacientes que el estar consciente de estas situaciones no significa que tengan que suceder. Se le puede decir al paciente:

“El estar consciente de esto, no significa que necesariamente tenga que sucederles, no obstante debemos considerarlo como parte de nuestra labor preventiva, ya que es muy común que suceda y se considera como parte del proceso de dejar de fumar”

“Ahora bien ya que identificamos estos dos conceptos es importante que ustedes sepan cuales son las causas principales que nos llevan a recaer para que podamos echar a andar adecuadas estrategias de afrontamiento en diversas situaciones”:

Las principales causas de recaída de acuerdo con estudios realizados con el modelo de Marlatt son:

-El estado emocional negativo: afrontamiento de la frustración, enfado, sentimientos de culpa, hostilidad, agresión, miedo, ansiedad, tristeza, soledad, aburrimiento, estrés por exámenes, hablar en público, búsqueda de empleo, entre otros (determinante intrapersonal) y;

-La presión social directa o indirecta (es directa cuando los otros presionan a la persona para que fume e indirecta cuando ve a los otros fumar o cuando fuma para sentirse a gusto con los otros) (determinante interpersonal).

Becoña y cols. confirman los resultados de estos estudios.

Por otro lado Shiffman en su primer estudio encuentra que dentro de los principales factores causales de la recaída, se encuentran:

-Estado emocional negativo
-Síndrome de abstinencia nicotínica

También dice que las características más relevantes que distinguen a los sujetos que tienen la caída de los que no la tienen son:

-la presencia de otros fumadores (ver como realizan su consumo, el ofrecimiento de cigarrillos por parte de ellos, la disminución del control, el efecto de conformidad y principalmente la “tentación” que se produce en tales situaciones. También en ocasiones la persona que dejó de fumar se siente

distinta ante aquellas personas que fuman y esto hace que regresen a su antiguo estatus de fumador, logrando a su vez que esto se vea reflejado ante las personas fumadoras con las que se encuentra en ese momento).

- Consumo de alcohol
- Tensión

Otros factores importantes que mencionan Marlatt y Shiffman son:

Marlatt

Intrapersonales

- Estados físicos negativos no relacionados con la abstinencia (dolor, fatiga, calambres, etc)
- Estados emocionales positivos donde la sustancia serviría para incrementar los sentimientos de placer, alegría, celebración, etc.
- Prueba de control personal
- Impulsos y tentaciones (en presencia o ausencia de la sustancia)

Interpersonales

- Conflicto interpersonal (conflicto asociado con una relación interpersonal como matrimonio, amistad, familia, relaciones con el jefe, etc) y también el afrontamiento de la frustración o el enfado en el conflicto interpersonal (desacuerdos, peleas).

Shiffman

- Cuando esta esperando a alguien o se encuentra aburrido
- Cuando se utiliza el tabaco como sustituto de la comida
- Después de comer o en la sobremesa

Además de los sentimientos de relajación o felicidad, similar a los que mencionaba Marlatt.

“Como podemos darnos cuenta el estrés es una de las principales causas de recaída, es por ello que el presente programa se enfoca en el entrenamiento de habilidades que nos permitan controlarlo”

Tarea #2. Se revisará la tarea que se les dejó antes de la primer sesión y se les dejará lo mismo para la siguiente.

Actividad 2. Qué es el estrés y cómo se relaciona con el proceso de recaída (Dinámica Grupal)

Objetivos

- Definir el estrés en términos transaccionales
- Que el paciente conozca la relación entre estrés y recaída

Materiales

- Pizarrón blanco
- Plumones para pizarrón blanco
- Borrador para pizarrón blanco
- Hojas blancas
- Plumas
- Colores
- Lápices

Desarrollo de la actividad

“Pero debemos conocer qué es el estrés antes de poder manejarlo y para ello realizaremos la siguiente actividad:

Les voy a pedir a cada uno de ustedes que piensen en alguna situación muy estresante que hayan vivido últimamente, y que se haya relacionado con su consumo de tabaco, por favor imaginen desde el momento en que inicio, por ejemplo, -me disponía a ir a mi trabajo cuando de pronto mi automóvil..... y realicen en una hoja el relato incluyendo los pensamientos que pasaron por su mente, qué sintieron a nivel emocional (enojo, frustración, desesperación), qué sintieron a nivel físico (dolor de cabeza, náuseas, mareo, tensión muscular), qué hicieron, personas implicadas, qué hicieron esas personas....,”

Una vez que todos estén listos *el terapeuta* pedirá de forma voluntaria que compartan sus experiencias con sus compañeros con el objetivo de comprender mejor la naturaleza del estrés.

Después hará las siguientes preguntas:

¿Logran identificar el impacto que tuvo esa experiencia estresante en el propio funcionamiento a lo largo de ese día?

¿Qué áreas de su vida se vieron afectadas a consecuencia del estrés que vivieron con esa experiencia (laboral, familiar, social, del cuidado personal)?

¿En que momento creen ustedes que lograron controlar su estrés, es decir no tuvieron más consecuencias (físicas o psicológicas) relacionadas con la situación estresante que vivieron inicialmente?

El terapeuta dice: “Ahora quisiera que evaluaran del 1-10 cual fue la gravedad del problema”

Ya que todos, hayan hecho la evaluación les dirá:

“Ahora quiero que analicemos el problema por partes a las que llamaremos “momentos cruciales”, para lo cual realizarán una grafica de la siguiente manera:

“En la línea vertical pondremos el grado de gravedad del 1-10 y en la línea horizontal los “momentos cruciales” en orden de aparición.”

“En esta gráfica quiero que señalen el momento o los momentos en que vivieron más estrés y el momento o momentos de menos estrés, y por último van a señalar el momento o momentos en que encendieron un cigarrillo con una marca color rojo.”

Cuando los pacientes hayan terminado *el terapeuta* dirá: “Ahora les voy a pedir que evalúen del 1-10 la forma en que ustedes contribuyeron a que iniciara, incrementara y finalizara la experiencia estresante”

El terapeuta analizará las respuestas con los pacientes.

Después preguntará: “¿Ahora en base a lo que hemos visto me gustaría que me dijeran si creen que podemos eliminar el estrés por completo?”

Fomentará la lluvia de ideas y al final concluirá lo siguiente: ”Entonces todos estamos de acuerdo en que el estrés es parte de una respuesta biológica que nos permite responder ante una situación amenazante y es un motor que nos impulsa a realizar nuestras actividades en la vida diaria. Sin embargo, a pesar de los enormes beneficios que nos aporta, puede llegar a ser un enemigo potencial que afecte nuestra salud física y mental”.

“En conclusión, podemos controlar el estrés para hacerlo nuestro aliado e impedir que se convierta en nuestro peor enemigo.”

“¿Pero entonces qué creen ustedes que podrían hacer para manejar el estrés en forma adecuada?”

Fomentará la lluvia de ideas y escribirá lo siguiente en el pizarrón:

1. Identificar las señales de baja intensidad que indican el inicio de la reacción de estrés.
2. Echar a andar determinadas estrategias para controlar el estrés.
3. Analizar si esas estrategias fueron efectivas o no.

Después dirá: “Efectivamente, estos pasos que ustedes han mencionado, son fundamentales para un manejo adecuado del estrés, pero ¿realmente ponemos en marcha alguno de estos pasos ante una situación estresante, o solo hacemos que las cosas empeoren y que aumente el estrés?”

“¿Cómo reaccionamos realmente ante una situación estresante?”

“Ahora que ustedes han compartido sus experiencias tal vez sería necesario reconocer que el estrés varía según la persona, las situaciones y a lo largo del tiempo y también pareciera que su experiencia de estrés está formada por varios componentes y sus reacciones comprenden una serie de fases o etapas que podrían incluir:

1. Preparación para el estresor
2. Confrontación
3. “Momentos críticos” (no siempre se presentan)
4. Superar la sensación de estar abrumado y,

5. Reflexionar sobre sus esfuerzos de afrontamiento

El terapeuta seleccionará como ejemplos aquellas situaciones que se hayan descrito con más detalle y que ejemplifiquen claramente la respuesta de estrés.

Y dirá lo siguiente: “Ahora, identifiquemos cada una de estas etapas”: Magy, ¿podríamos tomar tu experiencia como ejemplo?.....”

El terapeuta anota en el pizarrón el relato o le pide a algún compañero que lo haga.

Un viernes antes de ir al trabajo, mi hijo adolescente, Juan Carlos, me pide permiso para ir a una fiesta. Yo le dije que si lo llevaban de vuelta a la casa le concedía el permiso, si no no, ya que su padre estaba de viaje y mi automóvil no circulaba. El me contestó “si mamá mi amigo Pedro me traerá de vuelta, llego a las 2:00 am, “esta bien” le conteste, “pero no más de las 2:00am Juan, y necesito que me dejes el número telefónico del lugar donde será la fiesta pegado en el refri”. Juan me contestó “esta bien”. Al regreso de mi trabajo, aproximadamente las 8:00 pm, veo las luces de la casa apagadas, supuse que Juan se había ido, pero al acercarme veo marcas de agua de las llantas del auto, sentí que la presión se me bajó, y una enorme impotencia. Al entrar a casa me doy cuenta que el automóvil no estaba, sentí una enorme ira por la desobediencia de Juan y por las implicaciones que traería el hecho de que se llevara el carro a pesar de que le había dicho que no circulaba, al entrar a la casa azoto la puerta, entro directo a la cocina y no estaba el teléfono en el refri, me enfurecí, subí a su cuarto que estaba echo un desastre, y busque su agenda, le llamé a uno de sus amigos y le pregunte si estaba con él, me dijo que si y le pedí que me lo pasara, le grite por el teléfono y le dije que regresara a casa de inmediato, de regreso le levantan una infracción, me habla por teléfono y salgo furiosa de la casa, tomo un taxi y llego al lugar donde estaba, pago la infracción, lo abofeteo y le digo que no me vuelva a pedir ningún permiso nunca en su vida. Al llegar a casa subo a mi habitación y me encierro en mi recámara, me doy un baño caliente al tiempo que reflexionaba sobre lo que había sucedido y me doy cuenta que no debí de haber pedido a mi hijo que regresara de inmediato, estaba tan furiosa que no me percate que nuevamente me arriesgaría a que me levantaran una infracción, ni tampoco debí haberlo abofeteado en frente del oficial.

El terapeuta dirá: “Magy, en esta situación ¿crees que pasaste por cada una de las etapas que yo mencioné?”

“¿Podrías indicarnos cada una de ellas?”

Mientras el paciente indica las etapas *el terapeuta* va encerrando en un círculo la parte del texto correspondiente y va analizando y describiendo las etapas junto con el paciente.

“Ahora bien, en relación a la primer fase (*Preparación*) podríamos decir que aunque que es evidente que no todas las situaciones estresantes tienen una fase preparatoria como tal, parece que podemos percibir de alguna manera las situaciones de alto riesgo, es decir, cuándo tenemos tendencia a estresarnos, ya que comienzan a aparecer lo que llamamos -señales de baja intensidad- y cabe señalar que resulta más fácil interrumpir el ciclo del estrés en sus etapas tempranas, que cuando se encuentra en el -calor del combate-”

“La etapa de *Confrontación* es cuando se enfrentan al acontecimiento estresante, la tensión va en aumento y se siente abrumado, nota que aparecen síntomas físicos que reflejan su grado de estrés como la tensión muscular, que su respiración se vuelve pesada, etc, y debe tratar de dominar el acontecimiento estresante.”

“Otra fase del estrés que se experimenta en ocasiones, es la denominada *Momentos Críticos*, que corresponde al no. 3 ,en ella el sujeto se siente sumamente estresado ya que se han complicado las cosas a tal grado que se vuelve un verdadero -infierno-. Sobre una escala de estrés de 10 puntos usted se encuentra en el 12 o más, las cosas se salieron de control en forma muy evidente”.

“*Superar la sensación de estar abrumado*. Esta etapa se refiere a los intentos que hace la persona para superar la sensación de estrés que lo abruma no para controlar la situación en sí. Y por lo general esto ocurre al final, no en la fase de preparación, ni en la de confrontación y mucho menos durante los momentos críticos. Además los intentos suelen tener poco o ningún resultado y el estrés suele durar por mucho tiempo e incluso días y también suele tener repercusiones en las actividades cotidianas”.

“*Reflexionar sobre sus esfuerzos de afrontamiento*. Esta etapa, que es la última, consiste en reflexionar acerca de todo lo que se hizo durante la situación, sobre sus esfuerzos para afrontarla asertivamente y sobre aquellas conductas que se hicieron sin pensar, cuales fueron los errores y los aciertos.

Además de analizar que papel jugo el estrés durante la situación y que tanto pudo controlarlo o no.”

El terapeuta preguntará a otro paciente si puede poner como ejemplo su experiencia de estrés y la analizará con los pacientes al igual que la anterior.

Ya que *el terapeuta* les ha enseñado a identificar las etapas a través de los ejemplos les dirá a los pacientes:

“Ahora por favor al igual que sus compañeros ustedes identifiquen las etapas en sus textos, y si creen que algo les faltó, pueden completarlo para delimitar bien las etapas.”

Cuando los pacientes hayan terminado dirá: “Ahora les voy a pedir que realicen una gráfica. En la línea vertical irá el grado de estrés del 1-10 y en la línea horizontal las etapas (1, 2, 3,4,5). Por favor señalen con una marca el grado de estrés que corresponde a cada etapa y dibujen líneas verticales en medio de la grafica para indicar en que etapa o etapas se hicieron los intentos por manipular los acontecimientos estresantes (Efectivos color verde y no efectivos color negro) y los intentos por superar la sensación de estar abrumado (efectivos color azul y no efectivos color gris). Por último, señalen la etapa o etapas donde se encendieron cigarrillos (con color rojo).”

El terapeuta analizará la grafica junto con los pacientes. Y dirá lo siguiente:

“Ahora haremos una gráfica grupal para analizar mejor la relación entre estrés y tabaquismo. En la línea vertical irá la frecuencia y en la línea horizontal la etapa.”

“En esta gráfica señalaremos la frecuencia grupal de las etapas en las que se presentó la conducta de fumar (rojo), la frecuencia grupal de las etapas en las que se hicieron los intentos por manipular los acontecimientos estresantes y la frecuencia de los intentos por superar la sensación de estar abrumado.

Después dependiendo la etapa donde la mayoría de los pacientes aplican las estrategias (suponiendo que sean las dos últimas) se les pedirá que evalúen el grado de efectividad de la o las estrategias.

“Ahora les voy a pedir que evalúen del 1-10 el grado en que pudieron reducir su estrés y evitar consecuencias negativas”

Después se sacará un promedio grupal.

El terapeuta concluirá lo siguiente: “Pareciera que la conducta de fumar aparece como una herramienta principal para disminuir el estrés y que muchos de los intentos por manipular los acontecimientos estresantes aparecen antes de los intentos por superar la sensación de estar abrumado (intentos de disminuir o controlar el estrés que no son el consumo de tabaco). Es por eso que generalmente nuestros intentos por manipular los acontecimientos estresantes lejos de mejorar la situación la empeoran y nuestros intentos por disminuir el estrés son poco efectivos ya que hemos dejado que las cosas avancen hasta un punto donde todo se ha complicado y continúan los problemas derivados de lo que acaba de acontecer.”

“Entonces pareciera que el estrés es un círculo vicioso es por eso que la mayor parte del tiempo la pasamos estresados, por que no lo sabemos controlar a tiempo, es decir, durante las primeras etapas”.

“Lo que nosotros pretendemos al final de este curso es cambiar la respuesta de estrés a través de las etapas que ya habíamos discutido anteriormente:

1. Identificar las señales de baja intensidad que indican el inicio de la reacción de estrés (esto se hace en la etapa de preparación)
2. Echar a andar determinadas estrategias de control del estrés desde que empieza la respuesta hasta que finaliza (estas dependerán de la situación y el momento).
3. Analizar si esas estrategias fueron efectivas o no y por qué.

“Pero para lograr cambiar nuestra respuesta de estrés comenzaremos a echar a andar las estrategias de afrontamiento que hemos adquirido a través de nuestra experiencia y que nos han funcionado para disminuir el estrés.”

“Esto lo haremos a lo largo de la semana cuando se presente alguna situación estresante, y para analizar con el grupo como fueron sus respuestas ante estas situaciones realizaremos algunos autoregistros pero antes revisaremos las dos tablas de situaciones estresantes que hemos realizado”:

“Les voy a pedir que clasifiquen los acontecimientos en base a sus dos tablas. Pueden señalar con un color distinto cada tipo de acontecimiento. Si alguno se repitió, tendrán que sumar las frecuencias de la conducta y las frecuencias de la conducta de fumar y también se sacará un promedio del grado de estrés.

Después se clasificará cada tipo de situación dependiendo el grado de estrés reportado: (1-4= leve, 5 y 6= moderado y 7-10= severo). Además se evaluará que tan frecuentemente se relacionan estos acontecimientos con la conducta de fumar en base a la siguiente escala:

El terapeuta anotará lo siguiente en el pizarrón:

- 4 Muy frecuente 100%
- 3 Frecuente 70-90%
- 2 Más o menos frecuente 50-60%
- 1 Poco frecuente 1-40%
- 0 Nunca 0%

“Por último se ordenarán los tipos de acontecimientos de mayor a menor grado de estrés y después de mayor a menor frecuencia. Los acontecimientos de mayor grado de estrés y mayor frecuencia se encerrarán en un círculo rojo.”

De este modo se podrá analizar con el paciente la relación entre estrés y tabaquismo, se esperaría que a mayor grado de estrés mayor frecuencia de la conducta de fumar, y también se analizará la relación entre frecuencia del acontecimiento y grado de estrés, se esperaría que hubiera uno o más tipos de acontecimientos con grado de estrés elevado y que se presentan en forma frecuente.

Tarea # 3: "Autoregistros de acontecimientos estresantes"

“Con el objetivo de modificar nuestra respuesta de estrés, realizaremos una serie de autoregistros como tareas de casa semanalmente y se analizarán al principio de cada sesión. Estos autoregistros además nos servirán como retroalimentación para determinar que tipo de estrategias de afrontamiento serán útiles en determinados momentos y situaciones.”

El terapeuta repartirá las hojas de autoregistro a los pacientes y le pedirá a alguien que lea su contenido, después explicará y despejará dudas con respecto al llenado (Anexo 7).

“El primer autoregistro se hará de la situación que les haya ocasionado menor grado de estrés en la semana.....”

“Algo importante es que cuando describan la situación por favor señalen las etapas con colores como habíamos hecho anteriormente ya que nos ayudará en ejercicios posteriores.....”

Por último el terapeuta enfatizará sobre la importancia de las tareas para casa.

SESION 2.

Actividad 3. Análisis de Autoregistros de situaciones de grado de estrés leve (dinámica grupal)

Objetivos

- Que el paciente corrobore la relación entre estrés y tabaquismo.
- Que el paciente analice si los intentos por manipular los acontecimientos estresantes fueron efectivos o no (ayudaron o no a resolver la situación) y por qué.
- Que el paciente analice si las estrategias que aplicó para el control del estrés fueron efectivas o no y porqué.
- Que el paciente analice qué estrategias pudo haber aplicado y no aplicó para controlar su estrés.
- Que el paciente evalúe el grado en el que pudo controlar su estrés y evitar consecuencias negativas.
- Analizar la importancia de los pensamientos como generadores de estrés y su influencia en las emociones y conductas negativas.

Materiales

- Autoregistros
- Colores
- Lápices
- Hojas blancas
- Pizarrón blanco

- Plumones
- Borrador para pizarrón blanco

Desarrollo de la técnica

El terapeuta pedirá a los pacientes que en base a sus autoregistros hagan una gráfica como la que hicieron la sesión anterior y repetirá las instrucciones:

“En la línea vertical irá el grado de estrés del 1-10 y en la línea horizontal las etapas (1, 2, 3,4,5). Por favor señalen con una marca el grado de estrés que corresponde a cada etapa y dibujen líneas verticales en medio de la gráfica para indicar en que etapa o etapas se hicieron los intentos por manipular los acontecimientos estresantes (Efectivos color verde y no efectivos color negro) y los intentos por superar la sensación de estar abrumado (efectivos color azul y no efectivos color gris). Por último, señalen la etapa o etapas donde se encendieron cigarrillos (con color rojo).”

Una vez que todos hayan terminado el terapeuta analizará lo siguiente con cada uno de los pacientes:

-Relación entre estrés y tabaquismo (ver si apareció la conducta de fumar y en qué etapa).

-Analizar cuáles fueron los intentos por manipular la situación estresante, si fueron efectivos o no (ayudaron o no a resolver la situación) , y por qué (relacionarlo con la aparición de los intentos por superar la sensación de estar abrumado, si aparecieron antes o después). Si los intentos no fueron efectivos se les preguntará que conducta creen que hubiera resultado efectiva.

-Analizar qué hicieron para superar la sensación de estar abrumados, si fue efectivo o no lo que hicieron (relacionarlo con la etapa o con el tipo de estrategia empleada).

“Ahora les voy a pedir que evalúen del 1-10 el grado en el que consideran que pudieron reducir su estrés y evitar consecuencias negativas”

El terapeuta junto con los compañeros sacarán un promedio grupal de la evaluación anterior.

“Ahora haremos una gráfica para analizar los aspectos anteriores en forma grupal. En la línea vertical irá la frecuencia y en la línea horizontal la etapa.”

“En esta gráfica señalaremos la frecuencia grupal de las etapas en las que se presentó la conducta de fumar (rojo), la frecuencia grupal de las etapas en las que se hicieron los intentos por manipular los acontecimientos estresantes y la frecuencia de los intentos por superar la sensación de estar abrumado”

“Ahora les voy a pedir que hagamos una última gráfica: en la línea vertical irá la frecuencia y en la horizontal las estrategias que empleamos en: manejo de cogniciones, manejo de emociones, realización de conductas y estrategias combinadas”

El terapeuta analizará la gráfica con el grupo y enfatizará en la importancia del manejo de las cogniciones y la combinación de técnicas para obtener mejores resultados en el manejo del estrés (ya sea al mismo tiempo o en diferentes momentos de la situación). También enfatizará en la importancia de ampliar el repertorio de respuestas para el manejo del estrés.

Tarea # 4: Realizar el autoregistro

SESION 3.

Actividad 4. Análisis de autoregistros de situaciones con grado de estrés moderado (dinámica grupal)

- Que el paciente corrobore la relación entre estrés y tabaquismo.
- Que el paciente analice si los intentos por manipular los acontecimientos estresantes fueron efectivos o no (ayudaron o no a resolver la situación) y por qué.
- Que el paciente analice si las estrategias que aplicó para el control del estrés fueron efectivas o no y por qué.
- Que el paciente analice qué estrategias pudo haber aplicado y no aplicó para controlar su estrés.
- Que el paciente evalúe el grado en qué pudo manejar su estrés y evitar consecuencias negativas.

- Retroalimentarlo si hay dificultades en la aplicación de las estrategias que ya conoce o para perfeccionar la aplicación mismas.

Materiales

- Autoregistros
- Colores
- Lápices
- Hojas blancas
- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador para pizarrón blanco

Descripción de la técnica

Se hará lo mismo que en la sesión anterior solo que esta vez se dará retroalimentación a los pacientes si hay dificultades en la aplicación de las técnicas que ya conoce o para perfeccionar la aplicación de las mismas.

TÉCNICA DE RELAJACIÓN DE JACOBSON

Objetivos

- Que el paciente aprenda a distinguir el estado en que se encuentran distintos grupos musculares (tensos o relajados) a través de ejercicios de tensión relajación.
- Inducir o mantener el estado de relajación en los músculos en donde no se requiere tensión
- Evitar el malestar físico relacionado con la tensión muscular excesiva y constante.

Actividad 5. Justificación y objetivos, explicación de la técnica y relajación de grupos musculares (primera parte)

Objetivos

- Explicar a los pacientes por qué es importante aprender a relajar los músculos.
- Explicar al paciente en qué consiste la técnica.
- Aprender a relajar los siguientes grupos musculares:
 - Mano y antebrazo dominantes
bíceps dominantes
 - Mano, antebrazo y bíceps no dominantes
 - Frente y cuero cabelludo
 - Boca y mandíbulas

Materiales

- Ropa cómoda

Desarrollo de la técnica

El *terapeuta* dirá lo siguiente para explicar la técnica:

“Como ustedes se han podido dar cuenta a través de sus experiencias, una gran parte del problema del estrés se relaciona con la tensión que experimentas diariamente. Esa tensión es la respuesta que tu cuerpo da a una serie de situaciones que exigen que actúes. La tensión puede ser adaptativa (buena, beneficiosa) si le sirve a uno para hacer frente a esa situación y resolverla. Por ejemplo, cuando tu jefe te dice que necesita un informe importante en poco tiempo, tú tienes que sentarte a tu mesa y teclear tu máquina, y eso requiere tensar ciertos músculos de tu cuerpo. Sin embargo, no necesitas tanta tensión que llegues a romper una tecla, ni necesitas fruncir tu frente, tensar tus hombros, etc. Tampoco necesitas seguir tensando tus músculos después de acabado el trabajo. ¿Cuál sería entonces, según lo ves tú, el ideal de tensión en esa situación?...Justo solo el necesario para realizarla tarea, el resto sobra y

solo te va a causar malestar y dolor de cabeza. Eso es lo que puedes aprender aquí: a distinguir la tensión innecesaria y eliminarla.”

“La técnica de relajación progresiva consiste en aprender a tensar y luego relajar los distintos grupos musculares de tu cuerpo, de modo que sepas qué se siente cuando el músculo está tenso y cuando está relajado. De esta forma, una vez que dicho aprendizaje se haya convertido en hábito, identificarás rápidamente, en las situaciones de cada día, cuándo estas tensando más allá de lo que necesitas. Esta identificación será tu señal para automáticamente relajarte. Pero, fíjate que estamos hablando de un hábito, y como cualquier hábito, para llegar a serlo, necesita ser aprendido y practicado primero. Ahora, me gustaría dejar de hablar un momento para que me cuentes, según lo dicho, en qué consiste la técnica de relajación y para qué sirve...”

Una vez que *el terapeuta* se ha asegurado de que los pacientes han comprendido dirá lo siguiente:

“Muy bien, entonces el día de hoy vamos a aprender a tensar y relajar los grupos musculares comenzando por los brazos; después frente, ojos y nariz; la boca y las mandíbulas y finalmente el cuello; en la segunda sesión relajaremos los hombros, pecho y espalda; el abdomen; los pies y piernas; y finalmente relajar sólo, sin tensar, todos los músculos. El aprendizaje por grupo muscular durará 20 min aproximadamente.”

Después *el terapeuta* enfatizará sobre la importancia de las tareas para casa y les dará algunas recomendaciones para realizarlas:

“Mucho más importante que aprender a tensar y relajar bien en las sesiones es practicar en casa. Sin esta práctica no se puede consolidar el aprendizaje, y por tanto, no se puede aplicar a la vida real, así que sería absurdo continuar con las sesiones. Es necesario que practiquen diariamente, y será importante que reserven un horario y un lugar tranquilo. Elijanlo de forma que nadie los moleste y no se queden dormidos (por ejemplo, no lo hagan después de comer o justo antes de dormir). Si esto ocurriera, no pasa nada, es solo señal de que realmente se han relajado bien; pero mientras duermen no pueden aprender, y acuérdense que de eso es de lo que se trata.¿Cómo ven ustedes eso de la práctica en casa?...”

Una vez que *el terapeuta* se asegura de que los pacientes están de acuerdo con estas prácticas o tareas para casa, comenzará con el adiestramiento. Este se

hará en el siguiente orden y con los siguientes ejercicios para cada grupo muscular:

Sesiones	Grupos musculares	Ejercicios
1	Mano y antebrazo dominantes Biceps dominantes	Se aprieta el puño se empuja el codo contra el brazo de la silla
	Mano, antebrazo y biceps No dominantes	Igual que el miembro dominante
	Frente y cuero cabelludo	Se levantan las cejas tan alto como se pueda Se aprietan los ojos al tiempo que se arruga la nariz
	Boca y mandíbulas	Se aprietan los dientes mientras se llevan las comisuras de la boca hacia las orejas
	Cuello	Se dobla hacia la derecha Se dobla hacia la izquierda Se dobla hacia adelante Se dobla hacia atrás

Brazos

Para comenzar el *terapeuta* hará un ejercicio con los pacientes y les dirá lo siguiente: “Bien, hoy vamos a aprender cómo tensar y relajar los músculos de

los brazos. Vamos a comenzar con los de la mano dominante: los músculos de la mano y antebrazo se tensan apretando el puño. Así, hazlo conmigo...¿notas la tensión en la mano, en los nudillos y en el antebrazo?, muy bien, Ahora suelta la mano completamente, ¿Notas la diferencia entre la tensión anterior y entre la tensión de ahora? Eso es lo que te pediré que hagas cuando te relajes en la silla. Cuando hayamos relajado los músculos de la mano y antebrazo por dos veces, pasaremos a los músculos del biceps y haremos lo mismo. El ejercicio para tensar es el de apretar fuertemente el codo contra el brazo de la silla. Prueben ustedes...así...muy bien. Cuando relajemos el brazo completamente, practicaremos los mismos ejercicios con el brazo contrario; el resto de la sesión la dedicaremos sólo a relajar. No te preocupes por recordar nada porque esto te lo iré diciendo paso a paso. ¿Tienen alguna duda?...”

Después *el terapeuta* dará las siguientes instrucciones:

“Bien, ahora colóquense en la silla en posición reclinada. Pónganse cómodos, aflójense cualquier prenda que los oprima, y quítense pulseras, gafas o cualquier objeto que les pueda molestar. Cuando se encuentren en una posición cómoda procuren moverse lo menos posible y no hablar durante la sesión. ¿Tienen alguna pregunta? Bien, vamos a comenzar.”

Antes de comenzar la secuencia de ejercicios de tensión- relajación se le pide al paciente que deje que sus ojos se vayan cerrando, y que se relaje. Después de 1 o 2 minutos comienza la secuencia de ejercicios, para lo que se sigue una guía relativamente estandarizada. Por ejemplo, se puede comenzar con el primer grupo muscular diciendo:

“Estas cómodo y relajado. Ahora me gustaría que siguieras dejando relajado todo tu cuerpo, mientras concentras tu atención en tu mano derecha (o izquierda si es su brazo dominante). Cuando yo te diga, cierra el puño, muy, muy fuerte, todo lo fuerte que puedas. ¡Ahora! Fíjate lo que sientes cuando los músculos de la mano y antebrazo están tensos. Concéntrate en ese sentimiento de tensión y malestar que experimentas.”

Después de aproximadamente 5 ó 7 segundos (prácticamente lo que duran las palabras del terapeuta) éste dice:

“Ahora cuando te diga “suelta”, quiero que tu mano se abra completamente y la dejes caer sobre tus piernas; no lo hagas gradualmente, déjala caer de golpe.¡Suelta!”

Una vez que el paciente ha “soltado” la tensión, el terapeuta continua enfatizando ahora las nuevas sensaciones de relajación en contraste con las anteriores de tensión, como por ejemplo:

“Notas ahora cómo la tensión y la incomodidad han desaparecido de tu mano y tu antebrazo. Fíjate en las sensaciones de relajación, de placer, de tranquilidad que tienes ahora. Fíjate en el contraste, en la diferencia entre tener la mano tensa y tenerla relajada. Continúa soltando esos músculos, dejando que se hagan cada vez más lisos, más relajados. No hagas nada, sólo déjalos sueltos.”

Después de 30-40 segundos de relajación, se repite de nuevo el ejercicio, y así hasta completar los ejercicios de los brazos. El resto del tiempo hasta aproximadamente 20 minutos, se dedica sólo a relajar. Para esto, se continúan repitiendo las instrucciones anteriores de relajación. Esto se hará con los demás grupos musculares.

Y por último el terapeuta hará toda la secuencia de músculos pero con solo relajación.

Tarea # 5:

Al final de la sesión *el terapeuta* dirá lo siguiente:

“Recuerden que tendrán que practicar en casa diariamente lo que acabamos de aprender y les voy a pedir que registren lo siguiente: la hora del día, el grado de relajación (escala de 0-10) antes y después de la práctica (si detecta dificultad para relajar alguno de los grupos musculares haga más repeticiones de ese grupo el siguiente día), y los problemas encontrados durante ella (interrupciones, no concentración, dormirse, etc)”.

Después el terapeuta explicará cómo deberán hacer la práctica en casa.

Tarea # 6: Autoregistro de acontecimientos estresantes como se ha hecho cada sesión.

SESION 4.

Actividad 6. Análisis de autoregistros de situaciones con grado de estrés severo(dinámica grupal)

Objetivos

- Que el paciente corrobore la relación entre estrés y tabaquismo.
- Que el paciente analice si los intentos por manipular los acontecimientos estresantes fueron efectivos o no (ayudaron o no a resolver la situación) y por qué.
- Que el paciente analice si las estrategias que aplicó para el control del estrés fueron efectivas o no y porqué.
- Que el paciente analice qué estrategias pudo haber aplicado y no aplicó para controlar su estrés.
- Que el paciente evalúe el grado en qué pudo manejar su estrés y evitar consecuencias negativas y compare esta evaluación con la que hizo la sesión anterior.
- Retroalimentarlo si hay dificultades en la aplicación de las estrategias que ya conoce o para perfeccionar la aplicación mismas.

Materiales

- Autoregistros
- Colores
- Lápices
- Hojas blancas
- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador para pizarrón blanco

Descripción de la técnica

Se hará de la misma forma en que se hizo la sesión anterior.

Actividad 7. Análisis de autoregistros de la técnica de relajación de Jacobson I (dinámica grupal)

Objetivos

- Que el paciente reflexione si hubo cambios antes y después de realizar los ejercicios.
- Que evalúe si pudo relajarse más a medida que transcurrieron los días y por lo tanto la práctica.
- Si al paciente se le dificultó relajarse analizar por qué.

Materiales

- Autoregistros
- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador

Desarrollo de la técnica

El terapeuta preguntará a los pacientes quién notó diferencias antes y después de la realización del ejercicio el primer día, después el segundo, el tercero. Y hará una gráfica grupal en el pizarrón. En la línea vertical irá el no. De personas y en la horizontal el día. Después dirá lo siguiente:

“Como podrán notar a medida que trascurrieron los días hubo más personas que pudieron relajar sus grupos musculares, lo cual refleja la importancia de la práctica diaria”

Después el terapeuta dirá lo siguiente: “Ahora me interesa saber si el grado en el que pudieron relajar los grupos musculares fue mayor cada día”

Para ello haremos la siguiente gráfica: “En línea vertical coloquen la frecuencia y en la horizontal el grado de relajación de los grupos musculares”

Después el terapeuta dirá lo siguiente: “Ahora por favor díganme el grado de relajación que lograron después de la práctica del (0-10) suponiendo que 0 es nada y 10 es grupos musculares totalmente relajados. Levanten la mano los que se encuentren en el primer nivel.....y así hasta realizar todas las gráficas de cada día anterior a la sesión.

“Si comparamos las graficas parece que podemos encontrar diferencias. Conforme pasaron los días pudieron alcanzar mayores grados de relajación.”

Después el paciente analizará junto con los pacientes las dificultades u obstáculos para lograr relajarse.

SESION 5.

Actividad 8.Relajación de grupos musculares (segunda parte)

Objetivos

- Aprender a relajar los siguientes grupos musculares:

- Hombros
- Abdomen
- Pierna y muslo derecho
- Pantorrilla
- Pie derecho
- Pierna, pantorrilla y pie izquierdo

- Relajar todos los músculos

Materiales

- Ropa cómoda

Desarrollo de la técnica

En ésta nueva sesión el terapeuta procede a relajar, en el mismo orden, pero esta vez sin tensar, los grupos musculares aprendidos en la sesión anterior y practicados en casa, añadiendo a esto los ejercicios de tensión -relajación

correspondientes a la sesión. Es importante que el paciente aprenda a mantener relajados todos los músculos excepto el que esté tensando....

El terapeuta deberá indicárselo antes de comenzar la relajación, cuando le presente los ejercicios nuevos, y recordárselo cuando el paciente no actúe así.

Después comenzará con el entrenamiento en relajación, que se llevará a cabo de la misma forma en que se hizo la sesión anterior, pero con las instrucciones correspondientes a cada uno de los grupos musculares con los que se trabajará en esta sesión:

Hombros	Se inspira profundamente manteniendo la respiración al tiempo que se llevan los hombros hacia atrás intentando que se junten los omoplatos
Abdomen	Se mete conteniendo la respiración Se saca conteniendo la respiración
Pierna y muslo derecho	Se intenta subir con fuerza la pierna sin despegar el pie del asiento (o suelo)
Pantorrilla	Se dobla el pie hacia arriba tirando con los dedos, sin despegar el talón del asiento (o suelo).
Pie derecho	Se estira la punta del pie y se doblan los dedos hacia adentro

Pierna, pantorrilla y
pie izquierdo

Igual que el derecho

Por último el terapeuta hará la secuencia completa de músculos sólo con relajación (incluyendo los aprendidos la sesión anterior).

Tarea # 7:

El terapeuta les recordará a los pacientes que la siguiente sesión deberán traer su autoregistro de situaciones estresantes igual que se ha hecho en las sesiones anteriores.

Tarea # 8:

Autoregistro de la técnica de Jacobson.

SESION 6.

Actividad 9. Análisis de autoregistros de situaciones con grado de estrés leve, moderado y severo (dinámica grupal)

Objetivos

- Que el paciente corrobore la relación entre estrés y tabaquismo.
- Que el paciente analice si los intentos por manipular los acontecimientos estresantes fueron efectivos o no (ayudaron o no a resolver la situación) y por qué.
- Que el paciente analice si las estrategias que aplicó para el control del estrés fueron efectivas o no y porqué.
- Que el paciente analice qué estrategias pudo haber aplicado y no aplicó para controlar su estrés.
- Que el paciente evalúe el grado en qué pudo manejar su estrés y evitar consecuencias negativas y compare esta evaluación con la que hizo la sesión anterior.

- Retroalimentarlo si hay dificultades en la aplicación de las estrategias que ya conoce o para perfeccionar la aplicación mismas.

Materiales

- Autoregistros
- Colores
- Lápices
- Hojas blancas
- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador para pizarrón blanco

Desarrollo de la técnica

El análisis de autoregistros se hará de la misma forma en que se hizo la sesión anterior.

Aquí se podrá comparar la actual respuesta de estrés del paciente ante una situación evaluada inicialmente con grado de estrés severo con la situación que se analizó en la actividad 2 (que provocó un grado de estrés severo). Se esperaría que en esta sesión el paciente haya logrado modificar su respuesta de estrés en forma favorable y haya empleado sus propias estrategias de afrontamiento de manera efectiva.

Actividad 10. Análisis de autoregistros de la técnica de relajación de Jacobson 2 (dinámica grupal)

Objetivos

- Que el paciente reflexione si hubo cambios antes y después de realizar los ejercicios.
- Que evalúe si pudo relajarse más a medida que transcurrieron los días y por lo tanto la práctica.
- Si al paciente se le dificultó relajarse analizar por qué.

Materiales

- Autoregistros
- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador

Desarrollo de la técnica

Se hará de la misma forma que en la sesión 7 pero en relación a los grupos musculares vistos en la sesión anterior.

SESION 7.

