



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Programa de Intervención Cognitivo Conductual en la
Adicción al Tabaco: análisis de un caso

Reporte de Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARÍA GUADALUPE CRUZ CEDILLO

Director: Dr. Omar Moreno Almazán
Dictaminador: Lic. Alma Araceli Reyna García



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, Noviembre 2017.



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.

DEDICATORIAS

Quiero agradecer primeramente a Dios por permitirme llegar a la recta final de esta etapa dandome fuerza y sabiduría para lograrlo.

Agradezco infinitamente a mi esposo Juan Antonio y a mis hijas Berenice y Montserrat por su apoyo incondicional durante este proceso, sin él no hubiera sido posible. A ustedes, dedico especialmente este logro ¡Los amo!

Así mismo, agradezco el apoyo brindado por parte de mis amadas hermanas Alicia y Araceli las cuales fueron mi gran inspiración para seguir y terminar esta carrera.

También, agradezco y dedico con todo mi amor este logro a mis padres, los cuales representan para mi un ejemplo de lucha y perceiverancia para alcanzar todo lo que uno se proponga en la vida.

De la misma manera, agradezco y dedico este logro a cada uno de mis profesores los cuales me brindaron todo su apoyo y conocimiento, siendo así, parte fundamental para mi formación profesional. Especialmente, agradezco a mi Director de Manuscrito Recepcional el Dr.Omar Moreno Almazán por su dedicación y entrega al dirigirme en este proyecto el cual representa el final de una etapa académica.

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I. CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA EN TORNO AL TABACO Y SU CONSUMO	10
1.1 Consumo de tabaco.....	10
1.2 Incidencia en el consumo de tabaco en México.....	11
1.3 Afecciones por el consumo de tabaco y medidas para su reducción en México.....	13
1.3.1 Afecciones en la salud.....	13
1.3.2 Afecciones en el ámbito social.....	14
1.3.3 Afecciones psicológicas.....	15
1.3.4 Medidas para la reducción del consumo de tabaco en México.....	16
1.4 Ansiedad, tipos y su relación con el consumo de tabaco.....	17
1.4.1 Ansiedad.....	17
1.4.2 Tipos de trastornos de ansiedad.....	18
1.4.3 Ansiedad y tabaco: fundamentos psicológicos.....	19
CAPÍTULO II. APROXIMACIÓN AL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL TABACO	21
2.1 Detección y evaluación.....	21
2.2 Tratamientos desde la perspectiva cognitivo-conductual.....	21
2.3 Estudios que señalan la efectividad del tratamiento psicológico.....	22
2.4 Evaluación y tratamientos actuales en México.....	25
OBJETIVOS	30
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA APLICADA PARA EL ANÁLISIS DE UN CASO	31
3.1 Componentes del estudio para la evaluación.....	31
3.1.1 Identificación del paciente.....	31
3.1.2 Diseño de estudio e intervención.....	31

3.1.3 Variables	31
3.1.4 Instrumentos	31
3.2 Procedimiento aplicado para el tratamiento de la dependencia al tabaco	33
3.2.1 Descripción del tratamiento por fases y sesiones	33
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	50
4.1 Test de Fagerstom.....	51
4.2 Inventario de Ansiedad de Beck	52
4.3 Inventario IDARE Estado-Rasgo	52
4.4 Escala de Habilidades Sociales	53
4.5 Registro del consumo de cigarro	54
Seguimiento post-tratamiento	55
CONCLUSIONES	55
REFERENCIAS	57
ANEXOS	62

RESUMEN

Se ha encontrado que tanto el inicio como el mantenimiento de la conducta tabáquica están asociados no sólo a los efectos producidos por la dependencia física a la nicotina, sino también a los efectos sobre el estado de ánimo de quienes consumen tabaco. Al respecto, en el presente trabajo se hizo un análisis de un caso con dependencia al tabaco y por medio de la evaluación conductual pudimos constatar, que diversas emociones y pensamientos negativos llevaban a la usuaria a un estado de ansiedad y enseguida a la conducta de fumar. En este sentido, se diseñó un plan de tratamiento basado en la terapia cognitivo-conductual, ya que este enfoque ha demostrado ser efectivo en el tratamiento del uso y abuso de sustancias psicoactivas, pues contiene técnicas que ayudan al individuo a tener el control de sí mismo, obteniendo así, grandes beneficios. La intervención terapéutica constó de 7 sesiones de 60 y 90 minutos respectivamente. Los resultados obtenidos al final de la intervención, nos mostraron que la ansiedad disminuyó considerablemente y se llegó al abandono del tabaco. Ante esto, se propuso realizar un seguimiento de 3, 6 y 12 meses después de terminado el tratamiento para reforzar cada una de las técnicas que le fueron de ayuda a la usuaria. En conclusión, podemos decir que los tratamientos con mayor validez empírica por la efectividad que han demostrado son los enmarcados desde la visión cognitivo-conductual.

Palabras clave: ansiedad, adicción al tabaco, intervención cognitivo conductual

ABSTRACT

It has been found that both the initiation and the maintenance of smoking behavior are associated not only with the effects produced by the physical dependence on nicotine, but also with the effects on the mood of those who consume tobacco. In this regard, in the present work an analysis of a case with tobacco dependence was made and through the behavioral evaluation we could verify that diverse emotions and negative thoughts took the user to a state of anxiety and then to smoking behavior. In this sense, a treatment plan based on cognitive-behavioral, therapy was designed since this approach has proven to be effective in the treatment of the use and abuse of psychoactive substances, because it contains techniques that help the individual to have control of himself, obtaining so, great benefits. The therapeutic intervention consisted of 7 sessions of 60 and 90 minutes respectively. The results obtained at the end of the intervention showed us that anxiety decreased considerably and tobacco was abandoned. Given this, it was proposed to carry out a follow-up of 3, 6 and 12 months after the end of the treatment to reinforce each of the techniques that were helpful to the user. In conclusion, we can say that the treatments with greater empirical validity for the effectiveness that they have demonstrated are framed from the cognitive-behavioral view.

Keywords: anxiety, tobacco addiction, cognitive behavioral intervention

INTRODUCCIÓN

El tabaco se obtiene de una planta llamada *nicotiana tabacum*, en la actualidad, se cultiva en los cinco continentes aunque es oriunda del continente Americano. El tabaco puede ser consumido de diferentes formas: mascado, inhalado y fumado, éste último, es el más usado en nuestra cultura. Ha sido consumido desde hace mucho tiempo, pero con la fabricación industrial de manera mecanizada a finales del siglo pasado, inició su auge en el mundo entero (Caballo,1998).

El consumo de tabaco es hoy en día un problema de salud pública a nivel mundial y es la primera causa de muerte que se puede evitar. La Secretaría de Salud (2016), menciona que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay 1,100 millones de fumadores a nivel mundial, y que el consumo de tabaco provoca hasta 4 millones de muertes al año en el mundo. Así mismo, Guerrero, Muños, Sáenz y Reynales, (2013), indican que la evidencia científica muestra específicamente que el tabaquismo es el causante del 71% de los cánceres de pulmón, el 42% de las enfermedades pulmonares crónicas y el 10% de las enfermedades cardiovasculares.

En México, la Secretaría de Salud (2016) menciona que la mayoría de las personas consumidoras de tabaco, piensan que pueden dejar de fumar cuando ellas lo decidan, sin embargo, se sabe que la mayoría de los fumadores tienen conflicto para suspender el consumo de tabaco por sí mismos. Es importante entender, que el tabaco al convertirse en una adicción, es una enfermedad que afecta al cerebro, pues éste se acostumbra a la nicotina y cuando no se consume, el individuo presenta malestar físico y emocional como por ejemplo: inquietud, irritabilidad, desconcentración, tristeza, impaciencia, taquicardias, sudoración, entre otros. Este tipo de síntomas se presentan cuando hay abstinencia.

Como toda enfermedad, el tabaquismo requiere de un tratamiento eficaz para ayudar a los fumadores a suspender el consumo de tabaco en su totalidad, y que de esta manera, no se presente ese malestar producido por la abstinencia (Secretaría de Salud, 2016).

Por lo anterior, a nivel mundial existen diversas estrategias para combatir el tabaquismo. En nuestro país, se han desarrollado programas de atención de tipo breve (consejo breve) o intencivo (multicomponente) en donde se han aplicado tratamientos eficaces para la disminución y el abandono del mismo. Los tratamientos utilizados son los farmacológicos y psicológicos, éstos últimos son aplicados desde el enfoque cognitivo-conductual con diversas técnicas como: entrenamiento en habilidades sociales, prevención de recaídas, entrenamiento en relajación, entrenamiento en manejo de estrés, entrenamiento en asertividad y entrenamiento en resolución de problemas por mencionar algunos de los más usados en la atención a las adicciones.

El presente trabajo, muestra el contenido de un estudio de caso sobre dependencia al tabaco, el cual quedó estructurado de la siguiente forma: en el capítulo I titulado Contextualización Teórica en Torno al Tabaco y su Consumo, se exponen datos relevantes sobre el consumo de tabaco tales como: afecciones a la salud, sociales y psicológicas, medidas en México para su reducción, conceptos sobre la ansiedad y su relación con el consumo. En el capítulo II titulado Aproximación al Tratamiento de la Adicción al Tabaco, se hizo una revisión de manera específica del enfoque cognitivo-conductual y de estudios que demuestran su efectividad así como su evaluación y tratamientos actuales.

El capítulo III, lleva por título Metodología Aplicada, en este apartado se hace una descripción detallada del trabajo metodológico desarrollado a partir de un estudio de caso sobre dependencia al tabaco, después de haber realizado la evaluación conductual, se diseñó un plan de intervención desde la perspectiva cognitivo-conductual para abordar esta problemática. Las técnicas seleccionadas y utilizadas en el tratamiento fueron las siguientes: autoregistros, relajación muscular progresiva, focalización atencional, respiración abdominal, reducción gradual de nicotina, control de estímulos, resolución de problemas, algunas técnicas de asertividad y algunas técnicas de la TREC. Asimismo, se realizó un plan sobre actividad física, cambio de alimentación y estrategias para la prevención de recaídas.

El capítulo IV lleva por nombre Análisis de Resultados, en este apartado se describen los resultados obtenidos y las conclusiones finales que dan cuenta del trayecto formativo que representó este estudio, se concentran al final del presente escrito.

CAPITULO I CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA EN TORNO AL TABACO Y SU CONSUMO

1.1 Consumo de tabaco

La Secretaría de Salud (2016), menciona que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay 1,100 millones de fumadores a nivel mundial, y que el consumo de tabaco provoca hasta 4 millones de muertes al año en el mundo. Así mismo, Guerrero, Muños, Sáenz y Reynales, (2013), indican que la evidencia científica muestra específicamente que el tabaquismo es el causante del 71% de los cánceres de pulmón, el 42% de las enfermedades pulmonares crónicas y el 10% de las enfermedades cardiovasculares. Por su parte, Mae, Cano, Iruarrizaga y Dongil (2009), comentan que la OMS señaló que el consumo de tabaco es la primera causa evitable de muerte temprana y se estima que causa uno de cada diez fallecimientos en adultos en todo el mundo.

Desafortunadamente, es en la adolescencia en donde se adopta por lo regular el hábito del tabaco. De acuerdo con Miguel, Rodríguez, Caballero, Santillan y Reynales (2017), estudios científicos demuestran que en el mundo, tres de cada cinco jóvenes que prueban el tabaco durante esta etapa, se vuelven fumadores adictos en la adultez. En este sentido, la adolescencia es un periodo de vulnerabilidad social para la adopción de conductas de riesgo; se han planteado diferentes teorías y modelos para comprender su comportamiento y explicar así, la influencia que tiene el contexto social y ambiental para que se dé el inicio del consumo de tabaco a edades tempranas.

Aunado a lo anterior, varios estudios demuestran que existen factores psicosociales que influyen sobre la conducta del consumo de tabaco. En la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (ETJ) se describe el modelo de consumo y el comportamiento del adolescente. Así mismo, existe evidencia de factores interrelacionados que están asociados con el inicio y la transformación al consumo habitual de tabaco. Éstos incluyen factores personales (edad, baja autoestima, percepción del riesgo), factores familiares (madre o padre fumador, estilos de

crianza, actitud de los padres hacia el tabaco), factores sociales (grupos entre iguales), entorno escolar (hablar sobre sus efectos, permisividad escolar) y factores ambientales (publicidad, disponibilidad de adquisición). Otros estudios hacen referencia en que la familia y la influencia de los pares, están asociados mayormente para el inicio del consumo de tabaco (Miguel, Rodríguez, Caballero, Santillan y Reynales, 2017).

Por otra parte, Becerra, Canon y Vivas (2010), mencionan que en los últimos años se ha observado un aumento en el consumo de tabaco en los países en desarrollo debido al crecimiento constante de la población. También, se ha demostrado que varias son las estrategias que se han utilizado para reducir efectivamente el consumo de tabaco; sin embargo, más de 50 años después de que se ha demostrado científicamente los peligros que el tabaco ocasiona en la salud, son muy pocos los países que han implementado estrategias eficaces y reconocidas para controlar la epidemia del tabaquismo pues sólo un 5% de la población mundial dispone de servicios completos para el tratamiento de la dependencia al tabaco. Por lo anterior, el consumo de tabaco se mantiene hoy día como la principal causa de muerte prevenible a nivel mundial (Guerrero, Muños, Sáenz y Reynales, 2013).

1.2 Incidencia en el consumo de tabaco en México

Como hemos visto, el consumo de tabaco es un problema de salud pública en todo el mundo, especialmente en los países en vías de desarrollo o países en donde la población es principalmente joven como es el caso de nuestro país (Secretaría de Salud, 2016).

De acuerdo con la encuesta nacional de adicciones (ENA), después del alcohol la segunda problemática de consumo de una droga legal en el país es el tabaco. Algunos estudios explican que en México, hay más de 17 millones de fumadores activos y la edad en la que inician tanto hombres como mujeres es a los 14 años aproximadamente (CONACYT, 2015). Por lo antes mencionado, en nuestro país más del 60 % de los fumadores inician su consumo antes de los 16 años de edad, y más del 90 % lo hace antes de los 20 años, lo que lleva a pensar que la prevención

debe aplicarse a edades tempranas, pues es raro saber del inicio de esta adicción en edades adultas (Rodríguez, Alonso, Alonso, Armendáriz y Oliva, 2016).

Actualmente, en la CDMEX aproximadamente 2 millones de habitantes son fumadores tanto hombres como mujeres de entre 12 y 65 años de edad. Habitualmente los adolescentes tienen el primer contacto con el tabaco cuando estudian la secundaria, no obstante, es en el bachillerato cuando se incrementa considerablemente el consumo, por tal razón, existen acciones de prevención y actuación para la reducción del consumo mediante la Secretaría de Salud en la CDMEX. El objetivo es concientizar a la población sobre los riesgos del consumo de tabaco y la exposición al humo, así como brindar tratamiento a quienes deseen dejar de fumar. El tratamiento consiste en pláticas, talleres, orientaciones y tratamiento psicológico, empleando un modelo breve de intervención cognitivo-conductual, entre otras actividades de ayuda para la población (Revista de derechos humanos, 2015). Es destacable mencionar la labor tan importante que se está llevando a cabo en la CDMEX por parte de la Secretaría de Salud, sin embargo, hace falta extender estos programas por toda la república mexicana para evitar que el índice de mortalidad por el consumo de tabaco siga creciendo.

De acuerdo lo anterior, en México cerca de 122 personas mueren a diario por causas relacionadas con el tabaquismo; se dice que es la causa de más de 25 enfermedades, y se estima que los fumadores crónicos pueden perder entre 20 y 25 años de vida (Rodríguez et al., 2016). Entre los principales padecimientos relacionados con esta adicción y que son la causa de muerte de este rango de la población mexicana, se encuentran la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), problemas cardiacos y diversos tipos de cáncer, especialmente el de pulmón (Secretaría de Salud, 2017).

Aunado a lo anterior, estas enfermedades son provocadas por la inhalación del humo de tabaco pues contiene más de 7,000 sustancias químicas, de estas sustancias, aproximadamente 70 son cancerígenas. La mejor manera de prevenir estas enfermedades es decir NO al consumo de tabaco (Secretaría de Salud, 2017).

1.3 Afecciones por el consumo de tabaco y medidas para su reducción en México

1.3.1 Afecciones en la salud

Como hemos hecho mención, se estima que en el mundo existen aproximadamente más de 1000 millones de fumadores y consumidores de productos de tabaco. Las personas que empiezan con el consumo de tabaco a edades tempranas, son susceptibles de convertirse en fumadores adictos, lo que además aumenta el riesgo de morir a causa de alguna enfermedad asociada al tabaquismo. La epidemia del tabaquismo ha sido catalogada como un problema de salud pública de importancia internacional y el crecimiento de éste, se ha transformado en un reto para los sistemas nacionales de salud desde el punto de vista de la oferta de servicios médicos. El consumo de tabaco representa un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo y se establece que es el principal factor de riesgo habitual de las enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales son responsables de casi dos tercios de la mortalidad mundial (INSP, 2013).

En cuanto a los daños que ocasiona la adicción al tabaco, la Secretaría de Salud (2016), comenta que la nicotina por medio del uso de tabaco, es la droga más adictiva que se consume en todo el mundo, y contiene más de 4 mil compuestos químicos que dañan seriamente la salud. Algunos daños que se originan por el consumo de tabaco son por ejemplo:

- Cuando el cigarro está encendido tiene una temperatura de 350° centígrados y cuando se inhala la temperatura puede subir hasta 959° centígrados, debido a este nivel de temperatura, se causan daños tanto en la boca como en las vías respiratorias creando inflamación y tos.
- Al fumar un cigarro completo se inhalan hasta 10 millones de partículas, la mayoría de estas partículas son tóxicas, irritantes y pueden causar cáncer.
- Fumar aumenta hasta 54 veces la probabilidad de adquirir diabetes y hasta 90 veces el riesgo de adquirir cáncer de pulmón.

- El tabaco aumenta el riesgo de infartos cardiacos, daño en las arterias y aumento en el riesgo de infarto cerebral.
- El consumo de tabaco tiene relación con el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón.
- En los hombres puede causar disfunción eréctil.
- En las mujeres se vincula con el cáncer de mama y cáncer cervicouterino.
- En los jóvenes causa daño a las células de la piel, ocasionando que el cutis se vea pálido, seco y con arrugas prematuras.
- En mujeres embarazadas puede causar aborto, parto prematuro o bajo peso en el producto durante su desarrollo dentro del útero y al momento de su nacimiento, también, puede adelantar la menopausia a edades más tempranas.

Cabe mencionar, que las afecciones a la salud por medio del humo del tabaco se manifiestan también en personas que nunca han fumado, es decir, en los fumadores pasivos, pues son personas (por lo general niños) que conviven diariamente con los fumadores activos y no están exentas de desarrollar algunas de las enfermedades que causa el tabaquismo, entre ellas: enfermedades respiratorias, asma, enfisema e incluso cáncer pulmonar.

1.3.2 Afecciones en el ámbito social

El tabaquismo es considerado un fenómeno social que perjudica indistintamente a todos los sectores de la población y constituye uno de los mayores problemas con el que las autoridades sanitarias se enfrentan (Cardentey, 2016).

Por lo anterior, Guerrero, Muños, Sáenz y Reynales (2013), mencionan que consumir tabaco no sólo implica graves daños a la salud individual; también ocasiona pérdidas de empleos, mortalidad temprana y altos costos para el sector salud. Al respecto, Guerrero, Reynales, Jiménez, Karam, Maldonado, y Camacho (2012), mencionan que el IMSS distribuyó 143.9 millones de pesos por incapacidad atribuibles al tabaquismo como subsidio a trabajadores en el periodo 2006-2009.

De esta manera, el tabaquismo genera gastos importantes a las instituciones de seguridad en el país, así mismo, causa pérdidas en la productividad.

Además, el consumo de tabaco tiene un impacto desfavorable en la economía individual y familiar ya que parte del ingreso que se gasta en tabaco no se invierte en necesidades básicas como son: alimentos, educación y salud (Guerrero, Muños, Sáenz y Reynales, 2013).

1.3.3 Afecciones psicológicas

Por otra parte, cada vez hay más estudios que indican que el uso de drogas entre ellas el tabaco pueden alterar el desarrollo normal del cerebro en la adolescencia teniendo un relevante impacto a nivel psicológico y comportamental. Estos efectos pueden provocar una inestabilidad entre los sistemas relacionados con el placer y el control de la conducta, haciendo más vulnerables especialmente a los adolescentes consumidores. Asimismo, existen evidencias de otros daños causados por el consumo de sustancias sobre otras zonas cerebrales como el hipocampo, que se halla implicado en procesos de aprendizaje y memoria (Oliva, Parra, y Sánchez, 2008).

Varios estudios descubren que el consumo de sustancias en adolescentes está asociado al fracaso o abandono escolar, problemas de conducta o síntomas depresivos (Chassin et al., 2004; Johnson et al., 2000), aunque el hecho de que la mayoría de estudios que encuentran esta relación sean transversales hace que sea difícil saber si se trata de consecuencias o de precursores del consumo de sustancias (Oliva, Parra, y Sánchez, 2008).

1.3.4 Medidas para la reducción del consumo de tabaco en México

Ante esta situación, Valdés, Ávila, Stillman, Wipfli, & Samet (2008), mencionan que México ha dado pasos muy importantes y significativos en el control del tabaco, especialmente para promover la protección de la población a la exposición del humo del tabaco. En el ámbito federal se aprobó la Ley General para el Control del Tabaco en un documento de acuerdo con las medidas planteadas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud

(OMS), con esta ley, millones de mexicanos serán beneficiados. Esta ley es de utilidad pública y sus disposiciones son de interés público, interés social y de cumplimiento general en todo el país y las zonas sobre las que la nación ejerce su soberanía y jurisdicción. A falta de disposición expresa se empleará supletoriamente la Ley General de Salud (INSP, 2008).

De acuerdo con Calleja (2012), las finalidades de la ley son:

- Proteger la salud de la población en relación con el consumo del tabaco.
- Proteger los derechos de los no fumadores y convivir en espacios ciento por ciento libres de humo de tabaco.
- Fundamentar bases para la producción, etiquetado, empaquetado, promoción, publicidad, patrocinio, distribución, venta, consumo y uso de los productos del tabaco.
- Establecer medidas para reducir el consumo de tabaco, particularmente entre los menores.
- Promover la educación para la salud y la difusión del conocimiento de los riesgos atribuibles al consumo de tabaco y exposición al humo.
- Establecer los lineamientos generales para el diseño y evaluación de legislación y políticas públicas basadas en la evidencia contra el tabaquismo.
- Establecer los lineamientos generales para la entrega y difusión de la información sobre los productos del tabaco y sus emisiones.
- Las principales disposiciones de la citada ley tienen que ver con:
 - Establecimiento de comercio, venta, distribución o suministro de tabaco a menores de edad.
 - Venta de cigarrillos en diferentes presentaciones por ejemplo, por unidad o tabaco picado en bolsas.
 - Empaquetado y etiquetado por ejemplo, colocar leyendas de advertencia y pictogramas.
 - Prohibición de publicidad, promoción y patrocinio.
 - Protección contra la exposición al humo del tabaco en lugares 100% libres de humo.
 - Diferentes sanciones.

1.4 Ansiedad, tipos y su relación con el consumo de tabaco

1.4.1 Ansiedad

Como mencionan Mae, Cano, Iruarrizaga y Dongil (2009), la ansiedad es una emoción que nos pone en alerta, nos activa cognitiva, fisiológica y conductualmente ante la posibilidad de que en una determinada situación obtengamos un resultado perjudicial. La evaluación cognitiva de esta situación como una amenaza, dispara una serie de anticipaciones subjetivas, respuestas fisiológicas y conductuales que interactúan entre sí y llevan al sujeto a un estado de inquietud, que no termina mientras siga pensando en información amenazante. El estado emocional de ansiedad se caracteriza habitualmente por una experiencia subjetiva en la que la valencia es negativa o desagradable, la autopercepción de intensidad de la activación fisiológica es alta y la sensación de control tiende a estar amenazada. Si el individuo se encuentra en una situación complicada o tiene pensamientos negativos, regularmente surgirá el estado de ansiedad que suele poner en disposición al sujeto para afrontar rápidamente la situación, algunos individuos desarrollan un afrontamiento represivo, no obstante, no les sirve para detener una alta activación fisiológica. Como hemos mencionado, la ansiedad es una respuesta emocional habitual que nos ayuda a ponernos en alerta, sin embargo, existen varias personas que presentan muchos niveles de ansiedad que les producen malestar clínicamente significativo, alteraciones psicofisiológicas o psicósomáticas, así como conductas desadaptadas, por ejemplo fumar, trastornos alimenticios, etc.

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2010), cuando hablamos de ansiedad patológica, es por su manifestación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, o porque se presenta de manera excesiva, o la duración es extensa injustificadamente y la recurrencia es injustificada, generando un nivel evidente de disfuncionalidad de la persona. Esta condición se manifiesta por sensaciones somáticas y síntomas psíquicos.

Sensaciones somáticas: aumento en la tensión muscular, sudoración, mareos, fluctuaciones de la presión arterial, taquicardias, temblores, problemas digestivos, entre otros.

Síntomas psíquicos (cognitivos, afectivos y conductuales): intranquilidad, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón, temor a perder el control y sensaciones de muerte.

1.4.2 Tipos de trastornos de ansiedad

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014), menciona que los trastornos de ansiedad se caracterizan por presentar miedo y ansiedad excesiva, así como alteraciones de conducta relacionadas. Existen diferentes tipos de ansiedad entre ellos están por ejemplo:

- **Ansiedad generalizada:** las personas que la padecen, se encuentran persistente y excesivamente preocupadas sobre varios aspectos de su vida como el rendimiento escolar y las diferentes actividades en el trabajo que la persona encuentra difíciles de controlar.
- **Trastorno de pánico:** es asociado a personas que manifiestan repetidas e inesperadas crisis de pánico y se mantienen preocupadas de que se les presenten nuevas crisis cambiando desadaptativamente su comportamiento.
- **Fobia social:** se asocia a las personas que sienten miedo o ansiedad ante la interacción con otras personas y a los escenarios que implican la probabilidad de ser examinado.
- **Fobia específica:** hace referencia a personas que manifiestan miedo a situaciones u objetos precisos o los evitan.
- **Agorafobia:** es relacionada a personas que sienten miedo o ansiedad ante dos o más de las siguientes situaciones: a usar el transporte público, estar en espacios abiertos, estar en lugares cerrados, estar entre una multitud y encontrarse solos fuera de casa ante diferentes situaciones.
- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias:** se asocia a personas que consumen alguna sustancia psicoactiva, se manifiesta durante o poco después de haberla consumido.

La importancia de conocer los tipos de trastornos de ansiedad y sus derivaciones, pueden ayudar a orientar los procesos de evaluación e intervención, ante los casos relacionados con la adicción como, en este caso, al tabaquismo.