Actividad 11. Ensayo imaginado

Objetivos

- Que el paciente ensaye en la imaginación el manejo de situaciones estresantes con intensidad leve a través de la técnica de relajación muscular de Jacobson..

Materiales

- No se utilizarán

Descripción de la técnica

El terapeuta les pedirá a los pacientes que elijan una situación con intensidad leve de las descritas en sus tablas.

El terapeuta le pedirá a los pacientes que evalúen el grado de tensión muscular que experimentan en ese momento en una escala del 1-10.

Después les pedirá que visualicen la situación estresante.

Y les dirá lo siguiente: Por favor quiero que imaginen como se sentían antes, durante y después de la situación física y emocionalmente y qué pensamientos pasaron por su mente.

Después el terapeuta les pedirá que evalúen en una escala del 1-10 el grado de tensión muscular que experimentan en ese momento y en qué grupos musculares experimenta tensión.

Después puede hacer algún juego o actividad para bajar los niveles de estrés del paciente.

Otra vez les pedirá que evalúen en una escala del 1-10 el grado de tensión muscular que experimentan.

Nuevamente le pedirá al paciente que imagine la situación pero esta vez mientras imagina, tratará de detectar las señales de baja intensidad relacionadas con el inicio de la tensión muscular y tratará de relajar los grupos musculares que empezaron a tensarse y mantenerlos relajados.

Después el terapeuta le pedirá al paciente que evalúe su grado de tensión muscular del 1-10.

Finalmente el terapeuta analizará los resultados con el grupo.

Actividad 12. Ensayo conductual

Objetivos

- Que el paciente ensaye conductualmente el manejo de situaciones estresantes con intensidad leve a través de la técnica de relajación muscular de Jacobson.

Materiales

- No se utilizarán materiales

Descripción de la técnica

El terapeuta le dirá al paciente que se hará una representación de la situación estresante que ya se ensayó en la imaginación. Para ello le pedirá que elija personas del grupo con las que identifique a aquellas personas involucradas en la situación real.

Después le pedirá que evalúe el grado de tensión muscular que experimenta en ese momento.

Al finalizar la representación le pedirá al paciente que evalúe nuevamente su grado de tensión.

Se hará alguna actividad para relajar al paciente. Y después se le pedirá que evalúe del 1-10 el grado de tensión muscular.

Nuevamente se llevará a cabo la representación pero esta vez el paciente utilizará la técnica de relajación muscular intentando cambiar la respuesta de estrés.

Nuevamente evaluará su grado de tensión muscular.

Esto se hará con todos los pacientes. Primero se harán las evaluaciones, luego las representaciones y así sucesivamente.

Actividad 13. Ensayo en vivo

Objetivos

- Que el paciente aplique la técnica de relajación muscular de Jacobson a situaciones reales.

Materiales

- No se requieren

Descripción de la técnica

El terapeuta le dirá lo siguiente al paciente: “Ahora que ya hemos ensayado la relajación muscular con situaciones de estrés leve en la imaginación y con el grupo, les voy a pedir que practiquen en situaciones reales con un grado de estrés similar, ya que hay que recordar que el objetivo final es que esta técnica forme parte de su repertorio de estrategias para el manejo del estrés”

Tarea # 9: Se les pedirá a los pacientes que registren alguna de las situaciones en las que aplicó la técnica.

SESION 8.

Actividad 14. Análisis de Autoregistros con situaciones de menor estrés (dinámica grupal)

Objetivos

- Que el paciente corrobore la relación entre estrés y tabaquismo.
- Que el paciente analice si los intentos por manipular los acontecimientos estresantes fueron efectivos o no (ayudaron o no a resolver la situación) y por qué.
- Que el paciente analice si la aplicación de la técnica de relajación de Jacobson fue efectiva o no para manejar el estrés y porque.
- Que el paciente evalúe el grado en qué pudo controlar su estrés a través de la técnica y evitar consecuencias negativas.
- Retroalimentarlo si hay dificultades en la aplicación de la técnica de relajación de Jacobson o para perfeccionar la aplicación de la misma.

Materiales

- Autoregistros
- Colores
- Lápices
- Hojas blancas
- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador para pizarrón blanco

Desarrollo de la técnica

“En la línea vertical irá el grado de estrés del 1-10 y en la línea horizontal las etapas (1, 2, 3,4,5). Por favor señalen con una marca el grado de estrés que corresponde a cada etapa y dibujen líneas verticales en medio de la grafica para indicar en que etapa o etapas se hicieron los intentos por manipular los acontecimientos estresantes (Efectivos color verde y no efectivos color negro) y en que etapa o etapas hicieron los intentos por superar la sensación de estar abrumado a través de la técnica de relajación de Jacobson (efectivos color azul y no efectivos color gris). Por último, señalen la etapa o etapas donde se encendieron cigarrillos (con color rojo).”

Una vez que todos hayan terminado el terapeuta analizará lo siguiente con cada uno de los pacientes:

-Relación entre estrés y tabaquismo (ver si apareció la conducta de fumar y en qué etapa).

-Analizar cuáles fueron los intentos por manipular la situación estresante, si fueron efectivos o no (ayudaron o no a resolver la situación) , y por qué (relacionarlo con la aparición de los intentos por superar la sensación de estar abrumado, si aparecieron antes o después). Si los intentos no fueron efectivos se les preguntará que conducta creen que hubiera resultado efectiva.

-Analizar si fueron efectivos o no sus intentos por superar la sensación de estar abrumados a través de la técnica de relajación de Jacobson (relacionarlo con las etapas en que hicieron los intentos y la forma de aplicación de la técnica, es decir, si detectaron los momentos en que comenzaba a incrementar la tensión muscular e intentaron reducirla).

“Ahora les voy a pedir que evalúen del 1-10 el grado en el que consideran que pudieron reducir el estrés a través de la técnica y evitar consecuencias negativas”

El terapeuta junto con los compañeros sacarán un promedio grupal de la evaluación anterior.

“Ahora haremos una gráfica para analizar los aspectos anteriores en forma grupal. En la línea vertical irá la frecuencia y en la línea horizontal la etapa.”

“En esta gráfica señalaremos la frecuencia grupal de las etapas en las que se presentó la conducta de fumar (rojo), la frecuencia grupal de las etapas en las que se hicieron los intentos por manipular los acontecimientos estresantes y la frecuencia de los intentos por superar la sensación de estar abrumado a través de la técnica ”

Después el terapeuta les pedirá que realicen una gráfica de la siguiente forma: en la línea vertical irá la frecuencia de personas del grupo y en la línea horizontal el grado en que pudieron reducir el estrés a través de la técnica.

El terapeuta analizará esta grafica con los pacientes analizando el modo y la media.

Finalmente el terapeuta exhortará a los pacientes a que practiquen en casa la relajación de aquellos grupos musculares que aún se les dificulta relajar.

SESION 9.

Actividad 15. Ensayo imaginado

Objetivos

- Que el paciente ensaye en la imaginación el manejo de situaciones estresantes con intensidad moderada a través de la técnica de relajación muscular de Jacobson.

Materiales

- No se utilizarán

Descripción de la técnica

Se hará lo mismo que en el primer ensayo (Actividad 11) solo que esta vez con situaciones de estrés moderado.

Actividad 16. Ensayo conductual

Objetivos

- Que el paciente ensaye conductualmente el manejo de situaciones estresantes con intensidad moderada a través de la técnica de relajación muscular de Jacobson combinado con las técnicas ya conocidas.

Materiales

- No se utilizarán materiales

Descripción de la técnica

Se hará de la misma forma que en el primer ensayo conductual (actividad 12) solo que esta vez con situaciones estresantes de intensidad moderada.

Actividad 17. Ensayo in vivo

Objetivos

- Que el paciente aplique la técnica de relajación muscular de Jacobson a situaciones reales.

Materiales

- No se requieren

Descripción de la técnica

Se hará de la misma forma que el primer ensayo (actividad 13) solo que esta vez con situaciones estresantes de intensidad moderada.

Tarea # 10: Se les pedirá a los pacientes que registren alguna de las situaciones en las que aplicó la técnica.

SESION 10.

Actividad 18. Análisis de Autoregistros con situaciones de estrés moderado (dinámica grupal)

Objetivos

- Que el paciente corrobore la relación entre estrés y tabaquismo.
- Que el paciente analice si los intentos por manipular los acontecimientos estresantes fueron efectivos o no (ayudaron o no a resolver la situación) y por qué.
- Que el paciente analice si la aplicación de la técnica de relajación de Jacobson fue efectiva o no para manejar el estrés y porque.
- Que el paciente evalúe el grado en qué pudo controlar su estrés a través de la técnica y evitar consecuencias negativas.
- Retroalimentarlo si hay dificultades en la aplicación de la técnica de relajación de Jacobson o para perfeccionar la aplicación de la misma.

Materiales

- Autoregistros
- Colores
- Lápices
- Hojas blancas
- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador para pizarrón blanco

Descripción de la técnica

Se hará de la misma forma que la actividad 14 solo que esta vez con situaciones de estrés moderado.

SESION 11.

Actividad 19. Ensayo imaginado

Objetivos

- Que el paciente ensaye en la imaginación el manejo de situaciones estresantes con intensidad severa a través de la técnica de relajación muscular de Jacobson.

Materiales

- No se utilizarán

Descripción de la técnica

Se hará lo mismo que en el primero y segundo ensayo (Actividad 11 y 15) solo que esta vez con situaciones de estrés severo.

Actividad 20. Ensayo conductual

Objetivos

- Que el paciente ensaye conductualmente el manejo de situaciones estresantes con intensidad severa a través de la técnica de relajación muscular de Jacobson combinado con las técnicas ya conocidas.

Materiales

- No se utilizarán materiales

Descripción de la técnica

Se hará de la misma forma que en el primero y segundo ensayo conductual (actividad 12 y 16) solo que esta vez con situaciones estresantes de intensidad severa.

Actividad 21. Ensayo in vivo

- Que el paciente aplique la técnica de relajación muscular de Jacobson a situaciones reales.

Materiales

- No se requieren

Descripción de la técnica

Se hará de la misma forma que el primero y segundo ensayo (actividad 13 y 17) solo que esta vez con situaciones estresantes de intensidad severa.

Tarea # 11: Se les pedirá a los pacientes que registren alguna las situaciones en las que aplicó la técnica.

SESION 12.

Actividad 22. Análisis de Autoregistros con situaciones de estrés severo (dinámica grupal)

Objetivos

- Que el paciente corrobore la relación entre estrés y tabaquismo.
- Que el paciente analice si los intentos por manipular los acontecimientos estresantes fueron efectivos o no (ayudaron o no a resolver la situación) y por qué.
- Que el paciente analice si la aplicación de la técnica de relajación de Jacobson fue efectiva o no para manejar el estrés y porque.
- Que el paciente evalúe el grado en qué pudo controlar su estrés a través de la técnica y evitar consecuencias negativas.

- Retroalimentarlo si hay dificultades en la aplicación de la técnica de relajación de Jacobson o para perfeccionar la aplicación de la misma.

Materiales

- Autoregistros
- Colores
- Lápices
- Hojas blancas
- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador para pizarrón blanco

Descripción de la técnica

Se hará de la misma forma que la actividad 14 y 18 solo que esta vez con situaciones de estrés severo.

4.332 ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

SESION 13.

Actividad 23. Justificación y objetivos.

Objetivos

- Explicar al paciente la importancia del aprendizaje de solución de problemas en el manejo del estrés y la prevención de recaídas.

Materiales

- No se requieren

Desarrollo de la técnica

“Como sabemos los “problemas” están íntimamente relacionados con la respuesta de estrés, y esto generalmente se da por que nos sentimos poco competentes o impotentes ante la situación, es decir, se nos dificulta generar alternativas o decimos que “no hay nada que podamos hacer”, además de ello,

se nos dificulta el controlar las emociones negativas ante la presencia de dichas situaciones. Por otro lado, a veces, cuando recurrimos a una solución o alternativa incrementamos el problema, o el efecto positivo es parcial y a la larga el problema continua e incluso trae peores consecuencias. Es por ello que debemos reconocer que hay soluciones eficaces y poco eficaces. Por lo que debemos aprender a crear soluciones eficaces, pero no solo eso, sino también a ponerlas en práctica, ambos componentes harán que nuestra competencia social se incremente y que vivamos con menos estrés en nuestra vida diaria. El cigarro como sabemos es una consecuencia del manejo inadecuado del estrés entre otras causas, es por ello que considero importante el entrenamiento en solución de problemas para el presente programa.”

Actividad 24. Reconceptualización sobre solución de problemas (psicoeducación y dinámica grupal)

Objetivos

- Que el paciente reconceptualice “problema” “solución” y “solución eficaz “

Materiales

- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador para pizarrón blanco

Desarrollo de la actividad

El terapeuta les pedirá a los pacientes que den ejemplos de algún problema relevante para ellos, que han tenido a lo largo de su vida. Se le pedirá que clasifiquen el problema en tipo de acontecimiento (único, una serie de acontecimientos relacionados o una situación crónica) y en origen de las demandas (en el ambiente o dentro de la persona). Se les pregunta por qué dicha situación representó un problema para ellos. Se les retroalimenta para que se den cuenta que la situación representó un problema por no responder ante a las exigencias (del ambiente o de la persona) en forma eficaz, por la presencia de distintos obstáculos (la ambigüedad, incertidumbre, las exigencias contrapuestas, la falta de recursos y/o la novedad) y que un problema siempre va a implicar una interacción persona-ambiente. Se hará un

cuadro en el pizarrón en donde se ponga (situación ej; solicitan un trabajo en una empresa muy reconocida, exigencias(internas o externas) p. ej; entrar a esa empresa; respuesta poco eficaz, p, ej; presentar exámenes y no aprobarlos, tipo de acontecimiento y obstáculos p ej; único, no entrar a la empresa, obstáculo: era demasiado difícil (falta de conocimientos =falta de recursos).

Después les pedirá que evalúen en una escala del 1-10 el grado estrés que les ocasionó el problema.

Posteriormente el terapeuta pedirá que alguno de los pacientes, en forma voluntaria describa otra situación problemática relevante en su vida y también se le pedirá que describa lo más detallado posible la solución que le dio a ese problema y que piense si cree que esa fue la mejor alternativa en su momento. En contraste se les pedirá a los compañeros de grupo que cada uno ofrezca una alternativa diferente a la del paciente.

El terapeuta le pedirá a los pacientes que ahora piensen que es lo que tienen en común todas estas soluciones y dará retroalimentación para que logren reconceptualizar “solución”, señalando que todas ellas tienen como objetivo lograr un cambio ya sea de la naturaleza de la situación problemática, de las propias reacciones emocionales negativas o de ambas.

Después les pedirá a cada uno de los pacientes que piensen cuál de ellas consideran que es la solución más eficaz y por qué.

Se les dará retroalimentación para que logren reconceptualizar “solución eficaz” haciendo hincapié en que este tipo de respuestas además de que logran los objetivos de una solución, maximizan otras consecuencias positivas (es decir, los beneficios) y minimizan otras consecuencias negativas (es decir, los costes), incluyendo las implicaciones a corto y a largo plazo de la solución.

“Hagamos un ejercicio para que nos quede más claro el concepto de solución y solución eficaz. Les voy a describir una situación problemática y ustedes me dirán las soluciones que se les vengán a la mente”

Por ej, una secretaria elabora y arregla unos documentos muy importantes que le pidió su jefe. Sabe que tiene que entregarlos en 5 min, pero en ese momento, sin querer, tira su café que estaba sobre el escritorio y moja dos hojas:

Posibles soluciones:

- a) Ella quita esos dos documentos y los entrega al jefe sin decirle nada.
- b) Ella seca los documentos y se los entrega al jefe junto con los otros
- c) Ella vuelve a hacer los documentos y le entrega al jefe a destiempo el trabajo.
- d) Ella le dice la verdad a su jefe y se disculpa
- e) Ella le dice la verdad a su jefe, se disculpa y le dice que puede volver a elaborar los documentos lo más rápido posible.
- f) Ella le dice a su jefe que por hacer otras cosas de la oficina no le dio tiempo de terminar los documentos.

El *terapeuta* dirá: Ahora bien ¿cuál de estas soluciones creen que sea la más eficaz y por qué?

Cada uno de los pacientes explica por qué la solución que escogió le parece la más adecuada.

Supongamos que un paciente llamado Pedro da un ejemplo y dice: “Bueno yo pienso que la mejor opción sería la (c), es mejor actuar que pedir disculpas, al jefe de nada le sirven sus disculpas si no tiene sus documentos completos “más vale tarde que nunca”, y si el jefe dice que a destiempo ya no le sirven al menos el intento se hizo.

Y otro paciente llamado Jaime contesta: “Bueno yo pienso que la solución más adecuada es el inciso (e), por que siempre es bueno decir la verdad, la mayoría de las personas prefieren que los otros sean honestos, por muy dura o frustrante que sea la noticia. Eso no quiere decir que, por ejemplo en este caso, su jefe no se moleste con ella por lo que sucedió, pero pienso que si el después se enterara que ella mintió no solo se enojaría, lo más probable es que ya no confíe en ella o incluso pienso que podría considerar su despido. Además, ella esta tratando de reparar el daño y creo que eso podría disminuir la furia de su jefe y tal vez recibirá un regaño, pero su confianza no se vería afectada y lo más probable es que no la corra.”

El *terapeuta* dará una retroalimentación retomando todas las respuestas, escribirá un cuadro en el pizarrón y dirá lo siguiente:

“Compañeros, analicemos las respuestas que cada uno de ustedes dio, en términos de coste-beneficio, que quiero decir con esto, veamos los beneficios

que obtenemos a corto y largo plazo y los costes que tenemos a corto y largo plazo”

Tomemos como respuesta “1” la de Pedro y respuesta “2” la de Jaime

B (corto plazo) C(corto plazo) B (largo plazo) C(costes largo plazo)

- | | | | | |
|----|---|--|---|--|
| 1. | 0 | -Que el jefe le de un fuerte regaño, porque le pidió con buen tiempo el documento para que lo entregara. | 0 | Tal vez piense que le dió prioridad a otras cosas sin importancia cuando ese documento era lo que más urgía= falta de competencia y disminución de la confianza. |
| | | -Enojo del jefe | | |

- | | | | | |
|----|---|-----------------|---|---|
| 2. | -disminución de la furia del jefe al decirle que a pesar del error que cometió puede volver a hacer los documentos lo más rápido posible. | -Enojo del jefe | -Sigue integra su confianza, y su competencia | 0 |
|----|---|-----------------|---|---|

“Después de este análisis quisiera que ustedes me dijeran ahora, ¿cual de estas soluciones es la más eficaz y por qué ?”

Ya que los pacientes han reconceptualizado solución y solución eficaz, el terapeuta les dirá: “Recuerden que la adecuación o eficacia de cualquier solución potencial varía de persona a persona y de lugar a lugar, ya que la eficacia percibida de una determinada respuesta de solución de problemas depende también de los propios valores y objetivos y de las otras personas significativas”

“En el caso de la secretaria por ej. el objetivo principal era no perder el empleo, por el error cometido; y la evaluación de “solución eficaz” podría

depender también del aprendizaje de la secretaría sobre la forma de ser de su jefe en base a su propia experiencia “

SESION 14.

Actividad 25. ¿Cómo lograr soluciones eficaces?(dinámica grupal)

Objetivos

- Que el paciente aprenda un método para llegar a soluciones eficaces cuando se presente un problema.

Materiales

- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador para pizarrón blanco

Desarrollo de la técnica

“Ahora que ustedes ya saben qué es una solución eficaz ¿cómo creen que podamos lograr dar respuestas eficaces a la mayoría de los problemas?”

Supongamos que alguien dice: “me parece que eso es muy difícil”,

Aquí el terapeuta trata de indagar más sobre su pensamiento haciendo preguntas como: ¿por qué piensas eso? ¿crees que sea imposible? ¿Qué crees que tendrías que hacer para llegar a soluciones eficaces en la mayoría de los problemas?

El terapeuta reestructura y retroalimenta para que el paciente piense en un entrenamiento con un método flexible de ayuda.

“¿Cuál piensan que seria el primer paso para solucionar un problema?”

Comienza la lluvia de ideas hasta que el terapeuta va retomando, y escribiendo en el pizarrón los cinco procesos componentes para la solución eficaz de problemas.

- 1.Orientación hacia el problema
- 2.Definición y formulación del problema,
- 3.Generación de alternativas
- 4.Toma de decisiones, y
- 5.Puesta en práctica de la solución y verificación

Actividad 26 .Orientación hacia el problema

Objetivos

- Que el paciente se de cuenta de la importancia que tiene la forma en que enfocamos el problema en la motivación al cambio.
- Detectar estilos de pensamiento desadaptativos de los integrantes del grupo y aplicar la reestructuración cognitiva cuando sea necesario.

Materiales

- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador para pizarrón blanco

Desarrollo de la técnica

Ahora bien, para entender mejor “la orientación hacia el problema” el terapeuta plantea algunas situaciones hipotéticas para darse una idea del tipo de pensamiento de los integrantes del grupo:

“Imaginen que se encuentran en un supermercado, hay una enorme fila en las cajas, se forman y de pronto se dan cuenta que les falta algo indispensable en la despensa, voltean hacia atrás y hay más de cinco personas formadas, deciden encargarle a la persona de atrás su lugar y el carrito con sus cosas, y le dicen: “le prometo que no tardaré”, y el Sr. o sra. Les contesta:” “no te preocupes yo te lo cuido”, vas corriendo hacia donde están los artículos que buscabas, no tardas ni cinco minutos en volver a llegar a la fila cuando de repente ves que tu carrito del super, ha sido sacado de la fila y el sr. Al que se lo encargaste continua formado, te sorprendes y le dices, “sr. Mi carrito está fuera de la fila, le pedí de favor que si me podía apartar mi lugar y cuidar mis cosas” y el sr. Contesta: ”A mí nunca me encargaste nada”.

El terapeuta le pregunta a cada persona que es lo que pensaría y sentiría en ese momento y tratará de reestructurar cognitivamente si se topa con repuestas como:

“Toda la gente es igual de egoísta, no volveré a confiar en nadie”(sobre generalización o generalización excesiva).Decepción, enojo.

Aquí el terapeuta hará preguntas como:¿por qué piensas que toda la gente es igual de egoísta?¿generalmente recibes muestras de egoísmo de los otros?,etc.

Otro ejemplo podría ser:

“Me despierto por la mañana y me doy cuenta que no sonó mi despertador, me levanto exaltada, veo la hora y es tardísimo, me meto a bañar a mil por hora, tomo mi portafolios y salgo corriendo de la casa, a la mitad del camino me doy cuenta que no llevaba unos documentos muy importantes que tenía que entregar, llego a mi oficina tarde y trato de buscar el archivo en donde tenía guardado ese documento, se traba varias veces mi computadora y tardo 15 min en recuperar el archivo, finalmente lo recupero, lo imprimo y al entregarlo a mi jefe me dice: ”el documento está incompleto Charly, pero ya olvídale, déjalo así”, mueve la cabeza y dice que cierre la puerta al salir”

El terapeuta preguntará ¿qué pensarían y sentirían ustedes ante esta situación? y tratará de reestructurar cognitivamente si se topa con repuestas como:

“Todo me sale mal, soy un perfecto idiota (Etiquetación)”, Impotencia, rabia.

El terapeuta hará preguntas como:¿Realmente piensas que todo te salió mal?

¿Por qué piensas eso?¿Te has puesto a pensar en qué fue lo que salió bien?, etc.

“Se dan cuenta ahora, de lo importante que son nuestras creencias, suposiciones, valoraciones y expectativas generales sobre los problemas de la vida y sobre la propia capacidad general de solución de problemas.”

“Desde aquí comienza nuestra motivación o desmotivación para la puesta en práctica de la solución de problemas.”

Si notamos en algún momento que a algún paciente le cuesta mucho trabajo reconocer su estilo desadaptativo de pensamiento que lo conduce a un enfoque erróneo o desadaptativo del problema podemos poner algún ejemplo o ejemplos como los anteriores, alusivos a ese tipo de pensamiento, para que los compañeros del grupo incluyendo el que tiene el pensamiento desadaptativo, critiquen y den alternativas a la forma de pensar del sujeto imaginario.

Por ejemplo:

Mar y Silvia son dos adolescentes que acaban de reprobado un examen de Matemáticas. Mar se dice a sí misma “ el examen fue muy difícil, posiblemente el profesor lo ponga más fácil la próxima vez; además, seguro que el examen de literatura lo apruebo”.Sin embargo, Silvia se da la siguiente explicación: ”he reprobado el examen porque soy una auténtica inútil: no voy a mejorar nunca ni en esta ni en ninguna asignatura”.

Ese fin de semana Mar consigue animar a Silvia para salir a una discoteca, y esa tarde no se acerca ningún chico a bailar con ellas. Mar se plantea “¡menudo día!, hoy no ha salido casi nadie, con esto de los exámenes...”.Silvia piensa que nadie se acerca a ella porque no es lo suficientemente atractiva y, de hecho, esto le hace parecer antipática no solo a los chicos si no también a toda la gente en general. Al volver a casa, Mar se vuelve contenta por que la ha pasado bien, Silvia se vuelve más triste todavía pensando que, además de una inútil, es fea y antipática.

El terapeuta dirá: “Bueno, ¿qué piensan de este ejemplo?”.

Tal vez alguien diga, “son dos casos uno de una persona deprimida y otro de una persona normal, que no está deprimida.”

“Así es, pero lo que no interesa son sus estilos de pensamiento ¿quién de las dos personas creen que con su forma de pensar se predisponga a la solución de problemas? ¿por qué?”

El terapeuta fomenta la lluvia de ideas y retroalimenta para que comprendan los “estilos atribucionales” (o modos de explicar por qué suceden las cosas) de ambas personas del ejemplo.

“Desde muy pequeños, posiblemente influidos por nuestra necesidad de control, intentamos dar explicaciones causales a los diferentes sucesos que nos

rodean, y parece que según crecemos, aprendemos un modo personal de dar explicaciones a lo que no sucede. Así, podemos creer que la causa de un acontecimiento está en nosotros mismos (atribución interna) o fuera (atribución externa), que es una causa duradera (atribución estable) o transitoria (atribución inestable), o que es una causa para todo (atribución global) o solo para un hecho concreto (atribución específica). Aunque independientemente de la tendencia, no se deben olvidar otros elementos que influyen en la explicación que se da a cada suceso, como la información que se tiene disponible en ese momento y el estado de ánimo.”

“Ahora bien ya que tenemos muy claro quien de las dos tiene una forma de pensar que no ayuda a la solución de problemas, analicemos ambas formas en base a los estilos atribucionales que acabo de mencionar.”

El terapeuta dibujará un cuadro un cuadro en el pizarrón y dirá lo siguiente:

“En base a lo que ustedes estaban comentando, por ejemplo Mar, qué estilos de pensamiento tendría.....”

Mar						Silvia					
A(i)	A(ex)	A(es)	A(t)	A(g)	A(esp)	A(i)	A(ex)	A(es)	A(t)	A(g)	A(esp)
	X		X		X	X		X		X	

Con ayuda de los pacientes el terapeuta va llenando ambos cuadros.

“Después de esto, creo que nos queda más claro que estos estilos atribucionales también nos van a predisponer o no a la solución de problemas y así podríamos dar muchos ejemplos de formas de pensar desadaptativas. Aunque si debemos señalar que en este ejemplo en específico, la forma de pensar de Silvia, la ha llevado incluso a encontrar problemas donde no los hay, como cuando se están en la disco, y no se acerca ningún chico a bailar con ellas. Esto la hace pensar que nadie se acerca a ella, por que no es lo suficientemente atractiva y, esto le hace parecer antipática no solo a los chicos si no a toda la gente en general. Recuerden que estamos hablando ya de un caso de depresión.”

SESION 15.

Actividad 27 .Definición y formulación del problema

Objetivos

- Que el paciente aprenda a definir un problema, sus causas y consecuencias.
- Que el paciente aprenda a plantear objetivos alcanzables a corto y a largo plazo para resolver un problema.

Materiales

- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador para pizarrón blanco
- Hojas blancas
- Plumas

Desarrollo de la técnica

“Ahora vayamos al *paso número 2*, en la solución de problemas, que es la *definición y formulación del problema*:

El terapeuta dice: “Por favor cada uno de ustedes, escriba en una hoja de papel un problema actual, lo más detallado posible, les daré diez minutos para que hagan esta descripción.”

Una vez que los pacientes hayan realizado la actividad el terapeuta dirá: “Quisiera que alguno de ustedes pudiera compartir su problema con nosotros”

Eduardo dice: “Bueno, el problema más grave que tengo en este momento de mi vida son los problemas con mi esposa. Vivimos en el mismo techo pero no tenemos comunicación alguna y casi no nos vemos. Yo soy contador y empresario trabajo todo el día, ella es profesora e investigadora de la Universidad, yo tengo que salir de viaje frecuentemente y ella también viaja en ocasiones. Cuando yo llego a la casa ella esta encerrada en el estudio, trabajando en la computadora y yo llego tan cansado que generalmente voy directo a la cama. Por la mañana ella sale a las 6:00pm y yo apenas me levanto

a esa hora y generalmente no coincidimos. Ella trabaja los fines de semana e incluso días festivos, y los Domingos que tenemos para convivir, generalmente hay discusiones por cosas que no tienen sentido, ya no logro llegar a ningún acuerdo con ella, pareciera que cualquier cosa que digo o sugiero es una agresión y ella responde en mi contra como si fuera su peor enemigo. Generalmente este día termina saliendo de casa con sus amigos y amigas con el pretexto de que “ya no se puede vivir tranquilo ni en su propia casa”. Últimamente ya no le interesa nada que se relacione con el hogar, no hace de comer, y no está pendiente de las necesidades de la casa. Siempre me dice “cualquier cosa que quiera pídesela a la muchacha, yo tengo muchas cosas que hacer”. Ya casi no tenemos vida sexual, a ella le sobran pretextos para no estar conmigo, principalmente que está muy cansada. Pero créanme yo también me canso y no por eso he dejado de desear estar con ella. Todo esto me hace sentir triste, desmotivado, sin ganas de seguir adelante.”

El *terapeuta* da palabras de aliento al paciente diciendo: ”Debe ser muy difícil esta situación Eduardo, comprendo que te sientas así”

“Pero por favor dime: ¿A partir de cuando empezaron los problemas en casa?”

Eduardo: “Bueno, creo que empezaron desde que ella comenzó a trabajar. Cuando nos casamos ella dejó de trabajar, tuvimos dos hijos y ella se dedicó a cuidar de ellos y a nuestro hogar. Éramos muy felices, ella siempre me recibía con la cena lista y tenía detalles conmigo.”

Terapeuta: ”¿Por qué crees que se empezaron a generar los problemas?”

Eduardo: “Desde que ella empezó a trabajar las cosas cambiaron totalmente. No había tiempo para platicar, empezaron las discusiones, ella comenzó a estar más estresada, etc. Mi trabajo también es muy estresante, creo que no supimos manejar esto, el hecho de que ella trabaje ha resultado muy difícil para mí, sobre todo el tipo de trabajo que ella tiene, es muy absorbente y el mío también es muy desgastante.”

El *terapeuta* hace preguntas para llegar a respuestas concretas:

“Por favor corrígeme si me equivoco. ¿Entonces los problemas comenzaron por la falta de comunicación y por que no pudieron manejar el estrés en forma apropiada?”

Eduardo: Si, creo que eso fue.

Terapeuta: ¿Podríamos decir entonces que nuestro problema actual es el distanciamiento y los constantes conflictos?.

Eduardo: Si

Terapeuta: “Me comentas, que te has sentido triste y desmotivado, ¿qué es lo que te hace sentir de esta forma Eduardo?”

Eduardo: “Es que a veces pienso que mi problema ya no tiene solución, no sé que hacer, tengo miedo a perder mi matrimonio, a seguir haciendo las cosas mal, pero en realidad no sé qué estoy haciendo mal.”

Terapeuta: “¿Qué piensas que ocurriría si no solucionas tu problema? ”

Eduardo: “Creo que llegaríamos al divorcio, por que yo ya estoy cansado de esta situación y ella también, aunque no sé que ocurriría con migo, no se como reaccionaría, todavía estoy enamorado y tengo muchos deseos de que las cosas se solucionen.”

Terapeuta: ¿Has pensado o hecho algo para solucionar tu problema?

Eduardo: “Si, pero nada de lo que he hecho ha funcionado, he tratado de hablar con ella y decirle que nuestro matrimonio esta muy mal que debemos poner de nuestra parte para que vayan mejor las cosas, pero siento que estoy hablando con la pared, generalmente no pone atención a lo que yo le digo o acabamos discutiendo. A veces he pensado en irme de la casa un tiempo, para pensar mejor las cosas, y encontrar alguna solución. Pero no tengo idea como comenzar a resolver esto.”

Terapeuta: “Bueno Eduardo, si tu dices que tienes deseos de resolver tu problema, has tratado de resolverlo platicando con tu esposa e incluso has pensado en otra posible solución, que tal vez no sea la que tu más deseas, pero que la has considerado por que crees que de ese modo podrías ver las cosas con mayor claridad e intentar otras soluciones, creo que ya tenemos dos cosas a nuestro favor”

“La primera es la motivación para el cambio y la segunda es generar alternativas e incluso ponerlas en practica como cuando decidiste hablar con

tu esposa a pesar de que sabías que no iba a ser fácil, por el comportamiento que no dices, ha presentado los últimos años.”

“Pero como tu dices, es muy común que no encontremos pies ni cabeza a lo que nos pasa, primero por que estamos dentro del problema y a veces no queremos aceptar lo que nos pasa por que nos genera emociones tan negativas, que sentimos que todo se nos va de las manos, pero también por que cuando nos damos cuenta se ha generado tal cantidad de problemas que no sabemos por cual empezar, o tal vez lo sabemos pero no sabemos cómo, como lo mencionaste anteriormente”

“Lo que te propongo es que pongamos orden a este caos y tal vez lo primero que tengamos que hacer sea plantearnos objetivos alcanzables a corto y a largo plazo. Sugiero que comencemos a plantear el o los objetivos a largo plazo ya que de ahí se derivan los demás.”

El *terapeuta* pone en el pizarrón un cuadro y lo va llenando con la ayuda del paciente.

Objetivos

Largo plazo

Mejorar mi relación con mi esposa
y salvar mi matrimonio

Corto plazo

- Analizar mi actitud y hacer un cambio positivo para abrir canales de comunicación.
- Señalar actitudes del otro que pueden estar beneficiando o perjudicando la relación (esto último sin criticar ni juzgar).
- Tratar de llegar a acuerdos para tomar decisiones que puedan beneficiar la relación.

Tarea para casa # 12: El terapeuta le pedirá a los pacientes que se hagan estas mismas preguntas para determinar las causas y consecuencias de su problema además de plantearse los objetivos a corto y a largo plazo.

SESION 16.

Actividad 28. Análisis de la definición y formulación del problema

Objetivos

- Revisar que el paciente haya aprendido a definir su problema, causas y consecuencias.
- Revisar que el paciente haya aprendido a plantearse objetivos alcanzables a corto y a largo plazo para resolver su problema.

Materiales

- El registro del paciente

Descripción de la técnica

El terapeuta revisará si se ha definido el problema correctamente y si el planteamiento de los objetivos a corto y a largo plazo es concreto y realista.

SESION 17.

Actividad 29. Generación de alternativas

Objetivos

- Que el paciente aprenda a generar la mayor cantidad de alternativas posibles para cada subobjetivo sin pensar en la efectividad de las mismas.

Materiales

- Pizarrón blanco
- Plumones

- Borrador para pizarrón blanco

Desarrollo de la técnica

Después el *terapeuta* dirá: “Ahora, les voy a pedir que le ayuden a Eduardo a generar alternativas para alcanzar los subobjetivos que se han planteado. Generen tantas como sea posible sin pensar en la calidad o eficacia de las mismas.”

El *terapeuta* va escribiendo en el pizarrón las posibles alternativas y da retroalimentación para que los pacientes sean concretos en el planteamiento de las mismas.

Después el *terapeuta* junto con los pacientes deberán reflexionar sobre las herramientas que se deberán utilizar para poner en marcha las alternativas y solucionar el problema. Esto se hará a través de lluvia de ideas.

SUBOBJETIVOS

1. Analizar mi actitud y hacer un cambio positivo para abrir canales de comunicación.

- *Hacer que se respete mi integridad como ser humano (no permitir humillaciones, groserías, golpes) - No tener este tipo de conductas.*
- *Aceptar que he cometido un error y disculparme*
- *Aceptar que mi esposa es un ser humano y comete errores*
- *No buscar culpables*
- *Ser detallista con mi esposa*
- *Comprender que mi esposa es diferente a mí y ser más tolerante*
- *No tratar de convencer a mi esposa para que haga lo que yo quiero*

2. Señalar actitudes del otro que pueden estar beneficiando o perjudicando la relación (esto último sin criticar ni juzgar).

- *Expresarle mis sentimientos negativos y positivos en relación a su conducta*
- *Expresarle mi opinión y desacuerdo con respecto a algo*

3. Tratar de llegar a acuerdos para tomar decisiones que puedan beneficiar la relación

- *Pedirle que haga cambios en su conducta (proponerle que vayamos a una terapia de pareja, pedirle que vayamos a un retiro espiritual, pedirle que deje su empleo)*
- *Cambiar mi ritmo de trabajo, para pasar más tiempo con ella*
- *Salirme un tiempo de mi casa para valorar la relación*

Herramientas

- Manejo del estrés a través de técnicas de relajación (Jacobson o repertorio de técnicas conocidas).**
- Aprendizaje de habilidades sociales**
- Reestructuración cognitiva**
- Autoinstrucción (técnica conocida)**
- Reforzamiento positivo o negativo.**

Tarea para casa # 13: El terapeuta le pedirá a los pacientes que utilicen el mismo método de generación de alternativas para su problema y que busquen las herramientas que podrían ser útiles para la puesta en práctica de las mismas.

SESION 18.

Actividad 30. Análisis de generación de alternativas a situaciones problemáticas.

Objetivos

- Revisar que el paciente haya aprendido a generar alternativas para cada subobjetivo de su propio problema.

Materiales

- El registro del paciente

Descripción de la técnica

El terapeuta analizará con cada paciente si genero varias y diversas alternativas para cada subobjetivo y si encontró herramientas que pudieran ser útiles para la puesta en práctica de dichas alternativas.

SESION 19.

Actividad 31 . Evaluación de posibles consecuencias de las alternativas generadas.

Objetivos

- Que el paciente aprenda a evaluar las posibles consecuencias positivas y negativas, a corto y a largo plazo de las alternativas generadas.

Materiales

- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador para pizarrón blanco

Desarrollo de la técnica

Después *el terapeuta* dirá: “Ahora que ya hemos generado distintas alternativas para cada subobjetivo, es momento de plantearnos cuales serían las posibles consecuencias a corto y a largo plazo de cada una de ellas si se pusieran realmente en práctica y en base a eso elegir la o las alternativas potencialmente eficaces”

“Las consecuencias pueden ser personales (relacionadas con el propio bienestar emocional) o sociales (que también involucran el bienestar emocional de otras personas).”