1.4.3 Ansiedad y tabaco: fundamentos psicológicos

El consumo de tabaco es un fenómeno que ha impactado de manera importante a la sociedad debido a sus implicaciones físicas, emocionales y sociales, de tal manera que haya diversas disciplinas que se interesen por dar explicación a tal hecho. Es la psicología una de las disciplinas que de manera particular se pregunta sobre las consecuencias y los motivos de su emergencia. Existen algunos elementos asociados al consumo de tabaco por ejemplo, se sabe que tanto el inicio como el mantenimiento de la conducta tabáquica están asociados no sólo a los efectos producidos por la dependencia física a la nicotina, sino también a los efectos sobre el estado de ánimo de quienes consumen tabaco. Tanto en adultos como en adolescentes con depresión y ansiedad, se ha encontrado una historia de tabaquismo, de esta manera, podemos decir que la depresión es una de las alteraciones del estado de ánimo más frecuentes en los fumadores y la cantidad del consumo de cigarrillos suele ser mayor en pacientes deprimidos que en los emocionalmente estables (Urdapilleta, Sansores, Ramírez, Méndez, Lara, Guzmán, Ayala, Haro Valencia, Casino y Moreno, 2010).

De acuerdo con Valdez y Lira (2013), para establecer la relación que hay entre la vulnerabilidad emocional y la conducta de fumar, existe un factor procedente de los estudios sobre la ansiedad como un elemento importante que podría conducir a un trastorno de ansiedad y un posible incremento en el consumo de tabaco y la dependencia a la nicotina; dicho factor es la llamada sensibilidad a la ansiedad la cual proviene del enfoque cognitivo sobre la ansiedad y las expectativas y se desarrolla como consecuencia de las experiencias de pánico, la constitución biológica y las características de la personalidad, asociados a la evitación de la vergüenza y las enfermedades o a la necesidad de mantener el control (Kashdan y cols., 2008; Zvolensky y Bernstein, 2005). En el caso de las adicciones, la SA (Sensibilidad de la Ansiedad) se ha asociado con mayor frecuencia a los síntomas

de abstinencia ya que las personas, al dejar de consumir la droga (en este caso el tabaco), interpretan los primeros síntomas de abstinencia Zvolensky, Baker y cols, (2004) como un daño físico, aumentando así su desagrado ante tales sensaciones. Dicho ciclo puede conducir a las personas vulnerables a aumentar el consumo o a tener recaídas si están intentando dejar de fumar para evitar las sensaciones producidas por el cese del consumo de tabaco.

CAPÍTULO II APROXIMACIÓN AL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL TABACO

2.1 Detección y evaluación

La detección de personas que consumen tabaco o de personas que están expuestas al tabaco ajeno, se realiza en la población usuaria de los servicios de salud con sólo investigar si fuma, además, se realiza una valoración médica completa para conocer su historial de tabaquismo, la motivación que tiene la persona para el abandono, detección de otras complicaciones, establecimiento del tratamiento y el seguimiento hasta lograr el objetivo de eliminar el consumo definitivamente (Secretaría de Salud, 2009). Para este fin, se utilizan varias técnicas y procedimientos por ejemplo: autorregistros, escala de dependencia a la nicotina, escalas de autoeficacia y evaluación fisiológica (Caballo, 1998).

2.2 Tratamientos desde la perspectiva cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual simboliza la integración de los principios procedentes de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva (Finney, Wilbourne y Moos, 2007), consideran que es el enfoque más comprensivo para tratar los problemas relacionados con el uso y abuso de sustancias y consiste básicamente en el desarrollo de estrategias enfocadas en el control que tiene la persona sobre sí misma (Becoña y Cortés, 2008).

De acuerdo con Becoña y Cortés (2008), entre las características generales de la terapia cognitivo-conductual se encuentran las siguientes:

- Se centra en el abordaje de los problemas actuales.
- Establece metas realistas y acordadas con el paciente.
- Busca resultados rápidos para los problemas más urgentes.
- Utiliza técnicas empíricamente probadas para incrementar la capacidad de los pacientes y aprendan a manejar sus propios problemas.

De acuerdo con Becoña y Cortés (2008), entre las técnicas cognitivo-conductuales más utilizadas en los problemas relacionados con la dependencia a sustancias se encuentran:

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Prevención de recaídas.
- Entrenamiento en manejo de estrés.
- Entrenamiento en relajación.
- Ejercicio aeróbico.
- Biofeedback.
- Entrenamiento en asertividad.
- Entrenamiento en manejo de ira.

2.3 Estudios que señalan la efectividad del tratamiento psicológico

Por lo anterior, con la intención de evaluar los resultados de un Programa de Tratamiento para dejar de fumar y que es empleado con los pacientes que acuden a las unidades de atención de Centros de Integración Juvenil, se diseñó un estudio de tipo cuanti-cualitativo, descriptivo, ex post facto, con valoración retrospectiva transversal. Por medio de un muestreo no probabilístico, se eligieron 36 Centros de Integración Juvenil de nuestro país, se encuestó a 370 consumidores de tabaco que se encontraban en la última sesión del tratamiento entre los meses de marzo y agosto o en la etapa de seguimiento. Se diseñó la cédula CEPTF (Cédula de Evaluación del Programa de Tratamiento para dejar de fumar) la cual evaluó motivos y creencias concernientes con el consumo de tabaco, el nivel de abstinencia al momento de responder el cuestionario, las principales afecciones a la salud de los pacientes y las mejoras después de haber tomado el tratamiento, así como las sugerencias y/o comentarios (Velázquez y Córdoba, 2014).

Los Centros de Integración Juvenil tienen el propósito de eliminar el consumo de tabaco y otras sustancias, brindar atención integral a los diferentes problemas psicológicos y de salud ocasionados por el consumo, incluyendo la rehabilitación,

reinserción social, apoyo y orientación a la familia de los consumidores con el propósito de favorecer ambientes libres de drogas y mejorar su desempeño y calidad de vida. El Programa de Tratamiento para dejar de fumar diseñado por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) se ha efectuado en todas las unidades de atención de CIJ y consiste en un Modelo Cognitivo Conductual (MCC) cuyo objetivo consiste en una estructuración perceptual de aprendizaje a partir de la repetición de estímulos y respuestas que se originan en el contexto familiar, escolar y en la comunidad, entre otros, debido a que se piensa que la conducta de fumar se aprende observando a otras personas. El objetivo radica en que el usuario reconozca sus pensamientos y emociones que anteceden o acompañan el deseo a la conducta de fumar por medio del auto monitoreo, lo que facilita la modificación de la conducta de fumar y las creencias relacionadas con esta, asimismo, permite el desarrollo y fortalecimiento de habilidades para dejar el consumo de tabaco, apoyados en el Modelo Cognitivo Conductual (MCC) en el cual se considera importante la triada que se forma entre los pensamientos, las emociones y las conductas en torno al consumo de tabaco del usuario (Chávez, 2010). Con este modelo también se incluye un entrenamiento de habilidades sociales como la asertividad, la toma de decisiones y el control de estrés; apoyado en estrategias como la Reestructuración Cognitiva de la Terapia Racional Emotiva de Ellis y la Terapia Cognitiva a las adicciones de Beck, la solución de problemas (toma de decisiones, modelado, autocontrol) y entrenamientos en relajación (Velázquez y Córdoba, 2014).

Así mismo, mencionan que el Programa de Tratamiento para dejar de fumar ha sido evaluado anteriormente y según los últimos resultados se valoró efectivo en cuanto a los objetivos que persigue, como la eliminación del consumo de tabaco o la disminución importante del mismo, así como la mejoría de los pacientes en cuanto a la resolución de problemas psicosociales y de salud alrededor de la conducta de fumar (Jiménez y Castillo, 2003). Sin embargo, actualmente debido a los cambios sociales, políticos, económicos, etc. la alta demanda de pacientes que han ingresado a tratamiento por consumo de tabaco en CIJ Gutiérrez, (2011) y la cantidad de fumadores que hay en México, hacen que los programas encaminados

a esta población de consumidores requiera de valoración continua con el objetivo de conocer los resultados y las posibles necesidades de ajuste, enriquecimiento y mejora de la calidad de los servicios de tratamiento. De acuerdo a lo anterior, es que se desarrolló la presente evaluación de resultados del Programa de Tratamiento para Dejar de Fumar de Centros de Integración Juvenil (Velázquez y Córdoba, 2014)

Otro estudio, demuestra que en la Universidad autónoma de México (UNAM) fue desarrollado un programa de intervención breve motivacional para personas fumadoras. Este estudio tuvo como sustento teórico las revisiones de meta-análisis que realizaron Becoña y Dodge sobre la efectividad de las técnicas conductuales de las cuales están de acuerdo en que las más efectivas son las de autocontrol y entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Por lo anterior, se realizó un estudio piloto que tuvo como objetivo evaluar sistemáticamente el programa de intervención breve motivacional para fumadores tomando como indicadores el patrón de consumo de cigarros y la percepción de la autoeficacia de los fumadores al término de la intervención del programa y el seguimiento a los 6 meses. Se utilizó un diseño de caso único con 10 réplicas, la aplicación del programa tuvo efectos concretos en el patrón de consumo y en el incremento de la autoeficacia para controlar situaciones de riesgo. Los resultados obtenidos de esta investigación concuerdan con los resultados obtenidos en otros países en donde se ha aplicado la intervención breve motivacional, asimismo, en nuestro país referente a otras problemáticas (Lira, Medina y Cruz, 2008).

La intervención en este estudio no sólo tuvo efectos importantes para fumadores con dependencia baja a la nicotina, sino también con fumadores con dependencia severa ya que aun cuando no dejaron el hábito por completo, si disminuyeron considerablemente su consumo y los días de abstinencia (Lira, Medina y Cruz, 2008).

2.4 Evaluación y tratamientos actuales en México

Actualmente en México, en cuanto a la atención psicológica y farmacológica para tratar la adicción al tabaco se refiere, se llevan a cabo diversos procesos en donde se evalúan e intervienen diferentes casos sobre el tabaquismo, ya sea de manera individual o en grupo.

De acuerdo con Profeco (2007), Desde la década de los 80 el Hospital General de México, el Instituto Nacional de Perinatología y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) realizaron las primeras investigaciones sobre los tratamientos para erradicar los tipos de dependencias y orientar a la población para abandonar el hábito de fumar. Estos centros también se dedicaron a la investigación para ver qué tipo de tratamientos son los más adecuados para dejar de fumar de acuerdo a la población mexicana. Los tratamientos que aplican actualmente consisten principalmente en tres tipos de ayudas:

1. Apoyo psicológico por medio del enfoque cognitivo-conductual.
2. Terapia de sustitución de la nicotina (TSN), como chicles, parches e inhaladores, todo ellos de nicotina.
3. Tratamientos con medicamento y antidepresivos.

Al respecto, Profeco (2007) menciona que si un fumador decide recibir tratamiento en una de las CCT de segundo y tercer nivel, lo atenderán de la siguiente manera:

- Fase diagnóstica: El fumador es valorado por un psiquiatra, psicólogo o trabajador social. En la primera entrevista se investiga sobre su estado físico, mental y emocional. También se pueden pedir diferentes estudios, que básicamente consisten en: electrocardiogramas, pruebas de sangre (biometría hemática y química sanguínea), muestras de flema, placas de tórax y pruebas de capacidad pulmonar (espirometría), por mencionar algunas.

- Fase de tratamiento: En primera instancia, se aplica el apoyo psicológico a través de las sesiones terapéuticas y, dependiendo del perfil del fumador, ya sea la TSN y los antidepresivos o medicamentos.
- Fase de seguimiento: Una vez terminado las sesiones terapéuticas, el paciente es citado para un nuevo tipo de apoyo terapéutico a través de varias sesiones, en las que comparte cómo se ha sentido y si ha continuado sin fumar. Estas citas pueden ser cada 15 días, mes, dos o tres meses durante el primer año después de haber concluido la terapia. En algunas CCT, este mismo seguimiento se da vía telefónica.

De acuerdo con Profeco (2007), las CCT clasificadas como de segundo y tercer nivel cuentan con el personal competente para dar apoyo psicológico, el cual se realiza mediante sesiones terapéuticas en las que se aplican diferentes técnicas. El número de las sesiones terapéuticas varía desde 6 hasta 10, dependiendo de la modalidad en la que se impartan, es decir, si es individual, grupal (de entre 5 y 10 pacientes) o familiar, así como de la CCT. La duración de estas sesiones puede ser de 1 a 2 horas. Entre las técnicas terapéuticas más importantes que se pueden aplicar en dichas sesiones, se incluyen las siguientes:

- Modificación de la conducta: va encaminada a propiciar un nuevo repertorio de conductas que beneficien la calidad de vida del paciente, como realizar ejercicio físico, tomar agua y tener una dieta equilibrada.
- Reestructuración cognitiva: el paciente identifica por medio de las técnicas de reestructuración cognoscitiva las creencias que mantienen su conducta de fumar, las debate y las modifica obteniendo nuevas que le ayuden a alcanzar su objetivo de dejar de fumar.
- Técnicas de control de emociones: el fumar en muchas ocasiones es una forma de contener y manejar emociones tales como el enojo, la tristeza, la alegría, etcétera, y se ha observado que el dejar de fumar provoca ansiedad. Por esta razón, se emplean diversas técnicas para entrenar al paciente en el manejo adecuado de esas emociones, poniendo especial énfasis en aquéllas que para cada paciente son un factor de riesgo para una recaída.

- Entrenamiento en habilidades sociales: Dado que el consumo de tabaco puede usarse como una manera de establecer relaciones sociales, se entrena al paciente para que genere conductas asertivas que mejoren su relación con los demás y logre los objetivos de su comunicación. De esta manera se logra que el paciente deje de fumar y, en su lugar, establezca conductas que mejoren su calidad de vida.

Algunas de las clínicas que brindan atención al respecto son: Hospital General de México, hospital Santa Fe, Medica Sur, Clínica de Tabaquismo Lomas Altas y Centro de Integración Juvenil (Profeco, 2007).

Por otra parte, el IMSS (2013) menciona que a través del programa de la Clínica de Atención al Fumador, el Seguro Social concientiza y brinda apoyo psicológico y atención médica a quienes desean dejar el consumo del tabaco.

Como se mencionó antes, la Clínica de Atención al Fumador del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) apoya a quienes desean dejar el consumo del tabaco a través de un programa que abarca terapia psicológica desde la perspectiva cognitivo-conductual, reemplazo de adicción a la nicotina. Además, atiende a pacientes que presentan problemas de salud a causa del consumo como enfisema pulmonar, bronquitis o cáncer (IMSS, 2013).

La Clínica está ubicada en el Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. El programa pretende concientizar a los pacientes sobre los daños a la salud que causa el tabaquismo. La motivación individual y voluntaria es el principal criterio de selección para admitir a los participantes en el programa porque sin ella, la terapia difícilmente funciona (IMSS, 2013).

El tratamiento consta de nueve sesiones dos veces por semana, atiende a 10 participantes en promedio a quienes se les presenta un panorama general sobre:

- Lo qué es el tabaco
- Su historia
- Los daños a la salud que provoca la adicción a la nicotina
- Las patologías asociadas por el consumo del mismo.

Conjuntamente, el IMSS brinda tratamiento con parches de nicotina como terapia de reemplazo para esta sustancia. Asimismo, se proporciona información motivacional a los pacientes, apoyo psicológico con terapia cognitivo conductual, técnicas de relajación y de respiración y apoyo nutricional para tratar de eliminar el temor del aumento de peso al dejar de fumar (IMSS, 2013).

De acuerdo con IMSS (2013), al final de las sesiones, se realiza a los participantes un estudio funcional respiratorio conocido como espirometría y radiografía de tórax, y en algunos casos un análisis de expectoración con la finalidad de detectar de manera temprana procesos cancerosos. Si se amerita algún tratamiento en particular, se prescribe, otorga y se vigila al paciente.

A quienes no presentan trastornos de salud se les da seguimiento a los tres, seis y 12 meses en la Clínica o por vía telefónica para apoyar a los pacientes en el proceso de la abstinencia a la nicotina (IMSS, 2013).

El problema de tabaquismo en México, es un problema de salud pública que afecta a un sector importante de la población generando diversas enfermedades. En este caso, la problemática específica del trabajo, se centra en una usuaria que presenta dependencia al tabaco lo que ha desembocado en problemas familiares y problemas de salud.

La importancia de realizar este estudio, se enfoca en diseñar un plan de tratamiento en donde se brinden técnicas adecuadas las cuales logren disminuir la ansiedad, cambiar los pensamientos irracionales relacionados con su conducta de fumar, reducir gradualmente el consumo de tabaco así como fortalecer o mejorar las habilidades sociales de esta usuaria. De acuerdo a los diferentes estudios que han demostrado la efectividad de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual para el abandono del tabaco aunado a la intervención actual que se brinda en las diferentes instituciones de salud con resultados favorables, se considera importante seguir trabajando desde este enfoque en planes de intervención que sigan concientizando y ayudando a este sector de la población ya sea de manera grupal

o individual, pues como hemos visto, la adicción de tabaco en México genera diversas enfermedades y cobra la vida de más de 122 personas diariamente.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General

Evaluar la efectividad de un programa de intervención cognitivo conductual para el tratamiento en un caso de adicción al tabaco.

Específicos:

- Evaluar los rasgos psicológicos relacionados con el consumo de tabaco en un usuario dependiente.
- Promover cambios en la conducta y creencias en relación al consumo de tabaco.
- Incorporar técnicas que ayuden a enfrentar la dependencia al tabaco.
- Implementar estrategias para controlar el síndrome de abstinencia en la reducción gradual del tabaco.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA APLICADA PARA EL ANÁLISIS DE UN CASO

3.1 Componentes del estudio para la evaluación

3.1.1 Identificación del paciente

Mujer de cuarenta años de edad, casada, tiene tres hijos. Se dedica al hogar y trabaja desde su casa la contabilidad del negocio de su esposo pues estudió tres semestres de contabilidad. Vive en el municipio de Ixtapaluca Estado de México. Acudió personalmente en busca de ayuda para dejar el hábito de consumo de cigarro pues éste le ocasionó problemas familiares y de salud.

3.1.2 Diseño de estudio e intervención

Estudio de caso (N=1), con medidas repetidas en la Pre-evaluación y Post-evaluación.

La intervención se realizó mediante un diseño ABA.

3.1.3 Variables:

Dependiente

Consumo de tabaco.

Independiente

Programa cognitivo-conductual para la reducción del consumo de tabaco.

3.1.4 Instrumentos:

Entrevista conductual (Fernández-Ballesteros y Staast, 1992): Fue diseñada para recoger información relacionada con la demanda del individuo y los aspectos potencialmente relevantes de la situación problema. **(Ver anexo 1)**

Test de Fagerstrom (Fagerstrom & Schneider, 1978): Evalúa la dependencia fisiológica a la nicotina. Fue adaptada al español por Becoña, E., Gómez, B., Álvarez, E. y García, M. (1992). Se trata de un pequeño cuestionario que permite decidir el nivel de dependencia. Fiabilidad: Consistencia interna 0.56-0.64.

Fiabilidad Test-retest: 0.88. Validez. Muestra relaciones con otras medidas bioquímicas de consumo (0.25-0.40) y con números de años como fumador (0.52). Es útil para pronosticar la severidad del deseo, el grado de la sintomatología y el número de recaídas. La puntuación fluctúa entre 0 y 10 (mientras la puntuación sea mayor, mayor será la dependencia). No se disponen de puntos de corte, en diversas investigaciones se ha utilizado la puntuación de 6 o superior para indicar una dependencia alta (Proyecto de apoyo a la evaluación Psicológica Clínica, 2006). **(Ver anexo 2)**

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck & Steer, 1988): Mide los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en especial, los referentes a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el DSM-III-R para su diagnóstico. Fue adaptada al español por Jesús Sanz, Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández (2011). Es una escala de 21 ítems tipo Likert que mide de forma autoinformada el grado de ansiedad en una escala de 4 puntos desde “Nada en absoluto” hasta “Gravemente”. El BAI ha sido formulado para que discrimine entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas, ampliando sus áreas de aplicación. La puntuación es la suma de las respuestas de cada uno de los 21 síntomas. Cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3. La puntuación que indica la máxima ansiedad es de 63 puntos. La forma para interpretar una puntuación consiste en su comparación con los 3 puntos de corte que el Manual ofrece y en la obtención de la categoría de gravedad (“Mínima”, “Leve”, “Moderada” y “Grave”) que le corresponde (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2013). **(Ver anexo 3)**

Test IDARE (Spielberger & Gorsuch, 1964): Mide dos dimensiones de ansiedad: Estado-Rasgo. Estado, hace referencia a cómo se siente el individuo en ese momento y Rasgo, a cómo se siente generalmente. Fue adaptada al español para la población mexicana por Díaz Guerrero (1970), alfa de Cronbach (0.83 para el IDARE- R y de 0.92 para IDARE-E), se califica con una escala de cuatro puntos tipo Likert, ordenados de 1 (no en lo absoluto) a 4 (mucho) (Spielberger, y Díaz, 1970). **(Ver anexo 4)**

Escala de Habilidades Sociales (Goldstein, 1978): Es una prueba ipsativa, puede ser aplicada de manera individual o grupal, asimismo, de forma autoaplicada. Fue adaptada al español por Tomás (1994-1995). Se compone de 50 frases que están relacionadas a la valoración que se tiene de cada habilidad basándose en la conducta personal frente a diversas situaciones (SCRIBD,2014). Los resultados de la escala se consiguen dividiendo la puntuación directa obtenida (PDO) entre la puntuación directa máxima (PDM) multiplicada por 100, obteniendo finalmente de la gráfica de resultados el porcentaje correspondiente a cada grupo de habilidades sociales. **(Ver anexo 5)**

3.2 Procedimiento aplicado para el tratamiento de la dependencia al tabaco

En primer lugar, se obtuvo el consentimiento de la usuaria para realizar el desarrollo de este estudio, además, se ha procuró cuidar la confidencialidad y el manejo ético de los datos proporcionados. El trabajo se llevó a cabo en 10 sesiones, una por semana con una duración de 60 a 90 minutos respectivamente. Las 2 primeras sesiones se utilizaron para realizar la evaluación conductual del caso; iniciamos con la entrevista conductual, la aplicación de las pruebas psicométricas y la línea base de la conducta problema. Posteriormente, se utilizaron 7 sesiones para la aplicación del plan de intervención diseñado previamente de acuerdo a los resultados de la evaluación conductual. Por último, se utilizó 1 sesión para la post-evaluación.

3.2.1 Descripción del tratamiento por fases y sesiones

Fase 1 Pre-evaluación: esta fase se realizó en dos sesiones en donde se obtuvo información relevante por medio de diferentes instrumentos. Los resultados obtenidos de estos instrumentos aplicados sobre la dependencia al cigarro, ansiedad y habilidades sociales, fueron los siguientes: el test de Fagerstrom, puntuó por debajo de 4 mostrando así moderada dependencia al tabaco. En cuanto a la escala de ansiedad de Beck, se obtuvieron 18 puntos dando como resultado un nivel moderado de ansiedad. En el inventario IDARE sobre ansiedad estado-rasgo para ver qué tipo de ansiedad se presenta en la usuaria, dio como resultado un nivel alto, tanto en estado con 66 puntos, como en rasgo con 58 puntos de acuerdo a la fórmula del inventario. Por último, el cuestionario de habilidades

sociales de acuerdo a la gráfica de porcentajes dio como resultado que, el *Grupo I primeras habilidades sociales* puntuó con un 84.30%, el *Grupo II Habilidades sociales avanzadas* puntuó con un 70%, el *Grupo III Habilidades relacionadas con los sentimientos* puntuó con un 78.50%, el *Grupo IV Habilidades alternativas a la agresión* puntuó con un 66.60%, el *Grupo V Habilidades para hacer frente al estrés* puntuó con un 75% y el *Grupo VI Habilidades de planificación* puntuó con un 84.30%.

Fase 2. Intervención: esta fase se llevó a cabo en siete sesiones en donde se puso en práctica cada una de las técnicas seleccionadas para el tratamiento.

Fase 3. Post-evaluación: esta fase se efectuó en una sesión aplicando nuevamente los instrumentos para obtener así la información y conocer los resultados finales de la intervención (véase más adelante los resultados de la Post-evaluación).

A continuación, se describe cada una de las sesiones que se llevaron a cabo en la intervención terapéutica, así como las técnicas utilizadas en cada una de ellas. Posteriormente, se dará a conocer el análisis de los resultados.

Sesión 1

Después de saludarnos, empezamos por hablar sobre el objetivo principal del tratamiento y de cada una de las metas establecidas para lograr este fin, también, se fijó la fecha probable del abandono del hábito. Enseguida, revisamos su red de apoyo, al respecto, nos comentó que su esposo, sus hijos y su mamá, eran su principal apoyo en este proceso. Se le explicó la importancia de tener una red de apoyo social que esté presente en ciertas situaciones por las que va a atravesar durante el proceso para dejar de fumar.

Iniciamos en forma la sesión revisando el último autorregistro en donde pudimos ver que su consumo se mantuvo en **6 cigarrillos diarios** (línea base) y el estado emocional que la llevó a fumar fue cuando se sintió ansiosa y pensó en calmar esa ansiedad.

Empezamos con psicoeducación, por medio de diapositivas se le proporcionó información sobre la ansiedad, se le mostraron algunos tipos de trastornos que existen y la relación de la ansiedad con el consumo de tabaco. Se le explicó que la ansiedad induce a un menor o mayor grado de malestar según sea el caso, y que cuando no se afronta adecuadamente, en ocasiones las personas buscan calmar esa ansiedad consumiendo algo por ejemplo, comida, alcohol o cigarro, pues creen que de esta forma, la mitigarán.

Posteriormente, se le explicó que las emociones positivas o negativas, nos producen a pensamientos de la misma manera, por lo tanto, esos pensamientos influyen en la manera de cómo nos comportarnos. Se le comentó que para conocer el porqué de su conducta de fumar, era necesario identificar los pensamientos irracionales (de la triada cognitiva) empezando por los pensamientos irracionales de sí misma que mantienen su conducta de fumar. Después de identificar los primeros pensamientos irracionales, se le pidió que argumentara al respecto, una vez hecho, se contraargumentó con pensamientos racionales.

En esta sesión realizamos la técnica llamada Relajación Muscular Progresiva de Jacobson, ésta le ayuda a controlar la ansiedad cuando se encuentre ante diversas situaciones negativas y sienta deseos de fumar. Se le explicó que la técnica ayuda a identificar la tensión muscular a través de ejercicios de tensión y relajación, con el objetivo de alcanzar un nivel profundo de relajación (se trabajó en sesión).

Se concluyó la sesión preguntando a la usuaria a cerca de cada actividad trabajada. También, si había alguna duda con los conceptos revisados respecto a la ansiedad y sobre la técnica de relajación.

Sugerencia de actividades para realizar en casa.

- Hacer una lista con las actividades encomendadas a realizar durante esta semana y tenerla a la vista.
- Practicar la técnica de Relajación Muscular Profunda.
- Escribir las razones que tiene para dejar de fumar.
- Continuar con el autoregistro.