El *terapeuta* dirá a los pacientes: “Les voy a pedir de favor que ayuden a Eduardo a pensar en las posibles consecuencias de cada una de las alternativas que hemos planteado en base a los subobjetivos, y para hacer más fácil el ejercicio haremos una relación coste-beneficio a corto y a largo plazo como ya habíamos hecho en el ejercicio de la secretaria ¿lo recuerdan?. Ok, comencemos con la primer alternativa del subobjetivo 1.....”

1. Analizar mi actitud y hacer un cambio positivo para abrir canales de comunicación.

Solución 1. *Hacer que se respete mi integridad como ser humano (no permitir humillaciones, groserías, golpes)-No tener este tipo de conductas-*.

B(corto plazo)	C(corto plazo)	B(largo plazo)	C(largo plazo)
-Evitar mi enojo 1	-Provocar sentimiento de culpa y arrepentimiento en mi pareja.-1	-Fomentar el respeto entre los dos 3	0
-Evitar sentirme humillado 1 y defraudado		-Evitar que se convierta en una relación destructiva 3	
-Evitar discusiones. 1		- Evitar que se termine el amor 3	

Solución 2. *Aceptar que he cometido un error y disculparme*

B(corto plazo)	C(corto plazo)	B(largo plazo)	C (largo plazo)
-Tratar de reparar de algún modo el daño que ocasione al cometer el error. 1	-Ser juzgado y criticado -1	-Evitar volver a cometer el mismo error y que mi esposa se vuelva a disgustar con migo 3	0
-Disminuir mi sentimiento de culpa.1	-Sentirme culpable -1	-Que mi esposa acepte que también comete errores y se disculpe. 3	
-Disminuir el enojo de mi esposa 1			
-Evitar discusiones 1			

Solución 3. *Aceptar que mi esposa es un ser humano y comete errores*

B(corto plazo)	C(corto plazo)	B(largo plazo)	C (largo plazo)
-Evitar sentirme decepcionado de ella 1	0	-Evitar guardarle resentimiento 3	0
-Hacer que mi enojo disminuya 1		-Evitar reprocharle cosas del pasado.3	

Solución 4. *Ser detallista con mi esposa*

B(corto plazo)	C(corto plazo)	B(largo plazo)	C(largo plazo)
-Hacer que mi esposa se sienta contenta	-Que no le guste el detalle y sentirme rechazado y	-Hacer que mi esposa se sienta valorada y amada 3	-Que mi esposa deje de valorar los detalles y/o los vea como una obligación -1
		-Que mi esposa	

por un momento 1	despreciado -1	tenga detalles conmigo 2
-Sentirme contento al hacer sentir feliz a mi esposa 1		
.....		

2. Señalar actitudes del otro que pueden estar beneficiando o perjudicando la relación (esto último sin criticar ni juzgar).

Solución 1. *Expresarle mis sentimientos positivos y negativos en relación a su conducta.*

B(corto plazo)	C(corto plazo)	B(largo plazo)	C(largo plazo)
-Desahogar mis sentimientos. 1	-Hacer sentir triste a mi esposa. -1	-Que ella valore mi sinceridad 2	0
-Que mi esposa se sienta halagada y amada al expresarle lo feliz que me hace sentir cuando se comporta de determinada forma. 2	-Sentirme culpable por hacer sentir triste a mi esposa. -1	-Que se de cuenta de errores y aciertos que tiene en la relación. 3	
		-Que sienta que sus aciertos son reconocidos y valorados. 2	
		-Evitar guardarle rencor o pensar en venganza 3	

Solución 2. *Expresarle mi opinión y desacuerdo con respecto a algo*

B(corto plazo)	C(corto plazo)	B(largo plazo)	C(largo plazo)
-Fomentar acuerdos 3	-Ser descalificado y criticado. -1	-Evitar la culpa y el arrepentimiento 1	0

- Evitar el enojo y la frustración por quedarme callado 1
- Sentir que soy tomado en cuenta 2
- Entrar en discusión -1
- Evitar reproches hacia mi esposa y hacerla sentir culpable. 1
- Evitar discusiones. 1

3.Tratar de llegar a acuerdos para tomar decisiones que puedan beneficiar la relación

Solución 1. *Pedirle que haga cambios en su conducta (proponerle que vayamos a una terapia de pareja, pedirle que vayamos a un retiro espiritual, pedirle que deje su empleo)*

B(corto plazo)	C(corto plazo)	B(largo plazo)	C(largo plazo)
-Pasar + tiempo junto a mi esposa. 2	-Que se niegue-1 -Que no confíe en la eficacia - 1	-Que aprendamos a convivir armoniosamente 3	-Que no se generen cambios en nuestra conducta.-1
-Llegar a un acuerdo con ella 3	de estas opciones -Que se sienta invadida y agredida. -1	-Recuperar nuestros valores como personas para lograr un equilibrio en nuestra vida (respeto, amor, salud, unión familiar, altruismo, etc)3	
-Sentirme motivado por su interés en que la relación mejore 1	-Que me sienta decepcionado por no haber sido tomado en cuenta. -1 -Que mi esposa opte por alguna opción por compromiso u obligación y no ponga de su parte para que la opción funcione -1	-Aprender a cuidar nuestra relación. 3	

Solución 2. *Cambiar mi ritmo de trabajo, para pasar más tiempo con ella*

B(corto plazo)	C(corto plazo)	B(largo plazo)	C(largo plazo)
-Estar menos estresado 1	-Ganar menos dinero -2	-Fomentar la unión de pareja 3	-Sentirme frustrado si gano menos dinero - 1
-Convivir más con mi esposa 2	-Tener que involucrarme más en las actividades domésticas -1	-Estar de mejor humor y transmitir tranquilidad a mi esposa. 1	
-Disfrutar de algunos hobbies 1		-Valorar más mi relación 3	
-Hacer deporte 1		-Que mi esposa se sienta atendida 2	

Solución 3. *Salirme un tiempo de mi casa para valorar la relación*

B(corto plazo)	C(corto plazo)	B(largo plazo)	C(largo plazo)
-Evitar los problemas con mi esposa 1	-Hacer que mi esposa piense que ya no me interesa la relación -2	0	-Que mi esposa me guarde rencor por no haber sabido afrontar los problemas y huir de la situación -2
-Pensar en mis problemas y tratar de encontrar soluciones 1	-Hacer que mi esposa se enfurezca o se ponga muy triste y decepcionada -2		-Que mi esposa ya no me acepte en la casa -3
	-Que mi esposa piense que soy un cobarde incapaz de enfrentarse		-Que mi esposa busque a otra persona -3
			-Que mi esposa no entienda las razones por las que me fui o no me crea y ocasiona un deterioro

a sus problemas - 1
-Que mi esposa pien-
se que me fui con
otra persona. -2

progresivo en la
relación -3

.....
Tarea para casa # 14: Si no se terminaron de evaluar las posibles consecuencias positivas y negativas a corto y a largo plazo de todas las alternativas, se le pide al paciente que lo haga de tarea y también se les pide a los demás que hagan lo mismo pero con las alternativas que generaron para cada subobjetivo de su propio problema.

SESION 20.

Actividad 32. Análisis de las posibles consecuencias de las alternativas generadas.

Objetivos

- Revisar que el paciente haya aprendido a evaluar las posibles consecuencias positivas y negativas, a corto y a largo plazo de cada una de las alternativas que generó.

Materiales

- El registro del paciente

Descripción de la técnica

Se le pedirá al paciente cuyo caso fue tomado como ejemplo, que anote en el pizarrón las posibles consecuencias para cada una de las alternativas de los subobjetivos que faltaron por revisar. Después el terapeuta pedirá retroalimentación de los compañeros y dará retroalimentación si lo considera necesario.

Por último les pedirá a los demás compañeros que lean las posibles consecuencias de las alternativas que cada uno generó en base a los subobjetivos que plantearon. Aquí también el terapeuta pedirá retroalimentación de los compañeros o dará retroalimentación si lo considera necesario.

SESION 21.

Actividad 33. Evaluación de la eficacia de las alternativas y preparación para la toma de decisiones.

Objetivos

- Que los pacientes aprendan a evaluar la eficacia de las alternativas cuantitativa y cualitativamente.
- Que el terapeuta incremente la motivación y percepción de autoeficacia del paciente para que considere la mayoría de las alternativas evaluadas como potencialmente eficaces para cada subobjetivo.

Materiales

- Pizarrón blanco
- Borrador para pizarrón blanco
- Plumones para pizarrón blanco

En esta sesión tanto el paciente como los compañeros harán 2 evaluaciones sobre la eficacia de las alternativas: una cuantitativa y otra cualitativa.

La primera consiste en contar los costes y beneficios de cada alternativa y la segunda en evaluar el impacto de los costes y beneficios de cada alternativa.

Se hacen estas dos evaluaciones ya que por ejemplo, si nos basamos solo en la evaluación cuantitativa, podríamos decir que todas aquellas opciones que tengan una mayor cantidad de beneficios son efectivas, sin embargo con la evaluación cualitativa podríamos descartar algunas que son tomadas como efectivas, dado el impacto de los costes, es decir podemos obtener tal vez varios beneficios pero no comparados con el o los costes que pueden tener un mayor impacto negativo en la relación, o viceversa, tener pocos beneficios y muchos costes, pero los beneficios con un gran impacto positivo en la

relación. Si la puntuación de los costes/beneficios es igual, pero el impacto de los beneficios es mayor, se toma como eficaz. Si el impacto de costes/beneficios se valora igual, se toma como solución poco eficaz.

En realidad la evaluación cuantitativa da sustento a la cualitativa.

Para medir el impacto se utilizarán las siguientes escalas:

<i>Impacto de las consecuencias negativas en la relación</i>	<i>Valor</i>
1. Leve (que no afecta tanto a la relación, o la afecta temporalmente)	-1
2. Moderado (que afecta a la relación pero hay posibilidad de reparar los daños)	-2
3. Severo (que afecta a la relación gravemente y es difícil reparar el daño)	-3

<i>Impacto de las consecuencias positivas en la relación</i>	<i>Valor</i>
1. Ligeramente positivas (los beneficios son temporales)	1
2. Medianamente positivas (los beneficios enriquecen la relación)	2
3. Muy positivas (son fundamentales para el buen funcionamiento de la relación)	3

Se aplicará esta escala a cada coste y beneficio de la alternativa, después se hará la evaluación a través de un conteo de los costes y beneficios en base al impacto de cada uno. De modo que los podamos agrupar de la siguiente manera:

1. Analizar mi actitud y hacer un cambio positivo para abrir canales de comunicación

Solución 1.

C+				C+
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3		Total

	3	0	3	<u>6</u>
C-				C-
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3	Total	
1	0	0	<u>1</u>	

Solución 2.

	4	0	2	<u>6</u>
C+				C+
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3	Total	
4	0	2	<u>6</u>	

	2	0	0	<u>2</u>
C-				C-
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3	Total	
2	0	0	<u>2</u>	

Solución 3.

	2	0	2	<u>4</u>
C+				C+
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3	Total	
2	0	2	<u>4</u>	

	0	0	0	<u>0</u>
C-				C-
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3	Total	
0	0	0	<u>0</u>	

Solución 4.

C+				C+
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3		Total
2	1	1		<u>4</u>

C-				C-
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3		Total
2	0	0		<u>2</u>

.....

2. Señalar actitudes del otro que pueden estar beneficiando o perjudicando la relación (esto último sin criticar ni juzgar).

Solución 1.

Evaluación cualitativa	Evaluación cuantitativa
-------------------------------	--------------------------------

C+				C+
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3		Total
1	3	2		<u>6</u>

C-				C-
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3		Total
2	0	0		<u>2</u>

Solución 2.

C+			C+
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3	Total
4	1	1	<u>6</u>

C-			C-
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3	Total
2	0	0	<u>2</u>

3.Tratar de llegar a acuerdos para tomar decisiones que puedan beneficiar la relación

Solución 1.

C+			C+
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3	Total
1	1	4	<u>6</u>

C-			C-
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3	Total
6	0	0	<u>6</u>

Solución 2.

C+			C+
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3	Total
4	2	2	<u>8</u>

C-			C-
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3	Total
2	1	0	<u>3</u>

Solución 3.

C+			C+
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3	Total
2	0	0	<u>2</u>

C-			C-
Impacto 1	Impacto 2	Impacto 3	Total
1	4	3	<u>8</u>

.....

El *terapeuta* dirá a los pacientes: “Si nos damos cuenta, en la solución 1 del primer subobjetivo, el impacto de las consecuencias positivas es mayor comparado con el de las consecuencias negativas y además hay más consecuencias positivas que negativas, por lo que podríamos considerar esta solución como potencialmente eficaz.”

“¿Qué otras soluciones podríamos considerar potencialmente eficaces?”

Si alguien considera una de las soluciones como no eficaz y la mayoría como eficaz o viceversa, se discutirá en el grupo analizando la evaluación cualitativa y cuantitativa de costes y beneficios de esa alternativa.

Una vez que se ha determinado qué soluciones son potencialmente eficaces y cuáles no, el siguiente paso es estimar la capacidad y deseo del individuo de poner en práctica determinada solución, independientemente de sus efectos sobre el problema.

Se le puede pedir al paciente que evalúe estos aspectos en una escala del 1-10.

Si por ejemplo, en algunas de las alternativas evalúa su motivación como alta y su percepción de la propia capacidad para llevarla a la práctica como baja, entonces se le pregunta la razón o razones por las que ha hecho esta última evaluación.

Si el paciente tiene algún pensamiento disfuncional o desadaptativo, se aplicará la técnica de reestructuración cognitiva, si tiene dificultad con el manejo de las emociones se le recordará que esta podría ser una oportunidad para poner en práctica la técnica de relajación que ya se ha aprendido y si se trata de una dificultad para comportarse y/o decir algo a los demás se le dirá que como parte del programa se dará un entrenamiento en habilidades sociales que tal vez le puedan ayudar a poner en práctica estas alternativas.

De este modo lograremos incrementar la percepción de autoeficacia en el paciente.

Ahora bien si el paciente no se encuentra lo suficientemente motivado y si se siente capaz para llevar a cabo la solución, habrá que indagar por que no esta motivado y tratar de entender sus razones por las que no desea llevar a cabo esa alternativa y se respetara su decisión. Sin embargo, si el terapeuta detectara alguna distorsión del pensamiento aplicará la técnica de reestructuración cognitiva.

Puede ocurrir también que evalúe su motivación y autoeficacia como bajas. Aquí el terapeuta deberá indagar si la falta de motivación se origina por su evaluación de la propia eficacia.

El objetivo de esto es que el paciente logre considerar la mayoría de las alternativas evaluadas como potencialmente eficaces.

Tarea para casa # 15: El terapeuta le pedirá a los pacientes que evalúen cuantitativa y cualitativamente las consecuencias de las alternativas que generaron para cada subobjetivo.

SESION 22.

Actividad 34. Análisis de la evaluación de la eficacia de las alternativas generadas y preparación para la toma de decisiones.

Objetivos

- Revisar que los pacientes hayan aprendido a evaluar cuantitativa y cualitativamente la eficacia de las alternativas.
- Que el terapeuta incremente la motivación y percepción de autoeficacia del paciente para que considere la mayoría de las alternativas evaluadas como potencialmente eficaces para cada subobjetivo.
- Que el paciente aprenda a incrementar su motivación y percepción de autoeficacia.

Materiales

- El registro del paciente

Descripción de la técnica

El terapeuta dirá a los pacientes que se hará una análisis de la evaluación de la eficacia de las alternativas que se generaron para cada subobjetivo.

El paciente dirá como evaluó sus alternativas (eficaces o no eficaces).Después el terapeuta les preguntará a los demás pacientes si están de acuerdo con dicha evaluación; si hay alguno que este en desacuerdo, se le preguntará por que y se analizarán los costes y beneficios en el pizarrón.

Si todos están en desacuerdo con el paciente, el terapeuta les pedirá que expongan sus puntos de vista. Después se analizarán los costes y beneficios en

el pizarrón, el terapeuta dará retroalimentación y en caso de que haya detectado alguna distorsión en el pensamiento del paciente (que podría ser una subestimación o sobreestimación del impacto de las consecuencias, ya sea positivas o negativas) fomentará la reestructuración cognitiva.

Se seguirá la misma dinámica con cada paciente.

Por último, se les pedirá a los pacientes que evalúen del 1-10 su motivación y su propia capacidad para poner en marcha cada alternativa valorada como potencialmente eficaz. Y se hará lo mismo que se hizo con el paciente del ejemplo, para incrementar su motivación y percepción de autoeficacia.

SESION 23.

Actividad 35. Toma de decisiones y puesta en práctica de la solución

Objetivos

- Que el paciente analice que alternativa o alternativas evaluadas como potencialmente eficaces pondrá en marcha.
- Que el terapeuta le ayude al paciente a optimizar las condiciones para la puesta en práctica de la o las alternativas.

Materiales

- No se requieren

Desarrollo de la técnica

Que el paciente analice junto con el terapeuta que alternativa o alternativas pondrán en marcha primero.

Después el terapeuta le ayudará al paciente a optimizar las condiciones de la puesta en práctica de la o las alternativas:

Terapeuta: “Recordemos que la solución puede ser eficaz o no dependiendo el lugar y el momento en que se aplique. Volvamos al caso que hemos estado revisando: Si Eduardo va a poner en práctica la Solución 4 (subobjetivo 1). Ser detallista con la esposa (ej; regalarle un collar), lo más seguro es que si la

esposa esta furiosa, por que Eduardo acaba de hacer algo que a ella le disgusta mucho, el efecto sea mínimo o incluso nulo, o si la esposa se encuentra muy ocupada trabajando encerrada en el estudio tal vez no haga mucho caso del detalle, o incluso se moleste. Sería importante buscar condiciones en las que se pueda potencializar la eficacia de la solución, por ejemplo: dar el detalle cuando no este enojada, en un momento donde puedan conversar, tal vez durante el desayuno un Domingo en la mañana, o si no se presenta la oportunidad, tratar de buscarla, invitarla a un café y ahí darle el collar.”

El terapeuta le ayuda al paciente a optimizar las condiciones de la alternativa que se pondrá en práctica, para potencializar los resultados positivos. Por ejemplo, en este caso el terapeuta le recomendará al paciente que eche a andar un programa de reforzamiento intermitente en lugar de un programa de reforzamiento continuo. Le dirá al paciente que procure espaciar los detalles, por ejemplo, que sean cada 3 cuatro días o que pasen 1 o dos semanas para volver a dar el detalle, es decir que el detalle sea espaciado y procurar que no sea previsible para que no pierda su efecto.

El terapeuta también deberá recomendar al paciente explorar más sobre los gustos de su esposa, siendo más observador, o haciendo preguntas indirectas, ya que puede haber detalles que sean de su agrado pero no del agrado de la esposa, y si no le agradan a su esposa, es probable que el detalle pierda efectividad. Por ejemplo, supongamos que Eduardo le lleva a su esposa un ramo de Flores amarillas, pero resulta que la esposa valoraría mucho más y se sentiría más contenta si un día llega a su casa y en vez de un ramo de Flores amarillas se encuentra con que el esposo hizo todo el quehacer de la casa, el día que la muchacha faltó. Ese detalle puede ser mucho más efectivo que las flores amarillas (además suponiendo que Eduardo haya olvidado que el color amarillo no es de sus predilectos).

Después el paciente reportará la puesta en práctica de la solución (en este caso la número 4) de la siguiente forma:

Fecha	Solución	Lugar	Ánimo propio	Ánimo de esposa	Resultados (+ y -)	Evaluación cualitativa y cuantitativa(p, ej. 20 días después)			
12/06/07	7 (collar de una piedra que le gusta a mi esposa)	Desayuno (casa)	Tranquilo	Tranquila	Asombro Agradecimiento	C+	I(1)	I(2) I(3)	C+ T

16/06/07	7(cena)	Restaurant preferido de mi esposa	Entusiasmado	Tranquila	Contenta	C-	C-	I(1) I(2) I(3)	T
----------	---------	---	--------------	-----------	----------	----	----	----------------	---

y así se continua llenando el cuadro.

De este modo a largo plazo tal vez obtengamos los beneficios que habíamos previsto, otros que desconocíamos o ambos, y se esperaría que un mínimo de costes. Si ocurriera como en el ejemplo de la tabla que acabamos de ver, ya se habrían presentado los posibles beneficios a corto plazo que se habían previsto (hacer que su esposa se sienta contenta por un momento y es muy probable que también el se haya sentido contento por hacer sentir feliz a su esposa), pero no el posible coste a corto plazo que también se tenía previsto (que no le guste el detalle a su esposa y que el se sienta rechazado y despreciado).

Sin embargo el terapeuta deberá recomendar que no se generen expectativas en relación a los beneficios, por ejemplo, el paciente debe de comprender que “a corto plazo” no significa que se den de inmediato como acabamos de ver, en el ejemplo, al principio, la esposa de Eduardo mostró asombro y expresó agradecimiento, pero no se puso contenta como tal vez el paciente hubiera esperado y también puede ocurrir que los beneficios que contemplamos a largo plazo ocurran antes o después de lo esperado. Y como ya habíamos comentado puede que se generen costes y beneficios distintos a los que esperábamos.

El terapeuta le dirá al paciente que trate de superar los obstáculos que se le presenten al poner en práctica las alternativas, ya que se discutirán en las sesiones de análisis de autoregistros en donde el terapeuta brindará retroalimentación en caso de que no se hayan podido superar dichos obstáculos o reforzamiento positivo en caso de que se hayan superado con éxito.

Tarea # 16:

Registro de las condiciones en que se puso en práctica la alternativa y tabla de evaluación coste/beneficio (Anexo 8).

El terapeuta le dirá al paciente que cuando ponga en práctica las alternativas deberá hacer una medición (en una escala del 1-10) de su actuación y también deberá explicar el por qué de su calificación, es decir, describirá lo que considera que hizo bien y lo que pudo haber hecho y no hizo durante su actuación.

SESION 24.

Actividad 36 . Análisis de Autoregistros de Solución de problemas

Objetivos

- Que el paciente compruebe la efectividad de la o las alternativas que ha puesto en práctica en base a los resultados obtenidos (costes/beneficios).
- Que el terapeuta verifique si se optimizaron las condiciones para la puesta en práctica de la o las alternativas.
- Que el paciente analice los obstáculos de la puesta en práctica de la alternativa y que el terapeuta le retroalimente para obtener mejores resultados.

Materiales

- Autoregistros
- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador

Desarrollo de la técnica

Se analizará lo que plantean los objetivos.

Tarea para casa # 17: Autoregistro de solución de problemas y evaluación de la actuación del paciente.

SESION 25.

Actividad 37 . Análisis de Autoregistros de Solución de problemas

Objetivos

- Que el paciente compruebe la efectividad de la alternativa o alternativas que ha puesto en práctica en base a los resultados (costes-beneficios).
- Que el terapeuta verifique si se optimizaron las condiciones para la puesta en práctica de la o las alternativas.
- Que el paciente analice los obstáculos de la puesta en práctica de la alternativa y que el terapeuta le retroalimente para obtener mejores resultados.

Materiales

- Autoregistros
- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador

Desarrollo de la técnica

Se analizará lo que plantean los objetivos.

Tarea para casa # 18 : Autoregistro de solución de problemas y evaluación de la actuación del paciente.

SESION 26.

Actividad 38. Análisis de Autoregistros de Solución de problemas

Objetivos

- Que el paciente compruebe la efectividad de la alternativa o alternativas que ha puesto en práctica en base a los resultados obtenidos (costes-beneficios).
- Que el terapeuta verifique si se optimizaron las condiciones para la puesta en práctica de la o las alternativas.
- Que el paciente analice los obstáculos de la puesta en práctica de la alternativa y que el terapeuta le retroalimente para obtener mejores resultados.

Materiales

- Autoregistros
- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador

Desarrollo de la técnica

Se analizará lo que plantean los objetivos.

Tarea para casa # 19: Autoregistro de solución de problemas y evaluación de la actuación del paciente.

SESION 27.

Actividad 39 . Análisis de Autoregistros de Solución de problemas

Objetivos

- Que el paciente compruebe la efectividad de la alternativa o alternativas que ha puesto en práctica en base a los resultados obtenidos (costes-beneficios).

- Que el terapeuta verifique si se optimizaron las condiciones para la puesta en práctica de la o las alternativas.
- Que el paciente analice los obstáculos de la puesta en práctica de la alternativa y que el terapeuta le retroalimente para obtener mejores resultados.

Materiales

- Autoregistros
- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador

Desarrollo de la técnica

Se analizará lo que plantean los objetivos.

Tarea para casa # 20: Autoregistro de solución de problemas y evaluación de la actuación del paciente.

SESION 28.

Actividad 40 . Análisis de Autoregistros de Solución de problemas

Objetivos

- Que el paciente compruebe la efectividad de la alternativa o alternativas que ha puesto en práctica en base a los resultados obtenidos (costes-beneficios).
- Que el terapeuta verifique si se optimizaron las condiciones para la puesta en práctica de la o las alternativas.
- Que el paciente analice los obstáculos de la puesta en práctica de la alternativa y que el terapeuta le retroalimente para obtener mejores resultados.

Materiales

- Autoregistros
- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador

Desarrollo de la técnica

Se analizará lo que plantean los objetivos.

Tarea para casa # 21: Autoregistro de solución de problemas y evaluación de la actuación del paciente.

4.333 ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES APLICADA A LA CONDUCTA DE FUMAR

SESION 29.

Actividad 41 . Análisis de Autoregistros de Solución de problemas

Objetivos

- Que el paciente compruebe la efectividad de la alternativa o alternativas que ha puesto en práctica en base a los resultados obtenidos (costes-beneficios).
- Que el terapeuta verifique si se optimizaron las condiciones para la puesta en práctica de la o las alternativas.
- Que el paciente analice los obstáculos de la puesta en práctica de la alternativa y que el terapeuta le retroalimente para obtener mejores resultados.

Materiales

- Autoregistros
- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador

Desarrollo de la técnica

Se analizará lo que plantean los objetivos.

Actividad 42. Justificación y objetivos

Objetivos

- Que el paciente se de cuenta de la importancia de contar con habilidades sociales y ponerlas en práctica para evitar recaídas.

Materiales

- No se requieren

Desarrollo de la técnica

“El objetivo de esta técnica es enseñarles a actuar de forma asertiva en situaciones sociales particularmente estresantes y que pueden asociarse con la conducta de fumar. Por ejemplo, si una persona que se encuentra en abstinencia, asiste a una reunión social con amigos del trabajo y la mayoría fuman, es probable que alguno de ellos le ofrezca un cigarrillo, e incluso lo intenten persuadir para que fume, puede que alguien le diga: ”tarde o temprano terminarás fumado, te estás perdiendo de uno de los mayores placeres de la vida al no fumar”, etc.”

“Si analizamos esta situación, podemos darnos cuenta del grado de estrés que podría representar para un exfumador en proceso de recuperación este tipo de acontecimientos sociales, es por ello que considero fundamental que cuenten con este tipo de habilidades que les permitan reaccionar de forma oportuna ante un peligro inminente de caída y recaída.”

“El ejemplo anterior puede ejemplificar muy bien la relación entre tabaquismo y estrés, pero analicemos más a fondo y desde otra perspectiva esta situación. Recordemos que todos los individuos somos diferentes y no a todos nos causa estrés los mismos acontecimientos. Por ejemplo a Laura le puede causar menos estrés manejar sus momentos de craving o deseo por fumar ante un grupo de gente en donde la mayoría fuma, que el iniciar y mantener conversaciones. Ambas pueden ocasionar caídas, y si se presentan las dos condiciones al mismo tiempo sin duda incrementará la probabilidad.”

“O también puede ocurrir que estando en la misma situación donde hay personas fumando, a alguien se le dificulte rechazar un cigarrillo, pero no por que este experimentando deseo en ese momento, si no por miedo a la crítica, para quedar bien con los amigos, etc.”

“Por ello es necesario detectar si hay déficits en habilidades sociales y/o los obstáculos que existen para la puesta en práctica de las mismas.”

Tarea para casa # 22 : Autoregistro de solución de problemas y evaluación de la actuación del paciente.

SESION 30.

Actividad 43. Análisis de Autoregistros de Solución de problemas

Objetivos

- Que el paciente compruebe la efectividad de la alternativa o alternativas que ha elegido en base a los resultados obtenidos (costes-beneficios).
- Que el terapeuta verifique si se optimizaron las condiciones para la puesta en práctica de la o las alternativas.
- Que el paciente analice los obstáculos de la puesta en práctica de la alternativa y que el terapeuta le retroalimente para obtener mejores resultados.

Materiales

- Autoregistros
- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador

Desarrollo de la técnica

Se analizará lo que plantean los objetivos.

Actividad 44. ¿Qué es habilidad social? (dinámica grupal)

Objetivos

- Que el paciente reconceptualice conducta socialmente habilidosa en función de su contenido y efectividad.

Materiales

- Pizarrón blanco
- Plumones para pizarrón blanco
- Borrador para pizarrón blanco

Desarrollo de la técnica

El terapeuta fomentará la lluvia de ideas con el objetivo de que los pacientes expresen cómo conceptualizan una “conducta socialmente habilidosa” y el terapeuta dará retroalimentación para que logren la reconceptualización.

Para ello dirá a los pacientes: “Para iniciar con esta sesión, quisiera que cada uno de ustedes me dijera ¿qué entienden por habilidad social?”

Los pacientes dan sus respuestas y el terapeuta va anotando en el pizarrón las ideas que van surgiendo.

Al final el *terapeuta* retroalimenta diciendo algo como: “Bueno, como ustedes mismos se podrán dar cuenta es difícil llegar a un acuerdo sobre cuándo se debe considerar a una conducta como socialmente habilidosa o asertiva, ya que distintas respuestas que un individuo emite pueden considerarse con el

mismo grado de habilidad social, o una misma respuesta en diferentes contextos puede considerarse como adecuada en uno e inadecuada en otro, e incluso una conducta puede ser adecuada en un momento, pero en otro ya no”.

“También debemos tener en cuenta que las diferencias individuales como: cultura, clase social, educación, sexo y edad, e incluso la carga genética (temperamento e inteligencia) contribuirán a formar un sistema de creencias, valores y actitudes que determinarán un estilo único de interacción”

“Pero ¿cómo podemos saber cuándo estamos actuando en forma adecuada y cuando no? Por ejemplo, todos ustedes saben que deben estar en esta sala callados escuchándome, o que en cierto momento pueden preguntar sus dudas, saben también que no deben interrumpir a sus compañeros cuándo hablan, o agredir a los otros. ¿Cómo lo pueden saber?”

Efraín dice: “Bueno, porque si no lo hacemos seremos rechazados.”

Terapeuta: “Exactamente Efraín, a lo largo de nuestra vida hemos aprendido lo que debemos o no debemos de hacer en distintas situaciones sociales a través de la aprobación o desaprobación de los otros, de modo que vamos formando un repertorio de esas conductas que llamamos “habilidades sociales”.

“En base a esto algunos autores consideran que vamos formando criterios para evaluar la conducta. Estos podrían ser:

1. La eficacia para lograr los objetivos de la respuesta (eficacia en el objetivo)
2. La eficacia para mantener o mejorar la relación con la otra persona en la interacción (eficacia en la relación).
3. La eficacia para mantener la autoestima de la persona socialmente habilidosa (eficacia en el autorespeto).

“Pero independientemente de la eficacia otros autores consideran que el análisis de la conducta verbal (lo que se dice) y no verbal (lo que se hace) en la situación social, son fundamentales para hacer una evaluación.”

“Por que entonces ¿cómo podríamos considerar aquellas conductas negativas que son eficaces y por lo tanto son reforzadas?”

“Pongamos un ejemplo: Gabriela es una mujer casada desde hace 20 años, tiene 3 hijos, y desde que se caso se ha dedicado a su hogar por que su esposo nunca la ha dejado trabajar. Su esposo Rafael trabaja todo el día desde muy temprano, pero Gabriela siempre tiene su desayuno listo cuando el se levanta y cuando él regresa también la cena está lista. Ella dice que siempre que llega a casa le dice: ”sírvenme la cena ahora mismo” y ella lo obedece de inmediato. Comenta que su esposo es una persona muy seria y que ha llegado a ofenderla e incluso a golpearla a ella y a sus hijos.”

“La pregunta es: ¿Entonces la conducta de Rafael se considera asertiva por ser eficaz en relación a su objetivo?”

María dice: “No, por que esta siendo agresivo.”

Terapeuta: ¿Por qué crees que esta siendo agresivo María?

María: “Por qué esta violando el derecho de su esposa a elegir, le esta ordenando.”

Terapeuta: “Exacto María, la agresividad no es característica de una conducta socialmente habilidosa.”

El terapeuta dice: ”Ahora imaginen el tono de voz en que se lo dijo”

Diego: “Lo más seguro es que le haya gritado”

Terapeuta: “¿Qué más?”

Arturo: “Tal vez golpeó la mesa”

Terapeuta: ”¿Cómo creen que la haya mirado?”

Diego: “Yo creo que la miró fijamente, para dominarla”

Terapeuta: ”¿Y su expresión facial?”

Diego: “Seguramente frunció el ceño y tenso la nariz, boca y mandíbula.”

Terapeuta: "Entonces, este hombre no logra su objetivo por que logre convencer con lo que dice, o la forma en que lo dice, si no porque su esposa interpreta esa conducta como amenazante, es decir, sabe perfectamente que si no lo hace habrá consecuencias negativas, por lo tanto el temor sería lo que la lleve a obedecer."

"Pongamos otro ejemplo: Natalia es una joven de 17 años, que frecuentemente sale con sus amigas a convivir. Ella dice que aprecia mucho a sus amigas y que son un apoyo muy importante para ella, ya que en su casa no se siente a gusto pues sus padres pelean constantemente y cuando esta con ellas todo es distinto, ríen y disfrutan el momento. Sin embargo, siempre que platican alguna de ellas saca cualquier pretexto para burlarse de Natalia. Ella dice que le causa gracia las bromas que hacen, sin embargo últimamente se ha sentido incomoda por ello, cree que es el bufón de las reuniones y se siente burlada y ofendida, sin embargo piensa que si ella les dice algo será rechazada por el grupo. Por lo que hasta ahora no les ha dicho nada y continua como si nada ocurriera."

"La pregunta es: ¿Podemos considerar la conducta de Natalia como asertiva por su eficacia en la relación?"

Tania dice: "No por que ella no esta defendiendo su derecho a ser respetada. Tolera todo lo que sus amigas hacen, tal vez por que se siente sola."

Terapeuta: "Así es, Tania."

"¿Y cómo imaginan que puede ser su conducta no verbal cada que esta con sus amigas?"

Raúl: "Bueno, tal vez se muestra insegura"

Terapeuta: "¿Cómo crees que manifieste esa inseguridad?"

Raúl: "No sé, tal vez tartamudea en ocasiones, baja la mirada cuando ella esta hablando, se muerde las uñas, no sé."

Terapeuta: "Ok, Raúl."

"¿Alguien quiere agregar algo más?"

Norma: “No sé, tal vez su risa es nerviosa, no es espontánea y la toman como una tonta.”

Terapeuta: “Es posible Norma.”

“Ok, entonces, en conclusión ninguna de las dos conductas que acabamos de analizar es asertiva ¿pero en qué nos basamos para hacer esta consideración?”

“María mencionó en el primer ejemplo que la conducta de Rafael, no puede considerarse asertiva porque está siendo agresivo con Gabriela ¿pero por qué una conducta agresiva no puede ser asertiva?”

Bertha dice: “Por qué viola su derecho como ser humano a ser respetado y tratado con dignidad.”

Terapeuta: “Exacto Bertha, y María también habla de un derecho muy importante de Gabriela ¿cuál es?”

Bertha: “Su derecho a elegir”

Terapeuta: “Exacto Bertha, pero ¿qué hay en relación al segundo ejemplo? ¿en qué se basan para considerar la conducta de Natalia como no asertiva?”

Octavio: “Bueno ahí es al revés, ella misma deja a un lado sus propios derechos con tal de estar bien con las amigas.”

Terapeuta: Exacto Octavio, por ejemplo, Tania señala que ella no defiende su derecho a ser respetada.

“Entonces, podemos concluir que para que una conducta sea considerada como asertiva se debe tener en cuenta tanto la eficacia (ya sea en el objetivo, en la relación, o en el autorespeto) como el contenido de la conducta (verbal y no verbal). Esta debe tomar en cuenta tanto los derechos de los otros como los propios.”

Tarea para casa # 23: Autoregistro de solución de problemas y evaluación de la actuación del paciente.

SESION 31.

Actividad 45 . Análisis de Autoregistros de Solución de problemas

Objetivos

- Que el paciente compruebe la efectividad de la alternativa o alternativas que ha puesto en práctica en base a los resultados obtenidos (costes-beneficios).
- Que el terapeuta verifique si se optimizaron las condiciones para la puesta en práctica de la o las alternativas.
- Que el paciente analice los obstáculos de la puesta en práctica de la alternativa y que el terapeuta le retroalimente para obtener mejores resultados.

Materiales

- Autoregistros
- Pizarrón blanco
- Plumones
- Borrador

Desarrollo de la técnica

Se analizará lo que plantean los objetivos.

Actividad 46. Derechos ante una situación social (dinámica grupal)

Objetivos

- Crear en los pacientes un sistema de derechos para actuar ante situaciones sociales.

Materiales

- Pizarrón blanco
- Plumones para pizarrón blanco
- Borrador para pizarrón blanco

Desarrollo de la técnica

“Como decíamos en la sesión anterior..... Pero, ¿realmente sabemos cuáles son nuestros derechos cuando nos encontramos ante una situación social?”

Martha: “Bueno, nunca lo había pensado pero tal vez si los sepamos, o por lo menos algunos.”

Terapeuta: “¿Cuáles crees que serían estos derechos Martha?”

El terapeuta escribe un cuadro en el pizarrón y va anotando los derechos que los pacientes van diciendo y da retroalimentación si lo cree necesario.

Martha: “Bueno, como ya vimos en los ejemplos anteriores, tenemos derecho a elegir y a ser tratados con respeto y dignidad.”

El terapeuta: “¿A elegir que Martha?”

Martha: “Bueno, ehh, tomando en cuenta el ejemplo de Gabriela, podría ser el derecho a elegir si satisfaces las necesidades del otro o las propias.”

El terapeuta: “Muy bien Martha.”

El terapeuta fomenta que los pacientes piensen en la mayor cantidad de derechos posibles ante situaciones sociales. Al final les entrega una hoja con una muestra de derechos humanos básicos (Anexo 9).

SESION 32.

Actividad 47. Diferencia entre conducta asertiva y no asertiva (parte 1 dinámica grupal)

Objetivos

- Que el paciente aprenda a diferenciar los tres estilos de respuesta ante situaciones sociales: agresiva, pasiva y asertiva (a partir de conductas verbales).