Objetivos para la siguiente sesión:

- Conocer las afecciones a la salud y sociales que causa el consumo de tabaco.
- Identificar los pensamientos irracionales que tiene sobre el mundo, relacionados con su conducta de fumar.
- Explicar e implementar la técnica de Focalización Atencional en la sesión.
- Iniciar con la deshabituación tabáquica.

Sesión 2

Iniciamos comentando algunas situaciones importantes sobre su problema, asimismo, revisamos cada uno de los puntos y técnicas que veríamos durante la sesión.

Subsiguientemente, revisamos cada una de las actividades que trabajó en casa; comentó que la técnica de relajación la practicó y pudo obtener grandes beneficios, después, observamos en el autoregistro que su conducta de fumar se mantuvo en **6 cigarros diarios**, por último, entregó una hoja en donde escribió las razones que tiene para dejar de fumar.

Continuamos con la psicoeducación sobre las consecuencias que trae el consumo de tabaco tanto en la salud como a nivel social. Se le mostró por medio de diapositivas información sobre las afecciones que causa a la salud, como por ejemplo: problemas dentales, infartos, abortos, partos prematuros, enfisema pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cáncer en diferentes zonas del cuerpo. También, se le proporcionó información sobre las afecciones sociales que provoca la dependencia al tabaco por ejemplo: pérdida de empleos, mortalidad temprana e impacto en la economía.

Posteriormente, iniciamos con la identificación de los pensamientos irracionales que tiene sobre el mundo y la relación con su conducta de fumar, argumentó al respecto y después se contraargumentó con pensamientos racionales.

Siguiendo con la sesión, explicamos e implementamos la técnica de Focalización Atencional como alternativa para reducir la ansiedad, se le explicó antes, que esta técnica es muy fácil de llevar a cabo y que ayuda a reenfocar la atención a estímulos externos cuando la persona está centrando su atención en las respuestas fisiológicas (sudoración, tensión muscular, taquicardias, calor, etc.) cuando se siente ansiosa (se trabajó en sesión).

Cerramos la sesión preguntando a la usuaria que cómo había sentido el trabajo realizado, se le preguntó que si tenía alguna duda al respecto de los conceptos revisados sobre las afecciones a la salud y las afecciones sociales causadas por el hábito del tabaco. Por último, se le propuso a la usuaria iniciar con la deshabituación tabáquica por medio de la técnica Reducción Gradual de Nicótica, se le explicó que esta técnica consiste en ir reduciendo gradualmente el consumo de nicotina empezando por el cambio de marca de cigarrillos que acostumbra a consumir hasta disminuir la dosis del consumo. También, se le sugirió iniciar su primer cigarro más tarde de lo habitual.

Sugerencia de actividades para realizar en casa.

- Hacer una lista con las actividades encomendadas a realizar durante esta semana y tenerla a la vista.
- Practicar la técnica de Focalización Atencional para atenuar los síntomas fisiológicos de la ansiedad cuando se presente.
- Escribir lo que piensa sobre consecuencias de consumir tabaco.
- Cambiar la marca de cigarros.
- Iniciar el primer cigarro más tarde de lo habitual.
- Continuar con el autoregistro.

Objetivos para la siguiente sesión:

- Conocer los beneficios de dejar el consumo de tabaco.
- Identificar los pensamientos que la usuaria tiene sobre el futuro, relacionados con su conducta de fumar.
- Explicar e introducir la técnica de Control de Estímulos.

- Explicar y practicar un ejercicio de respiración para relajarse y disminuir la ansiedad (respiración abdominal).
- Planear una rutina de ejercicio físico.

Sesión 3

Iniciamos la tercera sesión preguntando aspectos relevantes de la problemática. Se le preguntó que cómo se sentía con las técnicas trabajadas hasta el momento y los cambios incorporados en su vida. Se le expresó que era importante seguir poniendo en práctica las estrategias vistas y que le hayan resultado útiles para afrontar la ansiedad ante las emociones negativas que la ponen ansiosa y la llevan a la conducta de fumar.

Inmediatamente, revisamos la tarea analizando en primer lugar el último autoregistro, se observó que el consumo disminuyó un cigarro al día con el cambio de marca de cigarrillos quedando su consumo en **5 cigarros diarios**, se le felicitó al respecto y se le motivó para seguir avanzando hacia su objetivo principal. Por último, entregó una hoja acerca de lo que piensa sobre las consecuencias de consumir tabaco.

Pasamos a la psicoeducación, esta vez revisamos algunos de los beneficios de salud que se obtienen al dejar el hábito del tabaco, se le mostró a la usuaria por medio de diapositivas información al respecto, además de comentarle que el cabello, la ropa y el aliento, mejoran su olor cuando se elimina este hábito.

Posteriormente, iniciamos con la identificación de los pensamientos irracionales que tiene sobre el futuro y la relación con su conducta de fumar, la usuaria argumentó al respecto y en seguida se contraargumentó con pensamientos racionales.

Consecutivamente, se le explicó y aplicó la técnica de respiración abdominal, se le dijo que esta técnica proporciona grandes beneficios como por ejemplo: que promueve la oxigenación de la sangre, actúa sobre el plexo solar liberando la ansiedad, estimula el movimiento del corazón mejorando la circulación, masajea

los órganos abdominales, descongestiona el hígado, ayuda al tránsito intestinal y sobre todo, que es muy relajante.

Siguiendo con el bienestar físico y mental, se le sugirió planear una rutina de ejercicio físico para activar su conducta y contrarrestar los episodios de ansiedad, antes, se constató que no presentara ningún problema de salud para realizar la actividad física. Se planeó que iniciaría con 20 minutos de ejercicio por lo menos tres veces a la semana e incrementar paulatinamente el tiempo de la actividad.

Subsiguientemente, se le explicó la técnica control de estímulos, se le expuso que esta técnica consiste en eliminar paulatinamente situaciones en las que fuma con el propósito de reducir el consumo de tabaco. Primero, se le pidió a la usuaria hiciera una lista de las situaciones en las que fuma, posteriormente, se le dijo que eligiera dos situaciones en las que no fumaría en la presente semana.

Se terminó la sesión preguntando a la usuaria sobre lo trabajado durante la misma y en especial, qué es lo que opinaba de los beneficios que se obtienen al dejar de fumar. Posteriormente, se le sugirió seguir con la técnica de compensación a la nicotina para abandonar el hábito, se le propuso consumir sólo las tres cuartas partes de cada cigarro que se fume durante el día en la presente semana. También, se le ofrecieron estrategias para atenuar el síndrome de abstinencia como: tomar suficiente agua, caminar o darse un baño.

Sugerencia de actividades para realizar en casa.

- Hacer una lista con las actividades encomendadas a realizar durante esta semana y tenerla a la vista.
- No fumar en las dos situaciones elegidas durante la sesión.
- Fumar sólo las tres cuartas partes de cada cigarro.
- Realizar la rutina de ejercicio establecida.
- Seguir con los ejercicios de relajación antes vistos e implementar el nuevo ejercicio de respiración abdominal en situaciones que le provoquen ansiedad.

- Aplicar las estrategias para disminuir el síndrome de abstinencia cuando se requiera.
- Escribir en una tarjeta los daños que causa el consumo de tabaco y los beneficios que se obtienen al dejar de consumirlo.
- Continuar con el autoregistro.

Objetivos para la siguiente sesión:

- Iniciar con el cambio de pensamientos irracionales por medio de la reestructuración cognitiva explicando en qué consiste.
- Explicar e implementar la técnica de Reducción al Absurdo.
- Conocer las actividades que le causan placer aparte de fumar.

Sesión 4

Esta sesión la iniciamos con la técnica de relajación de Jacobson pues la usuaria la requería en ese momento. Después de aplicar la técnica, comentamos un poco las circunstancias que habían acontecido previo a la sesión en donde junto con la técnica de relajación se encontró más tranquila. De acuerdo a esto, entramos de lleno a la sesión, pero antes, comentamos de manera general cada una de las actividades que se llevarían a cabo.

Iniciamos con la revisión de la tarea, observamos en el autoregistro que el consumo se mantuvo en **cinco cigarros por día**, se le motivo para alcanzar el cambio. Revisamos también la tarjeta que escribió de los daños que causa el consumo de tabaco y los beneficios que se obtienen al dejar de consumirlo, se leyó y se le sugirió la conservara y la llevara siempre con ella para que la leyera cuando sintiera ganas de fumar. También, se le preguntó que cómo se había sentido con las tareas incorporadas en la última semana.

Posteriormente, empezamos con el cambio de pensamientos irracionales, pero antes, se le brindó información a la usuaria sobre la TREC en donde se dijo, que es un tipo de terapia que ha demostrado mucha eficiencia en la solución de diferentes problemas emocionales y de conducta, cambiando los pensamientos irracionales

que impiden a la persona sentirse y estar bien con los demás. Se le explicó específicamente, que los pensamientos irracionales interfieren en la en la obtención de metas y propósitos de las personas, que en cambio, los pensamientos racionales, son flexibles y ayudan a establecer libremente las metas y propósitos de los individuos.

Enseguida, empezamos a trabajar con una de las técnicas cognitivas que se llama *Reducción al Absurdo*, pertenece a las técnicas de discusión y debate de creencias la cual implica llevar al extremo los pensamientos irracionales para que ante lo absurdas que pueden resultar las consecuencias, se vea la necesidad de reformularlos (se realizó en sesión).

Por último, se le pidió que escribiera en una hoja las cosas que le causan placer aparte de fumar. También, se eligieron dos nuevas situaciones en las que no iba a fumar en la próxima semana.

Se concluyó la sesión preguntándole a la usuaria que qué le había parecido la sesión, también, si existía alguna duda sobre la técnica para cambiar los pensamientos irracionales. Al respecto, se le mencionó que iba a aumentar la complejidad de las tareas y que una de las actividades que iba a llevar a casa era aplicar una técnica que se llama *Proselitismo Racional*, se le explicó que ésta consiste en enseñar a personas cercanas a ella los fundamentos teóricos de la TREC y cómo pueden realizar el cambio de pensamientos irracionales, esto con el fin de que afianzara más su filosofía racional al intentar convencer a otras personas de su utilidad (se le proporcionó información impresa). Se le sugirió seguir con las técnicas antes vistas entre ellas la *Reducción Gradual de Nicotina* proponiéndole que en la presente semana sólo se fumara la mitad de cada cigarro.

Sugerencia de actividades para realizar en casa:

- Hacer una lista con las actividades encomendadas a realizar durante esta semana y tenerla a la vista.
- No fumar en las dos nuevas situaciones elegidas además de las elegidas anteriormente.

- Considerar realizar una de las actividades que le causan placer en lugar de fumarse un cigarro.
- Fumar sólo la mitad de cada cigarro.
- Seguir con las técnicas de relajación y las estrategias para atenuar el síndrome de abstinencia.
- Seguir con la rutina de ejercicio físico.
- Seguir con las reflexiones cognitivas sobre los beneficios de dejar el hábito.
- Practicar la técnica Proselitismo Racional.
- Escribir sobre la importancia de adquirir pensamientos racionales.
- Continuar con el autoregistro.

Objetivos para la siguiente sesión:

- Seguir con el cambio de pensamientos irracionales sobre lo que piensa del mundo y la relación con su conducta de fumar implementando la técnica de Análisis y Evaluación lógica de la TREC.
- Explicar e implementar la técnica de resolución de problemas.

Sesión 5

Iniciamos la sesión haciendo un recuento de los cambios que se han obtenido hasta el momento en función a las metas de tratamiento para llegar al objetivo principal. Comentamos sobre las técnicas trabajadas y mencionó que le han ayudado significativamente, se le sugirió seguir utilizándolas. Posteriormente, se le explicó de manera general lo que se iba a trabajar durante la sesión y entramos de lleno a ella.

Revisamos la tarea, en el último autoregistro se pudo ver satisfactoriamente que la usuaria disminuyó a **dos cigarros por día**. Así mismo, llevó a cabo la técnica de Proselitismo Racional satisfactoriamente, entregó una hoja con lo que piensa sobre los beneficios de cambiar los pensamientos irracionales. Además, realizó cada una de las tareas encomendadas para esta semana incluyendo la rutina de ejercicio. Por último, se preguntó que si había alguna duda o problema sobre las tareas sugeridas.

Pasamos a la aplicación de las técnicas, en esa ocasión se trabajaron dos: Análisis y Evaluación lógica de la TREC y la de Resolución de Problemas.

En primer lugar, se le explicó que la técnica Análisis y Evaluación lógica, reside en enseñar a las personas los principios de la lógica para examinar y modificar creencias irracionales (se trabajó en sesión).

En la siguiente técnica Resolución de Problemas, se le explicó que consiste en producir consecuencias positivas y refuerzo positivo así como evitar las consecuencias negativas. Esta técnica parte de que las personas somos solucionadores de problemas, no obstante, hay diferencias individuales en esta práctica. La técnica consta de cinco etapas: orientación general, definición y formulación del problema, generación de alternativa, solución de problemas y verificación. Antes de empezar, vimos el concepto de lo que es un problema, posteriormente, empezamos a ejemplificar cada una de las etapas.

Para culminar con la sesión, hicimos un recuento de cada una de las técnicas trabajadas, se le preguntó a la usuaria su opinión y si había alguna duda al respecto. Se le sugirió trabajar la técnica de Inundación In vivo asistiendo a una reunión familiar o social y comprobar que puede convivir sin fumar, ésta manera, le ayudaría a tratar de cambiar los pensamientos irracionales al respecto. En cuanto a la segunda técnica vista, se le recomendó que siguiera cada uno de los pasos para lograr solucionar el problema seleccionado en la sesión. Asimismo, se le recordó que ya estaba próxima la fecha probable que eligió en la primera sesión para el abandono del tabaco.

Se eligieron dos situaciones nuevas en las que no fumaría, también, se le sugirió fumar sólo la cuarta parte de cada cigarro. Por último, se le animó a seguir con las técnicas trabajadas hasta el momento y que le han ayudado.

Sugerencia de actividades para realizar en casa:

- Hacer una lista con las actividades encomendadas a realizar durante esta semana y tenerla a la vista.

- No fumar en las dos nuevas situaciones elegidas además de las elegidas anteriormente.
- Realizar una de las actividades que le causan placer en lugar de fumarse un cigarro.
- Fumar sólo la cuarta parte de cada cigarro.
- Seguir con las técnicas de relajación y las estrategias para atenuar el síndrome de abstinencia.
- Seguir con la rutina de ejercicio físico.
- Seguir con las reflexiones cognitivas sobre los beneficios de dejar el hábito.
- Practicar la técnica Inundación In vivo.
- Poner en práctica la alternativa de solución para el problema identificado como el más importante.
- Escribir el resultado de la alternativa.
- Continuar con el autoregistro.

Objetivos para la siguiente sesión:

- Sugerir un cambio saludable en la alimentación.
- Recaltar en la detección y control de tentaciones, identificando situaciones de riesgo y saber cómo afrontarlas con conductas alternativas.
- Explicar y trabajar diferentes técnicas de asertividad.

Sesión 6

Después de saludarnos, empezamos la sesión comentando un poco sobre cómo se sentía después de trabajar las diferentes técnicas para controlar sus emociones que la llevan a la conducta de fumar y sobre la preparación del abandono del hábito. En seguida, explicamos cada una de las actividades que trabaríamos en la sesión entre ellas algunas técnicas de asertividad que le ayudarían a decir no al consumo de tabaco una vez que esté convencida y deje el hábito.

Dimos inicio, revisamos la tarea y lo primero que vimos como en cada sesión fue el autoregistro, se pudo observar que la usuaria siguió con la disminución del consumo, ahora el total de cigarros fumados se redujo a **uno diario**. Revisamos

también lo relacionado con la técnica In Vivo, conocimos satisfactoriamente que sí había funcionado el propósito de la misma, así como también la alternativa que eligió para darle solución al problema electo en sesión. Se le felicitó por el esfuerzo y el compromiso mostrado. También, se le preguntó sobre las actividades que hizo en lugar de fumar, las técnicas de relajación y de reflexión y sobre la rutina de actividad física establecida.

Al respecto, se le comentó que era muy importante adoptar el ejercicio como hábito y además cambiar a una alimentación más saludable. Se le comentó, que antes de dejar de fumar se le sugería hacer un ajuste en la alimentación pero que no significara un sacrificio para ella ni para su familia. Se le preguntó sobre el estilo de alimentación que acostumbraban. Posteriormente, se le sugirió cambiar a una alimentación más saludable que incluya más verduras, fruta de temporada, alimentos ricos en fibra, tomar suficiente agua natural, que consumieran menos carne, grasas, azúcares, sal y carbohidratos. Así mismo, se le propuso evitara bebidas como el café, refresco y alcohol, y que los sustituyera por jugos de frutas por ejemplo. Aceptó la propuesta para ponerla en práctica cuanto antes.

Subsiguientemente, se retomó el tema del abandono del cigarro, fue importante hacerle ver a la usuaria sobre la detección y control de tentaciones que se pueden presentar, se hizo una lista en donde se anotaron las situaciones de riesgo y se le explicó cómo afrontarlas con conductas positivas que también se anotaron, al final, se le entregó la lista para que las tuviera presentes.

De acuerdo a lo anterior, comentamos que conoceríamos algunas técnicas de asertividad para decir no al consumo de tabaco una vez que se haya decidido a abandonar el hábito. Se le explicó que la asertividad es una conducta de comunicación que expresa las opiniones y los derechos de los demás de manera adecuada, y para lograr este fin, veríamos algunas de las técnicas que ayudan a contestar de manera asertiva cuando ya no se desee consumir tabaco, estas son: Disco Rayado, Para ti y Para mí, Banco de niebla y Sencillamente decir NO (se le explicó la definición de cada una y pusimos ejemplos en cada una de las técnicas relacionados con la conducta problema).

Cerramos la sesión haciendo un repaso breve sobre la detección y control de las tentaciones y sobre lo que le habían parecido las técnicas trabajadas para hacer frente a las diferentes situaciones cuando haya decidido abandonar el hábito. Por último, se le propuso dejar de fumar en todas las situaciones elegidas previamente.

Sugerencia de actividades para realizar en casa:

- Hacer una lista con las actividades encomendadas a realizar durante esta semana y tenerla a la vista.
- No fumar en todas las situaciones elegidas anteriormente.
- Realizar actividades que le causan placer para no pensar en fumar.
- Seguir con las técnicas de relajación y las estrategias para atenuar el síndrome de abstinencia.
- Seguir con la rutina de ejercicio físico.
- Seguir con las reflexiones cognitivas sobre los beneficios de dejar el hábito.
- Seguir poniendo en práctica técnica de solución de problemas en los otros problemas identificados previamente, checar los resultados y cambiar de alternativa en caso de que no funcione la primera.
- Implementar las diferentes técnicas de asertividad en situaciones en las que sea necesario ahora que va a dejar de fumar.
- Escribir qué técnicas le funcionaron mejor durante el tratamiento y ¿por qué?
- Empezar a implementar una alimentación más sana.
- Continuar con el autoregistro.

Objetivos para la siguiente sesión:

- Analizar si se cumplieron los objetivos.
- Comentar los logros obtenidos.
- Conocer las consecuencias positivas y negativas del tratamiento.
- Explicar los efectos que pueden aparecer en los días siguientes a la retirada y cómo combatirlos.
- Explicar claramente la diferencia entre caída y recaída.

- Conocer las motivaciones para seguir abstinentes (en caso de que se haya dejado el hábito por completo).
- Felicitar a la usuaria por haber llegado al término del tratamiento.

Sesión 7

Después de saludarnos y comentar algunos puntos relevantes, expuso la noticia de que había logrado dejar el hábito y que ya llevaba cuatro días sin fumar. Se le felicitó ampliamente por lograr el objetivo principal. Posteriormente, se comentó de manera general los puntos que veríamos en la última sesión.

Revisamos la tarea, analizamos en primer lugar el autoregistro en donde se observó que se registró la conducta sólo dos días antes de dejar el hábito, el registro muestra que fumó **un cigarro por día**. También, revisamos si las alternativas que eligió para darle solución al segundo problema más importante relacionado con su conducta de fumar habían funcionado. Asimismo, siguió con las reflexiones sobre la importancia de haber dejado el hábito. También, siguió con las actividades placenteras para no pensar en fumar (leer y hacer manualidades). En cuanto a la rutina de ejercicio, la ha seguido realizando tres veces a la semana, se le motivó a que continuara ejercitándose. Respecto a la alimentación, empezó a realizar cambios, se le recomendó que siguiera el plato del buen comer en donde se incluye una alimentación balanceada de los diferentes grupos de alimentos. Por último, entregó unas hojas en donde explicó las técnicas que le funcionaron mejor y por qué.

Posteriormente, se le dijo que el tratamiento había terminado, y que íbamos a revisar cada una de las metas de tratamiento para ver si se lograron (disminuir la ansiedad, disminuir gradualmente el consumo de tabaco, controlar el síndrome de abstinencia, cambiar ideas irracionales en relación al consumo, prevenir recaídas y hacer partícipe a su red de apoyo durante el tratamiento). Analizamos que efectivamente, sí se cumplieron las metas.

Subsiguientemente, se comentaron los logros obtenidos, la usuaria hizo hincapié en que el controlar su ansiedad y obviamente el dejar de fumar habían sido sus mayores logros.

Se le preguntó sobre las consecuencias negativas y positivas del tratamiento, al respecto, mencionó que sólo había obtenido consecuencias positivas, pues dejó el hábito de fumar que eso es algo bueno para su salud principalmente.

Se le explicó, que dejar de fumar implicaba pasar por una serie de efectos secundarios psicológicos y físicos que podían aparecer después de haber dejado el hábito, pero que veríamos la manera de cómo combatirlos; se le dijo también, que afortunadamente esos efectos desaparecerían con el paso de los días y que depende en gran medida del nivel de dependencia que haya tenido la persona. Se le expuso por ejemplo, que algunos de los efectos que podían aparecer serían: el deseo de fumar, irritabilidad, vulnerabilidad y ansiedad por el hábito que tenía de muchos años, pero que es ahí en donde tenía que conectarse con su mente poniendo en práctica las técnicas de respiración, relajación, focalización atencional y los ejercicios cognitivos para atenuar esos malestares, asimismo, las estrategias para disminuir el síndrome de abstinencia mientras su cuerpo se adapta a esa falta de nicotina. En cuanto a los efectos físicos, se le comentó que era probable que sintiera: sudoración excesiva, problemas gastrointestinales, dolores de cabeza, garganta seca, episodios de tos y resfriados por mencionar algunos, debido a que los pulmones se están limpiando, en ese caso, se le comentó que debía acudir con su médico para que la revisara y que le digiera que recientemente ha dejado de fumar después de un tiempo considerable de hacerlo.

Además, se le explicó la diferencia entre caída y recaída. Se le dijo que las personas que pasan por un proceso para dejar las conductas adictivas, tienen la probabilidad de caer y recaer. Se le explicó, que la caída es la ocurrencia de la conducta problema una sola vez después de haberla eliminado, obviamente sin que se vuelva a repetir, y la recaída, es cuando la persona no hace frente de manera activa a la caída y vuelve a su consumo anterior. De manera que, para que haya una recaída, primero tiene que haber una caída, es en donde se tiene que poner mayor atención

realizando las técnicas aprendidas durante el tratamiento para que no ocurra la recaída.

Antes de concluir, se le preguntó a la usuaria sobre las motivaciones que tiene para mantenerse abstinente, comentó que el ver contenta a su familia, ya no oler a cigarro, sentirse relajada y tener calidad de vida en general (mencionó que después de dejar el hábito, aunado a los pensamientos positivos que ha cambiado para ya no preocuparse por todo y perder el control, se ha sentido muy tranquila).

Por último, se le felicitó por el compromiso que mostró semana tras semana para terminar el tratamiento satisfactoriamente.

3.2.3 Post-evaluación

Los resultados obtenidos en cuanto a los instrumentos aplicados sobre la dependencia al cigarro, ansiedad y habilidades sociales después de la intervención fueron los siguientes: *el test de Fagerstrom*, en esta ocasión puntuó con 0 mostrando así baja (ninguna) dependencia al tabaco. En cuanto a la *escala de Ansiedad de Beck*, en esta ocasión se obtuvieron 12 puntos dando como resultado un nivel leve de ansiedad. Por último, en el *cuestionario de habilidades sociales* de acuerdo a la gráfica de porcentajes dio como resultado que, el *Grupo I primeras habilidades sociales* puntuó con un 93.75%, el *Grupo II de habilidades sociales avanzadas* puntuó con un 91.66%, el *Grupo III habilidades sociales relacionadas con los sentimientos* puntuó con un 96.42%, el *Grupo IV habilidades alternativas a la agresión* puntuó con un 75%, el *Grupo V habilidades para hacer frente al estrés* puntuó con un 85.41% y el *Grupo VI habilidades de planificación* puntuó con un 84.36% mejorando en cada grupo favorablemente.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Test de Fagerstrom

Los resultados obtenidos después del plan de intervención cognitivo-conductual para conocer su efectividad en la reducción de la ansiedad y por consiguiente en la reducción y eliminación del consumo de tabaco fueron los siguientes:

Después de la entrevista conductual, el primer instrumento que se aplicó en la pre-evaluación fue el Test de Fagerstrom el cual puntuó con un valor de 4 mostrando moderada dependencia al tabaco de acuerdo a los puntos de corte (4-7) en donde menos de 4 es una dependencia baja, entre 4 y 7 es una dependencia moderada y más de 7 es una dependencia alta. En la post-evaluación se aplicó nuevamente el instrumento en esta ocasión puntuó con 0 mostrando baja (nula) dependencia al tabaco.

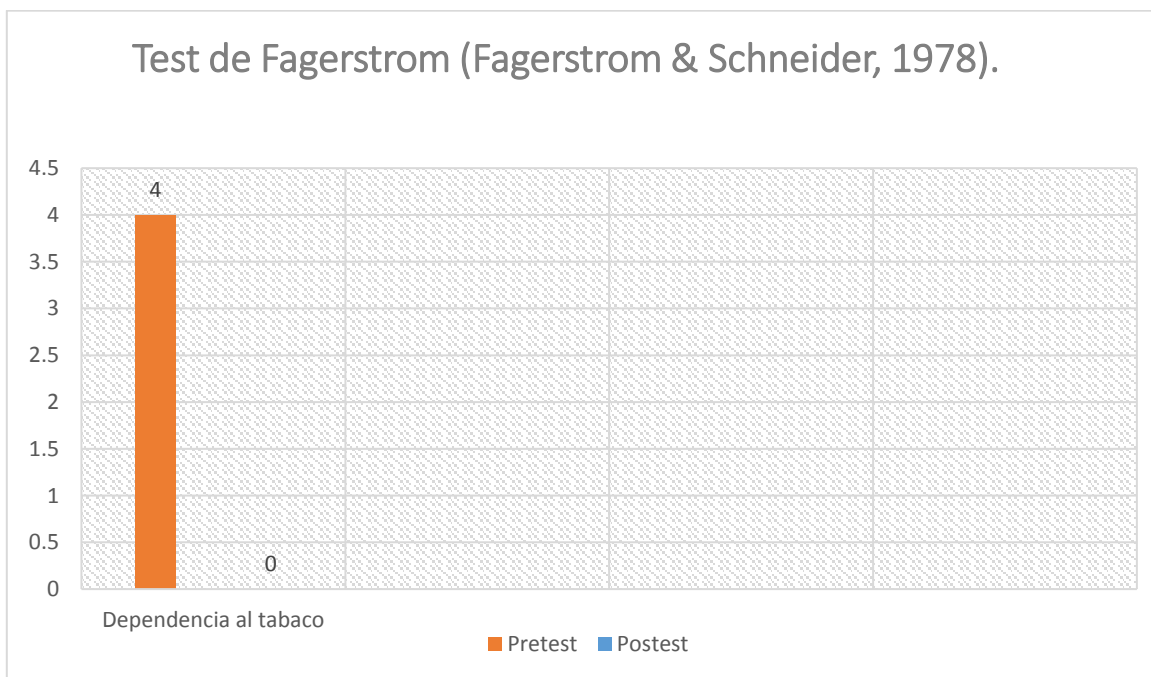


Figura 1. Se observa la comparación de la dependencia al tabaco respecto a la pre-evaluación y post-evaluación. Elaboración propia (2017).