Materiales

- Pizarrón blanco
- Borrador para pizarrón blanco
- Plumones para pizarrón blanco

Desarrollo de la técnica

El terapeuta dice: “Ahora, haremos un ejercicio en donde les describiré una situación social. Después, analizaremos las conductas de las personas implicadas con el objetivo de evaluarlas como asertivas o no asertivas”

“Supongamos que Daniela y María se encuentran en una cafetería, piden su orden y se ponen a platicar, a los 5 min de que ellas llegaron, llegan otras dos chicas y se sientan en la mesa de a lado, piden su orden, y Daniela y María se percatan de que les sirven antes que a ellas. María le llama al mesero y le dice: “Oiga que se cree, que no se ha percatado de que ellas llegaron después que nosotras, acaso no sabe dónde tiene la cabeza”, el mesero se disculpa y dice: “Enseguida les traigo su café”, María contesta: “No, no, no déjelo así nosotras ya nos vamos”. Daniela trata de tranquilizar a María y le dice al mesero: “Por favor, traiga los cafés pero no se tarde”. El mesero vuelve a tardarse y a despachar a otras personas. Daniela se para y le dice al mesero: “Sr. ¿quién es el encargado del lugar?, el mesero le indica quién es y Daniela se dirige hacia él y le dice: “Quiero comentarle que nos han dado un pésimo servicio, llevamos aquí media hora y no nos han servido los cafés que pedimos, ¿que sugiere que hagamos?. El gerente de contesta: “Bueno, srta. le pido una enorme disculpa, yo mismo le llevaré los cafés ahora mismo, y le daremos una cortesía de un café gratis para la siguiente ocasión.”. Daniela de dice: “Yo creo

que si nos da esa cortesía el día de hoy, es más probable que regresemos ¿o usted que opina?.” El gerente le responde: “Como guste señorita. Enseguida las atiendo”. Daniela dice: “Ok. Gracias.”

Terapeuta: “Muy bien detectemos primero quién emitió conductas asertivas, cuáles fueron y por qué las consideran asertivas.”

“¿Quién quiere comenzar?”

El terapeuta escribe un cuadro en el pizarrón y conforme los pacientes van contestando él va escribiendo las respuestas en el cuadro.

Rosa dice: “Bueno yo creo que Daniela, cuando le dice al gerente que les han dado un pésimo servicio...”

El terapeuta dice: “Ok, entonces la conducta verbal sería la siguiente...”

El terapeuta escribe en el pizarrón exactamente lo que dicen los actores (en este caso Daniela) o le pide a algún compañero que lo haga.

El terapeuta dice: “¿Por qué consideras que esta conducta fue asertiva Rosa?”

Rosa: “Bueno, por qué a pesar de que estaba defendiendo su derecho a ser atendida, se dirigió con respeto al gerente, no le ordenó, ni fue agresiva con él.”

Terapeuta: “Entonces, Daniela esta tomando en cuenta sus propios derechos pero también los del gerente ¿cierto?”

“¿Cuáles serían estos derechos Rosa?”

Rosa: “Bueno, pues su derecho a ser respetado y tratado con dignidad y su derecho a elegir.”

Terapeuta: “¿A elegir que?”

Rosa: “A elegir la forma en que va a resolver el problema que le está planteando. Cuando ella le dice: *¿qué sugiere que hagamos?* le da esta opción.”

Terapeuta: “Bien Rosa, ¿Hay alguna otra razón por la que consideres esta conducta como asertiva?”

Rosa: “Si, ella logra que el gerente le lleve los cafés en ese momento.”

El terapeuta dice: “Muy bien Rosa, entonces Daniela esta siendo eficaz en relación al objetivo ¿no es así?”

Rosa: “Así es.”

Terapeuta: ¿Qué otra conducta consideran asertiva en esta situación?

Arturo: Bueno, creo que Daniela tuvo otra conducta asertiva.

Terapeuta: ¿Cuál Arturo?

Arturo: “Cuando le pide al gerente que le den la cortesía ese mismo día.”

Terapeuta: “¿Por qué consideras que su conducta fue asertiva?”

Arturo: “Por que también esta siendo eficaz en el logro de su objetivo.”

Terapeuta: “Bien, Arturo ¿Por qué otra razón?”

Arturo: “Por que esta tomando en cuenta su derecho a pedir algo que quiere y además está tomando en cuenta los derechos del gerente, por ejemplo, cuando le pregunta *¿o usted que opina?*, está tomando en cuenta su derecho a expresar su opinión y a elegir si le da la cortesía del café ese mismo día o no.”

Terapeuta: “Muy bien Arturo.”

“¿Qué otra conducta creen que haya sido asertiva en esta situación? “

Linda: “Bueno yo creo que la conducta del gerente cuando se disculpa con Daniela, por que esta tomando en cuenta los derechos de ellas a ser respetadas, atendidas y su derecho a obtener aquello por lo que van a pagar (el servicio y el producto).”

Terapeuta: “Muy bien Linda ¿y que hay en relación a sus propios derechos?”

Linda: “Bueno, pienso que esta tomando en cuenta su derecho a tomar decisiones (atenderlas y tratar de retribuirles por el mal servicio). Y también su derecho a defender sus intereses (por ejemplo, hacer bien su trabajo y evitar que lo despidan, etc).”

Terapeuta: “¿Su conducta fue eficaz Linda?”

Linda: “Si, fue eficaz en relación al objetivo porque consiguió que ellas se quedaran a consumir.”

Terapeuta: “¿Hay alguna otra conducta que consideren asertiva en esa situación?”

Ernesto: “Bueno, yo considero que el gerente también fue asertivo cuando accede a darles la cortesía del café ese mismo día.”

Terapeuta: “¿Por qué Ernesto?”

Ernesto: “Por qué esta tomando en cuenta el derecho de ella a pedir algo que quiere como retribución por el mal servicio que les dieron y también esta tomando en cuenta su derecho a defender sus intereses (evitar que pongan quejas y ser reprendido, etc).”

“Además es eficaz en relación al objetivo, por que logra que queden contentas y aumenta la probabilidad de que regresen.”

Ernesto: “Exacto, Muy bien.”

El terapeuta dice: “Ahora lo que haremos es imaginar la posible conducta no verbal de cada una de estas personas en base a los siguientes elementos: puede ser su mirada, expresión facial, gestos, postura, orientación, distancia/contacto físico, el volumen de la voz, la entonación, la fluidez y el tiempo de habla.

Si hay dudas en relación a estos conceptos, el terapeuta se encargará de despejarlas.

Dará retroalimentación en las descripciones si es necesario, y se analizarán los mismos elementos en cada una de las conductas para crear puntos de comparación.

Una vez que han terminado de hacer este ejercicio, el terapeuta dice:

“Ahora quiero que analicemos un criterio que no habíamos mencionado y que utilizamos también para considerar a una conducta como asertiva o no, este es: ”la congruencia entre la conducta verbal y no verbal”.

“En este caso la conducta no verbal que acaban de describir, ustedes la imaginaron basándose en la conducta verbal” Pero ¿qué les hace pensar que realmente haya habido congruencia entre ambas conductas?”

Perla: “Bueno por que todas estas respuestas fueron eficaces.”

Terapeuta: “Entonces, lo que tu quieres decir es que no puede haber respuesta eficaz si no hay congruencia entre ambas conductas.”

Perla: “Bueno creo que es menos probable que una respuesta tenga éxito si no hay congruencia, es como si yo pidiera un favor a alguien, y por otro lado estuviera enojada supongo que sería poco probable o improbable que la otra persona me hiciera el favor.”

Terapeuta: ¿Por qué Perla?

Terapeuta: “Pues, por qué tal vez piense que yo creo que es su obligación o que estoy siendo grosera con el o ella, o que les estoy dando una orden y no pidiéndole un favor.”

Terapeuta: “Muy bien Perla.”

Terapeuta: “Entonces, si nosotros decimos algo y por otro lado enviamos un mensaje no verbal distinto, cambia todo el sentido del mensaje que queremos transmitir.”

“Alguien quiere dar otro ejemplo de incongruencia.”

Dilan: “Bueno, tal vez si Daniela al defender sus derechos hubiera tomado una actitud pasiva o sumisa, no hubiera conseguido su objetivo.”

Terapeuta: “¿A que te refieres con actitud pasiva o sumisa?”

Dilan: “No sé, tal vez si hubiera bajado la mirada al dirigirse al gerente, o hubiera tartamudeado seguramente no le hubieran hecho caso.”

Terapeuta: “Lo que tu dices es cierto Dilan, por que entonces pareciera que en vez de defender sus derechos estaría pidiendo un favor.”

“Entonces al igual que en el ejemplo que dio Perla, el lenguaje no verbal cambio todo el sentido del mensaje verbal.”

“Con esto creo que queda claro que la conducta no verbal es fundamental para transmitir el mensaje que queremos, si hay incongruencia entre esta y la conducta verbal, lo más probable es que seamos poco eficaces o no eficaces para lograr lo que nos proponemos ¿están de acuerdo?”

Pacientes: “Sí”

Actor	Conducta verbal	Posible conducta no verbal	Análisis de la asertividad (toma en cuenta los derechos de los otros y los propios, hay congruencia entre conducta verbal y no verbal, es eficaz)	Eficaz en relación a:
<i>Daniela</i>	“Quiero comentarle que nos han dado un pésimo servicio, llevamos aquí media hora y no nos han servido los cafés que pedimos, ¿que sugiere que hagamos?”	-Contacto ocular directo y la mayor parte del tiempo en que habla -Expresión facial de enojo: ceño ligeramente fruncido (tensión muscular en frente y cejas), tensión muscular en la parte inferior de la cara(labios y mandíbula) -Volumen de voz normal-alto (que tengamos la seguridad de que el otro lo escucha claramente y haga que nos preste atención casi de inmediato) que puede aumentar para dar énfasis en “pésimo” y en la pregunta. -Variaciones en la entonación con posible énfasis en “pésimo”, “media hora”, y al inicio de la pregunta “¿qué sugiere...?”	Si	el objetivo (que les llevaran los cafés en ese momento)

“Yo creo que si nos da esa cortesía el día de hoy, es más probable que regresemos ¿o usted que opina?”

-Contacto ocular directo la mayor parte del tiempo que habla
-Expresión facial de tranquilidad o disminución del enojo: ya no frunce el ceño y disminuye o desaparece la tensión muscular en la parte inferior de la cara.
-Volumen de voz normal (que tengamos la seguridad de que el otro nos escucha claramente) que puede aumentar para dar énfasis en “ el día de hoy” y en la pregunta.
-Variaciones en la entonación con posible énfasis en “el día de hoy” y al principio de la pregunta ¿o usted.....?

Si

el objetivo (la cortesía del café ese mismo día)

.....

Gerente Bueno, srta. le pido una enorme disculpa, yo mismo le llevaré los cafés ahora mismo, y le daremos una cortesía de un café gratis para la siguiente ocasión.

-Contacto ocular directo la mayor parte del tiempo que habla, es probable que desvíe la mirada cuando pide la disculpa.
-Expresión facial de enfado: puede ser que al principio frunsa un poco el ceño(tensión muscular en frente y cejas) cuando pide la disculpa, después puede que muestre tensión solo en la parte inferior de la cara (labios y mandíbula)
-Volumen de voz normal que puede aumentar en “enorme”, “yo ”, “ahora ”, “gratis”.
-Variaciones en la entonación con posible énfasis en “enorme disculpa”, ”yo mismo “, “ahora mismo”, “gratis”

Si

el objetivo (que se quedaran a consumir)

Como guste señorita.
Enseguida las atiendo

-Contacto ocular directo la mayor parte del tiempo.
-Expresión facial que indica disminución del enojo: menor tensión en la parte inferior de la cara (labios y mandíbula)
-Volumen de voz normal con posible aumento en “como guste” y “en seguida”
-Variaciones en la entonación con posible énfasis en las mismas palabras.

Si el objetivo (tener contento al cliente y aumentar la probabilidad de que regresen)

.....

Terapeuta: “Bueno, creo que después de este análisis nos queda claro que la conducta de Daniela y del gerente son asertivas. Pero, ¿que hay en relación a la conducta de María y del mesero?”

“¿Les parece bien si hacemos un cuadro como el anterior para analizar estas conductas?”

El terapeuta escribe el cuadro y dice lo siguiente:

“Ok, ¿Quién quiere empezar?”

Arturo: “Bueno, creo que María no esta siendo asertiva cuando le dice al mesero que si no se ha percatado de que ellas llegaron antes que las otras chicas.”

El terapeuta escribe el nombre del actor (en este caso María) y dice: “Ok. Arturo, entonces vamos a escribir la conducta tal como la emitió María.”

El terapeuta escribe la conducta en el pizarrón, y va llenando el cuadro en base a las respuestas de los pacientes.

“Ahora ¿por qué consideras que esta conducta no es asertiva Arturo?”

Arturo: ”Por qué esta siendo agresiva con el mesero desde el momento en que le dice: “Oiga ¿qué se cree? ”, por que pareciera que lo está retando, que desea pelear o tener una confrontación poco amigable, después cuando le dice

“¿qué no se ha percatado...?” es como insultar la inteligencia del mesero o decirle “tonto”, y por último y por si fuera poco vuelve a insultar su inteligencia pero ahora directamente, humillándolo y ridiculizándolo cuando le pregunta “¿acaso no sabe donde tiene la cabeza?.”

“Además, no fue eficaz en relación a su objetivo, o sea, no consigue que las atiendan.”

Terapeuta: “Muy bien Arturo, ¿y qué hay en relación a sus propios derechos? ¿esos si los toma en cuenta?”

Arturo: “Claro, ella esta tomando en cuenta tanto su derecho como el de su amiga a obtener aquello por lo que van a pagar (buen servicio y el producto, en este caso el café), si embargo no es la forma correcta de hacer valer este derecho.”

Terapeuta: “¿Crees que haya habido congruencia entre su conducta verbal y su conducta no verbal?”

Arturo: “Si, por supuesto, su actitud debió ser muy agresiva.”

Terapeuta: “¿Por qué estas tan seguro Arturo?”

Arturo: “Bueno, en primer lugar por lo que dice, después por la forma en que reaccionan los demás. Por ejemplo, usted menciona que Daniela trata de tranquilizar a María, además pienso que el mesero se sintió tan ofendido que decidió no atenderlas, honestamente no creo que haya cometido dos veces el mismo error.”

Terapeuta: “¿Podrías describir cómo imaginas qué fue la conducta no verbal de María, en base a los elementos que analizamos con Daniela y el gerente?”

Arturo: “Sí, claro.”

El terapeuta retroalimenta si es necesario.

“Muy bien ¿Ahora, quién quiere decirme que hay en relación a la conducta del mesero, la consideran asertiva o no asertiva?”

Daniel: “ No asertiva”

Terapeuta: “¿Por qué Daniel?”

Daniel: “Bueno, por qué no esta tomando en cuenta su propio derecho a ser respetado y tratado con dignidad, María lo ofende y él lo permite. Por otro lado el tampoco toma en cuenta el derecho de ellas a ser atendidas y a obtener aquello por lo que están pagando, Daniela tiene que recurrir al gerente para que les hagan caso.”

Terapeuta: “Ok Daniel, pero entonces ¿qué podemos decir de la conducta verbal?, se esta contradiciendo ¿no es así?”

Daniel: “Exacto, por que el se disculpa y dice que enseguida les lleva los cafés y no es así.”

Terapeuta: “Entonces, dadas las circunstancias ¿cómo imaginas la conducta no verbal del mesero, crees que haya sido congruente con su conducta verbal?”

Daniel: “No, porque esta actuando de forma distinta, y para mí sería lógico pues María lo ofendió y el no pudo defenderse.”

Terapeuta: “¿Podrías decirme cómo crees que haya sido esa conducta no verbal?”

Daniel: “Bueno, lo más lógico es que haya sido de enojo y tensión.”

Terapeuta: “Ok Daniel, ahora por favor, descríbela tal como la imaginas.”

El terapeuta retroalimenta si es necesario.

“¿Y qué hay en relación a la eficacia Daniel?”

Terapeuta: “No, fue eficaz en relación al autorespeto, ya que no pudo hacer valer su derecho a ser respetado y tratado con dignidad, al reaccionar de forma inadecuada.”

Terapeuta: “¿A que te refieres?”

Daniel: “Bueno, me refiero a qué él no pudo defender ese derecho cuando debió haberlo hecho, o sea, en el momento en qué María lo ofendió. Después

quiso hacer valer ese derecho reaccionando de una forma inadecuada (no atendiéndolas), y digo inadecuada, por que tal vez lejos de hacer que María se diera cuenta de su error, por el contrario corrobora la falta de capacidad del mesero para hacer bien su trabajo.”

Actor	Conducta verbal	Posible conducta no verbal	Análisis de la asertividad (toma en cuenta los derechos de los otros y los propios, hay congruencia entre conducta verbal y no verbal, es eficaz)	Eficaz en relación a:
<i>María</i>	“oiga ¿qué se cree?, ¿que no se ha percatado de que ellas llegaron después que nosotras?, ¿acaso no sabe dónde tiene la cabeza?”	-Mirada fija hacia el mesero. -Expresión facial de ira: ceño fruncido, tensión en la parte inferior de la cara (labios y mandíbula y puede ser que en ciertos momentos la nariz) - Voz alta que puede aumentar para dar énfasis en: ¿qué se cree? ¿Qué no se ha percatado..? ¿Acaso no sabe....? -Variaciones en la entonación con posible énfasis en: ¿qué ¿Qué se cree? ¿qué no se ha percatado.....después....? ¿Acaso no sabe...? -Posición: recta, con un brazo “extendido”(en ciertos momentos) y otro doblado hacia el cuerpo a la altura de la cintura (en jarra).	No	No es eficaz
<i>Mesero</i>	“Se disculpa” Enseguida les traigo su café	-Mirada fija hacia María. -Expresión facial de enojo: ceño fruncido, tensión en la parte inferior de la cara (labios y mandíbula). -Volumen de voz alto, que pude aumentar para dar énfasis en “enseguida” -Variación en la entonación con posible énfasis en la misma palabra.	No	No hay objetivos claros

-Posición: ligera inclinación
hacia delante(con María),
brazos rectos, hombros encogidos
(tensión en los hombros).

Terapeuta: "Ahora les voy a describir otra situación social y haremos un último ejercicio en donde ustedes me dirán quién actúa en forma asertiva, quién no y por qué":

Edna es una joven universitaria que vive sola en su departamento, durante toda la semana ha tenido exámenes de diferentes materias y ha estado esperando con ansia a que llegue el Viernes para poder descansar. El Sábado tiene planeado estar todo el día en su casa, ver películas y escuchar música sin que nadie la moleste.

Por fin llega el Viernes, y al salir de su última clase, cuando iba camino a casa, se encuentra con su amiga Marcela, una de sus mejores amigas, que ya tenía varios meses de no ver.

Conversación:

Marcela: ¡Hola Edna!,¿cómo has estado amiga?,¿que bueno que te veo!

Edna: Muy bien amiga, tú cómo has estado.

Marcela: Muy bien, muchas gracias, ¿qué te has hecho?

Edna: Pues estudiar y estudiar, toda la semana he tenido exámenes tu crees.

Marcela: No me digas, debes estar muy estresada amiga

Edna: Así es.

Marcela: Oye pues que bueno que te encuentro, de hecho pensaba llamarte mañana en la mañana para decirte que nos vamos a reunir todos mañana en la noche en un bar cerca de mi casa, no puedes faltar, hace mucho que no nos vemos.

Edna: Mmm, bueno, lo que pasa es que no creo poder, le verdad me siento un poco cansada, quizás para otra ocasión.

Marcela: Solamente un rato amiga, no te va caer nada mal distraerte, además van a ir todos.

Edna: Ehh, mm, no lo sé, voy a pensarlo.

Marcela: No hay nada que pensar, te veo en mi casa mañana a las 7:00 pm para que nos vayamos juntas ok.

Edna: Bueno pues ahí nos vemos.

Marcela: Cuidate

Edna: By

Cuando Edna se despide y continua su camino tiene pensamientos cómo: “no debí haber aceptado”, “¿qué los demás no pueden entender cuando uno esta cansado?”, “no debo de actuar por compromiso”, “Bueno pobre Marce, ella lo hizo en buena onda, además ya tiene tiempo que no la veo” “¡Ay! pero es que yo tenia otros planes, la verdad no quiero salir a ningún lado” “Bueno, pues ni modo, ya acepte, ahora voy a tener que ir, ya habrá tiempo para descansar”.

El terapeuta dibuja un cuadro en el pizarrón, escribe los nombres de los actores (en este caso Edna y Marcela) y lo que dice cada una de ellas. Después continua llenando el cuadro en base a las respuestas de los pacientes.

Terapeuta: “Ok, Ahora por favor díganme ¿quién esta siendo asertiva y quién no y por qué?”

Karina: “Bueno, yo creo que ninguna de las dos esta siendo asertiva.”

Terapeuta: “¿Por qué piensas eso Karina?”

Karina: “Bueno, por que, por ejemplo Marcela no esta tomando en cuenta el derecho de Edna a decidir si asiste o no a la reunión, ella prácticamente esta decidiendo por Edna y tampoco Edna esta tomando en cuenta su propio derecho a tomar esta decisión, permite que Marcela decida por ella.”

Terapeuta: “Bien, Karina”

“¿Qué más?”

Diana: “Bueno, Edna tampoco está tomando en cuenta otros de sus derechos como: rechazar peticiones sin sentirse culpable o egoísta, decidir qué hacer con su propio tiempo (estar sola si así lo escoge) y a cambiar de opinión.

Terapeuta: “Ok, Diana. ¿Y qué hay en relación a los derechos de Marcela?”

Karina: “Bueno, Marcela si esta tomando en cuenta su propio derecho a pedir lo que quiere, o sea que su amiga asista al bar para que pasen un rato agradable. Y Edna a su vez esta tomando en cuenta el derecho de ella a pedir lo que quiere.”

Terapeuta: "¿Y que hay en relación a la eficacia?"

Tania: "Bueno, aquí solamente Marcela está siendo eficaz en relación al objetivo, y eso hasta el final."

Terapeuta: "¿Cuál es el objetivo de Marcela?"

Tania: "Que Edna asista a la reunión"

Terapeuta: "Bien Tania. ¿Pero que hay en relación a Edna, por que piensas que no es eficaz?"

Tania: "Bueno por que no logra rechazar la invitación que era su objetivo inicial".

Terapeuta: "¿Eso quiere decir que Edna cambia su objetivo?"

Tania: "Sí"

Terapeuta: "¿Cuál sería entonces el siguiente objetivo de Edna?"

Tania: "Ehh, no lo sé tal vez quitarse de encima a Marcela."

Terapeuta: "¿A qué te refieres con quitarse de encima a Marcela?"

Tania: "Bueno, me refiero a que después ella tal vez quería evitar que Marcela le siguiera insistiendo, por eso le contesta "Ehh, mm, no lo sé, voy a pensarlo".

Terapeuta: Bien, Tania, es probable que tengas razón, ¿alguien más quiere opinar?

Daniel: "Creo que más bien lo que quería era terminar la conversación por la incomodidad que sentía al no poder manejar la situación, por que aquí le pudo haber dicho a su amiga que definitivamente no podría asistir a esa reunión para evitar que ella siguiera insistiendo como dice Tania"

Terapeuta: Exacto Daniel, Edna realmente se sentía incomoda en esa situación y por eso actuó de esa manera, ¿cuál creen que haya sido su principal preocupación?

Daniela: Con esa actitud pareciera que lo que más le importaba en ese momento era quedar bien con Marcela.

Terapeuta: Exacto Daniela, ahora su objetivo principal era agradar a Marcela, y ya no rechazar la propuesta, que era el objetivo inicial.

Si embargo aquí solo debemos tomar en cuenta si fue eficaz o no en relación a su objetivo inicial ya que este último objetivo es implícito y se origina por un temor a la desaprobación social.

Entonces podríamos concluir que Edna no es eficaz en relación a su objetivo ¿están de acuerdo?

Pacientes: Sí

Terapeuta: “¿Y que podemos decir de la congruencia entre la conducta verbal y no verbal? Comencemos con Marcela.”

Diego: “Bueno en la primer parte de la conversación pareciera que la conducta verbal y no verbal es congruente y en mi opinión se trataría de una conducta asertiva, sin embargo, utiliza la frase “no puedes faltar” que es una orden y por tanto un elemento agresivo. Pienso que tal vez ahí estaría la incongruencia.”

Terapeuta: “Entonces hay incongruencia o no Diego.”

Diego: “Yo pienso que si la hay”

Terapeuta: “Exacto Diego, Marcela maneja elementos de la conducta asertiva y elemento agresivos implícitos, por lo tanto hay incongruencia.”

“¿Y que me pueden decir de la segunda parte de la conversación de Marcela?”

Diego: “Mmm, creo que ahí pasa al revés”

Terapeuta: “¿Qué ocurre Diego?”

Diego: “Bueno, aquí en vez de haber elementos agresivos, pareciera que le suplica cuando le dice: ”solamente un rato amiga...”.

Terapeuta: “Exacto Diego, y estos elementos verbales que tu mencionas forman parte de un estilo de respuesta completamente opuesto a la agresividad al que le llamamos “conducta pasiva” y que revisaremos en un momento.”

“Pero entonces podríamos decir que aquí Marcela maneja elementos de la conducta asertiva y elementos pasivos implícitos ¿no es así?”

Pacientes: “Sí”

Terapeuta: “Entonces, ¿hay congruencia entre la conducta verbal y no verbal?”

Pacientes: “No”

Terapeuta: “Bien, ahora revisemos la última parte de la conversación de Marcela ¿Hay congruencia entre conducta verbal y no verbal?”

Diana: “No, por que ocurre lo mismo que en la primera parte de la conversación de Marcela.”

Terapeuta: “¿Qué ocurre Diana?”

Diana: “Ella le esta ordenando cuando le dice: ”Nos vemos mañana en mi casa a las 7:00 pm para que nos vayamos juntas..”

Diana: “Exacto Diana, Marcela combina nuevamente elementos de la conducta asertiva con elementos agresivos implícitos.”

Terapeuta: “Ahora analicemos la conducta de Edna ¿hay congruencia entre la conducta verbal y no verbal?”

Diana: “Sí”

Terapeuta: “¿cómo se comporta?”

Diana: “Bueno ella se muestra insegura todo el tiempo”.

Terapeuta: “ Bien Diana, ¿qué más?”

Rosa: “No es firme en sus decisiones y termina sometiéndose.”

Terapeuta: Exacto, Rosa ¿alguien más?

Terapeuta: “Ok. Entonces que diferencia habría entre este tipo de conducta y la conducta agresiva”

Magy: “Bueno pues que la persona agresiva defiende sus propios derechos sin tomar en cuenta los de los otros y en este caso Edna permite que violen sus derechos.”

Terapeuta: “Exacto Magy, es por eso que al tipo de conducta que emite Edna le llamamos conducta pasiva, ya que es todo lo contrario a la conducta agresiva.”

Actor	Conducta verbal	Posible conducta no verbal	Análisis de la asertividad (toma en cuenta los derechos de los otros y los propios, hay congruencia entre conducta verbal y no verbal, es eficaz)	Eficaz en relación a:
<i>Marcela</i>	Oye pues que bueno que te encuentro, de hecho pensaba llamarte mañana en la mañana para decirte que nos vamos a reunir todos mañana en la noche en un bar cerca de mi casa, no puedes faltar, hace mucho que no nos vemos.	-Mira hacia los ojos de Edna la mayor parte del tiempo que habla -Expresión facial de entusiasmo: ojos bien abiertos y levanta una o ambas cejas para dar énfasis en lo que dice y muestra una ligera sonrisa por momentos. -Volumen de voz normal que puede aumentar para dar énfasis en “que bueno que te encuentro” “no puedes faltar” -Variaciones en la entonación con posible énfasis en “que bueno que te encuentro” “todos” “no puedes faltar” “hace mucho que no nos vemos”. -Habla fluida	No	No es eficaz
	Solamente un rato amiga, no te va caer nada mal distraerte, además van a ir todos.	-Mira hacia los ojos de Edna la mayor parte del tiempo que habla. -Expresión facial de entusiasmo: ojos bien abiertos y levanta ambas cejas en algún momento para dar énfasis en lo que dice, muestra una ligera sonrisa por momentos. - Volumen de voz-normal	No	No es eficaz

	que puede aumentar para dar énfasis en “solamente un rato”, “nada mal”, “todos”.		
	-Variaciones en la entonación con posible énfasis “solamente un rato”, “todos”.		
	- Habla fluida		
	No hay nada que pensar, te veo en mi casa mañana a las 7:00 pm para que nos vayamos juntas Ok	- Mirada hacia los ojos de Edna la mayor parte del tiempo que habla. -Expresión facial de entusiasmo: ojos bien abiertos y levanta una o ambas cejas en algún momento para dar énfasis en lo que dice, muestra una ligera sonrisa mientras habla. -Volumen de voz normal que puede aumentar en “no hay nada que pensar”, “Ok”. -Variaciones en la entonación con posible énfasis en “no hay nada...”, “Ok”. -Habla fluida	No en relación al objetivo (logra que su amiga acepte ir al bar)
<i>Edna</i>	Mmm, bueno, lo que pasa es que no creo poder, la verdad me siento un poco cansada, quizás para otra ocasión	-Desvía la mirada por momentos mientras habla. -Expresión facial de angustia: tensión en la parte superior de la cara (levanta cejas y frunce la frente), tensión en la parte inferior de la cara (ligera sonrisa con labios entreabiertos mostrando los dientes y tensión en la mandíbula). -Volumen de voz normal-bajo -No hay variaciones marcadas en la entonación. -Vacilaciones al comienzo	No No es eficaz
	Ehh, mm, no lo sé, voy a pensarlo.	-Desvía la mirada hacia un lado y hacia abajo por un momento mientras habla -Expresión facial que indica disminución de la angustia: tensión en la parte superior de la cara (levanta cejas y frunce la frente ligeramente), tensión en la parte inferior de la cara (ligera sonrisa con tensión en labios y mandíbula). -Volumen de voz normal-bajo -No hay cambios marcados en la entonación -Vacilaciones al comienzo	No No es eficaz

Bueno, pues ahí nos vemos.

-Mira hacia un lado por un instante antes de contestar

No No es eficaz

-Expresión facial que indica disminución de la angustia: tensión en la parte inferior de la cara (ligera sonrisa con tensión en labios y mandíbula)
-Volumen de voz normal-bajo
-No hay cambios marcados en la entonación.
-Se tarda un poco en contestar

SESION 33.

Actividad 48. Diferencia entre conducta asertiva y no asertiva (parte 2) y tipos de conducta social (dinámica grupal)

- Que el paciente aprenda a diferenciar los tres estilos de respuesta en situaciones sociales: agresiva, pasiva y asertiva (a partir de conductas no verbales).
- Que el paciente identifique las consecuencias personales y sociales de cada uno de los estilos de respuesta social.
- Que el paciente identifique los tipos de conducta social.
- Que el paciente reconozca si tiene dificultades para emitir uno o más tipos de conducta social.

Materiales

- Pizarrón blanco
- Borrador para pizarrón blanco
- Plumones para pizarrón blanco
- Lista de tipos de conducta social
- Lista de estilos de respuesta social

Desarrollo de la técnica

Terapeuta: “Ok. Ya hemos analizado diferentes clases de conductas en las dos situaciones sociales que vimos, y creo que podemos concluir que hay dos tipos básicos de comportamiento que debiéramos evitar para lograr ser asertivos ¿cuáles son?”

Yair: “Uno es el agresivo, que es el que adopta María en la primer situación y el otro es el pasivo, que adopta Edna en la segunda situación.”

Terapeuta: “Ok ¿y qué hay en relación a Marcela, qué tipo de conducta emite?”

Yair: “Bueno ella mezcla la actitud pasiva y la agresiva con la asertiva, pero más bien podríamos clasificarla como agresiva ya que no toma en cuenta los derechos de su amiga”

Terapeuta: “Exacto Yair, Marcela adopta una actitud agresiva pero no de forma explícita como lo hace María, si no de forma implícita, disfrazándola con elementos de pasividad y asertividad tanto en su conducta verbal como en su conducta no verbal”

“Ok. Con respecto a Daniela y el gerente ya habíamos dicho que son asertivos, pero ¿cómo podemos considerar la conducta del mesero?”

Martha: “Bueno yo consideraría esta conducta como agresiva por que ya habíamos dicho que la conducta no verbal cambia el sentido de lo que se dice, además, aunque en un principio el no hace nada por hacer valer su derecho a ser respetado, al final lo intenta y no toma en cuenta los derechos de ellas por lo que también considero que fue agresivo.”

Terapeuta: “Bien, Martha”

“¿Pero por qué estas conductas nos hacen ser poco asertivos? ¿qué mensaje transmitimos al emitirlas?...”

“Hagamos un ejercicio. Para ello necesito que se dividan en tres equipos de 3 o 4 personas cada uno”

“Ahora les voy a repartir unos dibujos que representan los tres estilos básicos de comportamiento social (el terapeuta conseguirá recortes de diferentes

personas). Quiero que ustedes identifiquen a que estilo corresponde cada dibujo y escriban bajo el dibujo el mensaje básico que nos da cada uno”

Después el terapeuta pega los dibujos que ejemplifican cada conducta en el pizarrón y escribe los mensajes que elaboraron los 3 equipos debajo de cada una de las fotos y entre todos eligen el que mejor describa a la conducta correspondiente.

Terapeuta: “Ahora les voy a pedir que piensen en las consecuencias personales y sociales que cada una de estas conductas o estilos de respuesta traería consigo”

“Analicemos primero la conducta pasiva ¿Quién quiere empezar?”

El terapeuta hace un cuadro y va anotando las respuestas conforme los pacientes van contestando. También retroalimenta si es necesario.

PASIVA

Consecuencias Personales

Arrepentimiento
Coraje consigo mismo
Se siente frustrado
Se siente utilizado
Tensión
Autoconcepto pobre
Soledad
Se siente sin control
Animo bajo

Consecuencias sociales

Pierde oportunidades

Dificultad para relacionarse
con los demás

Conflictos interpersonales
(con compañeros de trabajo, con superiores, con la pareja o la familia)
Abuso o rechazo por parte de los otros
Tiene tendencia al fracaso

ASERTIVA

Se siente satisfecho consigo mismo
Se siente seguro de sí mismo

Esta relajado
Se siente a gusto con los demás

Se siente con control
Buen ánimo

Genera oportunidades
Se le facilita relacionarse con los demás.
Resuelve problemas
Establece relaciones sanas y duraderas de amistad y de pareja.
Aceptación y reconocimiento por parte de los otros
Tiene más probabilidad de tener Éxito.

AGRESIVA

Siente culpa

Se siente frustrado
Se siente tenso

Autoconcepto pobre
Soledad
Se siente sin control
Se siente enfadado

Pierde oportunidades
Se le dificulta relacionarse con los demás

Conflictos interpersonales (con compañeros de trabajo, con superiores, con la pareja o la familia)
Rechazo por parte de los otros
Tiene tendencia al fracaso.

Terapeuta: “Muy bien, ahora para que nos quede más clara la diferencia entre los tres estilos de respuesta vamos a hacer otro ejercicio”

“Quiero que elijan por equipo una de las conductas sociales de la lista que les voy a dar a continuación y después en base a su creatividad ejemplifiquen los tres estilos de respuesta que ya hemos visto”

El terapeuta reparte la hoja de conductas sociales (Anexo 11).

“Una vez que ya tengan por escrito los tres estilos de respuesta de la situación social que ustedes crearon, les voy a pedir que se organicen en rondas para que pasen al frente a representar cada uno de los estilos de respuesta”

El terapeuta se asegura de que los equipos hayan escogido conductas sociales diferentes.

“En este momento les voy a entregar una hoja con algunas pautas de conducta de los tres estilos de respuesta y sus características, para que les sirva de guía.”

El terapeuta les reparte la hoja de pautas de conducta (Anexo 10).

Después dirá lo siguiente: “Tienen 15 min para hacer por escrito las situaciones, y 5 min para ponerse de acuerdo para la representación. Esta deberá durar entre 10 y 15min por equipo, es decir, deberán cubrirse los tres estilos de respuesta en este lapso por equipo”

Al final de las representaciones, cada uno de los 2 equipos que no hizo representaciones, evaluará y asignará una calificación a cada estilo representado por el equipo participante. El terapeuta dará retroalimentación si es necesario. Al final todos los equipos obtendrán 2 calificaciones parciales por cada estilo representado, se hará un promedio por estilo y después un promedio final del equipo, y si hay equipos empatados se hará el desempate con la improvisación a base de mímica de los tres estilos de respuesta que ha representado cada uno.

Al finalizar se dará un premio al equipo más creativo y que haya representado mejor los tres estilos de respuesta.

Después el terapeuta dirá lo siguiente: “Bueno ahora quiero que me digan si les sirvió el ejercicio y para que les sirvió”.

Diana: “Bueno creo que ya me quedó muy clara la diferencia entre los tres estilos de respuesta, y qué tipos de conducta verbal y no verbal pueden impedir o facilitar el logro de nuestros objetivos.”

“Pero además este ejercicio me ha permitido reflexionar sobre ciertos comportamientos sociales que me cuesta trabajo emitir y otros en los que generalmente suelo ser asertiva.”

Terapeuta: “¿Podrías darnos un ejemplo de alguna conducta donde se te dificulta ser asertiva Diana?”

Diana: “Creo que soy muy poco asertiva cuando se trata de rechazar peticiones, generalmente mi familia me pide favores por que saben que no me voy a negar, y siempre postergo mis propias cosas por darles prioridad a ellos, y lo peor es que a veces no logro complacer con los favores que hago y termino disgustándome con ellos y sintiéndome enojada y frustrada con migo misma por su falta de consideración.”

Por ejemplo el otro día mi hermana me pidió que fuera a recoger su carro al autolavado, por que se sentía muy mal y al otro día no iba poder recogerlo por que tenia que entrar muy temprano, pero el problema era que ese día yo tenía cita con el dentista en un lugar muy retirado del autolavado y obviamente o me daba tiempo de ir a un lado o a otro. Pero no me atreví a decirle a mi hermana que no podría ir por su carro, por lo tanto mi respuesta fue: ” Bueno yo tengo cita con el dentista pero si quieres voy a recoger tu carro”. Y ella me dijo: “Ok, Diana muchas gracias” Cuando llego a su casa con el carro ella me dice: ”Oye qué no te fijaste que quedó sucio de la parte de atrás” y por supuesto tuve un disgusto con ella.

Terapeuta: ¿Por qué piensas que tu conducta es poco asertiva en este caso?

Diana: Por que.....

Terapeuta: “Entonces ¿qué estilo de respuesta estarías emitiendo en este caso, Diana?.

Diana: Pues, una conducta pasiva.

Terapeuta : Ahora Diana me gustaría que me dijeras si te consideras poco asertiva al rechazar peticiones con cualquier miembro de tu familia o solo con ciertos familiares.

Diana: Bueno, solo cuando se trata de mis padres o hermanos.

Terapeuta: ¿Cuando se trata de otras personas que no sean tus padres o tus hermanos también te consideras poco asertiva al rechazar peticiones?.

Diana: “Bueno, pensándolo bien me ocurre también con mis amigos, con mis compañeros de trabajo y con mis superiores. Pero tal vez haya más personas con las que me ocurre, nunca me había puesto a analizar esto.”

Terapeuta: “Ahora por favor dame un ejemplo de una conducta donde te consideres asertiva”

Diana:” Bueno creo que soy generalmente asertiva al expresar mi enfado en forma justificada”

Terapeuta: ¿Podrías darnos algún ejemplo?