4.2 Inventario de Ansiedad

La segunda prueba que se aplicó en la pre-evaluación fue el Inventario de Ansiedad de Beck el cual puntuó con un valor de 18 mostrando un nivel de ansiedad

moderada de acuerdo al valor de cada elemento en donde la puntuación puede ir de 0 a 60 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 es interpretado como leve, de 16 a 25 como moderada y de 26 a 60 como grave. En la post-evaluación se aplicó nuevamente el instrumento, en esta ocasión puntuó con un valor de 12 mostrando un nivel de ansiedad leve de acuerdo al valor de cada elemento.

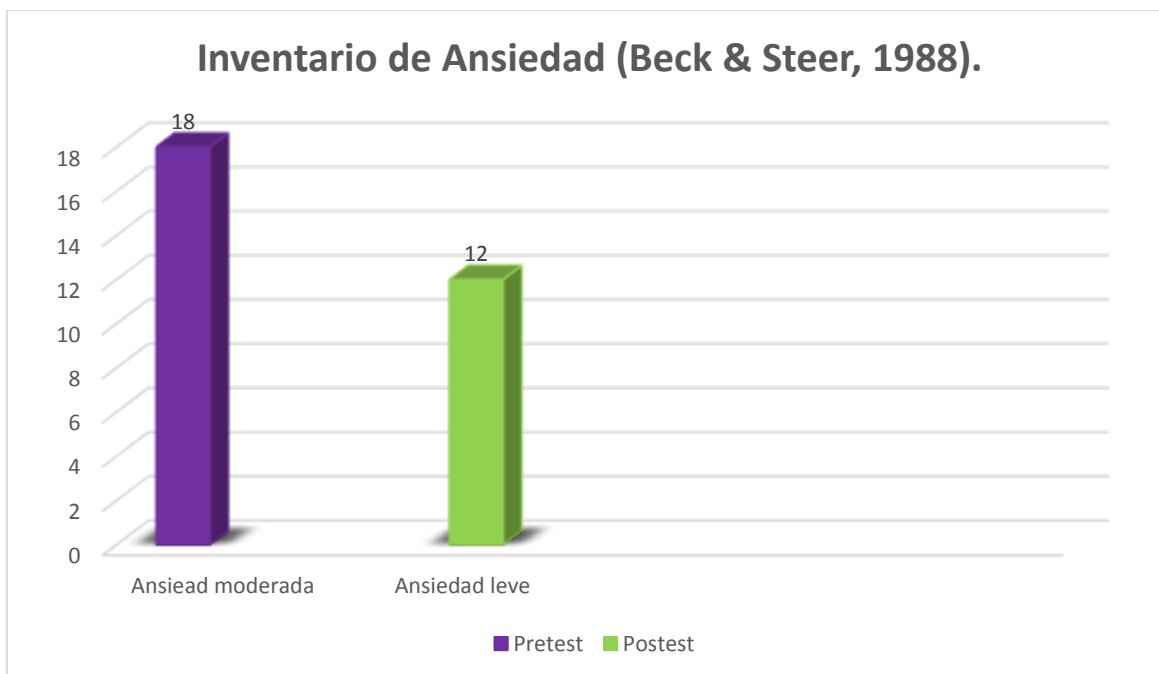


Figura 2. Se observa la comparación del nivel de ansiedad respecto a la pre-evaluación y post-evaluación. Elaboración propia (2017).

4.3 Inventario IDARE Estado-Rasgo

El tercer instrumento aplicado fue el Inventario IDARE Estado-Rasgo, éste evalúa la ansiedad en Estado cómo se siente la persona en este momento y en la ansiedad Rasgo cómo se siente generalmente. En la pre-evaluación la ansiedad Estado puntuó con un valor de 66 y la ansiedad Rasgo puntuó con un valor de 58. En la post-evaluación la ansiedad Estado en esta ocasión puntuó con un valor de 28 y la ansiedad Rasgo puntuó con un valor de 30.

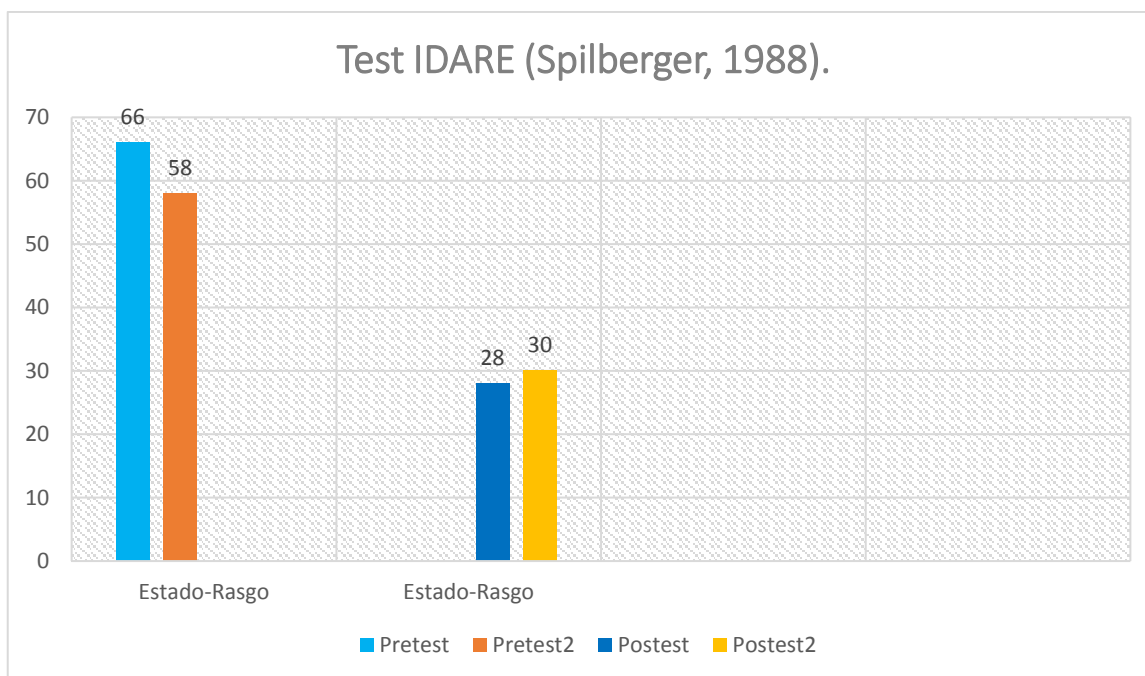


Figura 3. Se observa la comparación de las dimensiones de ansiedad Estado-Rasgo respecto a la pre-evaluación y post-evaluación. Elaboración propia (2017).

4.4 Escala de habilidades sociales

El cuarto instrumento que se aplicó fue la escala de habilidades sociales, ésta evalúa cada una de las habilidades personales basándose en la conducta frente a diversas situaciones. En lo que se refiere a la pre-evaluación de acuerdo a la gráfica de porcentajes, el Grupo I primeras habilidades sociales puntuó con un 84.30%, el Grupo II Habilidades sociales avanzadas puntuó con un 70%, el Grupo III Habilidades relacionadas con los sentimientos puntuó con un 78.50%, el Grupo IV Habilidades alternativas a la agresión puntuó con un 66.60%, el Grupo V Habilidades para hacer frente al estrés puntuó con un 75% y el Grupo VI Habilidades de planificación puntuó con un 84.30%. En cuanto a la post-evaluación de acuerdo con la gráfica de porcentajes, el Grupo I primeras habilidades sociales puntuó con un 93.75%, el Grupo II de habilidades sociales avanzadas puntuó con un 91.66%, el Grupo III habilidades sociales relacionadas con los sentimientos puntuó con un 96.42%, el Grupo IV habilidades alternativas a la agresión puntuó con un 75%, el Grupo V habilidades para hacer frente al estrés puntuó con un 85.41% y el Grupo VI habilidades de planificación puntuó con un 84.36%.

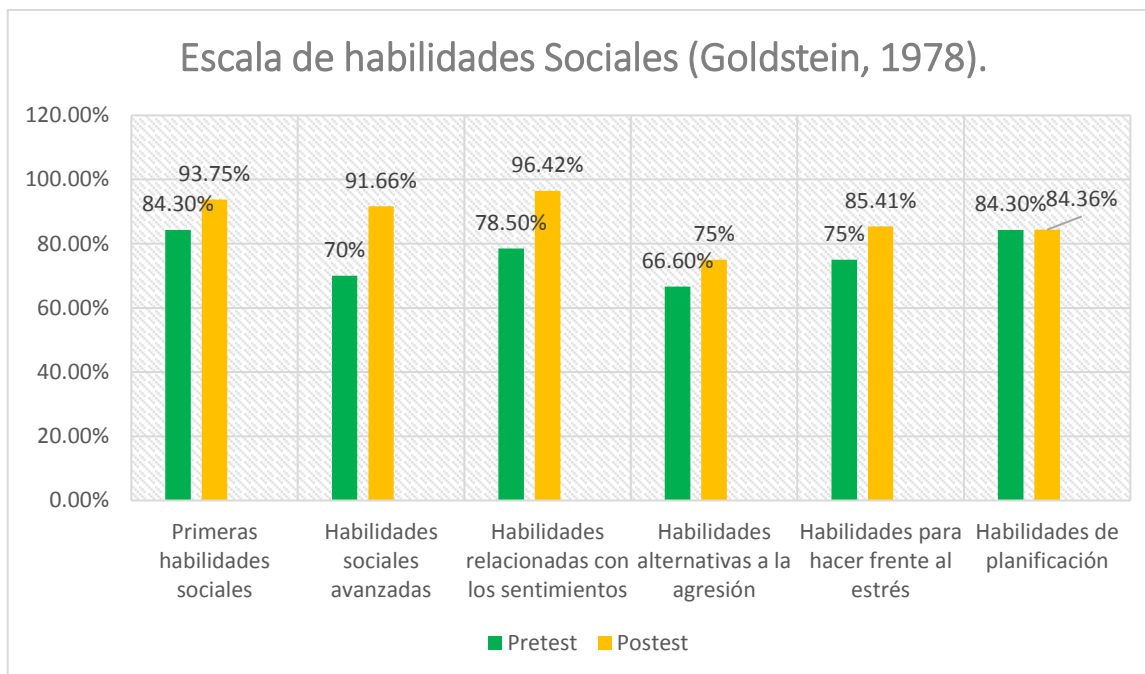


Figura 4. Se observa la comparación de los porcentajes de habilidades sociales respecto a la pre-evaluación y post-evaluación. Elaboración propia (2017).

Registro de consumo de cigarro

La comparación de la frecuencia del consumo promedio de cigarros por semana entre la pre-evaluación y la post-evaluación dieron los siguientes resultados: en la pre-evaluación se observa un consumo de 42 cigarros por semana, en la primera semana de intervención 42 cigarros, en la segunda semana de intervención 42 cigarros, en la tercera semana de intervención 35 cigarros, en la cuarta semana de intervención 35 cigarros, en la quinta semana de intervención 14 cigarros, en la sexta semana de intervención 7 cigarros, en la séptima semana de intervención 2 cigarros, y por último, en la Post-evaluación se registró 0 cigarros consumidos.



Figura 5. Se observa la comparación de la frecuencia promedio del consumo de cigarros por semana respecto a la pre-evaluación y post-evaluación. Elaboración propia (2017).

Seguimiento post-tratamiento

Después de la intervención, el número de sesiones de seguimiento suele ser muy diverso, pero lo más recomendable es que sean por lo menos tres. En este caso, se dará un seguimiento de tres sesiones las cuales se van a realizar a los tres, seis y doce meses después de terminado el tratamiento. En la última sesión, se fijó el día y el registro que se utilizará.

Lo más importante en esta etapa, será apoyar a la usuaria en el control de la posible recaída y conocer la forma de cómo la afronta. Nuestra tarea también será, reforzar cada una de las habilidades que aprendió durante el tratamiento.

CONCLUSIONES

La decisión de retomar el modelo cognitivo-conductual, obedeció a que las diferentes técnicas que maneja son aplicables a una serie de trastornos entre ellos las adicciones, y sobre todo, a los diversos estudios que han demostrado su efectividad empíricamente. Por lo tanto, de acuerdo a los resultados obtenidos en este tratamiento, podemos constatar lo que dice la literatura respecto a que las técnicas utilizadas son efectivas en cuanto a la disminución de la ansiedad, el cambio de pensamientos, la reducción gradual y total del consumo de tabaco y la mejora en las habilidades sociales por lo que a continuación, se hace una breve descripción a partir del trabajo realizado:

- En cuanto a la disminución de la ansiedad, se logró atenuarla con las técnicas de relajación y respiración, estas técnicas producen grandes beneficios en la salud y el equilibrio mental reduciendo la activación para afrontar de una mejor manera diferentes situaciones (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).
- Con las técnicas Reducción gradual de nicotina y Control de estímulos, se consiguió la disminución gradual y total del consumo, constatando que los resultados de estas técnicas son altamente satisfactorios (Becoña, 2008).
- Respecto a los cambios de pensamientos irracionales relacionados con su conducta de fumar, se logró un cambio con pensamientos más racionales por medio de algunas técnicas de la TREC, estas técnicas ayudaron a debatir de manera empírica y lógica los pensamientos irracionales (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).
- En cuanto a las habilidades sociales, se obtuvo un aumento en las mismas, la técnica de Resolución de problemas y algunas técnicas de Asertividad, ayudaron a enfrentar situaciones de alto riesgo que inician y mantienen la conducta del consumo (Becoña, 2008).

A pesar de los resultados favorables, tenemos que seguir atentos ante los cambios que se presenten en los próximos días, pues como sabemos, las personas que atraviesan por un proceso para dejar cualquier conducta adictiva tienen la

probabilidad de caer y recaer por aquello del craving, por tal motivo, además de brindar información al respecto, se hizo la propuesta de realizar un seguimiento en donde podamos reforzar las habilidades aprendidas durante la intervención.

Por lo anterior, considero que los elementos cognitivos y conductuales que pueden permitir que la usuaria tenga un buen avance tras el abandono del tabaco, es la motivación y decisión de sí misma para seguir abstinerente aunado a nuevas actividades que pueda incorporar a su vida.

En cuanto a la intervención, propongo hacer más dinámicas las sesiones involucrando en todo momento al usuario en cada una de las actividades de manera activa, por su puesto, si el usuario lo permite. Respecto a las nuevas líneas de investigación sobre el tema del consumo de tabaco, pienso que sería importante abordar más sobre cómo repercute en la conducta de los niños ver a sus padres fumando.

Con todo lo anterior, puedo concluir diciendo que la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la dependencia al tabaco, ayuda a las personas a comprender que su conducta, es el resultado de su manera de pensar y de sentir.

En cuanto a mi experiencia personal, puedo comentar que al término de este trayecto que representa el final de una etapa académica, surgen reflexiones como resultado de la construcción de este trabajo, pues me ha permitido abrir el panorama de mi conocimiento acerca del tratamiento para la dependencia al consumo de tabaco. Por lo que desde un inicio se planteó un objetivo el cual fue constatar la efectividad de los tratamientos aplicados desde ésta perspectiva.

Por último, esperando que este trabajo contribuya a la generación de un conocimiento más amplio sobre la temática, reconozco que se han abierto nuevas preguntas e inquietudes académicas que seguramente encontraran respuesta o mayor profundidad en mi quehacer cotidiano como psicóloga.

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V). 59 Ed. Arlington. A.V. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0Byl-o9ZyB4PvcWRqTUFWR1FTaIE/view>
- Becoña, E. y Cortés, M. (2008). Guía Clínica de Intervención Psicológica en adicciones. EDITA: Socidrogalcohol. Recuperado de: file:///C:/Users/CASA/Downloads/ES03_GuiaClinicaIntPsicologica.pdf
- Caballo, V. (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 2: *Formulación clínica, medicina Conductual y trastorno de relación*. Siglo XXI de España. Editores, S.A. Recuperado de: [file:///C:/Users/CASA/Downloads/Manual%20para%20el%20%20tratamiento%20cognitivoconductual%20de%20los%20trastornos%20psicol%C3%B3gicos%20Vol%202%20-%20Vicente%20E.%20Caballo.%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/CASA/Downloads/Manual%20para%20el%20%20tratamiento%20cognitivoconductual%20de%20los%20trastornos%20psicol%C3%B3gicos%20Vol%202%20-%20Vicente%20E.%20Caballo.%20(1).pdf)
- Calleja, N. (2012). Medidas para el control del tabaco en México y en el mundo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17() 83-99. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29223246006>
- Cardentey, J. (2016). El tabaquismo: un flagelo nocivo para la humanidad. *Archivo Médico de Camagüey*, 20 (2), 114-117. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=211145291002>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2013). Evaluación del inventario BAI. Conde Peñalver, 45 . 5 Izq. 28006. Madrid-España. Recuperado de: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. (2015). Epidemiología del consumo de drogas en México. Recuperado de: <http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/3725-drogadiccion-mexico>

- Fernández, E. y Becoña, E. (2010). Trastornos de personalidad en fumadores: una revisión. *Adicciones*, 22 (2), 155-172. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=289122889012>
- Guerrero, C; Reynales, L; Jiménez, J; Karam, R; Maldonado, C. Y Camacho, R. (2012), Costos por ausentismo laboral atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en México, 2006-2009. *Salud Pública de México*, 54 (3), 233-241. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=10623059005>
- Guerrero, C; Muños, J; Sáenz, B. y Reynales, L. (2013). Consumo de tabaco, mortalidad y política fiscal en México, *Salud Pública de México*. Vol. 55. (sup 2):276-281. Recuperado de: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002861>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). Terapia psicológica y reemplazo de adicción a la nicotina para dejar de fumar. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201305/082>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2013). Encuesta de tabaquismo en México 2011. Recuperado de: http://media.controltabaco.mx/content/productos/ETJ/ETJ_2011.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2008). Ley General Para el Control del Tabaco. Vol. 50 Núm. 3. Pp. 405-413. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10608618>
- Lira, J., Medina, V. y Cruz, E. (2008). Programa de Intervención Breve Motivacional. Recuperado de: <http://132.248.9.34/hevila/Anuariodeinvestigacionenadicciones/2008/vol9/no1/1.pdf>
- Mae, C; Cano, A; Iruarrizaga, I. y Dongil, E. (2009). Ansiedad y tabaco. *Psychosocial Intervention*. Vol. 18 No. 3. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132055920090003003

Miguel, C., Rodríguez, R., Caballero, M., Santillan, E. y Reynales, L. (2017). Fumar entre adolscentes: análisis cuantitativo y cualitativo de factores psicosociales asociados con la decisión de fumar en escolares mexicanos. *Salud pública Méx.* Vol. 59 suppl.I Cuernavaca. Recuerado de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342017000700063&lang=pt

Oliva, A., Parra, Á., & Sánchez, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. Recuperado de: *International J Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (1), 153-169. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33780111>

Proyecto de apoyo a la evaluación Psicológica Clínica. (2006). Test de la Dependencia a la Nicotina de Fagerstrom. Recuperado de: http://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20RELACIONADOS%20CON%20SUSTANCIAS/TEST%20DE%20FAGERSTROM/Fagerstrom_F.pdf

Profeco. (2007). Clínicas contra el tabaquismo. *Brújula de compra*. Recuperado de: https://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/hist_bruj_07.asp

Revista de derechos humanos. (2015). El derecho a la salud y el consumo de tabaco. Número. 11. Año XIII. Recuperado de: http://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor_11_2015.pdf

Rodríguez, L., Alonso, B., Alonso, M., Alonso, M., Armendáriz, N., & Oliva, N. (2016). Consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 12 (4), 200-206. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/803/80348015002.pdf>

- Secretaría de Salud. (2009). Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno, en el primer nivel de atención. México. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/108-GPC_ConsumodeTabacoyhumodetabaco/SSA_108_08_EyR1.pdf
- Secretaría de Salud. (2010). Guía práctica clínica. *Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el adulto*. México. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMS S_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf
- Secretaría de Salud. (2017). Dile NO al consumo de tabaco. México. Reuperado de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/dile-no-al-consumo-de-tabaco>
- SCRIB. (2014). Lista de chequeos de habilidades sociales de Goldstein. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/230003203/HS-Habilidades-Sociales-Goldstein>
- Secretaría de Salud. (2016). Tabaquismo, un problema de salud pública. México. Recuperado de: <http://www.ss.pue.gob.mx/index.php/articulos-puebla-sana/item/183-tabaquismo-un-problema-de-salud-publica>
- Spielberger, C. y Díaz, R. (1970). Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE. Editorial El Manual Moderno. S. A. de C.V; Av. Sonora Núm. 206. México. Df.
- Urdapilleta, E., Sansores, R., Rámirez, A., Méndez, M., Lara, A., Guzmán, S., Ayala, F., Haro, R., Cansino, S. y Moreno, A. (2010). Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción. *Salud Pública de México*, 52 (2), S120-S128. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=10617471007>
- Valdés, R., Ávila, É., Stillman, F., Wipfli, H., & Samet, J. (2008). Leyes que prohíben fumar en espacios cerrados en México. *Salud Pública de México*, 50 (3), S334-S342. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10608610>

Valdez, E. y Lira Mandujano, J. (2013). Asociación entre la sensibilidad a la ansiedad y el consumo de tabaco. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18() 343-358. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29228336010>

Velázquez, M. y Córdoba, A, (2014). Sistema Institucional de Evaluación de Programas de Tratamiento. *Evaluación de la clínica para dejar de fumar*. Recuperado de: <http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/pdf/11-14.pdf>

ANEXOS

Anexo 1.

7.1. ENTREVISTA CONDUCTUAL

Revisión:

R. Fernández-Ballesteros.

Esta entrevista ha sido diseñada¹ para recoger una primera información sobre la demanda del sujeto y los aspectos potencialmente relevantes de la situación problema (en un amplio

sentido) presentados por un sujeto, en contextos clínicos y de salud. A pesar de tener un formato de entrevista, también puede utilizarse de forma autoaplicada.

Nombre del entrevistador..... Fecha.....

Datos personales

Apellidos Nombre
 Edad..... Estudios Profesión Situación laboral Estado civil
 Con quién vive
 Dónde trabaja/estudia.....
 Fecha nacimiento..... Lugar.....
 Dirección Tel. E-mail.....
 ¿Existe algún problema si recibe alguna llamada telefónica nuestra?.....
 Estatura Peso Utiliza gafas: Sí..... No.....
 Utiliza alguna prótesis: Sí.....Cuál No.....
 Rasgos físicos distintivos:

Otras consideraciones sobre la presentación y el contacto durante la entrevista:

Descripción de la demanda y el problema: descripción e historia

- Describame, lo más pormenorizadamente posible, el *motivo de su consulta*:
- Describame lo mejor posible *qué le pasa* (¿qué hace, qué siente, qué piensa sobre el problema que le ha traído aquí?):
- ¿Podría especificar la *última vez* que le ocurrió ese problema? ¿Qué, cuándo, dónde y cómo le ocurrió?:
- En general, ¿con qué *frecuencia* le ocurre ese problema?:
- (Si procede.) ¿Cuál es su *duración*?:

¹ Se basa en el modelo teórico propuesto por Staats a lo largo de su extensa producción y desarrollado por Fernández-Ballesteros y Staats (1992), Paradigmatic behavioral assessment: answering the crisis of behavioral as-

essment, *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14 (1), 1-29; y también en Fernández-Ballesteros (1994), *Evaluación conductual hoy*, Madrid: Pirámide.

Anexo 2.

Test de Fagerstrom

Se trata de una escala heteroadministrada de 6 ítems que valora la dependencia de las personas a la nicotina. Los puntos de corte son 4 y 7, donde menos de 4 es una dependencia baja, entre 4 y 7 es una dependencia moderada y más de 7 es una dependencia alta.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que te levantas y fumas tu primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	De 6 a 30 minutos	2
	De 31 a 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
2. ¿Encuentras difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, biblioteca, cine)?	Sí	1
	No	0
3. ¿Qué cigarrillo te desagrada más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	Menos de 10 cigarrillos	0
	Entre 11 y 20 cigarrillos	1
	Entre 21 y 30 cigarrillos	2
	31 o más cigarrillos	3
5. ¿Fumas con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarte que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
6. ¿Fumas aunque estés tan enfermo que tengas que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
TOTAL DE PUNTAJE		

Anexo 3.

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 4.

IDARE
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

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.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

Anexo 5.

CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES

Edad: _____ Fecha: _____ Iniciales: _____

Marque con una "x" debajo del número que usted vea conveniente de acuerdo a la siguiente escala:

Marque 1 si nunca utiliza la habilidad

Marque 2 si muy pocas veces utiliza a habilidad

Marque 3 si alguna vez utiliza la habilidad

Marque 4 si a menudo utiliza la habilidad

Marque 5 si siempre utiliza la habilidad

Nº	PREGUNTAS	1	2	3	4	5
1.	¿Presta atención a la persona que está hablando y hace un esfuerzo para comprender lo que está diciendo? Situación Problema					
2.	Iniciar una conversación ¿Habla con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes? Situación Problema					
3.	Mantener una conversación ¿habla con otras personas sobre cosas que interesan ambos? Situación Problema					
4.	Formular una pregunta ¿Determina la información que necesita y se le pide a la persona adecuada? Situación Problema					
5.	Dar las gracias ¿permite que los demás sepan que agradece favores? Situación Problema					
6.	Presentarse ¿Se da a conocer a los demás por propia iniciativa? Situación Problema					
7.	Presentar a otras personas ¿Ayuda a los demás que se conozcan entre sí? Situación Problema					
8.	Hacer un cumplido ¿Dice que le gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza? Situación Problema					
9.	Pedir ayuda ¿Pide que le ayuden cuando tiene alguna dificultad? Situación Problema					
10.	Participar ¿Elegir la mejor forma para integrarse en un grupo o participar en una determinada actividad? Situación Problema					
11.	Dar instrucciones ¿Explica con claridad a los demás como hacer una tarea específica? Situación Problema					