Diana: Bueno pues por ejemplo en el caso de mi familia, cuando pienso que están actuando en forma injusta siempre expreso mi enfado, sin llegar a ofender a a nadie por supuesto. Por ejemplo, la semana pasada mi hermano menor me pidió que fuera a recogerlo a una fiesta a las 2 de la mañana y accedi como de costumbre, pero resulta que cuando llego, le mando un mensaje para que salga y de repente recibo un mensaje suyo diciendo que estaba en otro lado, y que por favor lo esperara, que no se tardaba:.Llega después de media hora diciendo que llevaron a su amigo al hospital por que se puso muy malo en la fiesta.Y lo que le dije fue:”Estoy muy disgustada con tigo por lo que acabas de hacer, es una falta de consideración que si quedamos en algo tu no cumplas, entiendo que hayas ayudado a tu amigo, pero pudiste haberme avisado ¿no crees?”

Terapeuta: “¿Por qué consideras que tu conducta es asertiva en este caso?”

Diana: Por que.....

Terapeuta: Ahora, mencionaste que sueles ser asertiva al expresar tu enfado a tu familia ¿nuevamente te refieres a padres y hermanos o también incluyes a otros familiares como tíos, primos, sobrinos, etc?

Diana: Me refiero a mis padres y hermanos solamente, ya que son más cercanos a mí, cuando se trata de otros familiares, generalmente si algo me molesta me quedo callada o si hay suficientes motivos incluso prefiero alejarme.

Terapeuta: Ahora mi pregunta es si te consideras asertiva al expresar tu enojo a otras personas que no sean parte de tu familia.

Diana: Bueno, creo que solo soy asertiva con mi familia y personas extrañas, con mis amigos y compañeros de la oficina tal vez me cuesta trabajo, las veces que llega a ocurrir prefiero no decir nada para evitar problemas. Pero cuando sucede algo que realmente me molesta mucho, igual prefiero tomar distancia. .

Terapeuta: “Ok, Diana ¿A alguien más le sirvió este ejercicio para reflexionar acerca de sus propias habilidades?”

Marco: “Si, a mí también me sirvió para reflexionar sobre mis habilidades.”

Terapeuta: “¿Qué fue lo que reflexionaste Marco?”

Marco: “Bueno, cuando nos estábamos poniendo de acuerdo sobre que es lo que íbamos a hacer yo les pedí a mis compañeros que eligiéramos la expresión justificada de molestia y también sugerí que fuera con la pareja. Y creo que lo hice de algún modo como una forma de encontrar una respuesta ante una situación que hoy me doy cuenta que no puedo manejar asertivamente. Últimamente he tenido problemas con mi esposa y cada vez han ido empeorando. Cuando empezaron a surgir estos problemas mi esposa y yo hacíamos un intento por comunicarnos y expresar cada uno lo que nos molestaba de la situación, pero casi siempre terminábamos ofendiéndonos y solo lográbamos hacer más grande el problema, ahora he optado por callar todo lo que me molesta, y la verdad ya no me siento a gusto con migo mismo. Y les comento esto por que hoy con el ejercicio me di cuenta que no soy asertivo. Y les confieso que me costo trabajo generar ideas para desarrollar el texto que a mí me tocaba y que precisamente era la conducta asertiva. Además cuando pase al frente experimente tensión al tratar de actuar esa situación.”

Terapeuta: Ok, Marco, mira, esto que tu comentas puede estar relacionado con el hecho de que no has encontrado la forma apropiada para expresar tu molestia, o que se trate de una dificultad para manifestarle a la otra persona tu sentimiento aunque sepas como hacerlo. Pero eso lo trabajaremos con cada uno de ustedes en su momento.

“Ahora me gustaría que me dieras un ejemplo de alguna situación en donde tu consideres que actuaste en forma poco asertiva, algo que nos quieras compartir “

Terapeuta: Bueno, por ejemplo el jueves pasado mi esposa me habló por teléfono desde su oficina diciéndome que saldría un poco tarde, ella generalmente llega a las 9:30 por muy tarde que salga. Ese día llegó a las 11:00 como si nada sin darme explicación alguna. Me quede callado, pero no puede dormir en toda la noche y trate de pensar que tal vez estaba exagerando y que finalmente ella me avisó, pero al día de hoy me sigo sintiendo incomodo por eso y por muchas otras cosas que me han molestado y me he guardado.

Terapeuta: ¿Por qué consideras que tu conducta fue poco asertiva en este caso Marco?

Marco: Por que.....

Terapeuta: Entonces, ¿qué estilo de respuesta estarías emitiendo en este caso?

Marco: Pasiva

Terapeuta: Y, ¿te consideras poco asertivo al expresar tu enojo a otras personas además de tu esposa?

Marco: No, creo que solo me ocurre con ella.

Terapeuta: Ahora Marco podrías darme un ejemplo de alguna conducta donde si te consideres asertivo.

Marco: ¿En mi relación?

Terapeuta: Puede ser en tu relación de pareja o con otras personas.

Marco: Sí, bueno creo que soy asertivo al iniciar y mantener conversaciones.

Terapeuta: ¿Podrías darnos un ejemplo de cómo inicias y mantienes una conversación?

Marco: Bueno, nunca me había puesto a pensar en eso pero por ejemplo, si me encuentro en una reunión donde no conozco a nadie y quiero conversar para no aburrirme, si se trata de un hombre, generalmente inicio una conversación hablando de cosas superficiales como: “que tal el vino”, después trato de relacionar a la persona con alguien de la fiesta diciendo algo como:”¿Eres amigo de Raúl?”, y si nos caímos bien hago preguntas personales como:”¿vives cerca de aquí?”.

Terapeuta: Ahora dime ¿por qué consideraras que tu comportamiento es asertivo en el ejemplo que acabas de dar?

Marco: Bueno, por que.....

Terapeuta: En el ejemplo mencionaste como iniciarías una conversación cuando se trata de un hombre extraño, pero, ¿te consideras asertivo cuando se

trata iniciar conversaciones con cualquier persona del mismo sexo, ya sea algún superior o autoridad, profesional, compañero de trabajo, etc.?

Marco: Mmm, si generalmente suelo ser asertivo al iniciar y mantener conversaciones con cualquier persona del mismo sexo.

Terapeuta :Ahora, me gustaría que me dijeras si también te consideras asertivo cuando se trata de iniciar y mantener conversaciones con personas del sexo opuesto, (ya sea desconocidas, algún superior o autoridad, compañeras del trabajo, profesionales, etc),niños o cualquier otra persona.

Marco: Creo que cuando se trata de mujeres extrañas soy un poco torpe sobre todo al iniciar conversaciones, y pienso que esto se debe al temor de que piensen que quiero algo con ellas.

Cuado se trata de niños u otras personas creo que no tengo ninguna dificultad.

El terapeuta fomentará la participación de todos los compañeros con ejemplos y dará retroalimentación o pedirá la retroalimentación de los demás compañeros cuando lo considere necesario.

Tarea para casa # 24

Después el terapeuta dirá lo siguiente: "Ahora como tarea para casa les voy a pedir que realicen algunos autoregistros con el objetivo de analizar detalladamente nuestro comportamiento social ante distintas situaciones"

El terapeuta repartirá la hoja de "Autoregistro para la evaluación de habilidades sociales"(Anexo 12), la "tabla de Autoinforme de la Aserción (Anexo 14)" y el "Autoregistro de la frecuencia diaria de diversas clases de conductas"(Anexo 13).

Después indicará la forma de llenado de los autoregistros comenzando por la hoja de Autoregistro para la evaluación de habilidades sociales:

"Les voy a pedir que ubiquen la hoja de Autoregistro para la evaluación de habilidades sociales. Lo primero que deberán poner es su nombre y en periodo le van a poner tarea #X, hoja (X) y la fecha de registro. Después en la columna número 1 deberán poner la hora y el día en que ocurrió la situación social. En la segunda columna deberán describir la situación social en forma

de diálogo, lo más detallado posible, es decir, que fue lo que dijeron ustedes y lo que les dijeron las otras personas tratando de utilizar las mismas palabras. Es importante que anoten todas las conductas sociales que hayan tenido esos días y que entren en la clasificación de la hoja de Autoregistro de la frecuencia diaria de diversas clases de conductas. Después deberán evaluar su grado de ansiedad, antes, durante (grado máximo) y después de la situación del 0-10, lo mismo su grado de estrés. Aquí el terapeuta deberá explicar si es necesario la diferencia entre estrés y ansiedad y deberá describir algunos de los síntomas característicos de cada estado.” En la siguiente columna deberán registrar los pensamientos que pasaron por su mente antes, durante y después de la interacción y al final pondrán un signo positivo o negativo dependiendo del tipo de pensamiento.”El terapeuta puede poner ejemplos de tipos de pensamientos positivos y negativos que se llegan a presentar antes durante y después de una interacción social.” En la siguiente columna deberán poner un signo positivo o negativo dependiendo la respuesta que hayamos obtenido de la otra u otras personas con las que tuvimos la interacción. En la columna de conducta social manifestada deberán poner el tipo de conducta social que describe la interacción (defensa de los derechos, pedir favores, iniciar y mantener conversaciones etc) y si se considera asertiva o no asertiva. Después se deberá poner por que se considera asertiva o no asertiva (eficacia en relación a...,si toma en cuenta los propios derechos y los derechos de los otros, congruencia entre conducta verbal y no verbal),si su conducta no es asertiva indique el estilo de respuesta (agresivo, pasivo),tipo de persona, factores situacionales presentes (lugar, características del lugar).”

“Ahora por favor ubiquen la hoja de autoregistro de la frecuencia diaria de diversas clases de conductas. Aquí también deberán poner su nombre y en semana pondrán el número de semana y las fechas que abarca por ej; semana: 1,del 19 al 22/11/07. Después van a registrar como su nombre lo indica, la frecuencia diaria de cada conducta social enlistada en la hoja, además del total de conductas sociales diarias que no hayan sido asertivas. Finalmente deberán sumar por semana el total de cada conducta social, y el total de cada conducta social no asertiva”

Por último el terapeuta explicará el llenado de la tabla de Autoinforme de la Aserción.

“Ahora por favor ubiquen la tabla de Autoinforme de la Aserción. Esta se deberá llenar diariamente indicando por conducta el total de interacciones con determinado tipo de persona así como el total de interacciones no asertivas. Al

final de la semana se deberán integrar los datos sumando estos dos resultados por cada conducta y tipo de persona”

Es importante que cuando el terapeuta termine de explicar la forma de llenado de cada autoregistro pregunte si hay dudas y si las hay deberá despejarlas.

SESION 34.

Actividad 49. Análisis de autoregistros de habilidades sociales

Objetivos

- Que el paciente aprenda a diferenciar sus propias conductas como asertivas o no asertivas y su estilo de respuesta como pasivo o agresivo.
- Obtener datos sobre pensamientos desadaptativos o distorsiones cognitivas que influyan en la conducta social no asertiva.
- Obtener datos sobre áreas específicas de dificultad (conductas no asertivas, estilo de respuesta, tipo de persona y factores situacionales presentes)
- Obtener otros datos que también serán útiles para la práctica in vitro.

Materiales

- Autoregistros

Descripción de la técnica

El terapeuta les pedirá a los pacientes que compartan sus experiencias y les preguntará si alguien tuvo alguna dificultad para distinguir si estaba actuando en forma asertiva o no o para clasificar su conducta como pasiva o agresiva y estas experiencias donde hubo dificultad serán analizadas cuidadosamente. Es importante que cada uno de los pacientes comparta al menos una experiencia aunque refiera que no tuvo dificultades ya que se deberá verificar si el registro se hizo en forma correcta y de ser necesario dar retroalimentación o fomentarla por parte de los compañeros.

Tarea # 25

Llenar: Autoregistro para la evaluación de las habilidades sociales, Autoinforme de la aserción y autoregistro de la frecuencia diaria de las diversas clases de conductas.

SESION 35.

Actividad 50 .Análisis de Autoregistros de habilidades sociales

Objetivos

- Que el paciente aprenda a diferenciar sus propias conductas como asertivas o no asertivas y su estilo de respuesta como pasivo o agresivo.
- Obtener datos sobre pensamientos desadaptativos o distorsiones cognitivas que influyan en la conducta social no asertiva.
- Obtener datos sobre áreas específicas de dificultad (conductas no asertivas, estilo de respuesta, tipo de persona y factores situacionales presentes)
- Obtener otros datos que también serán útiles para la práctica in vitro.

Materiales

- Autoregistros

Descripción de la técnica

Se hará lo mismo que la sesión anterior

Tarea # 26

Llenar: Autoregistro para la evaluación de las habilidades sociales, Autoinforme de la aserción y autoregistro de la frecuencia diaria de las diversas clases de conductas.

SESION 36.

Actividad 51 .Análisis de Autoregistros de habilidades sociales

Objetivos

- Que el paciente aprenda a diferenciar sus propias conductas como asertivas o no asertivas y su estilo de respuesta como pasivo o agresivo.
- Obtener datos sobre pensamientos desadaptativos o distorsiones cognitivas que influyan en la conducta social no asertiva.
- Obtener datos sobre áreas específicas de dificultad (conductas no asertivas, estilo de respuesta, tipo de persona y factores situacionales presentes)
- Obtener otros datos que también serán útiles para la práctica in vitro.

Materiales

- Autoregistros

Descripción de la técnica

Se hará lo mismo que en la sesión anterior.

Después el terapeuta le pedirá a los pacientes que hagan una grafica que agrupe los datos del total de los días de registro basándose en *la hoja de Autoregistro de la frecuencia diaria de diversas clases de conductas*. En la línea vertical irá la frecuencia y en la horizontal el tipo de conducta social (iniciar y mantener conversaciones, hablar en público, expresión de amor agrado y afecto, etc) y ira una columna paralela de frecuencia de la conducta no asertiva y frecuencia de la conducta. El terapeuta pondrá un ejemplo basándose en los datos de algún paciente para aclarar dudas sobre la realización de la gráfica.

El terapeuta analizará estas gráficas junto con los pacientes y les pedirá que encierren en un círculo el tipo de conducta social con mayor porcentaje de no asertividad.

Después les pedirá que señalen todas las conductas asertivas con una marca azul, las no asertivas pasivas con una marca amarilla y las agresivas con una marca negra.

Después se analizarán las que si fueron asertivas, para poner atención en posibles pensamientos desadaptativos relacionados con factores situacionales presentes y no con el tipo de persona.

Después se analizarán posibles tendencias de comportarse con ciertas personas en forma pasiva y con otras de manera agresiva, si se da el caso.

El terapeuta les pedirá a los pacientes que hagan una gráfica en la que irá grado de ansiedad o estrés en la línea vertical y en la horizontal el tipo de persona (amigos mismo sexo, amigos sexo opuesto, pareja, padres, etc.). Se registrará el promedio del grado de ansiedad y estrés de los encuentros con cada una de estas personas. Para ello tendrán que poner dos columnas paralelas. Después se clasificarán los tipos de personas en base a los promedios de estrés y ansiedad en: Leve (1-4), Moderado (5 y 6) y Severo (7-10).

El terapeuta deberá prestar especial atención a los tipos de situaciones sociales, independientemente del tipo de persona ya que se puede dar el caso de que la interacción se de con la misma persona pero en dos situaciones sociales distintas, y en un tipo de situación se genere mayor grado de ansiedad y estrés que en el otro, por ejemplo una persona puede sentir mayor ansiedad y estrés cuando se encuentra en un auditorio dando una conferencia que cuando se encuentra en un salón pequeño, aunque se encuentre ante profesionales del mismo sexo y sexo opuesto en ambos casos. Esto se hará con la finalidad de que el paciente cuestione sus pensamientos desadaptativos relacionados con la situación social en sí y que le pueden impedir ser asertivo.

SESION 37.

Actividad 52 .TRE

Objetivos

- Enseñar a los pacientes la influencia de los pensamientos en las emociones y las conductas.
- Enseñar a los pacientes el modelo de la TRE
- Enseñar al paciente que sus creencias son hipótesis susceptibles de cuestionar
- Enseñar a los pacientes a cuestionar sus creencias irracionales o disfuncionales.

Materiales

- No se requieren

Descripción de la técnica

El terapeuta deberá hacer que el paciente reconozca la importancia de sus pensamientos sobre sus emociones y conductas y además deberá hacerle reflexionar que la mayor parte de esos pensamientos son automáticos. Esto lo puede hacer a través de un ejercicio muy sencillo:

Se dice a los miembros del grupo que se sienten cómodamente, que cierren los ojos, tomen aire profundamente por la nariz, la retengan durante un cierto tiempo en los pulmones y la echen lentamente por la boca. Luego se les da las siguientes instrucciones: "Les voy a pedir que piensen en algo secreto, algo sobre ustedes mismos que no dirían normalmente a nadie más. Podría ser algo que hicieron en el pasado, algo que están haciendo en el presente. Algún hábito secreto o alguna característica física.*(Pausa)*. ¿Estas pensando en ello? *(Pausa)*. Bien. Ahora voy a pedir a alguien que diga al grupo en qué ha estado pensando.....que lo describa con cierto detalle.*(Pausa corta)*. Pero puesto que todo el mundo quería hacer esto, y no tenemos suficiente tiempo para que todo el mundo lo haga, seleccionaré a alguien.*(Pausa-mirando a los miembros del grupo)* ¡Ya!, pienso que ya tengo a alguien.*(Pausa)*. Pero antes de que llame a esa persona, permítanme preguntarles ¿qué es lo que están experimentando en estos momentos?"

Después de que el terapeuta haga una reflexión con los pacientes sobre la importancia de los pensamientos sobre las emociones y conductas, sobre los pensamientos automáticos y sobre la importancia de cuestionar dichos pensamientos para mejorar nuestra habilidad social, le explicará el modelo ABC de la TRE (para obtener información sobre la TRE y el modelo ABC consulte Caballo,1991 pag.475-491).

Explicar al paciente que los rígidos "Debería" y "Tengo que"(filosofía del individuo) sobre uno mismo, el mundo y los demás nos conducen a una falta de asertividad.

Ejemplos de tipos de filosofías básicas del individuo:

Rígidos “debería” sobre uno mismo

- Debería anteponer las necesidades de los demás a las mías propias
- No debería cometer errores, debería haberlo hecho correctamente
- Debería ser siempre lógico y consecuente.
- Debería guardarme las diferencias con los demás, porque podrían molestarte.
- No hay que hacer perder a los demás su tiempo con los problemas de uno.
- Debería adaptarme a los demás, si no perdería su apoyo
- Debería estar pendiente de las necesidades y deseos de los demás.
- Debo tolerar casi cualquier cosa para evitar que los otros se disgusten..

Conducta social poco Asertiva

- Rechazar peticiones
- Defensa de los propios derechos
- Disculparse o admitir ignorancia
- Afrontamiento de las Críticas
- Disculparse o admitir ignorancia
- Afrontamiento de las críticas
- Expresión de opiniones personales incluido el desacuerdo.
- Pedir favores
- Rechazar peticiones
- Rechazar peticiones
- Expresión de amor, agrado y afecto
- Defensa de los propios derechos
- Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado
- Defensa de los propios derechos

-Petición de cambios en la conducta del otro.

Rígidos “debería” sobre los demás

- | | |
|---|--|
| -Los demás deben posponer sus propias necesidades para satisfacer las mías | -Pedir favores |
| -Los demás no deberían cometer errores
“Ese diota debió
Haberse fijado por donde iba” | -Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
-Defensa de los propios derechos |
| -Los demás deben ser tolerantes conmigo | -Disculparse |
| -Los demás deben pensar como yo pienso | -Petición de cambios en la conductas del otro
-Afrontamiento de las críticas
-Expresión de opiniones personales incluido el desacuerdo |

El terapeuta puede, ejemplificar a través de un dibujo, alguna situación social donde aparezcan este tipo de pensamientos disfuncionales (“debería, “tengo que”) para hacer reflexionar al paciente como el sustituir ese tipo de pensamientos por “me gustaría” y “prefiero” nos ayudarían a emitir un comportamiento asertivo.

El terapeuta deberá explicar los modos de pensar “perjudiciales para la salud mental”.Las distorsiones cognitivas que se derivan de los rígidos “debería” y “tengo que”.Esto lo hará a través de ejemplos relacionados con las habilidades sociales.

- *Sobregeneralización o generalización excesiva*
-Etiquetación (“Este idiota debería haber mirado por donde iba”-los demás no deberían cometer errores)-Defensa de los propios derechos.
- *Pensamiento dicotómico o “todo o nada”*(“mis verdaderas amigas están en contacto conmigo por lo menos cada mes, Alicia tiene más de tres meses de no comunicarse, no le interesa como estoy, por lo que no podría considerarla una buena amiga”-Los demás deben estar pendientes de mis necesidades y deseos.-Expresión justificada de molestia desagrado o enfado.
- *Abstracción selectiva* (“Mi novio siempre me lleva a donde a el le gusta el día de mi cumpleaños, por qué no me pregunta a donde me gustaría ir”-Los demás no deberían cometer errores).Expresión justificada de molestia desagrado o enfado.
- *Responsabilidad excesiva o personalización* (“Yo no quise ir por mi hermana a la fiesta y por mi culpa se accidentaron”-debería estar al pendiente de las necesidades y deseos de los demás).Defensa de los propios derechos.
- *Inferencia arbitraria* (“Cuando pase al frente a exponer seguramente todos estaban al pendiente de mis errores”-No debería cometer errores) Hablar en público.
- *La adivinación o lectura de pensamiento* (“Seguramente ellos se sienten incómodos porque soy una extraña entre su círculo de amigos”. Debería estar al pendiente de las necesidades y deseos de los demás) Iniciar y mantener conversaciones.
- *Maximización y minimización* (“No reclamaré mi cambio, no quiero problemas”(maximización)-Debo de tolerar casi cualquier cosa para evitar que los otros no se disgusten).Defensa de los propios derechos.
- *Catastrofismo* (Si no le hago este favor a mi hermana nunca me lo perdonará-Debería satisfacer las necesidades de los otros para evitar que se disgusten, debería estar al pendiente de las necesidades y deseos de los demás) Rechazar peticiones.

- *Razonamiento emocional* (Tenía mucho tiempo de no hablar con mi amiga y me contestó muy cortante, seguro que ya no le interesa mi amistad, no le volveré a llamar-Los demás deberían posponer sus propias necesidades para satisfacer las mías)Expresión justificada de molestia desagrado o enfado.

Después el terapeuta deberá poner ejemplos de personas con ciertos tipos de pensamientos perjudiciales para la salud mental (distorsiones cognitivas, pensamientos irracionales) y les pedirá a los pacientes que ellos elijan representar a alguna de las personas de los ejemplos. Su función será defender tales pensamientos ante los cuestionamientos del resto del grupo que tratará de cambiar su forma de pensar.

La instrucción que dará el terapeuta es que no hagan preguntas aisladas si no que traten de fijarse en las preguntas que hacen sus compañeros para darles secuencia.

El terapeuta dará retroalimentación cuando lo considere necesario, por ejemplo, cuando los pacientes planteen mal las preguntas o cuando hagan preguntas que no aporten suficiente información o información de interés.

Después, preguntará a los pacientes si les sirvió el ejercicio y para que les sirvió. Por último concluirá sobre la importancia de esta técnica para modificar los modos de pensar desadaptativos y emitir conductas sociales asertivas.

El terapeuta puede comentarles a los pacientes que todos de algún modo aplicamos esta técnica en distintas ocasiones para tratar de reducir nuestro estrés y/o ansiedad y actuar de la forma que creemos conveniente o justa sin embargo no siempre nos resulta efectiva ya que no lo hacemos de un modo sistemático como lo hemos aprendido.

Después les dirá: “Por otro lado también contamos con otra técnica para modificar nuestros pensamientos disfuncionales como ya habíamos visto en “manejo de estrés” y son “las autoinstrucciones”.

“Ahora, para que podamos comprender mejor la influencia de las autoinstrucciones en nuestro comportamiento social haremos un ejercicio”

Aquí el terapeuta pondrá ejemplos de tipos de pensamientos disfuncionales que desencadenan interacciones sociales no asertivas para que los pacientes sugieran autoinstrucciones que podrían haber sido útiles para emitir un comportamiento asertivo.

Después el terapeuta enfatizará en la importancia de esta técnica como método natural para la modificación de pensamientos disfuncionales y hará reflexionar al paciente que la efectividad de la técnica dependerá de que se busque una auto instrucción apropiada para la situación apropiada.

SESION 38.

Actividad 53 .Tipos de conductas socialmente habilidosas

Objetivos

- Enseñar a los pacientes distintas técnicas que les ayudarán a emitir conductas socialmente habilidosas.

Materiales

- T.V
- DVD
- C.D que contiene el modelado de distintas habilidades sociales.

Descripción de la técnica

El terapeuta deberá elegir distintas técnicas moleculares en función de las necesidades de los miembros que integran el grupo y las describirá como parte del entrenamiento en habilidades sociales. Algunas de ellas son: el disco rayado, la aserción negativa, el recorte, dentro de los procedimientos defensivos; o la repetición, el reforzamiento en forma de sándwich, la inversión, dentro de los procedimientos de ataque, etc.

También se describirán algunas conductas moleculares no verbales consideradas como asertivas: la mirada, la expresión facial, los gestos, la postura, la orientación, la distancia/ contacto físico, el volumen de la voz, la entonación, el contenido, etc.

Después el terapeuta les pedirá a los pacientes que observen un video en donde aparecen modeladas las técnicas que se describieron. Aquí los pacientes deberán identificarlas y opinarán sobre las conductas moleculares emitidas. Las técnicas y conductas moleculares están empleadas correctamente por las personas que aparecen en el video.

Después observarán un video con personas que emiten conductas moleculares no asertivas y se les pedirá que las evalúen y sugieran conductas apropiadas y después se discutirá cual o cuales de las técnicas les podrían haber sido de utilidad a cada una de esas personas para emitir conductas socialmente habilidosas.

SESION 39.

Actividad 54. Ensayo conductual 1

Objetivos

- Que el paciente aprenda a modificar pensamientos disfuncionales y conductas que lo conducen a la falta de asertividad.

Materiales

- Graficas que se hicieron en la actividad 51.
- Autoregistros para la evaluación de habilidades sociales que se analizaron en sesiones anteriores.

Descripción de la técnica

El terapeuta le dirá al paciente: “Ahora les voy a pedir que del tipo de conducta en donde obtuvimos mayor frecuencia de no asertividad en relación a los encuentros (si se obtuvo más de una se elegirá la que se presentó con mayor frecuencia), elijamos el tipo de persona con la que se obtuvo menor promedio de ansiedad y estrés en dichos encuentros. De aquí revisaremos cada una de las situaciones por separado y les asignaremos un valor al grado de ansiedad y un valor al grado estrés. Esto se hará de la manera siguiente: Leve (1-4), Moderado (5 y 6) y Severo (7-10)”. Una vez que se haya hecho esta evaluación se le pedirá al paciente que elija una situación por cada nivel de evaluación.

Después el terapeuta explicará qué se harán una serie de ejercicios o ensayos en donde tendrán que elegir a las personas dentro del grupo a quienes identifiquen con las que estuvieron involucradas en las situaciones reales que eligieron y también les explicará que deberán iniciar con el tipo de persona evaluada con menor grado de conflicto para que logren adquirir confianza a través de los ensayos en la vida real y con situaciones evaluadas con distintos grados de estrés y ansiedad yendo de menor a mayor para que puedan enfrentarse de un modo asertivo bajo distintas circunstancias o factores situacionales.

El terapeuta puede comenzar diciendo: “Ahora haremos una serie de ejercicios o ensayos para modificar nuestros pensamientos disfuncionales y conductas no asertivas.....

Después dirá: ¿Quién de ustedes quiere comenzar con el primer ensayo?.....

El terapeuta deberá intercalar los ensayos de los pacientes para que participen todos en una vuelta (situaciones evaluadas con grado de ansiedad y estrés leve), esto para evitar hacer una práctica tediosa y para disminuir el grado de estrés de cada uno de los participantes a un nivel mínimo. En esta sesión deberán cubrirse los tres ensayos por paciente aunque se tenga que alargar la sesión.

Después, antes de iniciar con el primer ejercicio se le pedirá al paciente que evalúe su grado de estrés y ansiedad.

Después dirá lo siguiente:”Les voy a pedir que se sitúen en el momento que ocurrió esa situación, imagina que no estoy yo ni tus compañeros de grupo, imagina a que te encuentras en esa situación realmente (el terapeuta tomará elementos de los factores situacionales presentes en base a la descripción hecha por el paciente y a sus autoregistros), el o los compañeros que has elegido son realmente las personas con las que interactuaste ese día, en ese momento.....Por favor imagina también que fue lo que pensaste y sentiste, antes durante y después de la situación, revive esa experiencia. Ahora realmente te encuentras ahí.

Una vez que se ha ensayado la experiencia tal como sucedió con los actores que el paciente eligió, se le preguntará al paciente cómo se siente y se le pedirá que evalúe su grado de estrés y ansiedad.

Después se le dará la misma instrucción al paciente, pero esta vez se le pedirá que se autoinstruya, cuestione sus propios pensamientos en base a la evidencia existente y emita las conductas que considere pertinentes. Los actores improvisarán las respuestas ante la nueva actuación del paciente. Los observadores calificarán las conductas moleculares en base a las hojas del Sistema de Evaluación Conductual de la Habilidad Social que serán repartidas a cada uno (Anexo 15). Además cada uno opinará si considera pertinente que el paciente eche a andar alguna de las técnicas aprendidas. Si hay desacuerdos entre ellos el terapeuta dará retroalimentación para intentar unificar las opiniones.

Y así se hará con las tres situaciones representadas por paciente.

Tarea # 27

El terapeuta le pedirá al paciente que ponga en práctica lo aprendido con el tipo de persona que se ensayó, cuando se presente la oportunidad o incluso se le pedirá al paciente que de ser posible busque la oportunidad de poner en práctica la nueva conducta.

Se deberá registrar la puesta en práctica de la nueva conducta, con los siguientes datos: Fecha, hora y día en que ocurrió, descripción de la situación a forma de diálogo entre las personas involucradas, pensamientos (positivos y negativos) si fue asertiva o no, si no fue asertiva que califique su actuación del 1-10 y que escriba lo que le gustaría haber hecho y no hizo y por último a que atribuye que su conducta no haya sido asertiva.

SESION 40.

Actividad 55. Ensayo en vivo 1

Se analizarán los autoregistros de los pacientes y el terapeuta les dará retroalimentación y les motivará para los siguientes ensayos recordándoles que las recaídas son parte del proceso de adquisición de habilidades.

Actividad 56. Ensayo conductual 2

Se hará lo mismo que en el ensayo conductual 1, solo que esta vez con un tipo de persona cuyo promedio de grado de estrés y ansiedad sea moderado.

Tarea para casa # 28

Se le pedirá al paciente que anote aspectos que quiera comentar la siguiente sesión sobre situaciones que se presenten con el primer tipo de persona para que el terapeuta siga dando retroalimentación si hay alguna dificultad.

Se le pedirá que haga los autoregistros pero esta vez de la conducta con el tipo de persona que se ensayó.

SESION 42.

Actividad 57 .Ensayo en vivo 2

Se les preguntará a los pacientes si alguien tiene algún comentario o dificultad sobre la puesta en práctica de la primer conducta entrenada. Si hubo dificultades el terapeuta dará retroalimentación para que perfeccionen su conducta.

Se analizarán los autoregistros de los pacientes y el terapeuta les dará retroalimentación y les motivará para los siguientes ensayos recordándoles que las recaídas son parte del proceso de adquisición de habilidades.

SESION 43.

Actividad 58 .Ensayo conductual 3

Se hará lo mismo que en el ensayo conductual 1 y 2 solo que esta con un tipo de persona cuyo promedio de grado de estrés y ansiedad sea severo.

Tarea para casa # 29

Se le pedirá al paciente que anote aspectos que quiera comentar la siguiente sesión sobre situaciones que se presenten con el segundo tipo de persona para que el terapeuta siga dando retroalimentación si hay alguna dificultad.

Se le pedirá que haga los autoregistros pero esta vez de la conducta con el tipo de persona que se ensayó.

SESION 44.

Actividad 59 .Ensayo en vivo 3

Se les preguntará a los pacientes si alguien tiene algún comentario o dificultad sobre la puesta en práctica de la segunda conducta entrenada. Si hubo dificultades el terapeuta dará retroalimentación para que perfeccionen su conducta.

Se analizarán los autoregistros de los pacientes y el terapeuta les dará retroalimentación y les motivará para los siguientes ensayos recordándoles que las recaídas son parte del proceso de adquisición de habilidades.

Tarea para casa # 30

Se le pedirá al paciente que anote aspectos que quiera comentar la siguiente sesión sobre situaciones que se presenten con el tercer tipo de persona para que el terapeuta siga dando retroalimentación si hay alguna dificultad.

SESION 45.

Actividad 60 .(Cierre del tratamiento)

Se les preguntará a los pacientes si alguien tiene algún comentario o dificultad sobre la puesta en práctica de la tercer conducta entrenada. Si hubo dificultades el terapeuta dará retroalimentación para que perfeccionen su conducta.

Después se les dirá a los pacientes que tendrán la tarea de perfeccionar las habilidades adquiridas y en el caso de las habilidades sociales también adquirir nuevas.

En el caso de las habilidades sociales se les explicará que deberán autoevaluarlas y perfeccionarlas ensayándolas ellos mismos a través de un espejo. Lo mismo si desean adquirir otras habilidades que no se pudieron abarcar en el tratamiento por tratarse de un grupo.

Por último deberá comprometer al paciente firmando un contrato terapéutico para asistir a las sesiones de consolidación y enfatizará en la importancia de las mismas como parte del tratamiento.

4.334 Sesiones de Consolidación o Prevención de recaídas

De acuerdo con Meichenbaum el paciente y el terapeuta no deben considerar el programa de adiestramiento como un fin en sí mismo, si no más bien como el paso a una fase diferente. Es importante que el programa incluya sesiones de seguimiento o refuerzo.

Mi sugerencia es que al termino del adiestramiento se den 2 sesiones, con un espacio de dos semanas entre sesión, y sesión, esto con el objetivo de que el paciente vaya adquiriendo confianza en si mismo al poner en práctica las habilidades.

Estas sesiones se llevarán a cabo en 150 min. procurando que sean las mismas personas del grupo terapéutico y el mismo terapeuta: lo cual traerá distintos beneficios, entre ellos:

- 1.Funcionará como incentivo a la adherencia terapéutica,
- 2.Los pacientes se sentirán en confianza
- 3.Hay una dinámica establecida entre los integrantes y el terapeuta
- 4.El terapeuta conoce a los pacientes y de este modo se facilitará la pérdida de tiempo y el avance.

También propongo que se lleve a cabo un seguimiento cada 3, 6 y 12 meses después de estas dos sesiones, con la finalidad de que las habilidades adquiridas formen parte de un estilo de vida saludable. En este caso no importa si no están todos los integrantes de un mismo grupo, pueden estar mezclados, los grupos pueden ser de hasta de diez personas.

Estas sesiones de seguimiento le permitirán al paciente perfeccionar las habilidades adquiridas (a través de la retroalimentación, el ensayo y el reforzamiento) y generalizar su aplicación a diversas situaciones con grado de estrés variable.

Cabe señalar que en todas las sesiones de seguimiento se deberá aplicar el Cuestionario de seguimiento para la evaluación del empleo de técnicas cognitivo-conductuales (Anexo 16) y los instrumentos de evaluación pre y postratamiento con el objetivo de evaluar si aplico o no las técnicas, y que resultados obtuvo.

4.335 Conclusiones

Es importante señalar que las clínicas para dejar de fumar en la C.d de México manejan un programa multicomponente enfocado principalmente en la motivación al cambio a través de la psicoeducación. La nueva propuesta sugiere un cambio en el modelo tradicional, ya que se enfoca principalmente en el mantenimiento de la abstinencia a través del aprendizaje de un repertorio de habilidades cognitivo-conductuales que le permitan al paciente enfrentarse con éxito a situaciones de alto riesgo de recaída.

El objetivo final de esta nueva propuesta es lograr a largo plazo un cambio en el estilo de vida del fumador, esto quiere decir que no solo le permitirá controlar su consumo, si no que también le permitirá incrementar el nivel de funcionalidad en las distintas áreas de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

Alfaro, M.E; Simi, M.R (2007) .“Eficacia del Plan de Cinco Días para Dejar de Fumar en una ciudad de Argentina”.E.U.A. *Revista Panamericana de Salud Pública*,21(5).Disponible en: <http://www.revista.panamericana.org/salud/dejar-de-fumar/plan-de-cinco-dias>.

Becoña, Iglesias. E.(1994) ”La recaída y la prevención de la recaída en los exfumadores”.*Psicología Contemporánea*,1(1): p 29-38.

Becoña, Iglesias. E; Palomares, A; García, M. P. (1994) *Tabaco y Salud: Guía de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. Madrid. Pirámide. 186p.

Becoña, Iglesias. E y Lino Vásquez González .F. (1998) *Tratamiento del Tabaquismo*. Madrid. Dikynson. 381p

Caballo, V. E. (1993). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. México. España. 408 p.

Caballo, V, E; comp.(1991) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid; México. Siglo XXI.980p.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, (2003) “Diferencias entre los sexos en el consumo de tabaco en el mundo: hallazgos de la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en los Jóvenes. Grupo que colaboró en la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en los Jóvenes.” *Journal of School Health*, 73 (6). Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/global/gyts_espanol/globaluse01.htm

Coleman, V. (1988). *Adictos y Adicciones, causas, consecuencias y soluciones del mayor problema de salud pública de nuestro siglo*. México. Grijalbo.215p

Colombo, Enrique. Dr y Ghignone, Silvia. Dra, coordinadores. (2005) “Tabaquismo. Grupo Tabaquismo “ *Arch. argent. pediatr*;103(5):450-475. Disponible en: http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.464-475.pdf#search='tabaquismo%20y%20oms'

Consejo Nacional contra las Adicciones.(2003). Mejores prácticas en la prestación de servicios para dejar de fumar. México, Impreso en Talleres Gráficos de México. 96p.

Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud, México. *Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cgins/insalud/iner/iner.html>.

Esteves, Elba. Dra; Massaferrero Rodolfo.A/P. y Zignago Antonio. T.R.M. (s.f). *Informática, otro aliado contra el Tabaquismo*. Sistemas Informáticos en Servicios de Salud. Curso Introductoria- Julio / Agosto 2003. Trabajo final – proyecto. Disponible en: <http://www.chasque.apc.org/suis/pdf/tabaquismo.pdf#search='tabaquismo%20y%20oms'>

Gil Roales Nieto, J; Calero García .M, D.(1994) *Tratamiento del Tabaquismo*. Madrid, México. Mc Graw Hill. 319p.

Gómez, Mena, C. “Los jóvenes, el objetivo principal de la campaña pactada a escala mundial: Intensificará México acciones preventivas contra tabaquismo”. *La Jornada*.México.2 de febrero del 2005.Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2005/02/02/042n1soc.php>

Hernángómez, Criado.L (2000)¿*Por qué estoy triste? Guía para conocer y afrontar la Depresión*. Málaga. Ediciones Aljibe.

Jano On-line y agencias(2007) ”Pfizer presenta la vareniclina, nuevo fármaco para dejar de fumar”.Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=48042>

Kalina, E... et al. (2000). *Adicciones: Aportes para la Clínica y la Terapéutica*. México. Paidós. 154p

Martín. F ;Corral, L.P (2004).”Tratamiento farmacológico del tabaquismo”.España. *Trastornos Adictivos*,6(2) p. 103 – 112.Disponible en: <http://www.trastornosadictivos.es/salud/tabaquismo/tfar>.

Meichenbaum, D.(1987). *Manual de Inoculación de Estrés*. Barcelona. Martínez Roca. 128p.

Moreno, Arnedillo, J.J; Herrero García. De Osma.,F. J; Rivero.García, A. (2003). *Tabaquismo: Programa para dejar de fumar.2ª Ed.* Madrid. 263p

Moreno, García, D y Cantú ,Martínez, P.C (2002). "Perspectiva sobre el Tabaquismo en México". México. *Revista de salud Pública y Nutrición*, 3(2). Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/tabaquismo.html>

Muñoz, Manuel ;Bermejo, Marta (1998).*Entrenamientos en inoculación de estrés.* Madrid. Síntesis.191p

Pardell, Alenta. H; Salto. E; Salleras. Ll.(1996). *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del Tabaquismo.* Madrid. Médica Panamericana. 196p.

Robles, Teresa Dra; Abia, Jorge Dr. *Lo esencial de la hipnosis, folleto de divulgación.* México. Ed. Instituto Milton H. Erickson.

Universidad Nacional Autónoma de México, Centros de Integración Juvenil, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Parte VIII. Programas de cesación y opciones para dejar de fumar. Artículo 14 del CMCT.* Primer informe sobre el combate al tabaquismo. Disponible en: <http://www.insp.mx/tabaco/informe/parteVIII.pdf>.

Unzueta, Granados, S.R (2001) Estrategias para dejar de fumar. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

"Vareniclina"(2007). Disponible en: [http://www. quitometro. org/wiki. dejar.de.fumar/vareniclina](http://www.quitometro.org/wiki.dejar.de.fumar/vareniclina)

ANEXOS

***ESTRUCTURA DEL
NUEVO
MODELO DE
TRATAMIENTO***

ESTRUCTURA DEL MODELO DE TRATAMIENTO

FASE O ETAPA DE ENTRENAMIENTO	NO. DE SESIONES	OBJETIVOS
I. "Manejo de estrés"	12	<ul style="list-style-type: none"> -Que el paciente reconozca la importancia del manejo del estrés en la prevención de recaídas. -Que el paciente aprenda a utilizar sus propios recursos para cambiar la respuesta de estrés. -Que el paciente aprenda a manejar la técnica de relajación de Jacobson y a ponerla en práctica en la vida real.
II. "Solución de Problemas"	16	<ul style="list-style-type: none"> -Que el paciente reconozca la importancia de la solución de problemas eficaz en la prevención de recaídas. -Que el paciente aprenda un método para solucionar problemas en forma eficaz -Que el paciente aprenda a poner en práctica soluciones eficaces.
III. "Entrenamiento en habilidades sociales"	17	<ul style="list-style-type: none"> -Que el paciente reconozca la importancia de la adquisición de habilidades sociales para la prevención de recaídas. -Que el paciente modifique sus pensamientos disfuncionales que lo llevan a tener conductas poco asertivas. -Que el paciente aprenda tipos de comportamiento asertivos (verbales y no verbales). -Que el paciente aprenda a poner en práctica las habilidades sociales que adquirió durante el entrenamiento.
IV "Consolidación"	5	<ul style="list-style-type: none"> -Supervisar la puesta en práctica de las habilidades adquiridas durante el entrenamiento con el objetivo de perfeccionarlas y generalizarlas a diversas situaciones de la vida real. -Que el paciente convierta en un "HÁBITO" las habilidades adquiridas

CARTA DESCRIPTIVA

“CARTA DESCRIPTIVA”

Actividad	Tiempo	Materiales	Técnica didáctica	Objetivos
<i>“FASE DE EVALUACIÓN”</i>				
<i>Evaluación con fines Dx y evaluación pretratamiento Sobre el manejo del estrés</i>	60’	-Entrevista psiquiátrica estandarizada -Inventario de Frases Incompletas de Sacks -Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE) -Inventario de Depresión de Beck -Escala de acontecimientos diarios molestos -COPE	-Entrevista y aplicación de pruebas psicológicas	-Evaluar con fines diagnósticos. -Evaluar tipos de estresores y estilos de afrontamiento del estrés
Tarea 1. Clasificación de acontecimientos estresantes	15’	-hojas blancas -lápices	-Instrucción	-Analizar la relación entre estrés y tabaquismo y darnos cuenta del grado de estrés que generalmente nos provocan ciertos tipos de acontecimientos.
<i>Tratamiento</i>				
<i>“MANEJO DE ESTRÉS”</i>				
Sesión 1				
Actividad 1 Recaída e importancia del manejo del estrés	100’	-Pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco -Borrador para	-Exposición	-Que el paciente distinga entre caída y recaída para que pueda llevar a cabo

como medida preventiva		pizarrón blanco		un automonitoreo. -Que el paciente conozca las principales causas de recaída como medida preventiva. -Que el paciente tome conciencia sobre la importancia del manejo del estrés en la prevención de recaídas.
Tarea 2. Clasificación de acontecimientos estresantes 2	15'	-hojas blancas -lápices	-Instrucción	-Analizar la relación entre estrés y tabaquismo y darnos cuenta del grado de estrés que generalmente nos provocan ciertos tipos de acontecimientos.
Actividad 2. ¿Qué es el estrés y cómo se relaciona con el proceso de recaída?	100'	-Pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Hojas blancas -Lápices -Plumas -Colores	-Dinámica grupal -Lluvia de ideas -Exposición	-Definir el estrés en términos transaccionales -Que el paciente conozca la relación entre estrés y recaída.
Tarea 3. Autoregistros de acontecimientos estresantes	20'	-Autoregistro	-Instrucción	-El autoregistro le permitirá al paciente modificar su respuesta de estrés y le servirá como retroalimentación para determinar qué tipo de estrategias de afrontamiento serán útiles en determinados momentos y situaciones.
SESIÓN 2				
Actividad 3.	115'	-Autoregistros -Pizarrón blanco	-Dinámica grupal	-Que el paciente corrobore la relación

<p>Análisis de autoregistros de situaciones de grado de estrés leve.</p>		<ul style="list-style-type: none"> -Plumones para pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Hojas blancas -Lápices -Colores 		<p>entre estrés y tabaquismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Que el paciente analice si los intentos por manipular los acontecimientos estresantes fueron efectivos o no (ayudaron o no a resolver la situación) y por qué. -Que el paciente analice si las estrategias que aplicó para el control del estrés fueron efectivas o no y por qué. -Que el paciente analice qué estrategias pudo haber aplicado y no aplicó para controlar su estrés. -Que el paciente evalúe el grado en el que pudo manejar su estrés y evitar consecuencias negativas. -Analizar la importancia de los pensamientos como generadores de estrés y su influencia en las emociones y conductas negativas.
<p>Tarea 4. Autoregistros de acontecimientos estresantes</p>	<p>5'</p>	<p>-Autoregistro</p>	<p>-Instrucción</p>	<p>-El autoregistro le permitirá al paciente modificar su respuesta de estrés y le servirá como retroalimentación para determinar qué tipo de estrategias de afrontamiento serán útiles en</p>

				determinados momentos y situaciones.
SESION 3				
<p>Actividad 4.</p> <p>Análisis de autoregistros de situaciones de grado de estrés moderado.</p>	60'	<ul style="list-style-type: none"> -Autoregistros -Pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Hojas blancas -Lápices -Colores 	-Dinámica grupal	<ul style="list-style-type: none"> -Que el paciente corrobore la relación entre estrés y tabaquismo. -Que el paciente analice si los intentos por manipular los acontecimientos estresantes fueron efectivos o no (ayudaron o no a resolver la situación) y por qué. -Que el paciente analice si las estrategias que aplicó para el control del estrés fueron efectivas o no y por qué. -Que el paciente analice qué estrategias pudo haber aplicado y no aplicó para controlar su estrés. -Que el paciente evalúe el grado en el que pudo manejar su estrés y evitar consecuencias negativas. -Retroalimentarlo si hay dificultades en la aplicación de las estrategias que ya conoce o para perfeccionar la aplicación de las mismas.
Actividad 5.	75'	-Ropa cómoda	-Exposición -Práctica	-Explicar a los pacientes por qué es

Justificación y objetivos, explicación de la técnica de relajación de Jacobson y relajación de grupos musculares (primera parte)			grupal guiada.	importante aprender a relajar los músculos. -Explicar al paciente en qué consiste la técnica -Aprender a relajar los siguientes grupos musculares: -Mano y antebrazo dominantes, bíceps dominantes. -Mano, antebrazo y bíceps no dominantes. -Frente y cuero cabelludo -Boca y mandíbulas
Tarea 5 y 6. 5.-Práctica y autoregistro de técnica de relajación de Jacobson 6.-Autoregistros de acontecimientos estresantes	15'	-hojas blancas -lápices -Autoregistros	-Instrucción	5.-Que el paciente practique la técnica de relajación de Jacobson para que la convierta en un hábito y que registre la práctica para poder perfeccionarla. 6.-El autoregistro le permitirá al paciente modificar su respuesta de estrés y le servirá como retroalimentación para determinar qué tipo de estrategias de afrontamiento serán útiles en determinados momentos y situaciones.
SESION 4.				
Actividad 6. Análisis de autoregistros de	60'	-Autoregistros -Pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco	-Dinámica grupal	-Que el paciente corrobore la relación entre estrés y tabaquismo.

<p>situaciones con grado de estrés severo.</p>		<ul style="list-style-type: none"> -Borrador para pizarrón blanco -Hojas blancas -Lápices -Colores 		<ul style="list-style-type: none"> -Que el paciente analice si los intentos por manipular los acontecimientos estresantes fueron efectivos o no (ayudaron o no a resolver la situación) y por qué. -Que el paciente analice si las estrategias que aplicó para el control del estrés fueron efectivas o no y por qué. -Que el paciente analice qué estrategias pudo haber aplicado y no aplicó para controlar su estrés. -Que el paciente evalúe el grado en el que pudo manejar su estrés y evitar consecuencias negativas. -Retroalimentarlo si hay dificultades en la aplicación de las estrategias que ya conoce o para perfeccionar la aplicación de las mismas.
<p>Actividad 7.</p> <p>Análisis de autoregistros de la técnica de relajación de Jacobson.</p>	<p>60'</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Autoregistros -Pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco 	<p>-Dinámica grupal</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Que el paciente reflexione si hubo cambios antes y después de realizar los ejercicios. -Que evalúe si pudo relajarse más a medida que transcurrieron los días y por lo tanto la práctica.

				-Si al paciente se le dificultó relajarse analizar por qué.
SESION 5.				
Actividad 8. Relajación de grupos musculares (segunda parte)	85'	-Ropa cómoda	-Práctica grupal guiada	-Aprender a relajar los siguientes grupos musculares: -Hombros -Abdomen -Pierna y muslo derecho -Pantorrilla -Pie derecho -Pierna, pantorrilla y pie izquierdo. -Relajar todos los músculos
Tarea 7 y 8 5.-Práctica y autoregistro de técnica de relajación de Jacobson 6.-Autoregistros de acontecimientos estresantes.	5'	-Hojas blancas -Lápices -Autoregistros	-Instrucción	5.-Que el paciente practique la técnica de relajación de Jacobson para que la convierta en un hábito y que registre la práctica para poder perfeccionarla. 6.-El autoregistro le permitirá al paciente modificar su respuesta de estrés y le servirá como retroalimentación para determinar qué tipo de estrategias de afrontamiento serán útiles en determinados momentos y situaciones.
SESION 6				
Actividad 9. Análisis de autoregistros de	80'	-Autoregistros -Pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco	-Dinámica grupal	-Que el paciente corrobore la relación entre estrés y tabaquismo.

<p>situaciones con grado de estrés leve, moderado y severo.</p>		<ul style="list-style-type: none"> -Borrador para pizarrón blanco -Hojas blancas -Lápices -Colores 		<ul style="list-style-type: none"> -Que el paciente analice si los intentos por manipular los acontecimientos estresantes fueron efectivos o no (ayudaron o no a resolver la situación) y por qué. -Que el paciente analice si las estrategias que aplicó para el control del estrés fueron efectivas o no y por qué. -Que el paciente analice qué estrategias pudo haber aplicado y no aplicó para controlar su estrés. -Que el paciente evalúe el grado en el que pudo manejar su estrés y evitar consecuencias negativas. -Retroalimentarlo si hay dificultades en la aplicación de las estrategias que ya conoce o para perfeccionar la aplicación de las mismas.
<p>Actividad 10.</p> <p>Análisis de autoregistros de la técnica de relajación de Jacobson 2</p>	<p>60'</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Autoregistros -Pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco 	<p>-Dinámica grupal</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Que el paciente reflexione si hubo cambios antes y después de realizar los ejercicios. -Que evalúe si pudo relajarse más a medida que transcurrieron los días y por lo tanto la práctica.

				-Si al paciente se le dificultó relajarse analizar por qué.
SESION 7				
Actividad 11. Ensayo imaginado	40'	-No se requieren	-Práctica grupal	-Que el paciente ensaye en la imaginación el manejo de situaciones estresantes con intensidad leve a través de la técnica de relajación muscular de Jacobson.
Actividad 12. Ensayo conductual	95'	-No se requieren	-Práctica grupal	-Que el paciente ensaye conductualmente el manejo de situaciones estresantes con intensidad leve a través de la técnica de relajación muscular de Jacobson.
Actividad 13. Ensayo en vivo	10'	-No se requieren	-Instrucción	-Que el paciente aplique la técnica de relajación muscular de Jacobson a situaciones reales.
Tarea 9. Autoregistro de la técnica de relajación de Jacobson aplicada a situaciones reales.	5'	-Autoregistros	-Instrucción	-El autoregistro le permitirá al paciente evaluar si pudo modificar su respuesta de estrés a través de la técnica de relajación de Jacobson.
SESION 8.				
Actividad 14. Análisis de autoregistros con situaciones de menor	120'	-Autoregistros -Pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco -Borrador para	-Dinámica grupal	-Que el paciente corrobore la relación entre estrés y tabaquismo. -Que el paciente

estrés		pizarrón blanco -Hojas blancas -Lápices -Colores		analice si los intentos por manipular los acontecimientos estresantes fueron efectivos o no (ayudaron o no a resolver la situación) y por qué. -Que el paciente analice si la aplicación de la técnica de relajación de Jacobson fue efectiva o no para manejar el estrés y por qué. -Que el paciente evalúe el grado en que pudo manejar su estrés a través de la técnica y evitar consecuencias negativas. -Retroalimentarlo si hay dificultades en la aplicación de la técnica de relajación de Jacobson o para perfeccionar la aplicación de la misma.
SESION 9				
Actividad 15. Ensayo imaginado	40'	-No se requieren	-Práctica grupal	-Que el paciente ensaye en la imaginación el manejo de situaciones estresantes con intensidad moderada a través de la técnica de relajación muscular de Jacobson.
Actividad 16.	95'	-No se requieren	-Práctica grupal	-Que el paciente ensaye

Ensayo conductual				conductualmente el manejo de situaciones estresantes con intensidad moderada a través de la técnica de relajación muscular de Jacobson.
Actividad 17. Ensayo en vivo	10'	-No se requieren	-Instrucción	-Que el paciente aplique la técnica de relajación muscular de Jacobson a situaciones reales.
Tarea 10. Autoregistro de la técnica de relajación de Jacobson aplicada a situaciones reales.	5'	-Autoregistros	-Instrucción	-El autoregistro le permitirá al paciente evaluar si pudo modificar su respuesta de estrés a través de la técnica de relajación de Jacobson.
SESION 10				
Actividad 18. Análisis de autoregistros con situaciones de estrés moderado.	120'	-Autoregistros -Pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Hojas blancas -Lápices -Colores	-Dinámica grupal	-Que el paciente corrobore la relación entre estrés y tabaquismo. -Que el paciente analice si los intentos por manipular los acontecimientos estresantes fueron efectivos o no (ayudaron o no a resolver la situación) y por qué. -Que el paciente analice si la aplicación de la técnica de relajación de Jacobson fue efectiva o no para manejar el estrés y por qué. -Que el paciente

				<p>evalúe el grado en que pudo manejar su estrés a través de la técnica y evitar consecuencias negativas.</p> <p>-Retroalimentarlo si hay dificultades en la aplicación de la técnica de relajación de Jacobson o para perfeccionar la aplicación de la misma.</p>
SESION 11				
<p>Actividad 19.</p> <p>Ensayo imaginado</p>	40'	-No se requieren	-Práctica grupal	-Que el paciente ensaye en la imaginación el manejo de situaciones estresantes con intensidad severa a través de la técnica de relajación muscular de Jacobson.
<p>Actividad 20.</p> <p>Ensayo conductual</p>	95'	-No se requieren	-Práctica grupal	-Que el paciente ensaye conductualmente el manejo de situaciones estresantes con intensidad severa a través de la técnica de relajación muscular de Jacobson.
<p>Actividad 21.</p> <p>Ensayo en vivo</p>	10'	-No se requieren	-Instrucción	-Que el paciente aplique la técnica de relajación muscular de Jacobson a situaciones reales.
<p>Tarea 11.</p> <p>Autoregistro de la</p>	5'	-Autoregistros	-Instrucción	-El autoregistro le permitirá al paciente evaluar si pudo

técnica de relajación de Jacobson aplicada a situaciones reales.				modificar su respuesta de estrés a través de la técnica de relajación de Jacobson.
SESION 12				
Actividad 22. Análisis de autoregistros con situaciones de estrés severo.	120'	-Autoregistros -Pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Hojas blancas -Lápices -Colores	-Dinámica grupal	-Que el paciente corrobore la relación entre estrés y tabaquismo. -Que el paciente analice si los intentos por manipular los acontecimientos estresantes fueron efectivos o no (ayudaron o no a resolver la situación) y por qué. -Que el paciente analice si la aplicación de la técnica de relajación de Jacobson fue efectiva o no para manejar el estrés y por qué. -Que el paciente evalúe el grado en que pudo manejar su estrés a través de la técnica y evitar consecuencias negativas. -Retroalimentarlo si hay dificultades en la aplicación de la técnica de relajación de Jacobson o para perfeccionar la aplicación de la misma.
Evaluación del manejo de estrés	20'			-Evaluar tipos de estresores y estilos

				de afrontamiento del estrés. -Evaluar grado de ansiedad
“ENTRENAMIENTO EN SOLUCION DE PROBLEMAS”				
SESION 13				
<i>Evaluación de la capacidad de solución de problemas.</i>	20’	-Cuestionario de modos de afrontamiento- Revisado (WOC) -Cuestionario de solución de problemas sociales (SPSI)	-Evaluación inicial	-Evaluar la capacidad de solución de problemas de los pacientes antes del entrenamiento en solución de problemas.
Actividad 23. Justificación y objetivos	10’	-No se requieren	-Exposición	-Explicar al paciente la importancia del aprendizaje de solución de problemas en el manejo del estrés y la prevención de recaídas.
Actividad 24. Reconceptualización sobre solución de problemas.	120’	-Pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco.	-Dinámica grupal	-Que el paciente reconceptualice “problema”, “solución y solución eficaz”.
SESION 14.				
Actividad 25. ¿Cómo lograr soluciones eficaces?	30’	-Pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco.	-Lluvia de ideas	-Que el paciente aprenda un método para llegar a soluciones eficaces cuando se presente un problema.
Actividad 26. Orientación hacia el problema	120’	-Pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco.	-Dinámica grupal -Lluvia de ideas	-Que el paciente se de cuenta la importancia que tiene la forma en que enfocamos el problema en la motivación al

				<p>cambio.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Detectar estilos de pensamiento desadaptativos de los integrantes del grupo y aplicar la reestructuración cognitiva cuando sea necesario.
<p>Actividad 27.</p> <p>Definición y formulación del problema.</p>	85'	<ul style="list-style-type: none"> -Pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco -Hojas blancas -Plumas 	-Lluvia de ideas	<ul style="list-style-type: none"> -Que el paciente aprenda a definir un problema, sus causas y consecuencias. -Que el paciente aprenda a plantear objetivos alcanzables a corto y a largo plazo para resolver un problema.
<p>Tarea 12.</p> <p>Definición y formulación del problema</p>	5'	<ul style="list-style-type: none"> -Hojas blancas -Pluma 	-Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> -Que los pacientes definan su problema, causas y consecuencias. -Que el paciente plantee objetivos alcanzables a corto y a largo plazo para resolver su problema.
SESION 16				
<p>Actividad 28.</p> <p>Análisis de la definición y formulación del problema.</p>	120'	-El registro del paciente.	-Dinámica grupal	<ul style="list-style-type: none"> -Revisar que los pacientes hayan aprendido a definir su problema, causas y consecuencias. -Revisar que los pacientes hayan aprendido a plantear objetivos alcanzables a corto y a largo plazo para resolver su problema.
SESION 17				
<p>Actividad 29.</p>	115'	<ul style="list-style-type: none"> -Pizarrón blanco -Borrador para 	-Lluvia de ideas	-Que el paciente aprenda a generar la

Generación de alternativas		pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco		mayor cantidad de alternativas posibles para cada subobjetivo sin pensar en la efectividad de las mismas.
Tarea 13 Generación de alternativas	5'	-Hojas blancas -Pluma	-Instrucción	-Que los pacientes generen alternativas para cada subobjetivo de su propio problema.
SESION 18 Actividad 30. Análisis de generación de alternativas	120'	-El registro del paciente.	-Dinámica grupal	-Revisar que los pacientes hayan aprendido a generar alternativas para cada subobjetivo de su propio problema.
SESION 19				
Actividad 31. Evaluación de las posibles consecuencias de las alternativas generadas	115'	-Pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco	-Lluvia de ideas	-Que el paciente aprenda a evaluar las posibles consecuencias positivas y negativas a corto y a largo plazo de distintas alternativas.
Tarea 14. Evaluación de las posibles consecuencias de las alternativas generadas	5'	-Hojas blancas -Pluma	-Instrucción	-Que el paciente evalúe las posibles consecuencias positivas y negativas a corto y a largo plazo de las alternativas que generó.
SESION 20.				
Actividad 32. Análisis de las posibles consecuencias de las alternativas generadas	150'	-El registro del paciente	-Dinámica grupal	-Revisar que el paciente haya aprendido a evaluar las posibles consecuencias positivas y negativas a corto y a largo plazo de las

				alternativas que generó.
SESION 21.				
Actividad 33. Evaluación de la eficacia de las alternativas y preparación para la toma de decisiones	115'	-Pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco	-Exposición -Dinámica grupal	-Que el paciente aprenda a evaluar la eficacia de las alternativas cuantitativa y cualitativamente. -Que el terapeuta incremente la motivación y percepción de autoeficacia del paciente para que considere la mayoría de las alternativas evaluadas como eficaces.
Tarea 15 Evaluación de la eficacia de las alternativas	5'	-Hojas blancas -Pluma o lápiz	-Instrucción	-Que el paciente evalúe la eficacia de las alternativas que generó para su problema en forma cuantitativa y cualitativa.
SESION 22.				
Actividad 34. Análisis de la evaluación de la eficacia de las alternativas generadas y preparación para la toma de decisiones	150'	-El registro del paciente.	-Dinámica grupal	-Revisar que los pacientes hayan aprendido a evaluar cuantitativa y cualitativamente la eficacia de las alternativas -Que el terapeuta incremente la motivación y percepción de autoeficacia del paciente para que considere la mayoría de las alternativas evaluadas como eficaces. -Que el paciente aprenda a

				incrementar su motivación y percepción de autoeficacia.
SESION 23.				
Actividad 35. Toma de decisiones y puesta en práctica de la solución.	150'	-No se requieren	-Dinámica grupal -Lluvia de ideas	-Que el paciente analice que alternativa o alternativas pondrá en marcha. -Que el terapeuta ayude a optimizar las condiciones para la puesta en práctica de la o las alternativas.
Tarea 16. -Registro en base a la tabla de evaluación coste/beneficio. -Registro de condiciones en que se puso en práctica la alternativa. -Medición del 1-10 de la actuación del paciente (que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo).	15'	-Autoregistro	-Instrucción	-Que el paciente analice la efectividad de la o las alternativas que puso en marcha. -Que el paciente analice si optimizo las condiciones para la puesta en práctica de la alternativa. -Que el paciente analice que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo para vencer los obstáculos que se hayan presentado.
SESION 24				
Actividad 36. Análisis de autoregistros de solución de problemas.	115'	-Autoregistros -Pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco	-Dinámica grupal	-Que el paciente analice la efectividad de la o las alternativas que puso en marcha. -Que el paciente analice si optimizo las condiciones para la puesta en práctica de la alternativa. -Que el paciente analice que hizo bien y que pudo haber

				hecho y no hizo para vencer los obstáculos que se hayan presentado.
<p>Tarea 17.</p> <p>-Registro en base a la tabla de evaluación coste/beneficio.</p> <p>-Registro de condiciones en que se puso en práctica la alternativa.</p> <p>-Medición del 1-10 de la actuación del paciente (que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo).</p>	5'	-Autoregistro	-Instrucción	<p>-Que el paciente analice la efectividad de la o las alternativas que puso en marcha.</p> <p>-Que el paciente analice si optimizo las condiciones para la puesta en práctica de la alternativa.</p> <p>-Que el paciente analice que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo para vencer los obstáculos que se hayan presentado.</p>
SESION 25				
<p>Actividad 37.</p> <p>Análisis de autoregistros de solución de problemas.</p>	115'	<p>-Autoregistros</p> <p>-Pizarrón blanco</p> <p>-Borrador para pizarrón blanco</p> <p>-Plumones para pizarrón blanco</p>	-Dinámica grupal	<p>-Que el paciente analice la efectividad de la o las alternativas que puso en marcha.</p> <p>-Que el paciente analice si optimizo las condiciones para la puesta en práctica de la alternativa.</p> <p>-Que el paciente analice que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo para vencer los obstáculos que se hayan presentado.</p>
<p>Tarea 18</p> <p>-Registro en base a la tabla de evaluación coste/beneficio.</p> <p>-Registro de</p>	5'	-Autoregistro	-Instrucción	<p>-Que el paciente analice la efectividad de la o las alternativas que puso en marcha.</p> <p>-Que el paciente analice si optimizo</p>

condiciones en que se puso en práctica la alternativa. -Medición del 1-10 de la actuación del paciente (que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo).				las condiciones para la puesta en práctica de la alternativa. -Que el paciente analice que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo para vencer los obstáculos que se hayan presentado.
SESION 26				
Actividad 38. Análisis de autoregistros de solución de problemas	115'	-Autoregistros -Pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco	-Dinámica grupal	-Que el paciente analice la efectividad de la o las alternativas que puso en marcha. -Que el paciente analice si optimizo las condiciones para la puesta en práctica de la alternativa. -Que el paciente analice que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo para vencer los obstáculos que se hayan presentado.
Tarea 19 -Registro en base a la tabla de evaluación coste/beneficio. -Registro de condiciones en que se puso en práctica la alternativa. -Medición del 1-10 de la actuación del paciente (que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo).	5'	-Autoregistro	-Instrucción	-Que el paciente analice la efectividad de la o las alternativas que puso en marcha. -Que el paciente analice si optimizo las condiciones para la puesta en práctica de la alternativa. -Que el paciente analice que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo para vencer los obstáculos que se hayan presentado.

SESION 27				
Actividad 39. Análisis de autoregistros de solución de problemas	115'	-Autoregistros -Pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco	-Dinámica grupal	-Que el paciente analice la efectividad de la o las alternativas que puso en marcha. -Que el paciente analice si optimizo las condiciones para la puesta en práctica de la alternativa. -Que el paciente analice que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo para vencer los obstáculos que se hayan presentado.
Tarea 20. -Registro en base a la tabla de evaluación coste/beneficio. -Registro de condiciones en que se puso en práctica la alternativa. -Medición del 1-10 de la actuación del paciente (que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo).	5'	-Autoregistro	-Instrucción	-Que el paciente analice la efectividad de la o las alternativas que puso en marcha. -Que el paciente analice si optimizo las condiciones para la puesta en práctica de la alternativa. -Que el paciente analice que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo para vencer los obstáculos que se hayan presentado.
SESION 28.				
Actividad 40. Análisis de autoregistros de solución de problemas	115'	-Autoregistros -Pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco	-Dinámica grupal	-Que el paciente analice la efectividad de la o las alternativas que puso en marcha. -Que el paciente analice si optimizo las condiciones para la puesta en práctica de la alternativa.

				-Que el paciente analice que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo para vencer los obstáculos que se hayan presentado.
Tarea 21. -Registro en base a la tabla de evaluación coste/beneficio. -Registro de condiciones en que se puso en práctica la alternativa. -Medición del 1-10 de la actuación del paciente (que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo).	5'	-Autoregistro	-Instrucción	-Que el paciente analice la efectividad de la o las alternativas que puso en marcha. -Que el paciente analice si optimizo las condiciones para la puesta en práctica de la alternativa. -Que el paciente analice que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo para vencer los obstáculos que se hayan presentado.
SESION 29.				
“ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES”				
Actividad 41. Análisis de autoregistros de solución de problemas	110'	-Autoregistros -Pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco	-Dinámica grupal	-Que el paciente analice la efectividad de la o las alternativas que puso en marcha. -Que el paciente analice si optimizo las condiciones para la puesta en práctica de la alternativa. -Que el paciente analice que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo para vencer los obstáculos que se hayan presentado.

<i>Evaluación de habilidades sociales</i>	20'	-Escala Multidimensional de Expresión Social- Parte Motora (EMES-M) -Escala Multidimensional de Expresión Social- Parte Cognitiva (EMES-C).	-Evaluación inicial	-Evaluar las habilidades sociales de los pacientes antes del entrenamiento.
Actividad 42. Justificación y objetivos	15'	-No se requieren	-Exposición	-Que el paciente se de cuenta de la importancia de contar con habilidades sociales y ponerlas en práctica para evitar recaídas.
Tarea 22. -Registro en base a la tabla de evaluación coste/beneficio. -Registro de condiciones en que se puso en práctica la alternativa. -Medición del 1-10 de la actuación del paciente (que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo).	5'	-Autoregistro	-Instrucción	-Que el paciente analice la efectividad de la o las alternativas que puso en marcha. -Que el paciente analice si optimizo las condiciones para la puesta en práctica de la alternativa. -Que el paciente analice que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo para vencer los obstáculos que se hayan presentado.
SESION 30.				
Actividad 43. Análisis de autoregistros de solución de problemas	90'	-Autoregistros -Pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco	-Dinámica grupal	-Que el paciente analice la efectividad de la o las alternativas que puso en marcha. -Que el paciente analice si optimizo las condiciones para

				<p>la puesta en práctica de la alternativa.</p> <p>-Que el paciente analice que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo para vencer los obstáculos que se hayan presentado.</p>
<p>Actividad 44.</p> <p>¿Qué es habilidad social?</p>	55'	<p>-Pizarrón blanco</p> <p>-Borrador para pizarrón blanco</p> <p>-Plumones para pizarrón blanco</p>	<p>-Lluvia de ideas</p> <p>-Exposición</p> <p>-Dinámica grupal</p>	<p>-Que el paciente reconceptualice conducta socialmente habilidosa en función de su contenido y efectividad.</p>
<p>Tarea 23.</p> <p>-Registro en base a la tabla de evaluación coste/beneficio.</p> <p>-Registro de condiciones en que se puso en práctica la alternativa.</p> <p>-Medición del 1-10 de la actuación del paciente (que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo).</p>	5'	-Autoregistro	-Instrucción	<p>-Que el paciente analice la efectividad de la o las alternativas que puso en marcha.</p> <p>-Que el paciente analice si optimizo las condiciones para la puesta en práctica de la alternativa.</p> <p>-Que el paciente analice que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo para vencer los obstáculos que se hayan presentado</p>
SESION 31				
<p>Actividad 45.</p> <p>Análisis de autoregistros de solución de problemas</p>	90'	<p>-Autoregistros</p> <p>-Pizarrón blanco</p> <p>-Borrador para pizarrón blanco</p> <p>-Plumones para pizarrón blanco</p>	-Dinámica grupal	<p>-Que el paciente analice la efectividad de la o las alternativas que puso en marcha.</p> <p>-Que el paciente analice si optimizo las condiciones para la puesta en práctica de la alternativa.</p> <p>-Que el paciente</p>

				analice que hizo bien y que pudo haber hecho y no hizo para vencer los obstáculos que se hayan presentado.
Actividad 46. Derechos ante una situación social	35'	-Pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco	-Lluvia de ideas	-Crear en los pacientes un sistema de derechos para actuar ante situaciones sociales.
<i>Evaluación de la capacidad de solución de problemas.</i>	20'	-Cuestionario de modos de afrontamiento- Revisado (WOC) -Cuestionario de solución de problemas sociales (SPSI)	-Evaluación final	-Evaluar la capacidad de solución de problemas de los pacientes después del entrenamiento.
SESION 32.				
Actividad 47. Diferencia entre conducta asertiva y no asertiva parte 1	120'	-Pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco	-Dinámica grupal -Lluvia de ideas	-Que el paciente aprenda a diferenciar los tres estilos de respuesta ante situaciones sociales: agresiva, pasiva y asertiva (a partir de conductas verbales)
SESION 33.				
Actividad 48. -Diferencia entre conducta asertiva y no asertiva parte 2	140'	-Pizarrón blanco -Borrador para pizarrón blanco -Plumones para pizarrón blanco -Lista de tipos de conducta social -Lista de estilos de respuesta social.	-Dinámica grupal -Lluvia de ideas -Trabajo en equipo	-Que el paciente aprenda a diferenciar los tres estilos de respuesta en situaciones sociales (a partir de conductas no verbales). -Que el paciente identifique las consecuencias personales y sociales de cada uno de los estilos de respuesta social. -Que el paciente identifique los tipos

				de conducta social. -Que el paciente reconozca si tiene dificultades para emitir uno o más tipos de conducta social.
Tarea 24. -Autoregistros de habilidades sociales	10'	-Autoregistro para la evaluación de habilidades sociales. -Tabla de Autoinforme de la Aserción. -Autoregistro de la frecuencia diaria de diversas clases de conductas.	-Instrucción	-Que el paciente aprenda a diferenciar sus propias conductas como asertivas o no asertivas y su estilo de respuesta como agresivo o pasivo. -Obtener datos sobre pensamientos desadaptativos o distorsiones cognitivas que influyan en la conducta social no asertiva. -Obtener datos sobre áreas específicas de dificultad (conductas no asertivas, estilo de respuesta, tipo de persona y factores situacionales presentes). -Obtener otros datos que también serán útiles para la práctica in vitro.
SESION 34.				
Actividad 49. Análisis de autoregistros de habilidades sociales	115'	-Autoregistros	-Dinámica grupal	-Que el paciente aprenda a diferenciar sus propias conductas como asertivas o no asertivas y su estilo de respuesta como agresivo o pasivo. -Obtener datos sobre pensamientos

				<p>desadaptativos o distorsiones cognitivas que influyan en la conducta social no asertiva.</p> <p>-Obtener datos sobre áreas específicas de dificultad (conductas no asertivas, estilo de respuesta, tipo de persona y factores situacionales presentes).</p> <p>-Obtener otros datos que también serán útiles para la práctica in vitro.</p>
<p>Tarea 25.</p> <p>-Autoregistros de habilidades sociales</p>	5'	<p>-Autoregistro para la evaluación de habilidades sociales.</p> <p>-Tabla de Autoinforme de la Aserción.</p> <p>-Autoregistro de la frecuencia diaria de diversas clases de conductas.</p>	-Instrucción	<p>-Que el paciente aprenda a diferenciar sus propias conductas como asertivas o no asertivas y su estilo de respuesta como agresivo o pasivo.</p> <p>-Obtener datos sobre pensamientos desadaptativos o distorsiones cognitivas que influyan en la conducta social no asertiva.</p> <p>-Obtener datos sobre áreas específicas de dificultad (conductas no asertivas, estilo de respuesta, tipo de persona y factores situacionales presentes).</p> <p>-Obtener otros datos que también serán útiles para la práctica in vitro</p>

SESION 35.				
<p>Actividad 50.</p> <p>Análisis de autoregistros de habilidades sociales</p>	115'	-Autoregistros	-Dinámica grupal	<p>-Que el paciente aprenda a diferenciar sus propias conductas como asertivas o no asertivas y su estilo de respuesta como agresivo o pasivo.</p> <p>-Obtener datos sobre pensamientos desadaptativos o distorsiones cognitivas que influyan en la conducta social no asertiva.</p> <p>-Obtener datos sobre áreas específicas de dificultad (conductas no asertivas, estilo de respuesta, tipo de persona y factores situacionales presentes).</p> <p>-Obtener otros datos que también serán útiles para la práctica in vitro</p>
<p>Tarea 26.</p> <p>-Autoregistros de habilidades sociales</p>	5'	<p>-Autoregistro para la evaluación de habilidades sociales.</p> <p>-Tabla de Autoinforme de la Aserción.</p> <p>-Autoregistro de la frecuencia diaria de diversas clases de conductas.</p>	-Instrucción	<p>-Que el paciente aprenda a diferenciar sus propias conductas como asertivas o no asertivas y su estilo de respuesta como agresivo o pasivo.</p> <p>-Obtener datos sobre pensamientos desadaptativos o distorsiones cognitivas que influyan en la conducta social no asertiva.</p> <p>-Obtener datos sobre</p>

				<p>áreas específicas de dificultad (conductas no asertivas, estilo de respuesta, tipo de persona y factores situacionales presentes).</p> <p>-Obtener otros datos que también serán útiles para la práctica in vitro.</p>
SESION 36.				
<p>Actividad 51.</p> <p>Análisis de autoregistros de habilidades sociales</p>	150'	-Autoregistros	-Dinámica grupal	<p>-Que el paciente aprenda a diferenciar sus propias conductas como asertivas o no asertivas y su estilo de respuesta como agresivo o pasivo.</p> <p>-Obtener datos sobre pensamientos desadaptativos o distorsiones cognitivas que influyan en la conducta social no asertiva.</p> <p>-Obtener datos sobre áreas específicas de dificultad (conductas no asertivas, estilo de respuesta, tipo de persona y factores situacionales presentes).</p> <p>-Obtener otros datos que también serán útiles para la práctica in vitro.</p>
SESION 37.				
<p>Actividad 52.</p> <p>TRE (Terapia Racional Emotiva)</p>	150'	-No se requieren.	-Exposición -Dinámica grupal	-Enseñar a los pacientes la influencia de los pensamientos en las emociones y

				<p>conductas.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enseñar a los pacientes el modelo de la TRE -Enseñar al paciente que sus creencias son hipótesis susceptibles de cuestionar. -Enseñara al paciente a cuestionar sus creencias irracionales o disfuncionales.
SESION 38.				
<p>Actividad 53.</p> <p>Tipos de conductas socialmente habilidosas</p>	120'	<ul style="list-style-type: none"> -T.V -D.V.D -C.D que contiene el modelado de distintas habilidades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> -Exposición -Dinámica grupal -Discusión 	<ul style="list-style-type: none"> -Enseñar a los pacientes distintas técnicas que les ayudarán a emitir conductas socialmente habilidosas
SESION 39.				
<p>Actividad 54.</p> <p>Ensayo conductual 1</p>	140'	<ul style="list-style-type: none"> -Graficas que se hicieron en la actividad 51(conductas poco asertivas, tipo de persona) -Autoregistros para la evaluación de habilidades sociales que se analizaron en sesiones anteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> -Práctica en equipo 	<ul style="list-style-type: none"> -Que el paciente aprenda a modificar pensamientos disfuncionales y conductas que lo conducen a la falta de asertividad.
<p>Tarea 27.</p> <p>Autoregistro de la puesta en práctica de la conducta social</p>	10'	<ul style="list-style-type: none"> -Autoregistros 	<ul style="list-style-type: none"> -Instrucción 	<ul style="list-style-type: none"> -Que el paciente modifique en la vida real sus conductas sociales poco asertivas a través de la modificación de pensamientos disfuncionales y las

				estrategias aprendidas.
SESION 40.				
Actividad 55. Ensayo en vivo 1(Análisis de autoregistros de la puesta en práctica de la conducta social)	120'	-Autoregistros	-Dinámica grupal	-Que el paciente modifique en la vida real sus conductas sociales poco asertivas a través de la modificación de pensamientos disfuncionales y las estrategias aprendidas.
SESION 41.				
Actividad 56. Ensayo conductual 2	145'	-Grafica que se hizo en la actividad 51(tipo de persona) -Autoregistros para la evaluación de habilidades sociales que se analizaron en sesiones anteriores.	-Práctica en equipo	-Que el paciente aprenda a modificar pensamientos disfuncionales y conductas que lo conducen a la falta de asertividad.
Tarea 28. Autoregistro de la puesta en práctica de la conducta social	5'	-Autoregistros	-Instrucción	-Que el paciente modifique en la vida real sus conductas sociales poco asertivas a través de la modificación de pensamientos disfuncionales y las estrategias aprendidas.
SESION 42.				
Actividad 57. Ensayo en vivo 2(Análisis de autoregistros de la puesta en práctica de la conducta social)	120'	-Autoregistros	-Dinámica grupal	-Que el paciente modifique en la vida real sus conductas sociales poco asertivas a través de la modificación de pensamientos disfuncionales y las estrategias

				aprendidas.
SESION 43.				
Actividad 58. Ensayo conductual 3	145'	-Grafica que se hizo en la actividad 51(tipo de persona) -Autoregistros para la evaluación de habilidades sociales que se analizaron en sesiones anteriores.	-Práctica en equipo	-Que el paciente aprenda a modificar pensamientos disfuncionales y conductas que lo conducen a la falta de asertividad.
Tarea 29. Autoregistro de la puesta en práctica de la conducta social	5'	-Autoregistros	-Instrucción	-Que el paciente modifique en la vida real sus conductas sociales poco asertivas a través de la modificación de pensamientos disfuncionales y las estrategias aprendidas.
SESION 44.				
Actividad 59. Ensayo en vivo 3(Análisis de autoregistros de la puesta en práctica de la conducta social)	115'	-Autoregistros	-Dinámica grupal	-Que el paciente modifique en la vida real sus conductas sociales poco asertivas a través de la modificación de pensamientos disfuncionales y las estrategias aprendidas.
Tarea 30. Autoregistro de la puesta en práctica de la conducta social	5'	-Autoregistros	-Instrucción	-Que el paciente modifique en la vida real sus conductas sociales poco asertivas a través de la modificación de pensamientos disfuncionales y las estrategias aprendidas.
SESION 45.				

<i>Evaluación de habilidades sociales</i>	20'	-Escala Multidimensional de Expresión Social- Parte Motora (EMES-M) -Escala Multidimensional de Expresión Social- Parte Cognitiva (EMES-C).	-Evaluación inicial	-Evaluar las habilidades sociales de los pacientes antes del entrenamiento.
Actividad 60. Cierre del tratamiento (Plática sobre prevención de recaídas y etapa de consolidación).	100'	-Contrato terapéutico de sesiones de consolidación.	-Exposición	-Que el paciente comprenda la importancia de la etapa de consolidación en la prevención de recaídas.
<i>Evaluación de la ansiedad en general.</i>	20'	-Cuestionario de Rojas para valorar la ansiedad.	-Evaluación final	-Evaluar la ansiedad en general después del tratamiento.
ETAPA DE CONSOLIDACION				
SESION 1 (2 semanas después del tratamiento)	150'	-Instrumentos para evaluar ansiedad general, capacidad de solución de problemas, habilidades sociales, autoregistros. -Cuestionario de seguimiento para la evaluación del empleo de técnicas cognitivo-conductuales.	-Evaluación -Dinámica grupal	-Que el paciente perfeccione las habilidades adquiridas durante el entrenamiento y que las convierta en un hábito.
SESION 2 (4 semanas después del tratamiento)	150'	-Instrumentos para evaluar ansiedad	-Evaluación -Dinámica grupal	-Que el paciente perfeccione las habilidades

		<p>general, capacidad de solución de problemas, habilidades sociales, autoregistros.</p> <p>-Cuestionario de seguimiento para la evaluación del empleo de técnicas cognitivo-conductuales.</p>		<p>adquiridas durante el entrenamiento y que las convierta en un hábito.</p>
SESION 3 (a los 3 meses)	150'	<p>-Instrumentos para evaluar ansiedad general, capacidad de solución de problemas, habilidades sociales, autoregistros.</p> <p>-Cuestionario de seguimiento para la evaluación del empleo de técnicas cognitivo-conductuales.</p>	<p>-Evaluación</p> <p>-Dinámica grupal</p>	<p>-Que el paciente perfeccione las habilidades adquiridas durante el entrenamiento y que las convierta en un hábito.</p>
SESION 4 (a los 6 meses)	150'	<p>-Instrumentos para evaluar ansiedad general, capacidad de solución de problemas, habilidades sociales, autoregistros.</p> <p>-Cuestionario de seguimiento para la evaluación del empleo de técnicas</p>	<p>-Evaluación</p> <p>-Dinámica grupal</p>	<p>-Que el paciente perfeccione las habilidades adquiridas durante el entrenamiento y que las convierta en un hábito.</p>

		cognitivo- conductuales.		
SESION 5 (a los 12 meses)	150'	-Instrumentos para evaluar ansiedad general, capacidad de solución de problemas, habilidades sociales, autoregistros. -Cuestionario de seguimiento para la evaluación del empleo de técnicas cognitivo- conductuales.	-Evaluación -Dinámica grupal	-Que el paciente perfeccione las habilidades adquiridas durante el entrenamiento y que las convierta en un hábito.
Duración total	5 meses + 5 sesiones de Consolidación			

**INSTRUMENTOS DE
EVALUACIÓN
PSICOLÓGICA**

Anexo 1. ESCALA DE ACONTECIMIENTOS DIARIOS MOLESTOS (Kanner et al;1987)

Instrucciones: Los acontecimientos molestos son suceso irritantes que pueden oscilar desde pequeñas incomodidades a problemas, dificultades o presiones graves. Pueden ocurrir pocas o muchas veces. Aquí encontrará un listado de una serie de formas en las que una persona se puede sentir molesta. Conforme lea cada acontecimiento molesto:

1. Rodee con un círculo el número del acontecimiento si lo ha experimentado DURANTE EL ÚLTIMO MES.
2. Después mire los números que encontrará a la derecha de los items, que hay señalado. Indique, rodeando con un círculo al 1, al 2 o el 3, el grado de SEVERIDAD de cada uno de los acontecimientos molestos que usted ha sufrido en este último mes. Si el acontecimiento no le ha sucedido en el último mes, no lo señale.

1= Algo severo

2= Moderadamente severo

3= Extremadamente severo

1. Descolocar o perder cosas.....	1	2	3
2. Vecinos molestos.....	1	2	3
3. Obligaciones sociales.....	1	2	3
4. Fumadores desconsiderados.....	1	2	3
5. Pensamiento de preocupación acerca de su futuro.....	1	2	3
6. Pensamiento acerca de la muerte.....	1	2	3
7. Problemas de salud de un miembro de su familia.....	1	2	3
8. No tener bastante dinero para comprar ropa.....	1	2	3
9. No tener bastante dinero para la casa.....	1	2	3
10. Preocupaciones por deber dinero.....	1	2	3
11. Preocupaciones por conseguir un crédito.....	1	2	3
12. Preocupaciones acerca de dinero para emergencias.....	1	2	3
13. Alguien debe dinero.....	1	2	3
14. Responsabilidad económica por alguien que no vive con usted.....	1	2	3
15. Corte de la electricidad, el agua, etc.	1	2	3
16. Fumar demasiado, consumir alcohol.	1	2	3
17. Consumir alcohol.....	1	2	3
18. Consumir drogas.....	1	2	3
19. Demasiadas responsabilidades.....	1	2	3
20. Decisiones acerca e tener hijos.....	1	2	3
21. Personas que no son de la familia viviendo en casa.....	1	2	3
22. Cuidar de un animal de compañía.....	1	2	3
23. Planificar comidas.....	1	2	3
24. Preocupaciones sobre el significado de la vida.....	1	2	3
25. Problemas para relajarse.....	1	2	3
26. Problemas para tomar decisiones.....	1	2	3

27. Problemas de relaciones con compañeros de trabajo.....	1	2	3
28. Problemas con los clientes.....	1	2	3
29. Mantenimiento del hogar.....	1	2	3
30. Preocupaciones acerca de la estabilidad laboral.....	1	2	3
31. preocupaciones acerca de la jubilación.....	1	2	3
32. traslado por motivos laborales.....	1	2	3
33. No gustarle sus actuales deberes laborales.....	1	2	3
34. No gustarle los compañeros del trabajo.....	1	2	3
35. Insuficiente dinero para las necesidades básicas.....	1	2	3
36. Insuficiente dinero para comida.....	1	2	3
37. Demasiadas interrupciones.....	1	2	3
38. Compaffía inesperada.....	1	2	3
39. Demasiado tiempo libre.....	1	2	3
40. Tener que esperar.....	1	2	3
41. Preocupaciones acerca de accidentes.....	1	2	3
42. Estar solo.....	1	2	3
43. Insuficiente dinero para el cuidado de la salud.....	1	2	3
44. Miedo a confrontaciones.....	1	2	3
45. Seguridad financiera.....	1	2	3
46. Errores prácticos absurdos.....	1	2	3
47. Incapacidad para expresarse.....	1	2	3
48. Enfermedad física.....	1	2	3
49. Efectos secundarios de medicamentos.....	1	2	3
50. Preocupaciones acerca de tratamientos médicos.....	1	2	3
51. Apariencia física.....	1	2	3
52. Miedo al rechazo.....	1	2	3
53. Dificultades para lograr un embarazo.....	1	2	3
54. Problemas sexuales causados por problemas físicos.....	1	2	3
55. Problemas sexuales no causados por problemas físicos.....	1	2	3
56. Preocupaciones acerca de la salud en general.....	1	2	3
57. No ver suficiente gente.....	1	2	3
58. Amigos o familiares demasiado lejos.....	1	2	3
59. Preparar comidas.....	1	2	3
60. Perder tiempo.....	1	2	3
61. Automantenimiento.....	1	2	3
62. Rellenar impresos.....	1	2	3
63. Deterioro del vecindario.....	1	2	3
64. Financiación de la educación de los hijos.....	1	2	3
65. Problemas con los empleados.....	1	2	3
66. Problemas en el trabajo por ser un hombre o una mujer.....	1	2	3
67. Pérdida de habilidades físicas.....	1	2	3
68. Ser explotado.....	1	2	3
69. Preocupaciones acerca de las funciones corporales.....	1	2	3
70. Subida de precios de bienes de consumo.....	1	2	3
71. Insuficiente descanso.....	1	2	3
72. Sueño insuficiente.....	1	2	3
73. Problemas con padres mayores.....	1	2	3

74. Problemas con los niños.....	1	2	3
75. Problemas con personas más jóvenes que usted.....	1	2	3
76. Problemas con su pareja.....	1	2	3
77. Dificultades visuales o auditivas.....	1	2	3
78. Sobrecarga de responsabilidades familiares.....	1	2	3
79. Demasiadas cosas que hacer.....	1	2	3
80. Trabajo monótono.....	1	2	3
81. Preocupaciones por alcanzar altos niveles.....	1	2	3
82. Tratos financieros con amigos o conocidos.....	1	2	3
83. Insatisfacción laboral.....	1	2	3
84. Preocupaciones sobre decisiones acerca de un cambio de trabajo.....	1	2	3
85. Dificultades con las habilidades de lectura, escritura o habla.....	1	2	3
86. Demasiadas reuniones.....	1	2	3
87. Problemas de divorcio o separación.....	1	2	3
88. Dificultades con las habilidades aritméticas.....	1	2	3
89. Cotilleos.....	1	2	3
90. Problemas legales.....	1	2	3
91. Preocupaciones acerca del peso.....	1	2	3
92. Insuficiente tiempo para hacer las cosas que necesita.....	1	2	3
93. Televisión.....	1	2	3
94. Insuficiente energía personal.....	1	2	3
95. Preocupaciones por conflictos internos.....	1	2	3
96. Confusión acerca de qué hacer.....	1	2	3
97. Remordimientos por decisiones pasadas.....	1	2	3
98. Problemas menstruales (con la regla).....	1	2	3
99. Tiempo atmosférico.....	1	2	3
100. Pesadillas.....	1	2	3
101. Preocupaciones por progresar.....	1	2	3
102. Regañinas de jefes o superiores.....	1	2	3
103. Dificultades con amigos.....	1	2	3
104. Insuficiente dinero para la familia.....	1	2	3
105. Problemas de transporte.....	1	2	3
106. Insuficiente dinero para el transporte.....	1	2	3
107. Insuficiente dinero para el entretenimiento y recreo.....	1	2	3
108. Compras.....	1	2	3
109. Prejuicios y discriminaciones por parte de otros.....	1	2	3
110. Propiedades, inversiones o impuestos.....	1	2	3
111. Insuficiente tiempo para el entretenimiento y recreo.....	1	2	3
112. Mantenimiento del jardín o exteriores de la casa.....	1	2	3
113. Preocupaciones acerca de nuevos eventos.....	1	2	3
114. Ruido.....	1	2	3
115. Crimen.....	1	2	3
116. Tráfico.....	1	2	3
117. Contaminación.....	1	2	3
118. ¿Hemos olvidado algún acontecimiento molesto que le haya ocurrido? Si es así, escríbalo a continuación:	1	2	3

Anexo 2. COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989)

Nombre y Apellidos _____

Sexo: V M Edad: _____ Fecha: _____

Estamos interesados en cómo las personas responden cuando se enfrentan a acontecimientos difíciles o estresantes en sus vidas. Hay muchas maneras de intentar hacer frente al estrés. Este cuestionario le pide que indique lo que usted habitualmente hace o siente cuando experimenta sucesos estresantes. Evidentemente, acontecimiento diferentes provocan respuestas algo distintas, pero piense en lo que usted hace habitualmente cuando se encuentra bajo estrés.

Responda a cada uno de los ítems siguientes rodeando con un círculo el número que corresponda a su respuesta para cada uno de ellos, teniendo en cuenta las alternativas de respuesta que a continuación se indican. Por favor, intente responder a cada ítem separándolo mentalmente de los otros ítems. No existen respuestas “buenas” o “malas”, por tanto, elija aquella respuesta que es más adecuada para USTED, no la que usted crea que “la mayoría de las personas” diría o haría. Indique lo que USTED habitualmente hace cuando USTED experimenta un acontecimiento estresante.

- 1= Habitualmente no hago esto en absoluto
- 2= Habitualmente hago esto un poco
- 3= Habitualmente hago esto bastante
- 4= Habitualmente hago esto mucho

- 1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia.....1 2 3 4
- 2. Me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente.....1 2 3 4
- 3. Me altero y dejo que mis emociones afloren.....1 2 3 4
- 4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.....1 2 3 4
- 5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello.....1 2 3 4
- 6. Me digo a mi mismo “esto no es real”1 2 3 4
- 7. Confío en Dios.....1 2 3 4
- 8. Me río de la situación.....1 2 3 4
- 9. Admito que no puedo hacerle frente y dejo de intentarlo.....1 2 3 4
- 10. Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente.....1 2 3 4
- 11. Hablo de mis sentimientos con alguien.....1 2 3 4
- 12. Utilizo alcohol o drogas para hacerme sentir mejor.....1 2 3 4
- 13. Me acostumbro a la idea de lo que pasó.....1 2 3 4
- 14. Hablo con alguien para averiguar más acerca de la situación.....1 2 3 4
- 15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.....1 2 3 4
- 16. Sueño despierto con cosas diferentes de esta.....1 2 3 4
- 17. Me altero y soy realmente consciente de ello.....1 2 3 4
- 18. Busco la ayuda de Dios.....1 2 3 4
- 19. Elaboro un plan de acción.....1 2 3 4
- 20. Hago bromas sobre ello.....1 2 3 4
- 21. Acepto que esto ha pasado y que no se puede cambiar.....1 2 3 4

22. Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita.....	1	2	3	4
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.....	1	2	3	4
24. Simplemente dejo de intentar alcanzar mi objetivo.....	1	2	3	4
25. Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema.....	1	2	3	4
26. Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumiendo droga.....	1	2	3	4
27. Me niego a creer que ha sucedido.....	1	2	3	4
28. Dejo aflorar mis sentimientos.....	1	2	3	4
29. Intento verlo de manera diferente para hacerlo ver más positivo.....	1	2	3	4
30. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema.....	1	2	3	4
31. Duermo más de lo habitual.....	1	2	3	4
32. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.....	1	2	3	4
33. Me centro en hacer frente a este problema, y si es necesario dejo otras cosas un poco de lado.....	1	2	3	4
34. Consigo el apoyo y comprensión de alguien.....	1	2	3	4
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.....	1	2	3	4
36. Bromeo sobre ello.....	1	2	3	4
37. Renuncio a conseguir lo que quiero.....	1	2	3	4
38. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.....	1	2	3	4
39. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.....	1	2	3	4
40. Finjo que no está sucediendo realmente.....	1	2	3	4
41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente.....	1	2	3	4
42. Intento firmemente evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por hacer frente a esto.....	1	2	3	4
43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello.....	1	2	3	4
44. Acepto la realidad del hecho que ha sucedido.....	1	2	3	4
45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.....	1	2	3	4
46. Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar.....	1	2	3	4
47. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema.....	1	2	3	4
48. Intento encontrar alivio en mi religión.....	1	2	3	4
49. Me obligo a encontrar el momento adecuado para hacer algo.....	1	2	3	4
50. Hago bromas de la situación.....	1	2	3	4
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en marcha para resolver el problema.....	1	2	3	4
52. Hablo con alguien de cómo me siento.....	1	2	3	4
53. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.....	1	2	3	4
54. Aprendo a vivir con ello.....	1	2	3	4
55. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en esto.....	1	2	3	4
56. Bromeo sobre ello.....	1	2	3	4
57. Actúo como si nunca hubiera sucedido.....	1	2	3	4
58. Hago lo que ha de hacerse, paso a paso.....	1	2	3	4
59. Aprendo algo de la experiencia.....	1	2	3	4
60. Rezo más de lo habitual.....	1	2	3	4

**Anexo 3. CUESTIONARIO DE MODOS DE AFRONTAMIENTO-REVISADO (WOC-R)
Lazarus y Folkman,1984)**

Instrucciones: Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación. Cada uno de ellos describe formas de hacer frente los problemas. Piense en el último problema que tuvo y rodee con un círculo la categoría que exprese en qué medida actuó como se describe encada una de estas afirmaciones.

- 0= En absoluto
1= En medida alguna
2= Bastante
3= En gran medida

1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el próximo paso).....	0	1	2	3
2. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada.....	0	1	2	3
3. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión.....	0	1	2	3
4. Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación.....	0	1	2	3
5. Me critique o me sermoneé a mí mismo.....	0	1	2	3
6. No intenté quemar mis naves si no que deje alguna posibilidad abierta.....	0	1	2	3
7. Confié en que ocurriera un milagro.....	0	1	2	3
8. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte).....	0	1	2	3
9. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada	0	1	2	3
10. Intenté guardar para mí mis sentimientos.....	0	1	2	3
11. Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo;				
12. Intenté mirar las cosas por su lado bueno.....	0	1	2	3
13. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.....	0	1	2	3
14. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona.....	0	1	2	3
15. Me sentí inspirado para ser algo creativo.....	0	1	2	3
16. Intenté olvidarme de todo.....	0	1	2	3
17. Busqué la ayuda de un profesional.....	0	1	2	3
18. Cambié, madure como persona.....	0	1	2	3
19. Me disculpé o hice algo para compensar.....	0	1	2	3
20. Desarrollé un plan de acción y lo seguí.....	0	1	2	3
21. De algún modo expresé mis sentimientos.....	0	1	2	3
22. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema.....	0	1	2	3
23. Salí de la experiencia mejor de lo que entré.....	0	1	2	3
24. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mí problema.....	0	1	2	3
25. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando,				
26. Tomando drogas o medicamentos.....	0	1	2	3
27. Intenté no actuar demasiado deprisa y dejarme llevar por mi primer impulso.....	0	1	2	3
28. Tuve fe en algo nuevo.....	0	1	2	3
29. Redescubrí lo que es importante den la vida.....	0	1	2	3
30. Cambié algo para que las cosas fueran bien.....	0	1	2	3
31. Evité estar con la gente en general.....	0	1	2	3

32. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo.....	.0	1	2	3
33. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo.....	.0	1	2	3
34. Oculté a los demás lo mal que iban las cosas.....	.0	1	2	3
35. No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio.....	.0	1	2	3
36. Le conté a alguien cómo me sentía.....	.0	1	2	3
37. Me mantuve firme y me pelée por lo que quería.....	.0	1	2	3
38. Me desquité con los demás.....	.0	1	2	3
39. Recurrí a experiencias pasadas, ya me había encontrado antes en una situación similar0	1	2	3
40. Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.....	.0	1	2	3
41. Me negué a creer lo que había ocurrido.....	.0	1	2	3
42. Me prometí a mi mismo que las cosas sería distintas la próxima vez.....	.0	1	2	3
43. Propuse un par de soluciones distintas al problema.....	.0	1	2	3
44. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en otras cosas.....	.0	1	2	3
45. Cambié algo de mí.....	.0	1	2	3
46. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara.....	.0	1	2	3
47. Fantaseé e imaginé el modo en qué podrían cambiar las cosas.....	.0	1	2	3
48. Recé.....	.0	1	2	3
49. Repasé mentalmente lo que haría o diría.....	.0	1	2	3
50. Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo.....	.0	1	2	3

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS SOCIALES (SPSI) D'Zurilla y Nezu, 1990

Instrucciones: A continuación aparece una serie de frases que describen formas que la gente puede pensar, sentir o comportarse cuando se enfrenta con los problemas de la vida cotidiana. Nos referimos a problemas importantes que pueden tener un efecto significativo sobre su bienestar o sobre el bienestar de las personas que ama, tales como problemas relacionados con la salud, disputas familiares o problemas de rendimiento en el trabajo o los estudios. Por favor, lea cada frase y puntúe en que medida la frase es cierta para usted siguiendo las pautas que a continuación se indican. Puntúese considerando cómo piensa, siente o se comporta *generalmente* cuando se enfrenta con esos problemas en los lugares y momentos que se indican. Colóquese el número apropiado entre paréntesis () al lado del número de la frase.

- 0= Nada en absoluto
- 1= Escasamente
- 2= Moderadamente
- 3= Bastante
- 4= Completamente

1. Cuando no puedo resolver un problema rápidamente y sin demasiado esfuerzo, tiendo a pensar que soy estúpido e incompetente.....0 1 2 3 4
2. Cuando tengo que resolver un problema, una de las cosas que hago es examinar toda la información que tengo acerca del problema y trato de decidir qué es lo más relevante o importante.....0 1 2 3 4
3. Pierdo mucho tiempo preocupándome acerca de mis problemas en lugar de intentar resolverlos.....0 1 2 3 4
4. Generalmente me siento amenazado y asustado cuando tengo un problema que resolver.....0 1 2 3 4
5. Al tomar decisiones, generalmente no evalúo ni comparo las diferentes alternativas lo suficientemente.....0 1 2 3 4
6. Cuando tengo un problema, a menudo dudo cuál es la solución para él.0 1 2 3 4
7. Cuando intento decidir cuál es la mejor solución a un problema, generalmente no tengo en cuenta el efecto que cada alternativa puede tener en el bienestar de otras personas.....0 1 2 3 4
8. Cuando trato de encontrar una solución a un problema, a menudo pienso en las posibles soluciones y trato de combinar algunas de ellas para tomar una solución mejor.....0 1 2 3 4
9. Generalmente me siento nervioso e inseguro cuando tengo que tomar una decisión importante.....0 1 2 3 4
10. Cuando mis primeros esfuerzos para resolver un problema fallan, generalmente pienso que si insisto y no cedo fácilmente, seré capaz de encontrar una buena solución.....0 1 2 3 4
11. Cuando intento solucionar un problema, generalmente sigo la primera idea que se me pasa por la cabeza.....0 1 2 3 4
12. Cuando tengo un problema, generalmente creo que existe una solución para él...0 1 2 3 4

13. Cuando me enfrento con un problema largo y complejo, generalmente trato de dividirlo en problemas más pequeños que pueda resolver uno a uno.....0 1 2 3 4
14. Después de solucionar un problema, generalmente no pierdo tiempo en comparar el resultado real con el que había imaginado cuando escogí esa solución...0 1 2 3 4
15. Generalmente espero a ver si un problema se resuelve por sí mismo antes de intentar resolverlo yo.....0 1 2 3 4
16. Cuando tengo que resolver un problema, una de las cosas que hago es analizar la situación y tratar de identificar los obstáculos que me impiden hacer lo que yo quiero.....0 1 2 3 4
17. Cuando mis primeros esfuerzos por resolver un problema fallan, me siento muy enfadado y frustrado.....0 1 2 3 4
18. Generalmente me siento satisfecho con los resultados de las soluciones.....0 1 2 3 4
20. Antes de intentar resolver un problema, generalmente trato de averiguar si el problema está causado por otro más importante que podría ser resuelto antes.....0 1 2 3 4
21. Cuando me surge un problema, generalmente aplazo la solución tanto tiempo como es posible.....0 1 2 3 4
22. Después de solucionar un problema, generalmente no me paro a valorar los resultados.....0 1 2 3 4
23. Generalmente me aparto de mi camino para evitar tener que resolver problemas.....0 1 2 3 4
24. Los problemas difíciles me hacen sentirme mal.....0 1 2 3 4
24. Cuando estoy intentando decidir cuál es la mejor solución a un problema, trato de predecir el resultado posterior de llevar a cabo cada una de las alternativas...0 1 2 3 4
26. Generalmente afronto mis problemas directamente, en lugar de intentar evitarlos.....0 1 2 3 4
27. Cuando estoy intentando resolver un problema, a menudo intento ser creativo y pensar en soluciones originales o poco convencionales.....0 1 2 3 4
28. Cuando estoy intentando resolver un problema, generalmente tomo la primera idea buena que me viene a la mente.....0 1 2 3 4
29. Cuando estoy intentando encontrar la solución a un problema, a menudo pienso en una serie de posibles soluciones y, posteriormente, vuelvo sobre ellas y considero como pueden modificarse las diferentes soluciones para conseguir una solución mejor.....0 1 2 3 4
30. Cuando intento pensar en soluciones posibles a un problema, generalmente me resulta difícil encontrar distintas alternativas.....0 1 2 3 4
31. Generalmente prefiero evitar los problemas en lugar de enfrentarme a ellos y verme obligado a resolverlos.....0 1 2 3 4
32. Al tomar decisiones, generalmente considero no solo las consecuencias inmediatas de cada alternativa, si no también las consecuencias a largo plazo.....0 1 2 3 4
33. Después de llevar a cabo la solución a un problema, generalmente intento analizar que fue correcto y qué fue erróneo.....0 1 2 3 4
34. Cuando estoy intentando encontrar una solución a un problema, generalmente intento pensar en tantos modos de afrontar el problema como sea posible.....0 1 2 3 4
35. Después de llevar a cabo la solución a un problema, generalmente examino mis sentimientos y valoro si han cambiado a mejor.....0 1 2 3 4

36. Antes de llevar a cabo la solución del problema en la situación problemática real, a menudo practico o pongo a prueba la solución para incrementar las posibilidades de éxito.....0 1 2 3 4
37. Cuando me enfrento con un problema difícil, habitualmente pienso que voy a ser capaz de solucionarlo por mí mismo y me esfuerzo mucho por conseguirlo.....0 1 2 3 4
38. Cuando tengo que resolver un problema, una de las primeras cosas que hago es recoger la máxima información posible sobre el problema.....0 1 2 3 4
39. Antes de tratar de solucionar un problema, intento establecer si dicho problema es parte de uno mayor al que debería enfrentarme.....0 1 2 3 4
40. Con frecuencia aplazo la resolución de los problemas hasta que es demasiado tarde para poder solucionarlos.....0 1 2 3 4
41. Antes de intentar solucionar un problema, suelo valorar la situación para determinar la importancia que tiene para mi bienestar personal y el de mis seres queridos.....0 1 2 3 4
42. Pienso que empleo más tiempo evitando mis problemas que solucionándolos.....0 1 2 3 4
43. Cuando intento solucionar un problema, con frecuencia me siento tan mal que no puedo pensar con claridad.....0 1 2 3 4
44. Antes de intentar pensar en la solución a un problema, suelo señalar objetivos específicos que me indiquen exactamente que debo hacer.....0 1 2 3 4
45. Cuando trato de decidir cual es la mejor solución para un problema, habitualmente no dedico el tiempo necesario a considerar los pros y contras de cada solución.....0 1 2 3 4
46. Cuando el resultado de mi solución a un problema no es satisfactorio, generalmente trato de averiguar que falló, y luego intento de nuevo.....0 1 2 3 4
47. Cuando estoy trabajando en un problema difícil, a menudo me encuentro tan mal que me siento confuso y desorientado.....0 1 2 3 4
48. Odio tener que resolver los problemas que surgen en mi vida.....0 1 2 3 4
49. Después de llevar a cabo la solución a un problema, generalmente intento valorar cuidadosamente cuánto a empeorado la situación.....0 1 2 3 4
50. Generalmente soy capaz de permanecer “frío y calculador” cuando estoy resolviendo un problema.....0 1 2 3 4
51. Cuando tengo un problema, generalmente intento verlo como un reto o una oportunidad para beneficiarme de alguna forma.....0 1 2 3 4
52. Cuando estoy intentando resolver un problema, generalmente pienso en tantas soluciones diferentes como sea posible, hasta que no me surgen más ideas.....0 1 2 3 4
53. Cuando estoy intentando decidir cuál es la mejor solución a un problema, generalmente trato de sopesar las consecuencias de cada solución posible y compararlas entre si.....0 1 2 3 4
54. A menudo me deprimó y me bloqueo cuando tengo que resolver un problema importante.....0 1 2 3 4
55. Mis soluciones a los problemas suelen tener éxito para lograr los objetivos que me marco al resolver el problema.....0 1 2 3 4
56. Cuando me enfrento con un problema difícil, generalmente intento evitar el problema o acudo a alguien para que me ayude a resolverlo.....0 1 2 3 4
57. Cuando estoy tratando de decidir cuál es la mejor solución a un problema, generalmente considero los efectos que, probablemente, tendrá la puesta en práctica de cada alternativa sobre mis sentimientos.....0 1 2 3 4

58. Cuando tengo que resolver un problema, una de las cosas que hago es examinar qué tipo de circunstancias externas, de mi ambiente, pueden contribuir al problema.....0 1 2 3 4
59. Cuando me surge un problema, generalmente me reprocho a mí mismo el haberlo causado.....0 1 2 3 4
60. Al tomar decisiones, habitualmente sigo mis "sentimientos" sin pensar mucho en las consecuencias de cada alternativa0 1 2 3 4
61. Al tomar decisiones, generalmente utilizo un método sistemático para juzgar y comparar las alternativas.....0 1 2 3 4
62. Cuando estoy tratando de encontrar una solución a un problema, intento tener siempre presente mi objetivo.....0 1 2 3 4
63. Cuando mis primeros esfuerzos por resolver un problema fallan, generalmente pienso que debo dejarlo y buscar ayuda.....0 1 2 3 4
64. Cuando tengo sentimientos negativos, tiendo a conformarme con ese estado, en lugar de intentar descubrir que problema puede estar causando esos sentimientos.0 1 2 3 4
65. Cuando estoy tratando de buscar una solución a un problema, intento abordarlo Desde todos los ángulos posibles.....0 1 2 3 4
66. Cuando tengo dificultades para comprender un problema, generalmente intento conseguir información, acerca del problema, más concreta y específica para que me ayude a clarificarlo.....0 1 2 3 4
67. Cuando tengo un problema, tiendo a obsesionarme con el daño o pérdida que podría ocurrir si yo no solucionase el problema con éxito.....0 1 2 3 4
68. Cuando mis primeros esfuerzos para resolver un problema fallan, tiendo a desanimarme y deprimirme.....0 1 2 3 4
69. Cuando una solución que he tomado no resuelve mi problema satisfactoriamente, generalmente no dedico tiempo a examinar por qué no ha funcionado.....0 1 2 3 4
70. Pienso que soy muy impulsivo cuando hay que tomar decisiones.....0 1 2 3 4

Anexo 5. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EXPRESIÓN SOCIAL- PARTE MOTORA (EMES-M), CREADA POR CABALLO, 1987.

El siguiente inventario ha sido construido para proporcionar información sobre la forma como actúas normalmente. Por favor, contesta a las preguntas poniendo una X en la casilla apropiada, de 0-4, según tu propia elección:

- 4: Siempre o muy a menudo (91 a 100% de las veces)
- 3: Habitualmente o a menudo (66 a 90% de las veces)
- 2: De vez en cuando (35 a 65% de las veces)
- 1: Raramente (10 a 34% de las veces)
- 0: Nunca o muy raramente (0-9% de las veces)

Responde aparte, en la hoja de respuestas. Tu contestación debe reflejar la frecuencia con que realizas el tipo de conducta descrito en cada pregunta.

1. Cuando personas que apenas conozco me alaban, intento minimizar la situación, quitando importancia al hecho por el que soy alabado.
2. Cuando un vendedor se ha tomado una molestia considerable en enseñarme un producto que no me acaba de satisfacer, soy incapaz de decirle que "no".
3. Cuando la gente me presiona para que haga cosas por ellos, me resulta difícil decir que "no".
4. Evito hacer preguntas a personas que no conozco
5. Soy incapaz de negarme cuando mi pareja me pide algo
6. Si un/a amigo/a me interrumpe en medio de una importante conversación, le pido que espere hasta que haya acabado
7. Cuando mi superior o jefe me irrita soy capaz de decirselo
8. Si un amigo/a a quien he prestado \$1000 parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.
9. Me resulta fácil hacer que mi pareja se sienta bien, alabándola
10. Me aparto de mi camino para evitar problemas con otras personas
11. Es un problema para mí mostrar a la gente mi agrado hacia ellos
12. Si dos personas en un cine o en una conferencia está hablando demasiado alto, les digo que se callen.
13. Cuando un atractivo miembro del sexo opuesto me pide algo, soy incapaz de decirle que "no".

14. Cuando me siento enojado con alguien lo oculto.
15. Me reservo mis opiniones
16. Soy extremadamente cuidadoso/a en evitar herir los sentimientos de los demás
17. Cuando me atrae una persona a la que no he sido presentado/a, intento de manera activa conocerla
18. Me resulta difícil hablar en público
19. Soy incapaz de expresar desacuerdo a mi pareja
20. Evito hacer preguntas en clase o en el trabajo por miedo o por timidez
21. Me resulta fácil hacer cumplidos a una persona que apenas conozco
22. Cuando alguno de mis superiores me llama para que haga cosas que no tengo obligación de hacer, soy incapaz de decir que "no".
23. Me resulta difícil hacer nuevos amigos/as
24. Si un/a amigo/a traiciona mi confianza, expreso claramente mi disgusto a esa persona
25. Expreso sentimientos de cariño hacia mis padres.
26. Me resulta difícil hacerle un cumplido a un superior
27. Si estuviera en un pequeño seminario o reunión y el profesor o la persona que lo dirigen hiciera una afirmación que yo considero incorrecta, expondría mi propio punto de vista.
28. Si ya no quiero seguir saliendo con alguien del sexo opuesto, se lo hago saber claramente.
29. Soy capaz de expresar sentimientos negativos hacia extraños si me siento ofendido/a.
30. Si en un restaurante me sirven comida que no está a mi gusto, me quejo de ello al camarero.
31. Me cuesta hablar con una persona atractiva del sexo opuesto a quien conozco sólo ligeramente.
32. Cuando he conocido a una persona que me agrada le pido el teléfono para un posible encuentro posterior.
33. Si estoy enfadado con mis padres se lo hago saber claramente
34. Expreso mi punto de vista aunque sea impopular
35. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, le busco enseguida para poner los puntos sobre las íes.

36. Me resulta difícil iniciar una conversación con un extraño
37. Soy incapaz de defender mis derechos ante mis superiores
38. Si una figura con autoridad me critica sin justificación, me resulta difícil discutir su crítica abiertamente.
39. Si un miembro del sexo opuesto me critica injustamente, le pido claramente explicaciones.
40. Dudo en solicitar citas por timidez
41. Me resulta fácil dirigirme y empezar una conversación con un superior.
42. Con buenas palabras hago lo que los demás quieren que haga y no lo que realmente querría hacer.
43. Cuando conozco gente nueva tengo poco que decir
44. Hago la vista gorda cuando alguien se cuela delante de mí en una fila
45. Soy incapaz de decir a alguien del sexo opuesto que me gusta
46. Me resulta difícil criticar a los demás incluso cuando está justificado
47. No sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto
48. Si me doy cuenta de que me estoy enamorando de alguien con quien salgo, expreso estos sentimientos a esa persona.
49. Si un familiar me critica injustamente, expreso mi enojo espontánea y fácilmente.
50. Me resulta fácil aceptar cumplidos provenientes de otras personas
51. Me río de las bromas que realmente me ofenden en vez de protestar o hablar claramente.
52. Cuando me alaban no sé qué responder
53. Soy incapaz de hablar en público
54. Soy incapaz de mostrar afecto hacia un miembro del sexo opuesto
55. En las relaciones con mi pareja es ella/él quien lleva el peso de las conversaciones
56. Evito pedir algo a una persona cuando ésta se trata de un superior
57. Si un pariente cercano y respetado me estuviera importunando, le expresaría claramente mi malestar.

58. Cuando un dependiente en una tienda atiende a alguien que está detrás de mí, llamo su atención al respecto.

59. Me resulta difícil hacer cumplidos o alabar a un miembro del sexo opuesto

60. Cuando estoy en un grupo, tengo problemas para encontrar cosas sobre las que hablar

61. Me resulta difícil mostrar afecto hacia otra persona en público

62. Si un vecino del sexo opuesto, a quien he estado queriendo conocer, me para al salir de la casa y me pregunta la hora, tomaría la iniciativa en empezar una conversación con esa persona.

63. Soy una persona tímida

64. Me resulta fácil mostrar mi enfado cuando alguien hace algo que me molesta.

EMES-M
(Hoja de respuestas)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Por favor, lee atentamente cada pregunta de la “Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Motora” (EMES-M) y anota con un aspa en la casilla correspondiente la contestación que más adecuadamente describe tu forma de actuar.

Siempre o muy a menudo (91 a 100% de las veces) Habitualmente o a menudo (66 a 90% de las veces) De vez en cuando (35 a 65% de las veces) Raramente (10 a 34% de las veces) Nunca o muy raramente (0 a 9% de las veces)

(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
*1. 0 1 2 3 4	17. 0 1 2 3 4	33. 0 1 2 3 4	49. 0 1 2 3 4	
*2. 0 1 2 3 4	*18. 0 1 2 3 4	34. 0 1 2 3 4	50. 0 1 2 3 4	
*3. 0 1 2 3 4	*19. 0 1 2 3 4	35. 0 1 2 3 4	*51. 0 1 2 3 4	
*4. 0 1 2 3 4	*20. 0 1 2 3 4	*36. 0 1 2 3 4	*52. 0 1 2 3 4	
*5. 0 1 2 3 4	21. 0 1 2 3 4	*37. 0 1 2 3 4	*53. 0 1 2 3 4	
6. 0 1 2 3 4	*22. 0 1 2 3 4	*38. 0 1 2 3 4	*54. 0 1 2 3 4	
7. 0 1 2 3 4	*23. 0 1 2 3 4	39. 0 1 2 3 4	*55. 0 1 2 3 4	
8. 0 1 2 3 4	24. 0 1 2 3 4	*40. 0 1 2 3 4	*56. 0 1 2 3 4	
9. 0 1 2 3 4	*25. 0 1 2 3 4	41. 0 1 2 3 4	57. 0 1 2 3 4	
*10. 0 1 2 3 4	26. 0 1 2 3 4	*42. 0 1 2 3 4	58. 0 1 2 3 4	
*11. 0 1 2 3 4	27. 0 1 2 3 4	*43. 0 1 2 3 4	*59. 0 1 2 3 4	
12. 0 1 2 3 4	28. 0 1 2 3 4	*44. 0 1 2 3 4	*60. 0 1 2 3 4	
*13. 0 1 2 3 4	29. 0 1 2 3 4	*45. 0 1 2 3 4	*61. 0 1 2 3 4	
*14. 0 1 2 3 4	30. 0 1 2 3 4	*46. 0 1 2 3 4	62. 0 1 2 3 4	
*15. 0 1 2 3 4	*31. 0 1 2 3 4	*47. 0 1 2 3 4	*63. 0 1 2 3 4	
*16. 0 1 2 3 4	32. 0 1 2 3 4	*48. 0 1 2 3 4	64. 0 1 2 3 4	

Anexo 6. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EXPRESIÓN SOCIAL- PARTE COGITIVA (EMES-C), CREADA POR CABALLO,1987.

El siguiente inventario se ha diseñado para proporcionar información sobre algunos pensamientos que puedes tener de vez en cuando. Por favor, contesta a las preguntas poniendo una X en la casilla apropiada, de 0 a 4, según tu propia elección:

- 4:** Siempre o muy a menudo
- 3:** Habitualmente o a menudo
- 2:** De vez en cuando
- 1:** Raramente
- 0:** Nunca o muy raramente

1. Temo "dar la nota" en una reunión de grupo aunque con ello exprese mis opiniones personales.
2. Si un superior me molesta, me preocupa el tener que decirselo directa y claramente.
3. Temo expresar opiniones personales en un grupo de amigos/as por miedo a parecer incompetente.
4. Pienso que si no estoy seguro/a de lo que voy a decir es mejor que no inicie una conversación porque podría "meter la pata".
5. Me preocupa que al expresar mi sentimientos negativos justificados hacia los demás pueda con ello causarles una mala impresión.
6. Temo las desaprobación de mis amigos/as si me enfrento con ellos/as cuando se están aprovechando de mí.
7. Me preocupa el empezar una conversación con mis amigos/as cuando sé que no se encuentran de humor.
8. Pienso que es preferible ser humilde y minimizar los cumplidos que me hagan mis amigos/as que aceptarlos y poder causar una impresión negativa.
9. El hacer cumplidos a otra persona no va con mi forma de ser.
10. Cuando cometo un error en compañía de mi pareja temo que él/ella me critique.
11. Temo hablar en público por miedo a hacer el ridículo
12. Me importa bastante la impresión que cause a los miembros del sexo opuesto cuando estoy defendiendo mis derechos.
13. Me preocupa hacer "una escena" cuando defiendo mis derechos personales ante mis padres.
14. He pensado que los demás tenfan de mí una opinión desfavorable cuando expresaba cuando expresaba opiniones contrarias a las de ellos/as.
15. Cuando un superior me critica injustamente temo enfrentarme con él/ella porque puedo fallar en la argumentación.
16. He pensado que es responsabilidad mía ayudar a la gente que apenas conozco, simplemente porque me lo hayan pedido.
17. Temo expresar cariño hacia mis padres.
18. Me preocupa hablar en público por temor a lo que los demás puedan pensar de mí.
19. Si hago un cumplido a una persona del sexo opuesto, me preocupa notablemente hacer el ridículo.
20. He estado preocupado/a sobre que pensarían las otras personas de mí si defiendo mis derechos frente a ellos.
21. Cuando expreso mi enfado por una conducta de mi pareja, temo su desaprobación.
22. Pienso que no es agradable recibir cumplidos y que la gente no debería prodigarlos tan a menudo.

23. He pensado que si una persona del sexo opuesto rechaza una cita para salir con migo, me está rechazando a mí como persona.
24. Me preocupa notablemente el iniciar conversaciones con desconocidos cuando no hemos sido presentados.
25. Pienso que, si me hacen un cumplido, lo más conveniente es pasarlo por alto y hacer como si no me hubiera dado cuenta.
26. Me preocupa que el mantener una conversación con una persona del sexo opuesto tenga que depender de mí.
27. Me importa bastante hablar en público por miedo a parecer incompetente.
28. Temo rechazar las peticiones que provienen de mis padres.
29. Me importa bastante el expresar desacuerdo ante personas con autoridad cuando ello podría suponer una opinión desfavorable.
30. Me preocupa lo que puedan pensar mis amigos/as cuando expreso mi afecto hacia ellos/as.
31. Me preocupa lo que piense la gente de mí si acepto abiertamente un cumplido que me han hecho.
32. He pensado que una persona a la que conozco poco no tiene el derecho de pedirme algo que me cueste hacer.
33. Si hago peticiones a personas con autoridad temo la desaprobación de esas personas.
34. He pensado que alguien que hace peticiones poco razonables sólo puede esperar malas contestaciones.
35. Pienso que el alabar o hacer cumplidos a un extraño no puede ser nunca una manera de empezar a conocer a esa persona.
36. Me preocupa notablemente que mi pareja no me corresponda siempre que le expreso mi cariño.
37. He pensado que si me enfrento a las críticas de mis amigos/as probablemente de lugar a situaciones violentas.
38. Me importa notablemente que al alabar a los demás alguien piense que soy un/a adulator/a.
39. El rechazar hacer lo que mi pareja me ha pedido es una forma segura de sentirme luego culpable.
40. Me preocupa hablar en público por miedo a hacerlo mal.
41. Temo que la gente me critique.
42. Me preocupa notablemente que al expresar sentimientos negativos hacia el sexo opuesto pueda causarles una mala impresión.
43. Si pido favores a personas que no conozco o conozco muy poco temo causarles una impresión negativa.
44. Me preocupa bastante expresar sentimientos de afecto hacia personas del sexo opuesto.

EMES-C
(Hoja de respuestas)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Por favor, lee atentamente cada pregunta de la “Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Cognitiva” (EMES-C) y marca con un aspa (X) en la casilla correspondiente la contestación que más adecuadamente describe tu forma de pensar.

Siempre o muy a menudo Habitualmente o a menudo De vez en cuando Raramente Nunca o muy raramente

(4)

(3)

(2)

(1)

(0)

1. 0 1 2 3 4
2. 0 1 2 3 4
3. 0 1 2 3 4
4. 0 1 2 3 4
5. 0 1 2 3 4
6. 0 1 2 3 4
7. 0 1 2 3 4
8. 0 1 2 3 4
9. 0 1 2 3 4
10. 0 1 2 3 4
11. 0 1 2 3 4

12. 0 1 2 3 4
13. 0 1 2 3 4
14. 0 1 2 3 4
15. 0 1 2 3 4
16. 0 1 2 3 4
17. 0 1 2 3 4
18. 0 1 2 3 4
19. 0 1 2 3 4
20. 0 1 2 3 4
21. 0 1 2 3 4
22. 0 1 2 3 4

23. 0 1 2 3 4
24. 0 1 2 3 4
25. 0 1 2 3 4
26. 0 1 2 3 4
27. 0 1 2 3 4
28. 0 1 2 3 4
29. 0 1 2 3 4
30. 0 1 2 3 4
31. 0 1 2 3 4
32. 0 1 2 3 4
33. 0 1 2 3 4

34. 0 1 2 3 4
35. 0 1 2 3 4
36. 0 1 2 3 4
37. 0 1 2 3 4
38. 0 1 2 3 4
39. 0 1 2 3 4
40. 0 1 2 3 4
41. 0 1 2 3 4
42. 0 1 2 3 4
43. 0 1 2 3 4
44. 0 1 2 3 4

Anexo 7. HOJA DE AUTOREGISTRO DE SITUACIONES ESTRESANTES

Fecha:

Hora:

Descripción del problema(agregar en una hoja blanca):

Duración del problema:

Gravedad de la situación(1-10):

Causa:

Antecedentes:

Personas implicadas y sus comportamientos(Hijo y Esposa. Mi esposa me dijo:¡no iré contigo a ningún lado!.....;mi hijo rompió la guitarra que conserve durante años.....):

Pensamientos que surgieron durante la situación(¡voy a romperle la cara!;¡no voy a tolerar esta situación!):

Sentimientos(tristeza, angustia o ansiedad, ira o enojo, frustración):

Comportamientos(¡azote la puerta!;dije:¡siempre cometes errores!):

Síntomas físicos:

En qué momento empeoró la situación(¿Qué sucedió?):

Consecuencias del problema a lo largo del día (llegue tarde al trabajo, discutí con mi jefe):

En que momento la situación mejoro(¿Qué sucedió?):

¿Como contribuyo a que la situación mejorara?:

¿Que hizo para manejar su estrés?:

¿Funciono lo que usted hizo?: Si o no y ¿Por qué piensa que funcionó?

Fumó o no fumo:

En que momento opto por esta conducta:

Cuantos cigarrillos fumo:

Anexo 9. MUESTRA DE DERECHOS HUMANOS BÁSICOS

1. El derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva- incluso si la otra persona se siente herida-mientras no violes los derechos humanos básicos de los demás.
2. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad
3. El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta
4. El derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos
5. El derecho a detenerte y pensar antes de actuar
6. El derecho a cambiar de opinión
7. El derecho a pedir lo que quieres (dándose cuenta que la otra persona tiene el derecho a decir que no).
8. El derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer
9. El derecho a ser independiente
10. El derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad
11. El derecho a pedir información.
12. El derecho a cometer errores-y ser responsable de ellos
13. El derecho a sentirte a gusto contigo mismo
14. El derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. Además, tenemos el derecho de pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y de decidir si satisfacemos las necesidades de los demás.
15. El derecho a tener opiniones y expresarlas
16. El derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otros o si te comportas siguiendo tus intereses-siempre que no violes los derechos de los demás
17. El derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos no están del todo claros.
18. El derecho a obtener aquellos por lo que pagas
19. El derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa
20. El derecho a tener derechos y defenderlos
21. El derecho a ser escuchado y ser tomado en serio
22. El derecho a estar solo cuando así lo escojas
23. El derecho a hacer cualquier cosa mientras que no violes los derechos de alguna otra persona.

Anexo 10. LISTA DE ESTILOS DE RESPUESTA SOCIAL

NO ASERTIVO	ASERTIVO	AGRESIVO
<i>Conducta no verbal</i>	<i>Conducta no verbal</i>	<i>Conducta no verbal</i>
Demasiado poco, demasiado tarde Demasiado poco, nunca	Lo suficiente de las conductas apropiadas en el momento correcto	Demasiado, demasiado pronto Demasiado, demasiado tarde
Ojos que miran hacia abajo; voz baja, vacilaciones; gestos desvalidos; negando importancia a la situación; postura hundida; puede evitar totalmente la situación; se retuerce las manos; tono vacilante de queja; risitas "falsas".	Contacto ocular directo; nivel de voz conversacional; habla fluida; gestos firmes; postura erecta; mensajes en primera persona; honesto/a; verbalizaciones positivas; respuestas directas a la situación; manos sueltas.	Mirada fija; voz alta; habla fluida/rapida; enfrentamiento; gestos de amenaza; postura intimidatoria; deshonesto/a; mensajes impersonales
<i>Conducta verbal</i>	<i>Conducta verbal</i>	<i>Conducta verbal</i>
"Quizás"; "Supongo"; "Me pregunto si podríamos"; "Te importaría mucho"; "Solamente"; "No crees que"; "Ehh"; "Bueno"; "Realmente no es importante"; "No te molestes".	"Pienso"; "Siento"; "Quiero"; "Hagamos"; "¿Cómo podemos resolver esto?"; "¿Qué piensas?"; "¿Qué te parece?".	"Harías mejor en "; "Haz"; "Ten cuidado"; "Debes estar bromeando"; "Si no lo haces..." "No sabes"; "Deberías"; "Mal".
<i>Efectos</i>	<i>Efectos</i>	<i>Efectos</i>
Conflictos interpersonales Depresión Desamparo Imagen pobre de uno mismo Se hace daño a sí mismo Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No se gusta ni a sí mismo ni a los demás Se siente enfadado	Resuelve los problemas Se siente a gusto con los demás Se siente satisfecho Se siente a gusto consigo mismo Relajado Se siente con control Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades Se gusta a sí mismo y a los demás Es bueno para sí y para los demás	Conflictos interpersonales Culpa Frustración Imagen pobre de sí mismo Hace daño a los demás Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No le gustan los demás Se siente enfadado

Anexo 11. *CONDUCTAS SOCIALES*

1. Iniciar y mantener conversaciones
2. Hablar en público
3. Expresión de amor, agrado y afecto
4. Defensa de los propios derechos
5. Pedir favores
6. Rechazar peticiones
7. Hacer cumplidos
8. Aceptar cumplidos
9. Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo
10. Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado
11. Disculparse o admitir ignorancia
12. Petición de cambios en la conducta del otro
13. Afrontamiento de las críticas

**Anexo 15. SISTEMA DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LA HABILIDAD
SOCIAL(SECHS)
(Caballo, 1987)**

COMPONENTES NO VERBALES

1. EXPRESIÓN FACIAL

- 1 - Cara muy desagradable. Expresiones negativas muy frecuentes.
- 2 - Cara desagradable. Algunas expresiones negativas.
- 3 - Cara normal. Apenas si se observan expresiones negativas.
- 4 - Cara agradable. Algunas expresiones positivas.
- 5 - Cara muy agradable. Frecuentes expresiones positivas.

2. MIRADA

- 1 - Mira muy poco. Impresión negativa
Mira continuamente. Muy desagradable
- 2 - Mira poco. Impresión algo negativa.
Mira en exceso. Desagradable.
- 3 - Frecuencia y patrón de mirada agradable
- 4 - Frecuencia y patrón de mirada buenos. Agradable
- 5 - Frecuencia y patrón de mirada muy buenos. Muy agradable

3. SONRISAS

- 1 - Sonrisas totalmente ausentes. Impresión muy negativa
Sonrisas continuas. Muy desagradable.
- 2 - Sonrisas poco frecuentes. Impresión algo desagradable.
Sonrisas excesivamente frecuentes. Desagradable.
- 3 - Patrón y frecuencia de sonrisas normales.
- 4 - Patrón y frecuencia de sonrisas buenos. Agradable
- 5 - Patrón y frecuencia de sonrisas muy buenos. Muy agradable

4. POSTURA

- 1 - Postura muy cerrada. Da la impresión de un rechazo total.
- 2 - Postura algo cerrada. Da la impresión de un rechazo parcial.
- 3 - Postura normal. No produce impresión de rechazo.
- 4 - Postura abierta. Da la impresión de aceptación.
- 5 - Postura bastante abierta. Da la impresión de una gran aceptación.

5. ORIENTACIÓN

- 1 – Orientado completamente hacia otro lado. Impresión muy negativa
- 2 – Orientado parcialmente hacia otro lado. Impresión algo negativa.
- 3 – Orientación normal. No produce una impresión desagradable.
- 4 – Buena orientación. Impresión agradable.
- 5 – Muy buena orientación. Impresión muy agradable.

6. DISTANCIA/CONTACTO FÍSICO

- 1 – Distancia excesiva. Impresión de distanciamiento total.
Distancia extremadamente próxima e íntima. Muy desagradable.
- 2 – Distancia algo exagerada. Impresión de cierto distanciamiento.
Distancia demasiado próxima para una interacción casual. Desagradable.
- 3 – Distancia normal. Ni agradable ni desagradable.
- 4 – Distancia oportuna. Impresión de acercamiento. Agradable.
- 5 – Distancia excelente. Buena impresión de acercamiento. Muy agradable.

7. GESTOS

- 1 – No hace ningún gesto, manos inmóviles. Impresión muy negativa.
- 2 – Algunos gestos pero escasos. Impresión negativa
- 3 – Frecuencia y patrón de gestos normales.
- 4 – Buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión positiva
- 5 – Muy buena frecuencia y distribución de los gestos. Impresión muy positiva.

8. APARIENCIA PERSONAL

- 1 – Muy desaliñado. Apariencia muy desagradable y sin ningún atractivo
- 2 – Algo desaliñado. Apariencia algo desagradable y poco atractiva.
- 3 – Apariencia normal.
- 4 – Buena apariencia. Agradable y atractiva.
- 5 – Muy buena apariencia. Muy agradable y atractiva.

9. OPORTUNIDAD DE LOS REFORZAMIENTOS

- 1 – No refuerza nunca, o bien sus reforzamientos están siempre fuera de lugar.
- 2 – Refuerza poco, o bien sus reforzamientos están frecuentemente fuera de lugar.
- 3 – Reforzamiento normal.
- 4 – Reforzamiento bueno, o bien sus reforzamientos encuentran frecuentemente el momento oportuno.
- 5 – Reforzamiento muy bueno, o bien sus reforzamientos encuentran siempre el momento oportuno.

COMPONENTES PARALINGÜÍSTICOS

10. VOLUMEN DE LA VOZ

- 1 – No se le oye. Volumen excesivamente bajo. Impresión muy negativa.
Volumen extremadamente alto (casi llega al grito). Muy desagradable.
- 2 – Se le oye ligeramente. Voz baja. Impresión algo negativa.
Volumen demasiado alto. Desagradable.
- 3 – Voz normal, pasable
- 4 – Volumen de voz bastante adecuado. Impresión positiva.
- 5 – Volumen de voz muy adecuado. Impresión muy positiva.

11. ENTONACIÓN

- 1 – Nada expresiva, monótona, aburrida. Muy desagradable
- 2 – Poco expresiva, ligeramente monótona. Desagradable
- 3 – Entonación normal, pasable.
- 4 – Buena entonación, voz interesante, viva. Agradable
- 5 – Muy buena entonación, muy animada y expresiva. Muy agradable

12. TIMBRE

- 1 – Muy desagradable, muy agudo o muy grave. Impresión muy negativa.
- 2 – Algo desagradable, agudo o grave de forma negativa.
- 3 – Timbre normal, ni agradable ni desagradable.
- 4 – Timbre agradable. Impresión positiva.
- 5 – Timbre muy agradable. Impresión muy positiva.

13. FLUIDEZ

- 1 – Muchas perturbaciones o muchas pausas embarazosas. Muy desagradable.
- 2 – Frecuentes perturbaciones o pausas embarazosas. Desagradable.
- 3 – Pausas y perturbaciones normales. No da impresión negativa.
- 4 – Sin apenas perturbaciones y pausas embarazosas. Agradable.
- 5 – Sin perturbaciones y pausas embarazosas. Muy agradable.

14. VELOCIDAD

- 1 – Habla extremadamente deprisa. No se le entiende nada.
Habla extremadamente despacio. Muy desagradable.
- 2 – Habla bastante deprisa. A veces no se le entiende.
Habla bastante despacio. Desagradable.
- 3 – Velocidad normal. Se le entiende generalmente.
- 4 – Velocidad de habla bastante apropiada. Agradable.
- 5 – Velocidad de habla muy apropiada. Muy agradable.

15. CLARIDAD

- 1 – No pronuncia ninguna palabra o frase con claridad. Muy negativo.
Articulación excesiva de las palabras. Muy desagradable.
- 2 – Pronuncia con claridad sólo algunas palabras o frases. Negativo.
Demasiada articulación de las palabras. Desagradable.
- 3 – Claridad de pronunciación normal.
- 4 – Pronuncia las palabras claramente. Agradable
- 5 – Pronuncia las palabras muy claramente. Muy agradable.

16. TIEMPO DE HABLA

- 1 – Apenas habla. Grandes periodos de silencio. Impresión muy negativa.
Habla continuamente, sin darle ninguna oportunidad a la otra persona. Muy desagradable.
- 2 – Habla poco frecuentemente. Impresión negativa.
Habla en exceso. Desagradable.
- 3 – Tiempo de habla normal. Ni agradable ni desagradable.
- 4 – Buena duración del habla. Agradable.
- 5 – Muy buena duración del habla. Muy agradable

COMPONENTES VERBALES

17. CONTENIDO

- 1 – Muy poco interesante, aburrido, muy poco variado. Impresión muy negativa.
- 2 – Poco interesante, ligeramente aburrido, poco variado. Impresión algo negativa.
- 3 – Contenido normal, cierta variación,
- 4 – Contenido interesante, animado, variado. Agradable.
- 5 – Contenido muy interesante, muy animado, variado. Muy agradable.

18. HUMOR

- 1 – Contenido muy serio y sin humor. Impresión muy negativa.
- 2 – Contenido serio y con muy poco humor. Impresión negativa.
- 3 – Contenido de humor normal.
- 4 – Contenido de humor bueno. Agradable.
- 5 – Contenido de humor muy bueno. Muy agradable.

19. ATENCIÓN PERSONAL

- 1 – Nunca se interesa por la otra persona, ni le hace preguntas sobre ella. Impresión muy negativa.
- 2 – Apenas se interesa por la otra persona, con pocas preguntas. Impresión negativa.
- 3 – Interés normal por la otra persona.
- 4 – Buen interés por la otra persona, con un número adecuado de preguntas sobre ella. Impresión positiva.
- 5 – Muy buen interés por la otra persona, con un número muy adecuado de preguntas.

Impresión muy positiva.

20. PREGUNTAS

- 1 – Nunca hace preguntas. Impresión muy negativa.
Hace preguntas continuamente. Muy desagradable.
- 2 - Hace pocas preguntas. Impresión negativa.
Hace preguntas en exceso. Desagradable.
- 3 – Patrón de preguntas normal. Ni agradable ni desagradable.
- 4 – Preguntas variadas y adecuadas. Agradable
- 5 - Preguntas variadas y muy adecuadas. Muy agradable.

21. RESPUESTAS A PREGUNTAS

- 1 – Respuestas monosilábicas o muy poco adecuadas. Impresión muy desagradable.
- 2 – Respuestas breves o poco adecuadas. Impresión negativa.
- 3 – Respuestas normales. Impresión ni positiva ni negativa.
- 4 – Respuestas adecuadas y de duración correcta. Impresión positiva.
- 5 – Respuestas muy adecuadas y de duración correcta. Impresión muy positiva.

Anexo 16. CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO PARA LA EVALUACION DEL EMPLEO DE TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Instrucciones: Por favor pongan un tache o encierren en un círculo la opción que corresponda a su experiencia (p ej; durante las dos semanas anteriores).

1. Evalúe el grado en que ha podido manejar su estrés las semanas anteriores en una escala del 1-10.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. ¿Qué estrategias ha aplicado?

- a) Relajación muscular
- b) Solución de problemas
- c) Habilidades Sociales
- d) Estrategias personales

Especifique: _____

- e) Todas las anteriores
- f) Combinación de estrategias: _____

3. ¿Con que frecuencia ha aplicado cada una de estas estrategias?

Relajación muscular

- 4 Muy frecuente
- 3 Frecuente
- 2 Más o menos frecuente
- 1 Poco frecuente
- 0 Nunca

Solución de problemas

- 4 Muy frecuente
- 3 Frecuente
- 2 Más o menos frecuente
- 1 Poco frecuente
- 0 Nunca

Habilidades sociales

- 4 Muy frecuente
- 3 Frecuente
- 2 Más o menos frecuente
- 1 Poco frecuente
- 0 Nunca

Estrategias personales

4 Muy frecuente

3 Frecuente

2 Más o menos frecuente

1 Poco frecuente

0 Nunca

4. ¿Le ha dado resultado el empleo de alguna de estas técnicas en el manejo del estrés?

Relajación muscular	Si	No	
Solución de problemas	Si	No	
Habilidades sociales	Si	No	
Estrategias personales	Si	No	¿cuáles?_____

Si la respuesta es No para cualquiera de los 3 primeros incisos, elija uno o más de los siguientes incisos:

Relajación muscular

- a) Por que casi no he puesto en práctica lo que aprendí**
- b) Porque he tenido dificultades al poner en práctica lo que aprendí**
- c) Por que no adquirí suficientes conocimientos para la puesta en práctica.**

Solución de problemas

- d) Por que casi no he puesto en práctica lo que aprendí**
- e) Porque he tenido dificultades al poner en práctica lo que aprendí**
- f) Por que no adquirí suficientes conocimientos para la puesta en práctica**

Habilidades sociales

- a) Por que casi no he puesto en práctica lo que aprendí**
- b) Porque he tenido dificultades al poner en práctica lo que aprendí**
- c) Por que no adquirí suficientes conocimientos para la puesta en práctica**

5. Evalúe del 1-10 el grado en el que se considere hábil en cada una de las estrategias que se aprendieron durante el entrenamiento (relajación muscular, solución de problemas, habilidades sociales).

Relajación muscular 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Solución de problemas 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Habilidades sociales 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANEXO 17. IDARE

Inventario de Autoevaluación

Nombre: _____ Fecha _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *ahora mismo*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

1. No en lo absoluto
2. Un poco
3. Bastante
4. Mucho

1. Me siento calmado (a).....	1	2	3	4
2. Me siento seguro (a).....	1	2	3	4
3. Estoy tenso (a)	1	2	3	4
4. Estoy contrariado (a)	1	2	3	4
5. Estoy a gusto.....	1	2	3	4
6. Me siento alterado (a)	1	2	3	4
7. Estoy preocupada (o) por algún posible contratiempo.....	1	2	3	4
8. Me siento descansado (a)	1	2	3	4
9. Me siento ansioso (a)	1	2	3	4
10. Me siento cómodo (a)	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo (a)	1	2	3	4
12. Me siento nervioso (a)	1	2	3	4
13. Me siento agitado (a)	1	2	3	4
14. Me siento " a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento reposado (a)	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho (a)	1	2	3	4
17. Estoy preocupado (a)	1	2	3	4
18. Me siento muy agitado (a) y aturdido (a)	1	2	3	4
19. Me siento alegre.....	1	2	3	4
20. Me siento bien.....	1	2	3	4

IDARE

Inventario de auto Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

1. Casi nunca
2. Algunas veces
3. Frecuentemente
4. Casi siempre

21. Me siento bien.....	1	2	3	4
22. me canso rápidamente.....	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar.....	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.....	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente.....	1	2	3	4
26. Me siento descansado (a)	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan la punto de no poder superarlas.....	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	1	2	3	4
30. Soy feliz.....	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho.....	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mi mismo (a)	1	2	3	4
33. Me siento seguro (a)	1	2	3	4
34. Procuro evitar enfrentarme las crisis y dificultades.....	1	2	3	4
35. Me siento melancólico (a)	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho (a)	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.....	1	2	3	4
38. M e afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.....	1	2	3	4
39. Soy una persona estable.....	1	2	3	4
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a)	1	2	3	4

ANEXO 18. INVENTARIO DE BECK

NOMBRE _____ No. de Exp _____
FECHA _____ SEXO _____ EDAD _____

INSTRUCCIONES

En este cuestionario hay grupos de afirmaciones, lea cuidadosamente cada una de las oraciones, luego elija la afirmación que en cada grupo describa mejor la manera como se ha sentido durante la semana anterior, incluyendo hoy. Dibuje un círculo sobre el número que esté al lado de la afirmación que elija.

Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su estado actual, ponga un círculo en cada una de ellas. Asegúrese de leer cada una de las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- 1.- 0 No me siento triste
1 Me siento triste
2 Me siento triste todo el tiempo y no puedo escapar de este estado
3 Estoy tan triste e infeliz que no lo puedo soportar
- 2.- 0 No estoy especialmente decepcionado (a), acerca del futuro
1 Me siento decepcionado (a) acerca del futuro
2 Siento que no tengo ninguna ilusión en el futuro
3 Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
- 3.- 0 No me siento como un fracaso
1 Siento que he fracasado más que el promedio de las demás personas
2 Si reflexiono sobre vida pasada, sólo encuentro un montón de errores
3 Siento que como personas soy un completo fracaso
- 4.- 0 Obtengo la misma satisfacción de las cosas como en pasado
1 No disfruto de las cosas como antes
2 Ahora, ya no obtengo una verdadera satisfacción en nada
3 Estoy insatisfecho "a" o aburrida (a) con todo
- 5.- 0 No me siento especialmente culpable
1 Me siento culpable una buena parte del tiempo
2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo
3 Me siento culpable todo el tiempo
- 6.- 0 No siento que estoy siendo castigado (a)

- 1 Siento que, posiblemente estoy siendo castigado (a)
 - 2 Espero ser castigado (a)
 - 3 Siento que estoy siendo castigado (a)
- 7.- 0 No me siento decepcionado (a) de mi mismo (a)
- 1 Estoy decepcionado (a) de mi mismo (a)
 - 2 Estoy disgustado (a) con migo mismo (a)
 - 3 Me odio
- 8.- 0 No siento que soy peor que cualquier otra persona
- 1 Me critico a mi mismo (a) mis debilidades y mis errores
 - 2 Siempre me culpo por mis errores
 - 3 Me culpo a mi mismo (a) por todo lo malo que sucede
- 9.- 0 No tengo pensamientos de matarme en absoluto
- 1 Tengo pensamientos de matarme pero no lo llevaría a cabo
 - 2 Me gustaría matarme
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad
- 10.- 0 No lloro más de lo común
- 1 Lloro ahora más que antes
 - 2 Ahora lloro todo el tiempo
 - 3 Antes podía llorar, pero ahora no puedo aunque quiera
- 11.- 0 No estoy más enojado (a) ahora que en cualquier otra ocasión
- 1 Me enoja o me molesto más fácilmente ahora que antes
 - 2 Ahora me siento enojado (a) todo el tiempo
 - 3 Me enoja más fácilmente por las cosas que antes no me enojaban
- 12.- 0 No he perdido el interés en otras personas
- 1 Estoy menos interesado en otras personas que antes
 - 2 He perdido la mayor parte del interés en otras personas
 - 3 He perdido todo mi interés en otras personas
- 13.- 0 Tomo decisiones aproximadamente tan bien como antes
- 1 Pospongo el tomar decisiones más seguido que antes
 - 2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones que antes
 - 3 Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- 14.- 0 No siento que me veo peor que en el pasado
- 1 Me preocupo de verme viejo(a) y no atractivo (a)
 - 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen verme no atractivo (a)
 - 3 Creo que me veo feo (a)
- 15.- 0 Puedo trabajar aproximadamente tan bien como antes
- 1 Es un esfuerzo especial el comenzar a realizar algo
 - 2 Tengo que empujarme enérgicamente para hacer cualquier cosa

- 3 No puedo hacer absolutamente nada
- 16.- 0 Puedo dormir tan bien como de costumbre
1 No duermo tan bien como en el pasado
2 Me despierto de una a dos horas antes de lo que acostumbro y me cuesta trabajo volverme a dormir
3 Me despierto varias horas más temprano que antes y me es imposible volverme a dormir
- 17.- 0 No me canso más que de costumbre
1 Me canso más fácilmente que en el pasado
2 Me canso de hacer casi cualquier cosa
3 Estoy cansado (a) para hacer cualquier cosa
- 18.- 0 Mi apetito no está peor que de costumbre
1 Mi apetito no es tan bueno como lo tenía antes
2 Mi apetito en un alto grado ahora está peor
3 Ahora ya no tengo apetito en absoluto
- 19.- 0 No he perdido mucho peso (si es que está ocurriéndole últimamente)
1 He perdido más de 2 kilos
2 He perdido más de 4 y 1/2 kilos
3 He perdido más de 7 kilos
- Estoy tratando de perder peso por medio de una disminución de lo que como Si No
- 20.- 0 No estoy más preocupado (a) sobre mi salud que de costumbre
1 Estoy preocupado sobre problemas físicos y me es muy difícil pensar en otras cosas
2 Estoy tan preocupado (a) sobre mis problemas físicos tales como molestias y dolores o indigestión o estrañamientos.
3 Estoy tan preocupado (a) sobre mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa.
- 21.- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual
1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes
2 Ahora estoy mucho menos interesado (a) en el sexo que antes
3 He perdido interés en el sexo completamente

ANEXO 19. CUESTIONARIO DE FRASES INCOMPLETAS DE SACKS (D.R)

Nombre: _____

Edad _____ Fecha _____

Instrucciones: A continuación figuran sesenta frases incompletas. Lea cada una de ellas y complételas escribiendo lo primero que se le ocurra. Trabaje con la mayor rapidez posible. Si no puede completar una frase, encierre el número en un círculo y vuelva a él más tarde.

1. Pienso que mi padre rara vez _____
2. Cuando llevo las de perder _____
3. Siempre quise _____
4. Si yo tuviera autoridad _____
5. El futuro me parece _____
6. Los hombres que son mis superiores _____
7. Se que es tonto pero tengo miedo de _____
8. Pienso que un verdadero amigo _____
9. Cuando era niño (a) _____
10. Mi idea de una mujer perfecta _____
11. Cuando veo a un hombre y una mujer juntos _____
12. Comparada con l mayoría de las familias, la mía _____
13. En el trabajo me llevo mejor con _____
14. Mi madre _____
15. Haría cualquier cosa por olvidar la vez que _____
16. Ojalá mi padre _____
17. Creo que tengo capacidad para _____
18. Sería completamente feliz si _____
19. Si tuviera gente trabajando para mi _____
20. Anhele _____
21. En la escuela, mis maestros _____
22. La mayoría de mis amigos no saben que tengo miedo de _____
23. No me gusta la gente que _____
24. Antes de la guerra, yo _____
25. Creo que la mayoría de las chicas _____
26. Mi opinión sobre la vida matrimonial es _____
27. Mi familia me trata como _____
28. Las personas con las que trabajo son _____
29. Mi madre y yo _____
30. Mi mayor error fue _____
31. Quisiera que mi padre _____
32. Mi mayor debilidad es _____
33. Mi ambición secreta en la vida _____
34. La gente que trabaja para mí _____
35. Algún día yo _____
36. Cuando veo venir a mi jefe _____
37. Quisiera perder el temor de _____

38. La gente que más me gusta _____
39. Si fuera joven otra vez _____
40. Creo que la mayoría de las mujeres _____
41. Si tuviera relaciones sexuales _____
42. La mayoría de las familias que conozco _____
43. Me gusta trabajar con personas que _____
44. Creo que la mayoría de las madre _____
45. Cuando era más joven me sentía culpable por _____
46. Siento que mi padre es _____
47. Cuando la suerte me es adversa _____
48. Cuando doy órdenes a los demás yo _____
49. Lo que más quiero de la vida _____
50. Cuando sea más viejo _____
51. Las personas a las que considero mis superiores _____
52. Mis temores me obligan a veces a _____
53. Cuando yo no estoy cerca, mis amigos _____
54. Mi recuerdo infantil más vívido _____
55. Lo que menos me gusta en las mujeres _____
56. Mi vida sexual _____
57. Cuando era niño (a), mi familia _____
58. Las personas que trabajan con migo habitualmente _____
59. Me gusta mi madre, pero _____
60. Lo peor que hice hasta ahora _____

2.3 ALTERACIONES DEL SUEÑO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Insomnio inicial | <input type="checkbox"/> Insomnio intermedio |
| <input type="checkbox"/> Insomnio terminal | <input type="checkbox"/> Hipersomnia |

2.4 IRRITABILIDAD

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selectiva | <input type="checkbox"/> General |
| <input type="checkbox"/> Motivada | <input type="checkbox"/> Inmotivada |

2.5 DIFICULTAD EN LA CONCENTRACIÓN

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Memoria a corto plazo | <input type="checkbox"/> Memoria a largo plazo |
| <input type="checkbox"/> Distrainimiento | |

2.6 ÁNIMO DEPRESIVO

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mañanas | <input type="checkbox"/> Motivado |
| <input type="checkbox"/> Tardes/noches | <input type="checkbox"/> Inmotivado |
| <input type="checkbox"/> Momentáneas | <input type="checkbox"/> Recurrencia |

2.7 ANSIEDAD

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mañanas | <input type="checkbox"/> Situacional |
| <input type="checkbox"/> Tardes/noches | <input type="checkbox"/> General |

2.8 FOBIAS

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fobias simples | <input type="checkbox"/> Fobia social |
| <input type="checkbox"/> Agorafobia | <input type="checkbox"/> Otras |

2.9 OBSESIONES Y COMPULSIONES

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rigidez | <input type="checkbox"/> Perfeccionismo |
| <input type="checkbox"/> Indecisión | <input type="checkbox"/> Actos compulsivos |
| <input type="checkbox"/> Ideas obsesivas | |

2.10 DESPERSONALIZACIÓN Y DESREALIZACIÓN

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Despersonalización | <input type="checkbox"/> Desrealización |
|---|---|

3. ANORMALIDADES MANIFIESTAS

Lentitud y carencia de espontaneidad
Defensivo y suspicaz
Histriónico
Deprimido

Ansioso, tenso, agitado
Eufórico
Aplanado, incongruente
Interpretaciones erróneas
Trastornos del pensamiento
Alteraciones del intelecto y daño orgánico
Excesiva preocupación por las funciones corporales
Contenido depresivo del pensamiento

4. ALCOHOLISMO

61. Respuesta negativa a preguntas obligatorias
62. El patrón de consumo es de tipo social sólo en forma ocasional se emborracha
63. Ha tenido problemas en su trabajo, escuela o familia, pero puede controlar la ingesta a voluntad
64. Ha tenido problemas graves en su trabajo, escuela o familia, no puede controlar su consumo de alcohol
65. Sufre de lagunas mentales, ha tenido riñas alcoholizado, Presenta complicaciones orgánicas por el consumo de alcohol

5. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Confiabilidad de la información

1. Buena
2. Regular
3. Mala

Diagnósticos:

Principal _____

Asociado _____

Rasgos de personalidad _____

TOTAL GLOBAL DE SEVERIDAD

1. Sujeto asintomático en su dimensión mental
2. Presenta alteraciones emocionales o psicológicas pero no ameritan tratamiento psiquiátrico por que no son suficientemente intensas o se confunden con estructura caracterológica
3. Sintomatología moderada, no complicada, requiere ayuda de consulta Externa.
4. Necesidad e ayuda psiquiátrica, forzosamente en consulta externa, podría Beneficiarse con internamiento aunque no es indispensable
5. El sujeto requiere hospitalización psiquiátrica forzosamente

Número de cigarros fumados al día _____ Tiempo de consumir esta cantidad _____ Marca de cigarros _____

Edad de inicio _____ Años fumando _____

Tiempo máximo en abstinencia _____ Motivo de inicio _____

Motivo por el cual quiere dejar de fumar _____

Referencia _____

Observaciones _____

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR _____