



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

"TABAQUISMO E INTERVENCIONES HOSPITALARIAS"

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LIC. EN PSIC. ANA CECILIA ANDRADE RANGEL

DIRECTORA DEL REPORTE:

DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS

COMITÉ TUTORIAL:

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DRA. GUADALUPE PONCIANO RODRÍGUEZ

MTRA. NELLY FLORES PINEDA

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

UNAM
POSGRADO
Psicología

MÉXICO, D. F. JUNIO DE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A mi Hachita,

por todo el tiempo que no
he estado a tu lado para
concluir metas como ésta.

AGRADECIMIENTOS

A la *Universidad Nacional Autónoma de México* por ser el pilar de mi formación y durante mucho tiempo mi segunda casa; por ofrecerme diversas oportunidades académicas, culturales, recreativas y artísticas durante mi trayectoria.

A la *Dra. Angélica Riveros* por ser una tutora excelente, por su gran conocimiento y especial dedicación para que este trabajo se finalizara. Porque siempre me brindó la información necesaria para estimular mi creatividad y motivación para la culminación formal de la Maestría. Le reitero mi cariño, admiración, respeto e infinito agradecimiento.

Al *Dr. Elisardo Becoña* por su extraordinaria hospitalidad, paciencia, liderazgo y atención para conmigo en la Unidad de Tabaquismo. Estoy muy agradecida y satisfecha de haber podido realizar una estancia de investigación bajo su invaluable dirección. Lo admiro y le tengo mucho cariño.

A *Ana, Bárbara, Úrsula y Carmela* por su gran ayuda para entender la dinámica de la Unidad de Tabaquismo, integrarme en los grupos, comprender el gallego y orientarme para la elaboración de mi protocolo. Les agradezco la hospitalidad y el apoyo que me brindaron durante todo el semestre que trabajamos juntas.

A la *Dra. Guadalupe Ponciano* por su infinita bondad y porque la vida nos juntó para hacer cosas grandes. Me siento muy complacida de no solo encontrar en usted a una muy buena guía, directora y líder, sino a una muy buena amiga, con la que me satisface sobremanera trabajar compartir proyectos. Le reitero mi infinito cariño y admiración.

A mi hermana *Eli* porque desde el primer momento de nuestra vida hemos estado juntas y, por eso y por las infinitas cosas que hemos compartido, eres la persona que más amo, la que siempre quiero tener a mi lado y por la que haría cualquier cosa. Te admiro y te agradezco todo el apoyo y el amor que me muestras.

A mi papá *Héctor* y a mi mamá *Linda* porque sin su dirección, amor y apoyo, yo no hubiera llegado a donde me encuentro ahora. Me siento muy contenta y muy afortunada de tenerlos como papás, como ejemplo, como modelos y porque desde hace mucho tiempo forjamos un lazo indestructible como amigos (incluida mi hermana) y mediante el cual he aprendido y corroborado que siempre estaremos juntos. Los amo y estaré eternamente agradecida por todos los regalos que día con día me dan: su atención, amor, pláticas, sus chistes y todas las cosas que los hacen ser el mejor papá y la mejor mamá del mundo.

A *Adriana, José y Toño* porque siempre me han mostrado su cariño y me han ayudado en diversas situaciones personales y académicas. Gracias por su apoyo en cada etapa de mi vida, por integrarse en mi vida para hacerme sentir en una familia perfecta y, sobre todo, por hacer felices a las personas que más quiero. Los adoro.

A mi abuelito *Pilo* y a mi abuelita *Juanita* porque su amor rebasa los límites terrenales. Les agradezco las infinitas veces que se hicieron cargo de mí, que me alimentaron, que me cuidaron, que prefirieron cancelar y/o cambiar sus actividades por estar al pendiente de mí y de mi hermana. Porque no hay palabras para describir lo inmensamente agradecida que estoy con ustedes y lo feliz que me hace poder compartir esta meta a su lado.

A mi prima *Fer* y mis primos *Carlos, Chucho, Sebas, Brandon y Pakal* por el amor que me hicieron sentir cada uno cuando supe que venían en camino. Me encantó verlos por primera vez, hacerles maldades, cuidarlos, darles de comer, cantarles en alguna ocasión, cargarlos, etc. Les agradezco los momentos que hemos pasado todos juntos porque he sido muy feliz y ahora me siento muy afortunada de poder compartir esta victoria con ustedes. Los amo.

A mis tías *Arce, Lidia, Lucero y Vero*, y mis tíos *Armando, Erick, Fernando, Gabriel y Ricardo* porque siempre se han empeñado en hacerme la vida más fácil de muchas maneras: llevándome a la escuela o al transporte público, recogéndome en cualquier lugar de la ciudad a cualquier hora de la noche o madrugada, alimentándome, consintiéndome, dándome regalos, alentándome para seguir adelante académicamente. Los amo con todo el corazón y sepan que me hace muy feliz saber y sentir que les gusta verme y escucharme reír. Gracias por siempre buscar la manera de organizarse para poder brindarme su invaluable atención y cariño. Los amo.

A mis primas *Joce, Dani, Tabita*, mi primo *Ferry* y mi sobrina *Lili* porque a pesar de la distancia siempre me ha hecho muy feliz verlos, abrazarlos y platicar con ustedes. Son personas que jamás quisiera perder y con las que me gustaría poder conformar un lazo más fuerte de convivencia, porque de amor ya lo tengo hecho. Los amo.

A mis tíos *Temo, Rodrigo, Joel y Rigo*, y mis tías *Rocío, Paty y Rosalba* por las palabras bonitas que siempre me han expresado, porque siempre he podido notar su cariño en cada uno de los abrazos que hemos tenido la oportunidad de darnos, en las felicitaciones de cumpleaños o cuando nos vemos. Los quiero mucho.

A los muchos buenos amigos y amigas que he hecho a lo largo de todo este camino en mi trayectoria escolar *Fco. I. Madero, ESANS, CCH Azcapo, FES Zaragoza*, en los coros *Staccato, Madrigalia y del Club Alemán* y por medio de otras personas. Gracias amigos. Ustedes siempre son y serán el perfecto complemento de mi vida. Les agradezco todos y cada uno de los momentos que han compartido conmigo, cada una de las palabras de apoyo y motivación, cada una de las pláticas; porque me conocen y saben siempre qué decirme en cualquier situación para no dejarme caer y alentarme a seguir adelante. Los quiero mucho.

A *Nancy, Sonia, Pili y Rodrigo* por estar siempre pendientes de mí y de mi bienestar; porque siempre tienen un espacio para compartir un café conmigo, escuchar mis problemas, mis pláticas redundantes, mis ideas más descabelladas y compartirme las suyas. Los amo.

A la familia *Ortiz Jiménez* y a *Kareen* porque llegaron a mi vida en un muy bonito momento y me han enseñado una forma diferente de convivir. Gracias por los momentos en los que me han integrado como parte de su familia y por todas las atenciones que me tienen. Los quiero mucho.

A mi *Daniel* porque desde hace casi tres años me has hecho la vida más divertida. Gracias por todo tu amor y por todo lo bueno que me das, porque crees en mí; porque llegaste en el momento justo para desbalancearme y hacer que me replanteara mi futuro. Te amo.

ÍNDICE

Introducción.....	5
Primera Rotación: Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán "Dr. Salvador González Herrejón Daimler-Chrysler"	9
Actividades profesionales y académicas.....	14
Características de los pacientes atendidos en el Hospital.....	18
Técnicas de intervención cognitivo-conductual.....	22
Evaluación de las actividades dentro de la sede.....	30
Competencias adquiridas a través de las actividades desarrolladas en el servicio de Medicina Interna.....	31
Sugerencias y conclusiones.....	31
Segunda Rotación: Unidad de Tabaquismo de la Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela, Galicia, España.....	33
Actividades profesionales y académicas.....	50
Características de los pacientes atendidos en la Unidad.....	52
Análisis estadístico.....	56
Evaluación de las actividades dentro de la sede.....	57
Competencias adquiridas a través de las actividades desarrolladas en la Unidad de Tabaquismo.....	57
Sugerencias y conclusiones.....	58

Protocolo de Modificación del Estilo de Vida para el Control de
Peso en Mujeres que participan en un Programa para Dejar de
Fumar..... 61

 Unidad 1..... 61

 Unidad 2..... 64

 Unidad 3..... 68

 Unidad 4..... 72

 Unidad 5..... 77

 Unidad 6..... 80

Casos clínicos..... 83

 Caso de A.I.G..... 83

 Caso de A.M.M..... 99

 Conclusiones..... 111

Reflexión final..... 113

Referencias bibliográficas..... 119

CONTENIDO DE TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Hospital General de Atizapán.....	18
Tabla 2. Diagnósticos médicos atendidos en Hospitalización.....	19
Tabla 3. Diagnósticos médicos atendidos en Consulta Externa.....	20
Gráfica 1. Peso corporal de las pacientes que concluyeron el PDF y el Protocolo de Modificación del Estilo de Vida para el Control de Peso.....	53
Gráfica 2. Índice de Masa Corporal de las pacientes que concluyeron el PDF y el Protocolo de Modificación del Estilo de Vida para el Control de Peso.....	53
Gráfica 3. Peso corporal de las pacientes que concluyeron el PDF...	55
Gráfica 4. Índice de Masa Corporal de las pacientes que concluyeron el PDF.....	55
Gráfica 5. Consumo de cigarrillos y nivel de CO en el aire espirado de A.I.G. a lo largo del tratamiento y al primer mes de seguimiento..	97
Gráfica 6. Peso corporal e IMC de A.I.G. a lo largo del tratamiento y al primer mes de seguimiento.....	97
Gráfica 7. Consumo de cigarrillos y nivel de CO en el aire espirado de A.M.M. a lo largo del tratamiento y al primer mes de seguimiento.....	110
Gráfica 8. Peso corporal e IMC de A.M.M. a lo largo del tratamiento y al primer mes de seguimiento.....	110

INTRODUCCIÓN

Actualmente al hablar de morbilidad y mortalidad en México, se hace referencia a una transición epidemiológica que consiste en un cambio de las causas de muerte al disminuir las enfermedades infecciosas y parasitarias y aumentar las enfermedades crónico degenerativas (INEGI, 2012). La Psicología de la Salud adquiere relevancia como un pilar para la prevención y atención de las enfermedades crónicas, mismas que actualmente se perfilan como las primeras causas de morbilidad y mortalidad en México y son enfermedades prevenibles a través de los estilos de vida. Por su parte la Medicina Conductual surge y adquiere relevancia debido a los cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad; a que los actuales retos en el área de la salud tienen que ver con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas; y a la alta tecnología con costos excesivos y de ámbito preferente hospitalario en detrimento de la prevención y promoción de la salud.

La Medicina Conductual se concibe como área de tratamiento y rehabilitación de la salud (Bakal, 1996), ya que es *“el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y técnicas propios de la ciencia comportamental y biomédica, relacionados con la salud y la enfermedad, tratamiento y rehabilitación”* (Schwartz y Weiss, 1978, pág. 1). La Medicina Conductual aborda el trabajo conjunto, integral y complementario hacia la atención de pacientes con problemas crónicos a través de diferentes estrategias que implican entrenar al paciente a aprender a vivir en mejores condiciones y evitar deterioros psicológicos y conductuales, mejorando su calidad de vida y a su vez contribuye a la adhesión al tratamiento médico (Martínez y Piquera, 2010).

Así entonces, se propone que para la prevención de la aparición de una enfermedad crónica se deben modificar determinados factores de riesgo comportamentales, como la inactividad física, las dietas malsanas, el uso nocivo del alcohol, el consumo de tabaco, entre otros (OMS, 2013; Sánchez Sosa, 1998).

Una vez desarrollada la enfermedad, la adhesión a los tratamientos es el factor modificable más importante que compromete el resultado del tratamiento (Hotz et al., 2003) y el bienestar de los enfermos.

Melamed y Siegel (1980) proponen ocho áreas de la salud para que el psicólogo puede desarrollarse: 1)la adhesión terapéutica, 2)manejo del dolor, 3)manejo pediátrico mediante el entrenamiento del paciente y sus padres en manejo de contingencias y desensibilización sistemática, 4)desórdenes psicossomáticos en adultos y pacientes psiquiátricos con el objetivo de que el paciente se adapte a la institución y al medio, 5)rehabilitación a través del establecimiento de nuevas conductas, 6)pacientes geriátricos para favorecer su repertorio social y su independencia, 7)prevención del estrés y, 8)reducción de factores de riesgo.

Esto es de gran relevancia para el área de la salud debido a que actualmente las estadísticas epidemiológicas señalan que las principales causas de mortalidad en la población mexicana, en general, son las enfermedades del corazón; en segundo lugar se perfila la diabetes mellitus (relacionada con cuestiones biológicas pero con una influencia importante derivada del estilo de vida, incluidos los hábitos alimenticios); y la tercera causa son los tumores malignos (INEGI, 2012). Todas estas enfermedades se encuentran influenciadas por variables psicológicas como el estilo de vida y el estrés (Repetti, Taylor & Seeman, 2002).

Este tipo de padecimientos tienen una alta demanda en las instituciones públicas de atención a la salud y por ello se hace necesaria la intervención psicológica oportuna que coadyuve al tratamiento médico para favorecer la adopción de un estilo de vida adecuado y contribuir a la reducción de las tasas de mortalidad por estas enfermedades.

En el paciente que sufre una enfermedad crónica se observa deterioro por el padecimiento mismo y deterioro adicional ocasionado por aspectos emocionales y cognitivos. El paciente una vez diagnosticado, requiere someterse a un proceso de adaptación rápido orientado a controlar la enfermedad para preservar la salud para el cual pasa por etapas que pueden suscitar una serie de emociones comúnmente negativas, como miedo, ira, ansiedad (Gil-Roales, 2004) y síntomas de depresión, que dificultan la adhesión al tratamiento, hacen más lenta la recuperación del paciente, empeoran el pronóstico y curso de la enfermedad, incrementan el riesgo de mortalidad, aumentan el número de días de hospitalización y el costo económico del padecimiento (Costas, Prado y Crespo, 2013).

Las enfermedades crónicas conllevan un importante deterioro de la calidad de vida, pues afectan diferentes esferas de la vida laboral y social. En muchas ocasiones, las limitaciones de la enfermedad o la ocurrencia de crisis, aumentan la dependencia y provocan frecuentes y prolongados ingresos hospitalarios (García y Rodríguez, 2007).

Ante este tipo de problemáticas, se ha demostrado la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales de la Medicina Conductual en muy diversos estudios que abordan tanto enfermedades crónico-degenerativas (Riveros, Cortázar, Alcázar y Sánchez-Sosa, 2005; Miguel et al., 1994) como de tabaquismo (Becoña, 2003; Ponciano y Morales, 2007).

Durante el curso de la Maestría en Medicina Conductual, la presente autora realizó una estancia de un año en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán y una estancia de seis meses en la Unidad de Tabaquismo de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela, Galicia, España. En cada sede atendió pacientes con enfermedades crónico-degenerativas incidiendo en el cambio de factores de riesgo modificables con el objetivo de brindar estrategias a cada paciente para que aprendiera a vivir con su enfermedad. En los siguientes capítulos se describen cada una de las actividades en las dos sedes.

PRIMERA ROTACIÓN: SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPAN "DR. SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN DAIMLER-CHRYSLER"

La medicina interna es una especialidad médica que *“se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención”* (Reyes, 2006, pág. 1339). Aborda el manejo de enfermedades combinadas como el síndrome metabólico, problemas endocrinológicos, digestivos, infecciones en general, enfermedades cardiovasculares y enfermedades reumáticas y autoinmunes.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son el mayor reto que enfrenta el sistema de salud actualmente, tanto por el número de casos afectados (Rivera et al., 2004) como por su creciente contribución a las tasas de mortalidad general y su contribución a las causas más frecuentes de incapacidad prematura y la complejidad y altos costos de sus tratamientos (González et al., 2007).

Estas enfermedades son un grupo de padecimientos caracterizadas por una larga latencia y duración y una expresión clínica muy diversa (Reyes, 2013). Los decesos son consecuencia de un proceso iniciado décadas antes (Aguilar et al., 2005) y la evolución natural de estas enfermedades puede modificarse con acciones que cambien el curso clínico de todas aquellas condiciones que determinan su incidencia, tales como el sobrepeso, la obesidad, la hipertensión arterial, el tabaquismo, la alimentación inadecuada, el síndrome metabólico (Epping et al., 2005), la inactividad física, altas concentraciones de lípidos y consumo de alcohol, entre otros (Córdova et al., 2008).

Aunque todas estas enfermedades son importantes, la diabetes tipo 2 y sus principales factores de riesgo resultan una verdadera emergencia de salud pública, debido a su creciente incidencia. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, en 1995 había en el mundo 30 millones de personas diabéticas y actualmente se estima que hay 347 millones de diabéticos. En México, el 9.2% de los adultos ya recibió un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (ENSANUT, 2012); sin embargo el porcentaje de adultos diabéticos podría ser el doble, tomando en cuenta a las adultos diabéticos que no conocen su condición (King y Herman, 1998).

La diabetes tipo 2 es la enfermedad endócrina más frecuente y actualmente la segunda causa de mortalidad en nuestro país (INEGI, 2012) caracterizada por anomalías metabólicas, que en su etapa inicial no produce síntomas y cuando es detectada tardíamente y no se sigue el tratamiento adecuado puede ocasionar otras complicaciones graves como infarto del corazón, ceguera, falla renal, amputación de extremidades inferiores y muerte prematura (Isselbacher et al., 1994; DeFronzo, 2004).

Se ha estimado que padecer diabetes reduce entre 5 y 10 años la esperanza de vida y, en México, la edad promedio de las personas que fallecieron por diabetes en 2010 fue de 66.7 años, lo cual sugiere una reducción de 10 años (Hernández et al., 2013).

Aunque en México se han implantado ya medidas para la prevención de la diabetes tipo 2 mediante la modificación de hábitos alimenticios y realización de ejercicio físico para la reducción de la obesidad, y aunque se han diseñado estrategias en el interior de las principales instituciones de salud (IMSS, ISSSTE, Unidades de Atención Médica para Enfermedades Crónicas, grupos de autoayuda, etc.) con el propósito de mejorar la atención a los pacientes que ya padecen la enfermedad, el estado actual de los mexicanos diabéticos se conoce solamente de forma parcial y no se han logrado resultados satisfactorios.

Se necesitaría conocer la información completa para poder atender adecuadamente esta enfermedad (Hernández, Gutiérrez y Reynoso, 2013). Según Isselbacher et al. (1994), los factores que predisponen la aparición de enfermedades asociadas a la diabetes son la obesidad, consumir alimentos ricos en grasa, sal y azúcar, tener antecedentes de familiares diabéticos, la inactividad física, periodos prolongados de estrés y el consumo de tabaco y alcohol.

Respecto a las complicaciones asociadas a la diabetes, éstas se deben al elevado nivel de glucosa en sangre que puede generar lesiones en el riñón, alteraciones de la vista producidas por la ruptura de pequeños vasos en el interior de los ojos, alteraciones circulatorias en las extremidades que pueden generar pérdida de la sensibilidad y, en ocasiones, necrosis ante la cual podría requerirse la amputación de la extremidad, y alteraciones sensitivas por lesiones en el sistema nervioso (Isselbacher et al., 1994; Ríos y Rull, 2000).

La complicación asociada a la diabetes con más incidencia es la insuficiencia renal. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en su informe sobre el día mundial de la diabetes señaló que de cada 100 egresos hospitalarios por alguna complicación de diabetes mellitus, 24 fueron de tipo renal en 2011.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es el funcionamiento anormal de los riñones por más de 3 meses o la alteración estructural de los mismos (K/DOQI, 2002). A pesar de su prevalencia, y aunque se cuenta con estrategias de probada efectividad para su prevención y detección precoz, frecuentemente no es reconocida hasta los estadios terminales de la enfermedad que requieren tratamiento sustitutivo o trasplante renal, con la consiguiente carga de morbilidad, deterioro de la calidad de vida, años de vida perdidos y costos crecientes (Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, 2010).

La IRC es la enfermedad resultante de varias enfermedades crónico-degenerativas entre las que destacan la diabetes mellitus y la hipertensión arterial y, cuando esta enfermedad no es tratada, su desenlace generalmente es fatal. En México, la IRC es una de las principales causas de hospitalización y atención en urgencias y, aunque no se conocen los datos precisos de los pacientes con insuficiencia renal en cualquiera de sus estadios, se estima que la incidencia de pacientes con IRC es de 377 casos por millón de habitantes (Méndez et al., 2010).

Los factores de riesgo para desarrollar enfermedades renales, además de la diabetes e hipertensión, son alimentos con alto contenido lipídico, insuficiencia cardíaca (asociada en muchos casos a diabetes e hipertensión), ingesta de agua y sodio superior a la capacidad excretora del riñón, ingesta excesiva de potasio, obesidad, inactividad física, consumo de tabaco y/o alcohol. Una vez desarrollada la enfermedad, los tratamientos de intervención son principalmente la diálisis, que sustituye la función renal mediante el filtrado de la sangre o hemodiálisis que es un procedimiento donde la sangre se bombea dentro de un dializador que filtrará las sustancias de desecho (Isselbacher et al., 1994).

Los pacientes con IRC tienen un mayor riesgo de morir y padecer enfermedades cardiovasculares que la población en general (K/DOQI, 2002).

El carácter crónico de las ECNT conlleva la necesidad de tratamientos a largo plazo y seguimientos de alto costo que resultan insostenibles si no se asume una perspectiva de prevención y, en esa dirección, los servicios de salud no sólo enfrentan el reto de prevenir la muerte, sino además afrontar la discapacidad asociada a este tipo de enfermedades, así como los altos costos económicos y sociales derivados de ello (Reyes, 2013).

Es necesario e importante que la población enferma controle su nivel de glucosa en sangre con el objetivo de prevenir estas complicaciones. Por lo que, educar al paciente sobre su enfermedad es fundamental para un mejor manejo con acciones como mejorar su dieta, hacer ejercicio y reducir su nivel de estrés, entre otros (Asociación Mexicana de Diabetes [AMD], s.f.).

En conclusión, las ECNT se pueden evitar en gran medida mediante la intervención sobre los factores de riesgo común. Sin embargo, se requiere además de fortalecer la capacidad de elección de un estilo de vida saludable y reducir la exposición a los factores de riesgo modificables (OMS, 2008) todo lo cual se relaciona con el comportamiento humano.

El paciente que sufre una enfermedad crónica generalmente experimenta su enfermedad con inadaptación y con una inadecuada adhesión a sus tratamientos debido a los cambios en el estilo de vida que ello representa como adecuar la dieta a sus necesidades con bajo consumo de sodio, azúcares y/o grasas, consumo abundante de agua natural, tomar diariamente medicamentos, realizar ejercicio, cesar el consumo de drogas como tabaco y/o alcohol, etc. Se presentan también sentimientos de angustia ante la sensación de falta de control reaccionando con síntomas de depresión y/o ansiedad.

Si se hospitaliza al paciente, se presenta una inadaptación debida al temor por los procedimientos médicos, sean quirúrgicos o no, y existe una ansiedad constante debido a las dificultades económicas que se van presentando a medida que transcurre su estancia en el hospital, ya que al paciente se le imposibilita laborar y algunos tratamientos son de alto costo. Estas variables no sólo influyen al paciente sino a quien lo cuida. Éste generalmente es un familiar que suele presentar constantes sentimientos de angustia por el pronóstico del paciente y por las condiciones que se tendrán que modificar en el futuro, una vez que el paciente sea dado de alta y las dificultades económicas consecuentes. Así, el padecimiento del paciente incluye síntomas psicoafectivos en él y en su familia.

A continuación se describen las actividades realizadas en dicha sede, así como la población que se atendió, sus características médicas y psicológicas más relevantes y las técnicas terapéuticas utilizadas.

El servicio asignado durante el primer año de residencia fue el de Medicina Interna donde el área de trabajo se realizó básicamente en hospitalización. Los principales padecimientos atendidos fueron diabetes e insuficiencia renal. Como se ha mencionado, la IRC se perfila como la primer causa de morbilidad (13.3%) en el servicio de Medicina Interna y la diabetes como la tercera (9.4%). Diariamente se pasó visita a cargo de los médicos internistas, residentes, internos y psicólogos.

En el área de consulta externa se atendieron a pacientes de primera vez y de seguimiento que no requirieron hospitalización. En el área de urgencias se atendía por interconsulta exclusivamente a pacientes que no cumplieron criterios para hospitalización pero que, a juicio del médico internista en turno, necesitaron una intervención breve por parte del servicio de Medicina Conductual para dar de alta al paciente y/o la canalización a consulta externa para proporcionar seguimiento.

Actividades profesionales y académicas

Para realizar las actividades en este servicio, se precisó ajustar la organización de las mismas ya que en el momento de inicio de la rotación había cuatro psicólogos (dos adscritos y dos residentes de Medicina Conductual) que, por orden de la jefa de servicio, tenían la tarea de pasar visita en el área de hospitalización y asistir un día a la semana a la consulta externa. En consecuencia, se acordó dividir las camas en las que se pasaría visita (nueve camas cada quién) y se extendió el horario de atención en consulta externa de dos a cuatro días a la semana a razón de un psicólogo por día. Se estableció además un día a la semana para que el servicio de Medicina Conductual tomara parte en las actividades académicas con los residentes de Medicina Integrada.

Una vez reorganizadas las tareas, las actividades que se realizaron en el servicio de Medicina Interna fueron:

Pase de visita en hospitalización: El pase de visita se realizaba de las 7:00 a las 9:00 aproximadamente junto con el equipo multidisciplinario del servicio de Medicina Interna a cada una de las camas asignadas donde se informaba al médico internista sobre el estado de salud del paciente, el tratamiento a seguir y se resolvían dudas que cada paciente tuviera. La tarea del residente de Medicina Conductual consistía en registrar información relevante e identificar si algún paciente requería algún tipo de intervención psicológica. Al terminar el pase de visita, el médico informaba a los familiares de los pacientes su estado de salud, pronóstico, tratamiento e indicaciones generales. En este momento también se identificaba si algún familiar requería intervención.

Atención a pacientes hospitalizados: Una vez terminado el pase de visita y de acuerdo a las observaciones y registros y/o peticiones del médico tratante, se atendían a los pacientes hospitalizados utilizando las técnicas pertinentes usualmente para reducir la activación fisiológica provocada por el estrés, como brindar psicoeducación de los padecimientos y entrenamiento en herramientas de autorregulación. También se detectaban factores de riesgo y se intervenía para la modificación de conducta para favorecer la adhesión a los tratamientos médicos con el objetivo de preservar las mejores condiciones posibles de salud, postergar las complicaciones y promover una mejor calidad de vida.

En ocasiones se detectó en los familiares de los pacientes respuestas de ansiedad ante los informes del médico tratante respecto al pronóstico del paciente, el tipo de cuidados requeridos, el material que el familiar necesitaba adquirir para el tratamiento del paciente, etc., situaciones que para el familiar representaban estrés, preocupación y ansiedad.

Con ellos principalmente se trabajó con la técnica de respiración diafragmática a fin de reducir la tensión ante los informes del médico tratante. También se aplicó la técnica de solución de problemas dirigida a que los familiares logaran resolver, de la manera más conveniente, las situaciones que se les presentaban día con día con relación a su familiar enfermo.

Atención en Consulta Externa: Una vez a la semana se atendía en el consultorio de consulta externa a pacientes referidos no sólo por el servicio de Medicina Interna sino por el resto de los servicios, por medio de interconsultas. Los problemas más frecuentes incluían falta de adhesión al tratamiento, necesidad de modificación de conducta y reducción de la ansiedad, principalmente.

Interconsultas a otros servicios: Aunque el servicio asignado fue Medicina Interna, las áreas de hospitalización de los servicios restantes también pedían por medio de interconsultas atención para sus pacientes principalmente para reducir ansiedad y ofrecer psicoeducación.

Elaboración de notas clínicas: En el expediente clínico de cada paciente se registraban notas clínicas cada vez que se llevaba a cabo alguna intervención. Si se trataba de una nota de primera vez se incluía una ficha de identificación, el padecimiento actual, el motivo de consulta, un examen mental, un diagnóstico psicológico y un plan de tratamiento. Si era una nota subsecuente sólo se incluía el motivo de consulta y si había habido cambios relevantes en el examen mental y el plan de tratamiento.

Guardias: Esta Residente realizó guardias a partir del sexto mes de residencia, una vez por semana. Las actividades durante la guardia incluían el pase de visita nocturno, igualmente identificando si algún paciente y/o familiar requerían atención psicológica.

En el turno nocturno ya no se realizan interconsultas por parte del servicio de urgencias, por lo que a lo largo de la noche, se acudía varias veces a dicho servicio por si alguien requería atención psicológica. Los médicos de guardia tenían conocimiento de los días que realizaba guardias, por lo que la demanda de atención en urgencias fue alta la mayoría de las veces gracias a los médicos que pedían el apoyo de Medicina Conductual en esta área.

Sesiones académicas: Todos los días a las 12:00 pm se llevaban a cabo exposiciones por parte de los residentes de Medicina Integrada y Medicina Conductual. Las sesiones eran de asistencia obligatoria a menos que ocurriera alguna urgencia médica.

A Medicina Conductual se le asignaron los miércoles para estas presentaciones. Los temas eran libres salvo que la Jefa del Servicio de Medicina Interna solicitara alguno en particular. Se abordaron principalmente exposiciones sobre las técnicas utilizadas en Medicina Conductual con el objetivo de que los residentes de Medicina Integrada tuvieran el conocimiento de ello y poder conformar una mejor relación profesional para el apoyo a los pacientes.

Dentro de las actividades académicas de la UNAM se incluyeron:

Sesiones bibliográficas con supervisores: Una vez por semana acudía el supervisor académico para la revisión de casos complejos y la bibliografía para la elaboración del reporte de experiencia profesional. La supervisora in situ no estableció un día específico para la revisión de casos y bibliografía, sin embargo, al estar en el mismo servicio se encontraba disponible en el momento en que se le necesitara para hacer cualquier tipo de consulta.

Características de los pacientes atendidos en el Hospital

A continuación se muestran las características de los pacientes atendidos (Tabla 1) y los principales motivos de consulta tanto en el servicio de consulta externa (Tabla 2) como de hospitalización (Tabla 3).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Hospital General de Atizapán.

CARACTERÍSTICA	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN
N	55	191
Edad (x̄)	40.9	44.03
Sexo (%)		
Femenino	70.9	37.7
Masculino	29.1	62.3
Estado civil (%)		
Soltero	38.2	30.4
Casado	32.7	39.8
Separado	5.5	4.2
Viudo	3.6	6.3
Unión libre	18.2	16.2
Divorciados	1.8	3.1
Escolaridad (%)		
Primaria	36.4	33
Secundaria	23.6	42.9
Preparatoria	18.2	8.4
Carrera técnica	9.1	2.1
Universidad	9.1	2.1
Analfabeta	3.6	11.5
Ocupación (%)		
Empleados	20	24.1
Desempleados	25.5	46.6
Hogar	41.8	25.7
Estudiantes	12.7	1.6
Pensionados	0	2.1

Tabla 2. Diagnósticos médicos atendidos en el servicio de Consulta Externa.

DIAGNÓSTICO MÉDICO	FRECUENCIA	%	GRUPO	%GRUPO
Ansiedad	12	21.8%	Ansiedad	27%
Ansiedad Generalizada y Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2)	1	1.8%		
Ansiedad y depresión	1	1.8%		
Ansiedad y problemas de alimentación	1	1.8%		
DM2	7	12.7%	Adhesión al tratamiento	45%
DM2 e Hipertensión Arterial Sistémica (HAS)	1	1.8%		
DM2, HAS e Insuficiencia Renal Crónica (IRC)	1	1.8%		
HAS y DM2	1	1.8%		
Insuficiencia Cardíaca (IC)	1	1.8%		
Insuficiencia Hepática (IH) y etilismo crónico	1	1.8%		
IRC	10	18%		
Obesidad	3	5.4%		
Intento suicida y DM2	1	1.8%	Intento suicida	5.4%
Intento suicida y problemas de conducta	1	1.8%		
Intento suicida	1	1.8%		
Problemas de conducta	1	1.8%	Problemas de conducta	1.8%
Síndrome depresivo	11	20%	Síndrome depresivo	20%

Tabla 3. Diagnósticos médicos atendidos en el servicio de Hospitalización.

DIAGNÓSTICO MÉDICO	FRECUENCIA	%	PSICOEDUCACIÓN E INTERVENCIÓN PARA CONDICIÓN	%GRUPO
Crisis hipertensiva	1	0.5%	Cardíaca	4.2%
Crisis hipertensiva y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	1	0.5%		
Hipertensión arterial sistémica (HAS)	1	0.5%		
HAS, Obesidad	2	1%		
Infarto agudo al miocardio	2	1%		
Insuficiencia cardíaca agudizada	1	0.5%		
Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) debutante	1	0.5%	Diabetes Mellitus	35.4%
DM2 e Insuficiencia Renal Crónica (IRC)	4	2%		
Diabetes Mellitus Tipo 1	2	1%		
DM2	48	25.1%		
DM2 e Infección de tejidos blandos	2	1%		
DM2 e Infección en vías urinarias (IVU)	2	1%		
DM2 y amputación supracondilea	1	0.5%		
DM2 y HAS	3	1.6%		
DM2 y Pancreatitis crónica	1	0.5%		
DM2, IRC e IVU	1	0.5%		
DM2, IRC y HTA	1	0.5%		
DM2, IRC, pie diabético y hepatitis en remisión	1	0.5%	Hepática	2.6%
Síndrome icterico en estudio	1	0.5%		
Encefalopatía hepática grado 3	1	0.5%		
Hepatitis alcohólica	2	1%		
Insuficiencia hepática (IH)	1	0.5%	Intento de suicidio	5.75%
Autolesiones	1	0.5%		
Intoxicación por medicamentos	6	3.1%		
Intoxicación por raticida	3	1.6%		
Intoxicación por solventes	1	0.5%	Insuficiencia Renal Crónica	36.64%
IRC	63	33%		
IRC y Crisis hipertensivas	1	0.5%		
IRC y DM2	2	1%		
IRC y edema agudo de pulmón	2	1%		
IRC, HAS, DM2 y cardiopatía isquémica	1	0.5%		
IRC, Sangrado del tubo digestivo alto (STDA) e IH	1	0.5%	Pancreática	2%
Pancreatitis	3	1.6%		
Pancreatitis postalcohólica	1	0.5%	Otras	13.5%
Púrpura trombocitopénica	3	1.6%		
STDA	11	5.8%		
Supresión etílica	2	1%		
Trombosis venosa profunda	1	0.5%		
VIH	3	1.6%		
Cefalea en estudio	1	0.5%		
Celulitis	1	0.5%		
Crisis convulsivas y psoriasis	1	0.5%		
Desequilibrio hidroelectrolítico e IVU	1	0.5%		
Neumonía adquirida en comunidad	1	0.5%		
Infección de tejidos blandos	1	0.5%		

Como se puede observar, los pacientes atendidos se encontraban alrededor de la cuarta década de la vida; se atendieron más mujeres en la consulta externa que en hospitalización, pero esto fue porque ante la distribución de las camas de hospitalización para todos los psicólogos que nos encontrábamos en ese momento, a esta Residente se le asignaron las camas designadas principalmente a la población masculina.

Con respecto al estado civil y escolaridad, la mayoría fueron solteros; con escolaridad primaria en Consulta Externa y casados con escolaridad secundaria en Hospitalización. En ambos servicios la mayoría de los pacientes se encontraban desempleados.

Con respecto a los diagnósticos, el motivo más recurrente para atender en Consulta Externa fue la adhesión a los tratamientos médicos (45%), especialmente de Diabetes Mellitus tipo 2 e Insuficiencia Renal Crónica. Los médicos internistas se apoyaban en el servicio de Medicina Conductual para favorecer que los pacientes se adhirieran a su tratamiento médico y con ello mejorar su calidad de vida, formando así un trabajo conjunto y brindando un tratamiento más integral al paciente.

El segundo motivo más recurrente en este servicio fue la necesidad de tratamiento para la ansiedad (27%). Algunos de los pacientes fueron referidos por el psiquiatra del Hospital con el objetivo de que se les entrenara en técnicas para la relajación y autocontrol debido a que los medicamentos ya no estaban surtiendo los efectos esperados o el mismo paciente pedía la atención psicológica para trabajar con otras problemáticas de tipo conductual con sus contenidos cognitivos y emocionales, entre otros, problemas de pareja, con la familia y/o los hijos, que les repercutían en la sintomatología ansiosa que padecían.

Con respecto al servicio de Hospitalización, los padecimientos con mayor prevalencia fueron Diabetes Mellitus tipo 2 (35.4%) e Insuficiencia Renal Crónica (36.64%) mismos que no suelen presentarse por separado. En la mayoría de los casos, los pacientes que están clasificados en “Insuficiencia Renal Crónica” también padecen diabetes mellitus y también pueden padecer alguna otra enfermedad crónica; sin embargo, los pacientes atendidos se clasificaban de acuerdo al padecimiento que, al ingreso al Hospital fue el motivo de la hospitalización, aunque se trabajó también con los padecimientos asociados.

Técnicas de intervención cognitivo-conductual

Para las intervenciones con cada paciente, esta Residente utilizó diferentes técnicas con el objetivo de modificar las conductas que no favorecían el mantenimiento de un adecuado estilo de vida.

- > **Entrevista conductual:** Es el primer contacto con el paciente, donde se busca la información necesaria para posteriormente llevar a cabo un análisis funcional de la conducta y con ello, identificar las conductas a tratar en la intervención (Barry, Edelstein y Jerome en Caballo, 1997).

Las entrevistas se realizaron con los pacientes una vez que aceptaban la intervención para mejorar su estado de salud.

- > **Técnica de solución de problemas:** La solución de problemas es *“el proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación de bien, el carácter problemático de la situación misma o sus reacciones hacia ella”* D’Zurilla (1993, pág. 105). Los problemas desde el enfoque cognitivo conductual se definen como situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen respuestas de afrontamiento eficaces por parte de las personas que se enfrentan a éstos.

Una solución es cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas. Así entonces, una solución eficaz es aquella respuesta que no solo logra estos objetivos, sino que al mismo tiempo maximiza los beneficios y minimiza los costos. La solución de problemas eficaz requiere de cinco pasos: orientación al problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica de la solución y su verificación.

Esta técnica fue necesaria en la mayoría de las intervenciones puesto que los pacientes no mostraban la capacidad de generar más de dos alternativas de solución a sus problemas y por ello se descuidaban y/o no sabían cómo controlar sus padecimientos. A la mayoría de los pacientes se les orientó sobre seguir los cinco pasos de esta técnica y se pusieron ejemplos para su mejor comprensión.

- > **Técnicas de relajación:** Son procedimientos que tienen como objetivo instruir al paciente a controlar su propio nivel de activación a través de la modificación directa de las condiciones fisiológicas sin la ayuda de recursos externos (Méndez y Olivares, 2001). En esta primera rotación esta Residente utilizó tres técnicas de relajación:
 - **Relajación progresiva:** Es una técnica que originalmente fue ideada por Jacobson (1938) y ha sido sistematizada por autores como Wolpe (1977) y consiste en enseñar al paciente en identificar las sensaciones de tensión en los músculos de su cuerpo mediante tensiones y relajaciones alternativas de cada grupo de músculos. Posteriormente el paciente es entrenado para lograr identificar y poder reducir cualquier tensión muscular en situaciones de dificultad hasta lograr inducirse en un estado de relajación cada que lo necesiten o deseen.

Esta técnica se ocupó sólo con pacientes de consulta externa debido a la duración de las sesiones y a que no había interrupciones por parte de médicos, enfermeros y familiares como pasaba en hospitalización. Además porque en hospitalización no resultaba muy conveniente en pacientes que manifestaban dolor físico.

- **Entrenamiento autógeno:** El entrenamiento autógeno propuesto por Schultz en 1931 consiste en una serie de frases elaboradas dirigidas a inducir en el paciente estados de relajación mediante autosugestiones sobre 1) sensación de pesadez y calor en sus extremidades; 2) regulación de los latidos de su corazón; 3) sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo; y 4) concentración pasiva en su respiración. Los pacientes ejercitan la autosugestión de las propias sensaciones internas hasta que consiga relajarse de forma automática.

Esta técnica fue la más utilizada en hospitalización, sobre todo con pacientes que referían ansiedad por la hospitalización misma, por conflictos con su cuidador primario y/u otros miembros de su familia, y con pacientes que referían dolor físico y/o dificultad para tensar los músculos de su cuerpo.

- **Respiración diafragmática:** Es una técnica de control muy utilizada para disminuir la hiperventilación producida por ansiedad. Consiste en colocar una mano sobre el pecho y la otra sobre el estómago para tener la seguridad de que el aire que entra llega a la parte baja de los pulmones sin mover el pecho. Una vez tomado el aire se verifica que llegó a la parte baja de los pulmones, reteniendo unos segundos el aire para posteriormente expulsarlo lentamente por la boca. Este ejercicio debe ser realizado varias veces hasta conseguir un estado de relajación.

Esta técnica se utilizó con frecuencia en la atención a los familiares que presentaban hiperventilación debido a los informes que el médico les daba sobre sus pacientes, ante las malas noticias y el desbordamiento del llanto. A los pacientes atendidos por ansiedad se les enseñaba la técnica, la practicaron en el consultorio y/o en su cama de hospitalización bajo nuestra supervisión y una vez que la realizaban adecuadamente la podían utilizar en el momento en que lo requirieran.

- > **Autoeficacia:** Se ha propuesto que la autoeficacia son las creencias sobre las propias capacidades para poder organizar y ejecutar acciones requeridas dirigidas al logro de resultados determinados (Bandura, 1995). Las creencias de eficacia influyen sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar; y contribuyen significativamente a la motivación y a los logros propios, por tanto, la autoeficacia es el foco de atención para lograr determinados resultados.

La autoeficacia se trabajó con los pacientes en áreas donde ellos referían no sentirse capaces de ejecutar acciones encaminadas al autocuidado, como la adecuada adhesión al tratamiento. Por ejemplo aquellos que no se sentían capaces de inyectarse la insulina, de organizar un menú semanal, de comenzar a ejercitarse, etc.

La posibilidad de predecir las conductas fomenta la preparación de éstas. La capacidad para producir resultados valiosos y prevenir los no deseados proporciona incentivos poderosos para el desarrollo del ejercicio del control personal (Bandura, 1995).

- > **Autocontrol:** Es un conjunto de procedimientos diseñados para permitir a los pacientes que controlen sus conductas. El objetivo es que ellos mismos aprendan a disminuir comportamientos excesivos que afectan su salud y agravan su padecimiento en particular, aunque las consecuencias de estos comportamientos excesivos sean

inmediatamente gratificantes. Existen técnicas de autocontrol para facilitar el cambio de conductas, para la planificación ambiental y de programación conductual:

- Para facilitar el cambio de conductas:
 - Autoobservación de conductas (frecuencia, duración, intensidad)
 - Autorregistros
 - Tareas terapéuticas entre sesiones
 - Tareas recomendadas para la práctica en un contexto no clínico

- Para la planificación ambiental
 - Control de estímulos (restricción, eliminación, cambiar la configuración física, etc.)
 - Contratos de contingencias
 - Entrenamiento en el empleo de respuestas alternativas para que el paciente aprenda y/o refuerce respuestas ante las conductas desadaptativas

- Para la programación conductual
 - Autoreforzamiento: Que puede ser positivo al aplicar un reforzador agradable; o negativo al retirar un estímulo aversivo en contingencia con la aparición de la conducta deseable.
 - Autocastigo: Consiste en aplicar una consecuencia punitiva a una conducta. El castigo es efectivo porque reduce o elimina rápidamente la conducta indeseable; sin embargo es una herramienta delicada ya que puede provocar agresividad hacia otros (personas o cosas), por ello solo debe ser utilizado cuando otros procedimientos no hayan funcionado en el pasado, utilizarse con calma y retirando otros posibles

reforzadores que pudieran existir al momento de aplicar el castigo.

El autocontrol lo utilizó la presente Residente en casos donde la adhesión al tratamiento médico no se estaba llevando a cabo. Los médicos del Hospital enviaron a gran cantidad de pacientes para trabajar adhesión al tratamiento puesto que les suponía dificultades también para poder registrar avances en sus tratamientos. Al enviarlos al servicio de Medicina Conductual, el trabajo comenzaba por identificar las conductas que cada paciente necesitaba controlar, se elaboraban registros específicos de conductas para diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica por ser los padecimientos de más prevalencia y en ocasiones se involucró a los familiares para un mejor control de las conductas mediante el control de estímulos o la modificación de éstos. Así mismo también se establecieron programas de reforzamiento cuando la conducta se lograba controlar.

- > **Detención del pensamiento:** Esta técnica busca crear y mantener un hábito inhibitorio mediante el reforzamiento positivo (Wolpe, 1973). Es un procedimiento desarrollado para la eliminación de pensamientos pergraves que resultan improductivos, irreales y tienden a inhibir una conducta deseada o a iniciar una secuencia de conductas desadaptadas. Consiste en interrumpir pensamientos generadores de ansiedad para obtener un alivio y, por ello, aumentar la posibilidad de interrumpir ese tipo de pensamientos en el futuro (Raich, 1991).

Esta técnica fue muy útil en los casos, por ejemplo, de enojo con un familiar o con algún médico. La instrucción fue que al identificar este tipo de pensamientos, el propio paciente se diera la autoinstrucción de detenerlos mediante una palabra significativa, como "¡alto!" o "¡basta!". También fue útil ante la presencia de pensamientos catastróficos o extremistas derivados de la propia enfermedad, como pensar en una muerte inminente o en el sufrimiento debido a la enfermedad, etc.

- > **Tríada del autocontrol:** Es un procedimiento descrito por Cautela en 1985 y se utiliza para reducir la probabilidad de que ocurra una conducta no deseada. Se llama tríada porque incluye tres aspectos: 1) el paciente debe decirse a sí mismo, de forma encubierta o manifiesta, una palabra significativa para detenerse, tal como "¡ALTO!" o "¡BASTA!"; 2) respira profundamente con el objetivo de relajarse; y 3) se imagina una escena agradable.

Esta técnica se utilizó con los pacientes para trabajar la adhesión a la dieta recomendada, ya que mostraban dificultad de resistirse a alimentos restringidos en sus dietas y la utilicé como estrategia de prevención de recaídas en los casos en que los pacientes ya habían logrado adherirse a sus tratamientos, sobre todo a la dieta.

- > **Entrenamiento en habilidades sociales:** Es un conjunto de procedimientos de terapia de conducta comenzado por Salter (1949) y continuado por Wolpe (1958) quien fue el primer autor en emplear el término "asertivo", Lazarus (1966) y Alberti y Emmons (1970). Este entrenamiento está dirigido a enseñar a los pacientes a comportarse adecuadamente en situaciones sociales. Da por supuesto que el actuar de forma asertiva soluciona los problemas de las situaciones antes de que se vuelvan ansiógenas.

El procedimiento es identificar áreas específicas de dificultad, seleccionar una situación de dificultad mínima para comenzar, analizarla y explorar las conductas alternativas, realizar tareas para casa y discutir sesión a sesión los resultados de la nueva conducta. Si el paciente actuó de forma efectiva, es más probable que repita la conducta en otras situaciones.

Esta técnica se instrumentó más en consulta externa por el tiempo de las sesiones y la duración de las mismas; sin embargo, en hospitalización se abordaba la comunicación sobre todo con el médico ya que frecuentemente tanto a pacientes como a familiares se les dificultaba acercarse con los médicos para que se les aclararan tanto términos específicos utilizados en medicina como indicaciones para con su familiar.

- > **Terapia Racional Emotiva (TRE) de Albert Ellis:** Está basada en el supuesto de que los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones irracionales de pensamiento. Consecuentemente, las personas controlan sus destinos sintiendo y actuando según las creencias que mantienen. Los objetivos de la TRE son: establecer los acontecimientos activadores que tienen lugar antes de que el paciente se sienta perturbado emocionalmente o que actúe de modo contraproducente; identificar las creencias irracionales que se sitúan entre los acontecimientos activadores y la perturbación emocional; analizar los sentimientos perturbadores y conductas desadaptadas que se presentan como consecuencia de las creencias irracionales; discutir las creencias irracionales; enfatizar las nuevas creencias que serán racionales y adaptativas que surgen de la discusión de las creencias irracionales e integrar los nuevos sentimientos y conductas que surjan de la reestructuración de las creencias (Ellis, 2005).

A lo largo de las intervenciones se identificaron gran cantidad de creencias irracionales que imposibilitaban una adecuada adhesión al tratamiento, por ejemplo quienes creían que la insulina les causaría ceguera, que la diálisis peritoneal no era necesaria, que los médicos le hacían daño a sus pacientes, que su vida ya no sería normal con una enfermedad crónica, que sería mejor morir que actuar para vivir lo más posible, que las enfermedades crónicas con solo medicamentos se curan, etc. En estos casos se discutieron las creencias que los pacientes manifestaban y se ofrecían alternativas a esos pensamientos irracionales cuando los pacientes no eran capaces de generar alguna después de debatir las creencias que mantenían.

Evaluación de las actividades dentro de la sede

La supervisión académica fue muy productiva y útil ya que se aclararon dudas acerca del manejo de casos difíciles con la ayuda de referencias bibliográficas que reforzaban el planteamiento de un problema.

Las sesiones académicas fueron enriquecedoras ya que abrieron la puerta para entender el lenguaje médico así como diferentes tipos de prácticas médicas. Se conocieron diferentes padecimientos y a partir de ahí se pudieron plantear estrategias de intervención psicológicas y de prevención para los pacientes que los padecieran. Los médicos también conocieron el trabajo del residente en Medicina Conductual, lo cual favoreció el entendimiento y el trabajo en equipo a la hora de atender algún caso.

Personalmente pude observar que la falta de infraestructura en el Hospital dificultó en ocasiones brindar intervenciones psicológicas de calidad, debido a que la atención se dio en muchas ocasiones en el pasillo, en la sala de espera y hasta en el estacionamiento, lo cual entorpecía el trabajo terapéutico. Sería ideal poder contar con un espacio propio para la realización de las actividades de la Residencia en Medicina Conductual.

Otro punto en contra fue que a nuestra generación nos tocó el cambio en la duración de la residencia que provocó cierta desorganización y descuido, desde mi punto de vista, en nuestra labor, pues parecía que no íbamos a tener opción de rotar a una segunda sede o habría serios problemas pues si se rotaba sería al término de los diez meses y en la segunda rotación aún habría residentes de una generación anterior, dejando sin residentes a la primera sede durante dos meses, hasta que llegaran los nuevos residentes.

Debido a la gran cantidad de trabajo que hubo en esta sede, no se elaboró un protocolo formal de investigación aplicada, ya que afortunadamente muchas personas acudían a consulta y la labor de los psicólogos está muy bien aceptada en este Hospital, con lo cual el trabajo conjunto entre médicos y psicólogos fue bueno y demandante de tiempo.

Competencias adquiridas a través de las actividades desarrolladas en el servicio de Medicina Interna

Durante mi estancia en el Hospital obtuve conocimiento de las enfermedades crónico-degenerativas con relación al aspecto médico, que me permitió realizar un trabajo conjunto con los médicos residentes del Hospital. Logré la identificación de objetivos terapéuticos, habilidad para entrevistar de acuerdo a objetivos, habilidad para diseñar programas de modificación de conducta de acuerdo a los recursos del paciente y sobre todo, fue muy enriquecedor trabajar en equipo.

Sugerencias y conclusiones

Ante la demanda de atención psicológica en el servicio de Medicina Interna y la reorganización del Programa de la Residencia en Medicina Conductual, no se realizaron registros sistemáticos de los cambios conductuales de los pacientes ante las intervenciones. Los autorregistros que realizaban los pacientes los guardaban ellos como motivación para seguir en el proceso de cambio sin dejar una copia en su expediente clínico. Por ello, se sugiere a las próximas generaciones de la Residencia explorar formas novedosas de evaluar el impacto de las intervenciones, por ejemplo, con hojas de vaciado de datos que se adjunten en el expediente del paciente para dar cuenta del avance. Así también se podría hacer un trabajo junto con el médico tratante para evaluar y verificar la eficacia de las intervenciones mediante los resultados de los análisis clínicos de rutina.

SEGUNDA ROTACIÓN: UNIDAD DE TABAQUISMO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA, GALICIA, ESPAÑA.

El tabaquismo está incluido dentro del grupo de las enfermedades no transmisibles que actualmente se perfilan como las primeras causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad (OMS, 2005) y es definido, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE 10) (citado en Rey y Jiménez, 2012), como una enfermedad de carácter adictivo con tendencia a la recaída. Actualmente es considerado un grave problema de salud pública al ser la primera causa de morbi-mortalidad evitable (Martínez et al., 2003) en los países desarrollados. Adicionalmente el tabaquismo pasivo se ha convertido en la tercera causa de mortalidad (De Granda, Jiménez, De Granda, Solano y Solano, 2013) ya que se asocia con otras enfermedades crónicas, principalmente en los sistemas respiratorio y cardiovascular, además de los cánceres que puede provocar y las enfermedades a las que favorece como la osteoporosis y la diabetes tipo 2.

Se estima que actualmente existen en el mundo 1.300 millones de fumadores. El tabaquismo es el responsable de aproximadamente 6 millones de muertes al año, de las cuales más de 5 millones corresponden a personas que fuman o han fumado y poco más de 600 000 de esas muertes corresponden a fumadores pasivos. En España, la prevalencia en el consumo de tabaco es de 25.9% de la población general, de los cuales son los hombres quienes fuman más (58.6%) que las mujeres (41.4%) (World Health Organization (WHO), 2011).

Cada minuto mueren en el mundo aproximadamente 10 personas a consecuencia del tabaco, lo que representa el 10% de los fallecimientos de la población adulta. Se calcula que aproximadamente hasta el 50% de las personas que fuman actualmente fallecerán a consecuencia de una enfermedad relacionada con el tabaco (Martínez et al., 2003). De seguir con esta tendencia, esta mortalidad podrá llegar a duplicarse, pudiendo casi alcanzar los 10 millones para el año 2020. En los países en vías de desarrollo

es donde se concentra el mayor porcentaje de fumadores alcanzando hasta un 80% del total de ellos, lo que representa una mayor morbi-mortalidad relacionada al consumo de cigarrillos (WHO, 2011). La muerte prematura suele estar precedida de varios años de enfermedad e incapacidad, situación que es más frecuente en los consumidores de tabaco.

El tabaquismo está vinculado con más de 25 enfermedades siendo el principal factor causante del 30% de todos los cánceres entre los que destacan el cáncer de pulmón donde el 85% de los diagnósticos están relacionados con el tabaco (Alonso, Ortiz, Saltó y Toledo, 2006), cáncer de la cavidad oral (labios, boca, lengua y garganta), y el cáncer de laringe, faringe, esófago, vejiga, estómago, páncreas, útero y riñones (Becoña y Vázquez, 2000). De la misma forma enfermedades respiratorias como la bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma pueden ser consecuencias directas del consumo de tabaco o, en su defecto, pueden ser exacerbadas por él.

Asimismo, el consumo de tabaco es un importante factor de riesgo que contribuye a las enfermedades cardiovasculares como hipertensión, infarto agudo al miocardio, eventos cerebrovasculares, aneurismas, entre otros. Aunado a estas enfermedades existen algunas otras consecuencias directas del consumo de tabaco como son la aparición prematura de arrugas faciales con el deterioro del aspecto general de la piel, mal aliento, pigmentación amarillenta en los dedos y dientes, etc. (Becoña y Vázquez, 2000).

El humo de tabaco no sólo afecta a quienes lo fuman directamente, la exposición indirecta al mismo provoca serios problemas de salud, ya que supone un riesgo considerable para la población no fumadora de padecer cáncer de pulmón, enfermedades respiratorias y cardiovasculares, mientras que la población infantil presenta una mayor incidencia de infecciones de las vías respiratorias altas, otitis media, sinusitis, bronquitis, neumonías, asma y muerte súbita del lactante (Martínez et al., 2003; WHO, 2011).

Debido a que existe una latencia prolongada, de varios años entre el momento en que la gente empieza a fumar hasta que aparecen los problemas de salud, el fumador no se percibe como un enfermo y no perciben que lejos de tratarse de un hábito o una actividad “que le gusta”, pueden estar desarrollando una adicción que por las magnitudes reales de sus consecuencias debería concedérsele mayor atención (Flórez, 2011). Diversos estudios muestran que son pocas las personas que comprenden los riesgos específicos para la salud que entraña el consumo de tabaco (WHO, 2011).

En el caso de los profesionales de la salud, aproximadamente sólo la mitad aconsejan consistentemente a sus pacientes dejar de fumar. La falta de tiempo, las consultas muy saturadas y la falta de formación son los principales argumentos para no dar dicha recomendación (Flórez, 2011). Una persona de 40 años que deja de fumar añade aproximadamente 9 años de vida comparativamente con quien continúa fumando (Aveyard et al., 2012).

A pesar de todo ello y aunque el abandono del consumo de tabaco sea la medida más saludable para las personas fumadoras y tanto los hombres como las mujeres tienen múltiples razones para dejar de fumar como la salud, la presión social y el ahorro económico, entre otras, la prevalencia en el consumo de tabaco se mantiene y ha seguido diferentes tendencias según el sexo. Recientemente se observa un consumo parecido en las mujeres respecto a los hombres debido a importantes cambios sociológicos como fue la incorporación de éstas al mundo laboral y los movimientos de emancipación e igualdad de los años 50s-60s que propiciaron que el consumo de tabaco se extendiera entre las mujeres (Becoña y Vázquez, 2000).

Dentro de las consecuencias directas sobre la salud que tiene el consumo de tabaco en mujeres, además de las ya citadas, se encuentran también mayor riesgo de cáncer de mama y cérvix, aparición temprana de la menopausia, asociación con el desarrollo de osteoporosis, aparición prematura de arrugas faciales, deterioro del aspecto general de la piel y reducción de la fertilidad. Además se sabe que el consumo de tabaco durante el embarazo representa un mayor riesgo de aborto espontáneo, complicaciones durante el embarazo, muerte fetal, partos prematuros, bajo peso al nacer y muerte del neonato (González y Romero, 1998; WHO, 2011).

Muchas mujeres conocen los riesgos que trae consigo el consumo de tabaco, pero hay razones suficientes por las cuales se niegan a dejarlo y por ello, el consumo en esta población ha ido aumentando cada vez desde edades más tempranas. Entre las razones que se han encontrado para explicar el fenómeno de por qué a las mujeres les es más difícil abandonar el consumo están: la publicidad (Ayesta y De la Rosa, 2001), el facilitar la interacción social, el tener una sensación de autonomía, fumar como medio de definición, para dar una imagen de frialdad, de difícil, desafiante, sexy y esbelta, como fuente de placer y confort (Becoña y Vázquez, 2000). Sin embargo, la asociación con estados de ánimo negativos o para el manejo de éstos y como una forma de controlar el peso corporal son las razones más relevantes por las cuales las mujeres continúan fumando o son especialmente resistentes a dejarlo (Becoña y Vázquez, 2000; Joossens, Sasco, Salvador y Villabí, 1999).

Respecto a los estados de ánimo negativos, las mujeres en general tienden a ser más vulnerables, con lo cual también tienden más a fumar por el componente de “sedación” ante estados de ánimo como tristeza, ansiedad, incertidumbre, soledad, etc., más que por el de “estimulación”. Así por ejemplo, se sabe que las personas que sufren depresión tienden a fumar más y viceversa, las personas que fuman tienen más posibilidades de padecer depresión (Ayesta y De la Rosa, 2001).

A pesar de la insistencia de muchos fumadores al adjudicarle propiedades ansiolíticas a la conducta de fumar, la nicotina no puede considerarse como una sustancia relajante o ansiolítica, ya que más que conseguir una disminución del estrés al fumar como lo refieren los fumadores, se alivian los síntomas de abstinencia de tabaco. Los fumadores tienden a estar más ansiosos y sufrir más estrés que los que no fuman, mismo que se refleja en las puntuaciones que dan en las escalas generales de estrés, ya que todas las circunstancias vitales generadoras de estrés pueden ser responsables de una conducta de fumar asociada con estados de ánimo negativos y utilizarla como estrategia de afrontamiento, por ello podría ser más difícil romper esa asociación, sobre todo si no se cuenta con estrategias de afrontamiento más eficaces (Ayesta y De la Rosa, 2001). Se sabe que el estrés y/o el afecto negativo provocan más recaídas en las mujeres, pues la conducta de fumar es una herramienta que le permite a las fumadoras aliviar situaciones de tipo emocional sin tener que modificar directamente dicha situación (Becoña y Vázquez, 2000).

Sin embargo, quizá sea el control del peso corporal o específicamente bajar de peso la razón más importante que subyace al actual incremento de consumo de tabaco en las mujeres (Ayesta y De la Rosa, 2001) con lo cual el mantenimiento de la conducta de fumar está vinculado con el miedo a aumentar de peso (Joossens et al., 1999). Se ha documentado que, independientemente del género, estado socioeconómico y ámbito cultural (De Granda et al., 2013) las personas que fuman pesan menos que las que no fuman y que quienes dejan de fumar aumentan de peso, aproximadamente de 4 a 6 kilos durante el primer año de abstinencia de tabaco (Audrain-McGovern y Benowitz, 2011; Averyard, Lycett y Farley, 2012; Cena et al., 2012; Leslie et al., 2012), siendo los tres primeros meses donde se observa más aumento de peso (De Granda et al., 2013). Se puede afirmar que no es que se aumente de peso sino que se tiende a volver al propio peso antes de empezar a fumar (Ayesta y De la Rosa, 2001).

Mientras que más de la mitad de las personas no llegan a aumentar 3 kg, un 15-20% de los fumadores pueden llegar a sobrepasar los 8 kg, algunos bastante más y algunas no engordan en lo absoluto (Audrain-McGovern y Benowitz, 2011; Ayesta y De la Rosa, 2001).

Dada la importancia que en la mayor parte de las sociedades occidentales se da al poseer una imagen corporal muy estilizada, esta relación influye notablemente en que, principalmente las mujeres adquieran el hábito tabáquico, y que sean especialmente reticentes a abandonarlo. Por tanto, es más probable que abandonen los tratamientos para dejar de fumar con respecto a los hombres (Becoña y Vázquez, 2000) y/o sea más probable una recaída (Leslie et al., 2012; Levine et al., 2012; Cena et al., 2012; Perri et al., 2001).

Las mujeres, aproximadamente el 50% de ellas, (Rey y Jiménez, 2012) son quienes muestran más preocupaciones acerca de aumentar su peso y son, incluso, quienes tienden a aumentar más kilos (7.7 kg en promedio) que los fumadores típicos (Joossens et al., 1999; Levine et al., 2012).

El aumento de peso tras abandonar el consumo de tabaco no está del todo claro (Cena et al., 2012) pero pueden influir diferentes razones, por ejemplo la pérdida de los efectos de nicotina en la aceleración del metabolismo, el aumento del consumo medio diario de calorías, de 250 a 300 cal por día (Ayesta, 2000) provenientes principalmente de carbohidratos y grasas debido a que activan a los circuitos del cerebro de una manera similar a la que lo hacía el fumar (Audrain-McGovern y Benowitz, 2011), utilizar la ingesta de comida como una alternativa a la ingesta de tabaco ya que los efectos de recompensa son similares, a que no se modifica la actividad física (Audrain-McGovern y Benowitz, 2011; De Granda et al., 1999; Filozof et al., 2004) y a la disminución del gasto de energía (Joossens et al. 1999).

Es decir que el aumento de peso que se puede generar a partir de dejar de fumar está vinculado a la no modificación de los demás aspectos del estilo de vida. Fumar está altamente asociado a un estilo de vida sedentario el cual no es saludable para el organismo. Al dejar de fumar tendrían que modificarse a la par otros aspectos del estilo de vida con el objetivo de lograr una mejor calidad de vida. Si fuera el caso de que se aumente de peso esos cambios servirían para poder contrarrestar ese efecto a mediano plazo o prevenirlo en su defecto, ya que si bien es cierto que aumentar de peso tampoco es saludable y puede reducir algunos de los beneficios de dejar de fumar, supone menos desventajas a la salud que las que supone seguir fumando (Audrain-McGovern y Benowitz, 2011; Filozof et al., 2004; Joossens et al., 1999).

El estilo de vida, según Cockerman (2007), es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles de acuerdo con las oportunidades que les ofrece su propia vida, no solo físicas sino también mentales; por ello actualmente se vuelve necesario modificar los patrones más esenciales puesto que ello contribuyó a que ahora sean las enfermedades crónicas las responsables de la tasa de mortalidad, superando a las enfermedades agudas (Becoña et al., 2004). No todas las personas que asisten a programas para dejar de fumar están interesadas en obtener asesoramiento sobre el estilo de vida, pero se ha mostrado que éste puede ser un apoyo disponible (Leslie et al., 2012) en el que el objetivo es mejorar integralmente la calidad de vida.

El estilo de vida relacionado con la salud está caracterizado por poseer una naturaleza conductual y observable con lo cual las motivaciones, actitudes y valores no formarían parte del mismo aunque pueden ser sus determinantes. También se caracteriza por una continuidad de dichas conductas en el tiempo de modo que sean persistentes hasta volverse hábitos y por último, se caracterizan por una asociación y combinación entre conductas de forma consistente (Elliot, 1993).

Se observa que en el estilo de vida actual no se poseen usualmente hábitos saludables como son el cuidado de la alimentación, la realización del ejercicio físico, eliminar el consumo de tabaco, etc., sino todo lo contrario (Federación de Consumidores en Acción de Andalucía-FACUA, 2010), se realizan conductas de riesgo para la salud que se traducen en los altos porcentajes de morbimortalidad actual.

El hecho de que se prefiera no realizar conductas deseables y benéficas para la salud y/o realizar conductas riesgosas y perjudiciales para ésta viene mediado fundamentalmente por tres factores, según Bayés (1985):

- 1) El carácter reforzante de la mayor parte de las estimulaciones de las conductas de riesgo así como los efectos inmediatos que generan (Gifford y Lillis, 2009), por ejemplo, la sensación de relajación al fumar un cigarrillo, el sabor agradable de alimentos insalubres, la recompensa económica ante la práctica de situaciones generadoras de estrés, la sensación de comodidad y reposo al elegir no hacer ejercicio, etc.
- 2) El desfase de tiempo entre realizar conductas no saludables y la aparición de las consecuencias nocivas para la salud, por ejemplo, que una persona delgada coma descontroladamente un día o decida no realizar ejercicio físico un día no la volverá obesa inmediatamente, de la misma forma al fumar un cigarro no se tendrá de inmediato una enfermedad respiratoria o desarrollará cáncer, etc., sino que ocurrirá al pasar meses y hasta años en que la persona realice de manera constante estas conductas de riesgo.
- 3) La inexistencia de una causalidad al 100% de los efectos nocivos de las conductas de riesgo, favorece que las personas que buscan el placer en sustancias o conductas consideren que las consecuencias pueden no ocurrir, o presentarse a muy a largo plazo.

Así también, Becoña et al. (2004) apuntan otros tres factores que influyen en las decisiones de las personas a seguir conductas de riesgo:

4) El convencimiento del poder ilimitado que tiene la medicina para curar enfermedades.

5) Las barreras culturales que impiden el cambio hacia hábitos saludables, pues aunque se sabe qué es bueno y qué es malo para la salud y que las conductas saludables no siempre son gratificantes a corto plazo, culturalmente se aprende a preferir las gratificaciones inmediatas de las conductas de riesgo.

6) El cambio como un proceso cíclico y lento más que rápido y lineal, es decir que la gente no cambia su conducta de un día para otro ni mantiene dicho cambio permanentemente.

Con respecto al proceso de cambio de las personas ante una situación determinada, Prochaska y DiClemente propusieron en 1982 el Modelo Transteórico que ha sido presentado como un modelo integrativo y exhaustivo del cambio de conducta, que se ha aplicado a diferentes problemas de conducta tanto para involucrar la adquisición de conductas positivas como realizar ejercicio, etc. como los que se refieren a eliminar conductas de riesgo como dejar de fumar y controlar el peso, entre otros. Todos estos problemas tienen importantes consecuencias a nivel mental y físico (Prochaska et al., 1994).

Así, en estudios de cómo las personas dejan de fumar (Prochaska y DiClemente, 1983) y en general en el campo de las conductas adictivas, la evidencia muestra que las personas pasan por una serie de etapas durante el proceso de cambio: precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción y mantenimiento.

La "precontemplación" es el periodo en el que las personas no están pensando acerca de modificar su conducta de riesgo o al menos no en los siguientes 6 meses. Durante esta etapa se está menos receptivo y pensativo acerca de los problemas que puede acarrear la conducta de riesgo y las personas suelen estar más resistentes al cambio.

La "contemplación" es el periodo en el que los fumadores comienzan a pensar seriamente en dejar de fumar en los próximos 6 meses. Durante esta etapa, las personas empiezan a tener en cuenta las posibles consecuencias de seguir realizando la conducta de riesgo y se muestran más receptivos de ayuda y se cuestionan a sí mismos si es preferible seguir con esas conductas o eliminarlas.

Cuando las personas han reevaluado la situación y piensan seriamente en eliminar las conductas de riesgo en el siguiente mes, entonces se están "preparando para la acción". La "acción" es el periodo de tiempo en que se lleva a cabo la modificación de la conducta de riesgo, las personas están más comprometidas para realizar el cambio conductual.

El "mantenimiento" es definido como el periodo que comienza 6 meses después de haber logrado eliminar la conducta de riesgo. Involucra también una evaluación abierta de las condiciones bajo las cuales la persona pueda recaer; se necesitan valorar las alternativas que tienen las personas para afrontar de manera eficaz cualquier situación favorecedora de la "recaída" y con ello lograr el cambio con éxito (Prochaska y DiClemente, 1983; Prochaska y DiClemente, 1986; Prochaska, et al., 1994).

El proceso de cambio es un factor a tener en cuenta para las intervenciones a nivel cognitivo-conductual para la modificación de conductas de riesgo como en el caso de dejar de fumar y controlar el peso.

Parsons et al. publicaron una revisión sobre intervenciones conductuales de la base Cochrane en el 2009, concluyeron que: 1) el solo asesoramiento sobre el control de peso no fue significativo en éste ni mantuvo la abstinencia de tabaco; 2) las intervenciones individualizadas de terapia cognitivo-conductual y las dietas hipocalóricas pueden ser efectivas para evitar el aumento de peso, sin embargo, no favorecen la reducción de los síntomas provenientes del síndrome de abstinencia de tabaco; 3) las intervenciones que incluyen ejercicio físico se asocian con una disminución de peso pero a largo plazo; 4) las intervenciones con terapia farmacológica (bupropión, vareniclina y terapia de reemplazo de nicotina) ayudaron en el control de peso mientras se utilizó el fármaco; 5) a pesar de dichas investigaciones, todos los datos no son suficientes para poder emitir recomendaciones clínicas enérgicas sobre programas efectivos (Parsons et al., 2009).

Respecto a una adecuada alimentación, Aveyard, et al. (2012) sugieren que el aumento de peso después de dejar de fumar puede prevenirse mediante una constante vigilancia del peso corporal y una intervención que incluya ajustes al nivel de alimentación. Una adecuada nutrición es vital para la salud física y mental.

En un estudio realizado por Leslie et al. (2012) se refiere que ante la cesación del consumo de tabaco, los participantes prefieren aumentar el consumo de grasas y carbohidratos, provenientes principalmente de los alimentos elaborados y precocinados desfavoreciendo una adecuada alimentación que se hace imprescindible para lograr un estado saludable y con ello prevenir la aparición de enfermedades crónicas, ya que la alimentación poco sana resulta uno de los principales factores de riesgo para desarrollarlas (OMS, 2005).

Un patrón dietético saludable es la dieta mediterránea, originaria de países como España, el sur de Francia, Italia, Grecia y Malta (FACUA Andalucía) y ha sido la base de los hábitos alimentarios durante el siglo XX en todos los

países de la región (Bach-Faig et al., 2011). Se asocia con un menor riesgo de sufrir enfermedades crónico-degenerativas (Márquez-Sandoval, 2008) ya que se caracteriza por el bajo contenido de grasas saturadas, proteínas de origen animal, consumo elevado de grasas insaturadas procedentes del aceite de oliva principalmente, carbohidratos procedentes de cereales, alto contenido de fibra, vitaminas y minerales procedentes de frutas, verduras y legumbres. El beneficio que ofrece la dieta radica en la variedad y preparación de los alimentos hervidos, en ensalada y asados con aceite de oliva.

Eyre et al. (2004) refiere que aproximadamente una tercera parte de las enfermedades crónicas están vinculadas con el tipo de alimentación que el individuo lleva, por tanto, modificar el tipo de alimentación a uno más saludable tendría importantes beneficios para la salud.

Es importante tener presente que alimentarse bien no sólo hace referencia a la ingesta de alimentos, también incluye los hábitos de consumo que puedan adquirir tales como hacer cinco comidas durante el día, comer sentados, masticar más, comer menos cantidad si fuese el caso, etc.

Aunada a la modificación de la alimentación está la modificación del ejercicio físico, ya que se ha identificado que los adultos que fuman son menos activos físicamente que los que no fuman (Prochaska et al., 2009) esta inactividad física es también un factor de riesgo para desarrollar alguna enfermedad crónica (OMS, 2005).

En España se estima que el 52.1% de la población en general es inactiva y de este porcentaje las mujeres son las que más inactividad presentan (56.3%) respecto de los hombres (47.7%) (WHO, 2011). Similar a lo que ocurre en España, en México la prevalencia de inactividad física aumentó significativamente 47.3% del periodo de 2006 a 2012 en adultos mexicanos de 20 a 69 años de edad, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y

Nutrición (2012) donde además se encontró que los adultos en promedio ocupan 1:40 horas diarias en transporte inactivo (automóvil, motoneta, metro, autobús) y 3:30 horas en promedio en estar sentados.

Ya que el tabaquismo está asociado a una vida sedentaria, el ejercicio físico no suele ser una actividad agradable para los fumadores por presentar síntomas como cansancio, fatiga, falta de aire, etc.

Existe evidencia concluyente en estudios de laboratorio a corto plazo de que el ejercicio puede contrarrestar el aumento de peso (Filozof et al., 2004) ya que ayuda a su control y reduce la urgencia de fumar (Aveyard et al., 2012). La realización de alguna actividad física de manera constante a una intensidad moderada y complementada con una alimentación saludable supone muchos beneficios a la salud física y mental del organismo y es una vía adecuada para prevenir el desarrollo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan actualmente a la sociedad (Becoña et al., 2004).

La actividad física es cualquier movimiento voluntario realizado por músculos esqueléticos que produce un gasto de energía adicional al que cada organismo necesita para mantener las funciones vitales como respirar, que circule la sangre, etc. Cuando la actividad física se organiza, planifica y se repite con el objetivo de mantener la forma física del cuerpo se puede llamar ejercicio físico (Ministerio de Sanidad y Consumo (MSyC), 1999).

El ejercicio físico son todas las actividades que hacen que el cuerpo se mueva. Son actividades constantes y pergraves porque la práctica de ejercicio físico ayuda al sistema circulatorio principalmente al compensar el tiempo que se pasa sin moverse en el trabajo o escuela, por ejemplo, donde se permanece sentado por mucho tiempo (FACUA Andalucía, 2010).

El ejercicio físico tiene distintas intensidades: 1) suave, donde inicia la sensación de calor y se presenta un aumento ligero en la frecuencia respiratoria y cardíaca; 2) moderada, se siente el calor y ya se percibe una ligera sudoración, las frecuencias cardíaca y respiratoria aumentan pero aún se puede hablar; 3) fuerte, donde la sensación de calor es intensa y la respiración se ve dificultada, falta el aliento, el ritmo cardíaco es elevado.

Es cierto que todas las personas tienen características diferentes y la planificación del ejercicio físico debe ser personal, sin embargo, se recomienda universalmente y para un adulto la práctica de ejercicio físico a intensidad moderada durante al menos 30 minutos, mínimo 3 veces a la semana para que sea beneficioso para la salud. Sin embargo, quienes no puedan realizar ejercicio con intensidad moderada, pueden hacerlo a intensidad suave durante 60 minutos para compensar. Además el tiempo de ejercicio físico no tiene que ser continuo, sean 30 o 60 minutos, se pueden hacer periodos de 10 o 15 minutos durante el día (MSyC, 1999). Es importante destacar que antes de realizar ejercicio es necesaria una sesión de estiramiento de los músculos con el objetivo de evitar lesiones y/o molestias (Capdevilla, 2005).

Un argumento frecuente para no realizar ejercicio físico es que debido al ajetreo laboral y modo de vida no se tiene tiempo para realizar una actividad física; sin embargo la actividad de caminar es quizá la más sencilla, no requiere gasto económico y se puede realizar en casi cualquier momento. Se obtienen muchos beneficios como la reducción del riesgo a padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer de colon y diabetes, el fortalecimiento de los músculos y huesos, el mejoramiento de la capacidad de hacer esfuerzos sin fatiga, influye en el control del peso y el porcentaje de grasa corporal, regula la presión arterial, mejora la sensibilidad a la insulina y el metabolismo de la glucosa, mejora el estado de ánimo disminuyendo el riesgo a padecer de estrés, ansiedad y depresión, mejora la autoestima y fomenta el bienestar psicológico, así como la sociabilidad e integración social (Krames, 2002).

Caminar diariamente mantiene en forma el cuerpo y la mente, y para quienes desean dejar de fumar ayuda en la eliminación de la nicotina del cuerpo ya que ésta se desecha por medio del sudor, saliva y orina y es una estrategia que influye en el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo (Prochaska et al., 2009).

La modificación de conductas dirigida a mejorar la calidad de vida y, en este caso, a prevenir el aumento de peso en quienes desean dejar de fumar constituye un reto, ya que se debe poner un esfuerzo extra contra los hábitos arraigados de años atrás, lo que significa entonces que surgirán problemas y situaciones favorecedoras de estrés.

En la vida cotidiana es natural que surjan problemas y que muchos de ellos se puedan resolver sin dificultades particulares; sin embargo hay ciertos problemas que se perciben con más dificultad y/o que parecen imposibles de manejar con consecuencias en estrés, frustración, ansiedad, depresión, etc. El entrenamiento en solución de problemas se dirige al desarrollo de estrategias que permitan identificar soluciones adecuadas a la situación y los recursos que se tengan en ese momento (D'Zurilla y Goldfried, 1971).

En fumadores y ex fumadores la presencia de pensamientos difíciles, emociones o sensaciones corporales se suele afrontar fumando o comiendo en exceso (Gifford y Lillis, 2013) y consiguiendo resultados no satisfactorios a mediano y largo plazo, con lo cual el problema sigue latente, manteniendo en la persona las emociones negativas de un problema que no se solucionó y en ocasiones, exacerbándolas.

Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud principalmente a través del mecanismo del estrés. Se sabe que el estrés es un hecho habitual e inevitable, ya que cualquier situación, positiva o negativa, que implique cambios en algún aspecto de la vida lo provoca.

El estrés puede provenir tanto del entorno como del propio cuerpo y de los pensamientos, dependiendo cómo se signifique cada situación (Robles, 2007). Aparece en una persona cuando se encuentra en una situación a la que debe hacerle frente implicando estrategias conductuales que le resultan difíciles de realizar o satisfacer (Labrador, 1992).

Una persona que está inmersa en situaciones que le producen estrés está propensa a llevar a cabo conductas de riesgo (como el consumo de tabaco, la sobreingesta, etc.) y reducir conductas saludables (Becoña et al., 2004).

Por ello es importante dotar a las personas de estrategias que contrarresten el estrés y puedan generar un cambio en el individuo tanto a nivel físico (respiración profunda) como a nivel mental (autoinstrucciones y solución de problemas). La capacidad de identificar la fuente de sus estresores le permitirá sentirse más seguro, aún si no puede evitarlos y con ello podrá tener más control sobre la situación (FACUA Andalucía, 2010) intentando afrontarlo de una manera menos dañina.

Se precisa que la persona aprenda estrategias tanto para controlarse a sí mismo como para controlar, en la medida de lo posible, el ambiente que le rodea. Este procedimiento se llama autocontrol y consiste en hacer menos probable la ocurrencia de alguna conducta indeseable mediante la realización de otras usualmente incompatibles, teniendo siempre en cuenta que, aunque a corto plazo pueda resultar en una sensación desagradable, a mediano-largo plazo las consecuencias serán beneficiosas para la salud (Davis, 1990).

Muchos problemas de autocontrol se relacionan con excesos comportamentales (por ejemplo fumar) que traen consigo una recompensa inmediata gratificante (efectos de la nicotina); sin embargo aunque también acarrear consecuencias negativas inmediatas, éstas no son perceptibles y/o no influyen en un adecuado autocontrol.

Otros problemas de autocontrol se relacionan con déficits comportamentales deseables (por ejemplo no realizar ejercicio constantemente) que traen consigo una consecuencia desagradable inmediata (dolor muscular); sin embargo las consecuencias positivas inmediatas tampoco influyen en un adecuado autocontrol.

Es importante tener en cuenta que ante cualquier conducta, en este caso indeseable, emitida por una persona existe un antecedente y una consecuencia asociados y por lo cual, la persona emite dicha conducta. También ante dicha situación pareciera difícil eliminar dicha conducta indeseable; sin embargo para poder tener un adecuado autocontrol se precisa el control de los antecedentes de dicha conducta indeseable mediante la manipulación del entorno inmediato, con técnicas como las autoinstrucciones, búsqueda de otras personas, identificación de factores motivacionales, moldeado, etc. Se espera controlar las consecuencias de la conducta deseable mediante la eliminación de los reforzadores que mantienen la conducta indeseable en una situación determinada. Inicialmente se hacen conspicuas las consecuencias de la conducta saludable mediante registros y gráficas de la conducta deseada, administrar reforzadores específicos y desarrollar estrategias para el manejo de situaciones de riesgo (Martin y Pear, 2008).

Desafortunadamente las recaídas son frecuentes en la modificación de hábitos. Una recaída consiste en reincidir en la conducta indeseable. Las recaídas, según Martin y Pear (2008) cuentan también con factores asociados que las favorecen ya sea como antecedentes (contratiempos evitables o inevitables, verbalizaciones contraproducentes); como especificación inadecuada de la respuesta (objetivo no aclarado, objetivo a largo plazo, objetivo ambicioso); y/o como consecuencias (aburrimiento, consecuencias significativas solo por acumulación).

Por ello se hace necesario implementar una intervención para dejar de fumar con un protocolo que incluya la modificación de conductas para mejorar el estilo de vida y con ello evitar el posible aumento de peso tras el abandono del hábito tabáquico. De esta manera, se busca que las personas que desean dejar de fumar tengan estrategias para contrarrestar tal efecto, reducirlo al mínimo y/o eliminarlo si fuera el caso al incluir los componentes restantes que influyen significativamente sobre la salud: vigilancia del peso cada semana, alimentación saludable, ejercicio físico y control de emociones negativas como el estrés y la ansiedad (Márquez-Sandoval, Bulló, Vizmanos, Casas-Agustench y Salas-Salvadó, 2008).

En la Unidad de Tabaquismo de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela se brinda atención psicológica a personas adultas que acuden bajo voluntad propia para dejar de fumar y se trabaja con el Programa para Dejar de Fumar (PDF por sus siglas) del Dr. Elisardo Becoña Iglesias, responsable de la Unidad. Así también la Unidad cuenta con cuatro psicólogas que son las encargadas de la organización de la Unidad de Tabaquismo y de atender a la mayoría de los pacientes.

Actividades profesionales y académicas

La Unidad de Tabaquismo cubre el horario de tiempo completo por lo que ese periodo se ocupó para diversas actividades que se describen a continuación:

Revisión bibliográfica acerca de contenidos de tabaquismo: Esta revisión se llevó a cabo como parte de la realización de un programa de intervención en los pacientes que acuden al PDF.

Sesión clínica con los psicólogos de la Unidad de Tabaquismo: Cada lunes de 9:00 a 11:00 horas. aproximadamente se llevaba a cabo una junta con todos los psicólogos de la Unidad dirigida por el Jefe de la misma para

la revisión de casos individuales, dificultades en los grupos, dudas en general y metas a seguir. Al final de la sesión clínica, si se requería se hacía una breve sesión académica para revisar bibliografía y aspectos generales sobre el Protocolo a seguir.

Informes acerca del PDF: La Unidad de Tabaquismo utiliza propaganda en toda la Universidad y alrededores acerca del PDF como método de prevención y para atraer a las personas que desean dejar de fumar, por tanto, las líneas telefónicas y la mensajería electrónica está en constante uso para brindar informes acerca del PDF y todo el proceso que conlleva, captando a la gente y registrándola en una lista de espera para su evaluación posterior.

Organización de grupos: Las intervenciones con el PDF se dan usualmente en la modalidad grupal salvo algunos casos excepcionales que requieran modalidad individual. A todos los participantes se les cita para una evaluación que dura dos sesiones ya que se aplican numerosas pruebas psicológicas que difícilmente se podrían completar en una sesión, además de una entrevista con una terapeuta.

Se planifica un tiempo específico para comenzar a trabajar con los grupos, éste se programa cuando ya se reúnan aproximadamente 30 personas en lista de espera, de las cuales se hacen de 3 a 4 grupos de acuerdo a la disponibilidad horaria de cada paciente. Una vez organizados los grupos, se asigna a cada uno una terapeuta y una coterapeuta de la Unidad de Tabaquismo, quienes se ponen en contacto con los miembros del grupo para comenzar el PDF que consta de seis sesiones, una por semana, de una hora de duración.

El PDF es un programa para dejar de fumar gradualmente mediante el cambio de marcas de cigarrillos de los que tienen más nicotina a los que tienen menos, se reduce gradualmente la cantidad de cigarrillos diarios

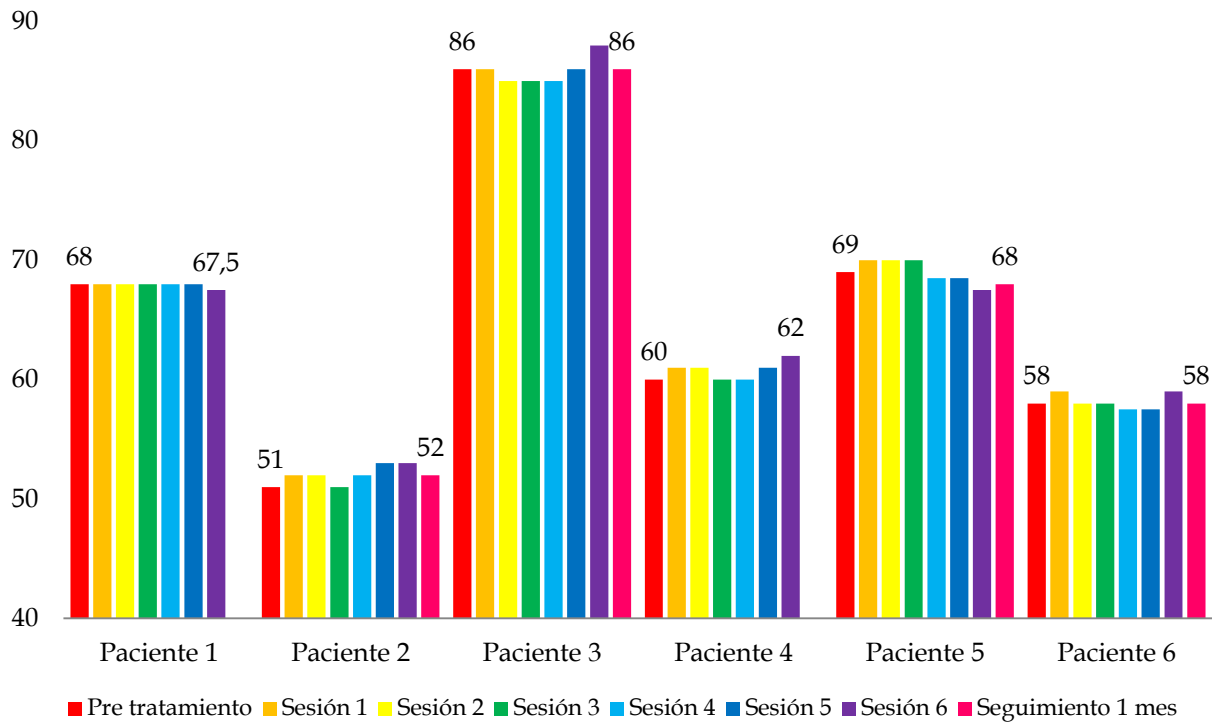
permitidos y se les brindan estrategias para romper asociaciones que se crearon entre fumar y actividades de la vida diaria. Una vez terminadas, se realizan sesiones de seguimiento a un mes, dos, tres, seis y doce meses.

Protocolo de Investigación: Esta Residente realizó un protocolo dirigido a la modificación de la conducta en mujeres con tabaquismo que desean no aumentar de peso al dejar de fumar. Se diseñó una intervención que involucra la modificación de la alimentación, ejercicio físico y manejo del estrés con el objetivo de controlar el peso corporal. Este protocolo se describirá ampliamente en el siguiente apartado.

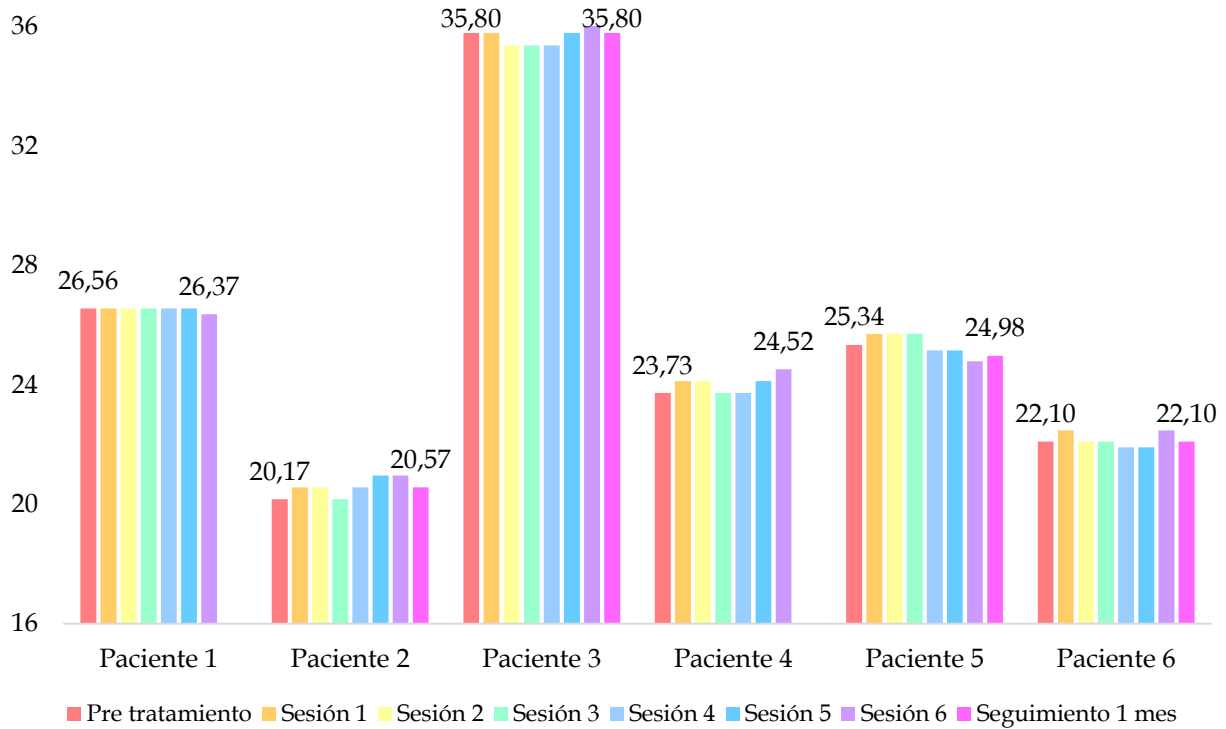
Características de los pacientes atendidos en la Unidad de Tabaquismo

Durante la estancia la presente Residente asistió como terapeuta a dos grupos de mujeres que acudieron a la Unidad para dejar de fumar y a las cuales se les intervino además con el protocolo que realizado en dicha Unidad. En total fueron ocho mujeres atendidas con ambos protocolos.

La edad promedio fue de 43.33 ± 7.74 años, sólo una paciente refirió estar soltera y el resto casadas. El 50% refirieron estudios primarios (escolaridad secundaria en México); una paciente refirió estudios secundarios (escolaridad preparatoria en México) y el resto, refirieron estudios universitarios. En promedio fumaban al inicio del tratamiento 17.5 ± 7.69 cigarrillos por día. Respecto al peso corporal, se observaron oscilaciones de peso cada sesión en las pacientes. En las siguientes gráficas se muestran los pesos registrados sólo de las seis pacientes que concluyeron el tratamiento (Gráfica 1) para dejar de fumar y el protocolo de intervención para controlar el peso corporal, así como sus IMC (Gráfica 2). Se incluyen las mediciones del pre tratamiento y del primer seguimiento que se llevó a cabo un mes después de finalizado el tratamiento, al cual únicamente asistieron cuatro pacientes.



Gráfica 1. Peso corporal de las pacientes que concluyeron el PDF y el Protocolo de Modificación de Conducta para el Control del peso.



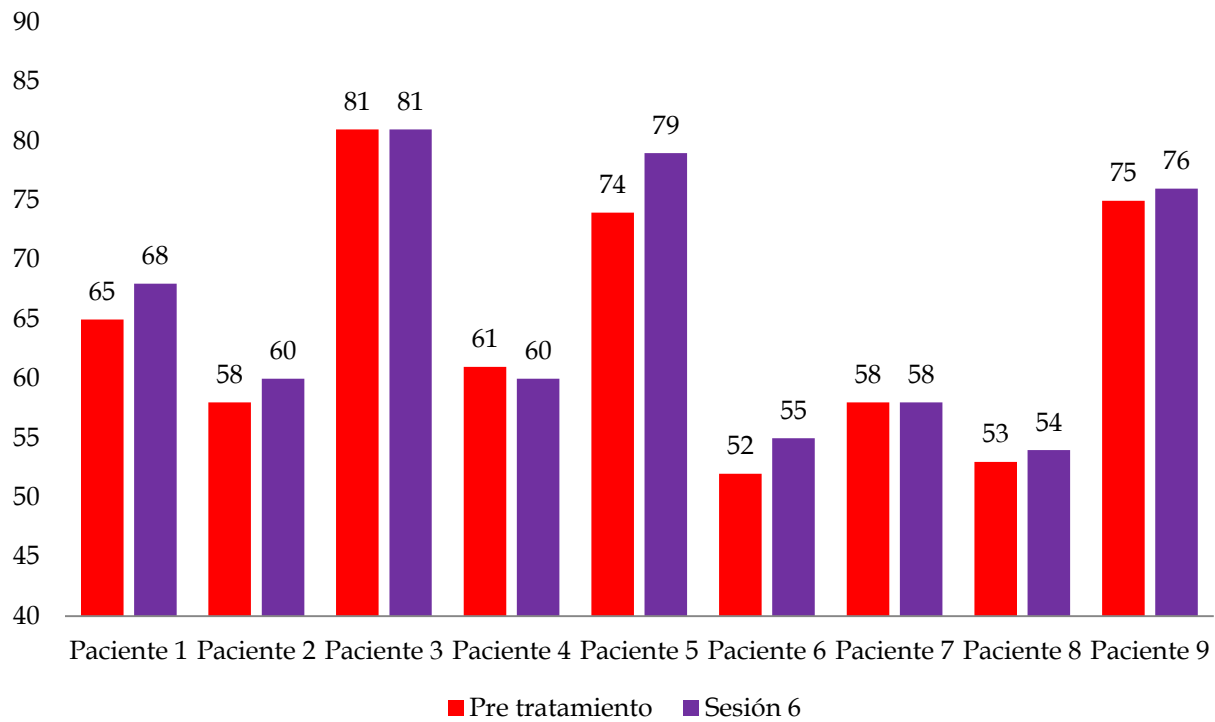
Gráfica 2. Índice de Masa Corporal de las pacientes que concluyeron el PDF y el Protocolo de Modificación de Conducta para el Control del peso.

De otros tres grupos en los que la presente Residente asistió como coterapeuta o como observadora y que únicamente se les intervino con el PDF, obtuvo la información de las mujeres que conformaron cada grupo y concluyeron el PDF para hacer una comparación entre los pesos corporales al inicio y al final del tratamiento.

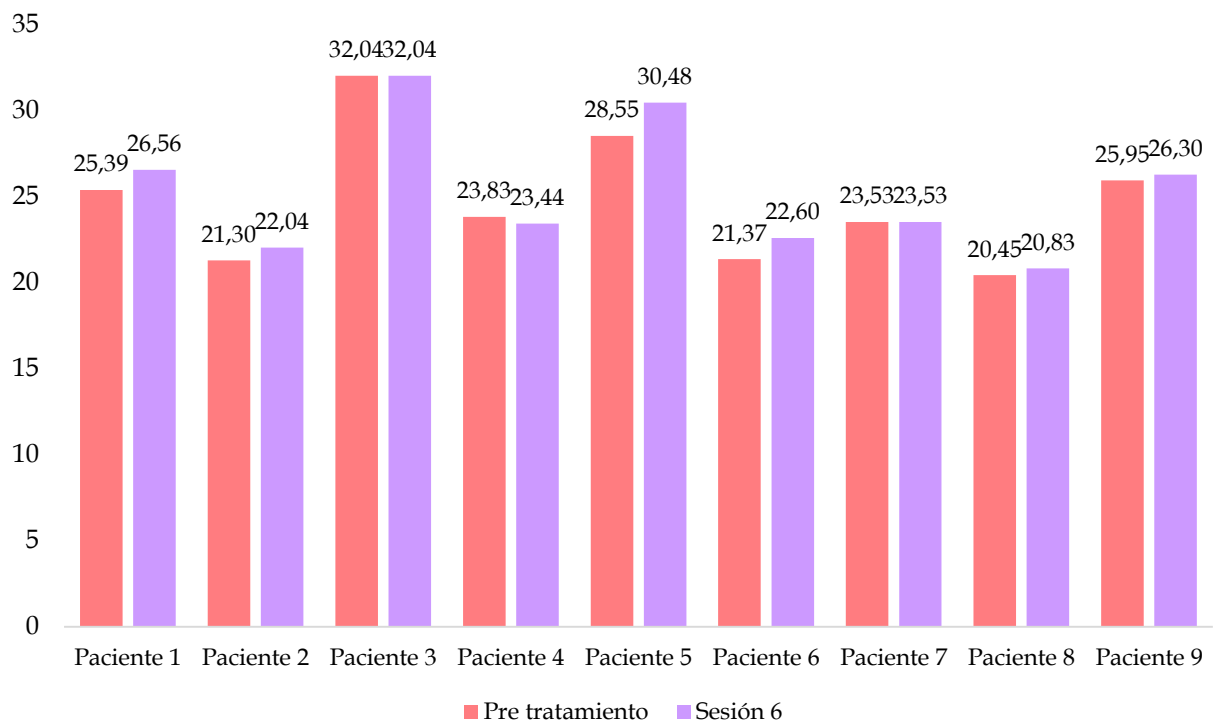
Respecto a las características sociodemográficas de este grupo, fueron nueve mujeres con edad promedio de 45 años. El 66.7% refirieron estar casadas, el 22.2% divorciadas y el 11.1% soltera. Una paciente refirió escolaridad secundaria, cuatro pacientes refirieron escolaridad preparatoria y el resto estudios universitarios.

Respecto al peso corporal e IMC, el PDF contempla estas mediciones en el pre tratamiento, en la sexta sesión y a partir del tercer seguimiento. Por tanto, solo tengo la información del pre tratamiento y del fin del tratamiento que corresponde a la sexta sesión (Gráfica 3 y 4).

Las estrategias que se usan dentro del PDF son de autocontrol mediante la tríada de autocontrol, autorregistros de conductas (fumar, comer, realizar ejercicio y pesarse), autoeficacia, relajación por respiración diafragmática, solución de problemas y terapia racional emotiva.



Gráfica 3. Peso corporal de las pacientes que concluyeron el PDF.



Gráfica 4. Índice de Masa Corporal de las pacientes que concluyeron el PDF.

Análisis estadístico

Para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención, así como comprobar si existen diferencias entre los grupos experimental y control, se realizaron las pruebas estadísticas no paramétricas de Wilcoxon y U de Mann-Whitney, respectivamente, en el programa SPSS v.21.

La prueba de Wilcoxon se utiliza para comparar la media de dos muestras relacionadas. En la comparación de las medias de peso corporal inicial y final del grupo experimental se obtuvo un valor de $p=0.168$, que significa que no existe diferencia entre los pesos de las participantes al inicio y final del tratamiento. La misma comparación del peso corporal pero en el grupo control arrojó un valor de $p=0.041$, lo cual significa que en este grupo sí existen diferencias estadísticamente significativas respecto a sus pesos corporales al inicio y final del tratamiento, ya que se observa un aumento de peso de 1.5 kilos en promedio.

La prueba U de Mann-Whitney se utiliza para comparar las medianas de grupos independientes. En esta investigación se compararon las medianas de peso corporal final de ambos grupos (experimental y control), obteniendo un valor de $z=0$, que significa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, con lo cual concluimos que la intervención, respecto a la modificación del estilo de vida para controlar el peso corporal después de dejar de fumar, no tuvo el impacto esperado en el momento de la medición final del tratamiento.

Evaluación de las actividades dentro de la sede

Las reuniones semanales resultaron muy útiles y productivas ya que facilitaron el acceso a la información bibliográfica, además de que se obtenía cada vez más conocimiento en el área. Asimismo, se lograba la aclaración de los pasos a seguir ante los casos difíciles.

Las psicólogas de la Unidad tuvieron un papel muy importante en mi formación ya que con ellas pude acudir ante cualquier duda o aclaración que tenía que ver, en la mayoría de los casos, con las diferencias culturales. También fueron un pilar importante en la introducción a la logística de la Unidad y a los procesos que se debían seguir.

La supervisión del Dr. Elisardo Becoña Iglesias fue excelente ya que, al ser un experto en el tema, me dio una muy buena orientación para realizar un protocolo de intervención, así como la facilidad y accesibilidad para externar cualquier duda con la confianza de poder resolverla.

En general la Unidad ofrece un servicio de calidad debido a la organización y protocolización que se tiene desde el principio.

Competencias adquiridas a través de las actividades desarrolladas en la Unidad de Tabaquismo

Ampliación del conocimiento del tabaquismo como enfermedad, consecuencias, tratamientos, actualizaciones, etc., así como habilidades para la entrevista, trabajo en equipo, habilidad para la búsqueda bibliográfica y el diseño y aplicación de un programa de intervención.

Sugerencias y conclusiones

Durante mi estancia en la Unidad de Tabaquismo observé una adecuada coordinación por parte del equipo de trabajo, lo cual se reflejaba en el servicio brindado a los pacientes, que quedaban satisfechos con sus logros aun cuando no dejaran de fumar por completo, ya que el solo hecho de reducir el consumo en cantidad era un gran avance. Una limitación en esta rotación fue que el protocolo se aplicó a dos grupos, por tanto no fue suficiente para precisar las intervenciones. Convendría trabajarlo con varios grupos para hacer las modificaciones pertinentes y realizar una versión para la población mexicana y con ello tener la posibilidad de realizar comparaciones.

Esta limitación probablemente impactó en los resultados del análisis estadístico ya que, aunque se intervino con dos grupos (experimental y control) con características similares en cuanto al peso corporal inicial, el hecho de que no existiera diferencia al final del tratamiento entre dichos grupos probablemente se debió a factores como el número pequeño de muestra, la desigualdad en el número de participantes de cada grupo y especialmente al periodo de seguimiento (dos semanas postcesación). Sin embargo, llama la atención que en las comparaciones intragrupos sí existe una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.041$) en el grupo control, ya que se observa un aumento de peso al final del tratamiento. Esto puede sugerir que el tratamiento fue significativo a este nivel, aunque no se podrían hacer generalizaciones.

Ante esta situación, sería conveniente aplicar el protocolo a una muestra más grande y con un mayor tiempo de seguimiento para verificar si éste fue uno de los factores que influyeron. Asimismo, se sugiere también realizar comparaciones entre población tanto femenina como masculina.

Respecto al periodo de tiempo postcesación, otras investigaciones (Ponciano et al., 2014) sugieren que este tiempo tendría que ser mayor para poder detectar cambios en el peso corporal, ya que aparentemente los cambios tempranos están relacionados con variables metabólicas (triglicéridos, lipoproteínas de alta densidad, glucosa e insulina). En esta investigación el tiempo entre la cesación de tabaquismo y la medición final del peso corporal fue de dos semanas, con lo cual, se sugiere ampliar este periodo de tiempo a al menos 6 meses en futuras investigaciones.

En México desafortunadamente no existe una Norma Oficial Mexicana que decreta que las compañías tabacaleras coloquen en las cajetillas la cantidad de nicotina por cigarro, por lo que sería imposible aplicar el mismo modelo de tratamiento del Dr. Becoña a la población mexicana. En la mayoría de las Clínicas para el tratamiento del tabaquismo de nuestro país se utiliza la cesación abrupta, por lo que sería conveniente comprobar el impacto del programa de intervención para control de peso utilizando este tipo de cesación.

PROTOCOLO DE MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA PARA EL CONTROL DE PESO EN MUJERES QUE PARTICIPAN EN UN PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR

Con base en las necesidades de las pacientes que acudieron a la Unidad de Tabaquismo, se diseñó un protocolo para ser aplicado a mujeres que deseaban dejar de fumar y no aumentar de peso, que se describe a continuación.

El protocolo de modificación del estilo de vida para el control de peso en mujeres se aplicó en conjunto con el Programa para Dejar de Fumar del Dr. Elisardo Becoña Iglesias (Becoña, 1997), a razón de una sesión por semana durante 6 semanas. En cada sesión se abordó un tema relacionado a la modificación de conducta para conseguir un estilo de vida saludable con la intención de que las participantes fueran adquiriendo nuevos hábitos para controlar el peso corporal, previniendo el aumento de peso tras dejar de fumar.

SESIÓN 1 (UNIDAD 1, 1ª SEMANA)

Objetivos de la 1ª sesión

- a) Establecer adecuado contacto terapéutico.
- b) Presentar un programa de tratamiento racional, plausible y realizable en el tiempo de duración del tratamiento.
- c) Hacer énfasis en la importancia del control de peso en la salud, los beneficios que se obtendrán de lograr controlarlo y las consecuencias de no hacerlo, proporcionándoles material escrito.

- d) Presentar datos objetivos acerca de la relación entre el peso corporal y el tabaco, así como la posible ganancia de peso tras abandonar el hábito tabáquico.
- e) Proporcionar estrategias sencillas para comenzar a controlar el peso que se pondrán en práctica cada semana, como pesarse y obtener el Índice de Masa Corporal (IMC), explicando cómo se obtiene y cómo se interpreta.
- f) Hacer hincapié en que el objetivo principal no es bajar de peso ni llegar al peso ideal, sino comenzar a modificar los hábitos indeseables actuales con el objetivo de controlar el peso corporal.

Tareas para la 1ª sesión

1. Lectura del folleto “Dejar de fumar. Manteniendo mi peso”.
2. Indicar los aspectos a modificar para un adecuado control de peso.
3. Realizar la representación gráfica del peso e IMC.

Estrategias para conseguir los objetivos y entrenamiento en la realización de las tareas, 1ª sesión

- a) Establecer un adecuado contrato terapéutico, utilizando un lenguaje sencillo y comprensible tanto para proporcionar información como para explicar cada una de las tareas y procedimientos hasta cerciorarse de que se hayan entendido.

- b) Presentar un programa de tratamiento racional, plausible y realizable en un periodo de tiempo limitado, ya que es importante que el paciente sepa exactamente el tiempo de duración y que el programa tiene elementos suficientes para conseguir los objetivos, que en este caso son para controlar el peso.

- c) Hacer énfasis sobre la importancia de controlar el peso mediante la alimentación, la realización del ejercicio físico y el autocontrol, ya que el realizarlos de una manera adecuada brinda importantes beneficios a la salud, a corto y largo plazo.

- d) Presentarles datos objetivos acerca de la relación entre el peso corporal y el tabaco, así como el posible aumento de peso tras abandonar el hábito tabáquico. En ocasiones, principalmente en el caso de las mujeres, existe el temor a engordar tras dejar de fumar y esto puede ser motivo para no dejar de fumar y/o motivo de recaída. Por ello se explica que un fumador pesa aproximadamente 3 kilos menos de los que pesaría si, llevando el mismo hábito alimenticio y de actividad física, no fumara; mismos kilos que podría aumentar al dejar de fumar, aunque no necesariamente.

- e) Proporcionar estrategias sencillas para comenzar a controlar el peso que tendrán que poner en práctica cada semana: pesarse y obtener el Índice de Masa Corporal para vigilar si hubiese oscilaciones de peso. Observar la relación directa que tiene el peso con las conductas que se modificarán. Conocer el IMC y en qué nivel de clasificación se encuentran puede servir como motivador, para mantenerse en el mismo peso, o bien para plantearse la idea de bajar de peso.

- f) Hacer hincapié en que el objetivo principal no es bajar de peso ni llegar al peso ideal. En muchas ocasiones el deseo es llegar al peso ideal; sin embargo es importante insistir que el objetivo principal es dejar de fumar sin aumentar de peso, con lo cual lo importante es mantenerse en el mismo peso, sin importar en qué nivel se está de clasificación, estando alerta ante cualquier oscilación que pueda ocurrir durante el tratamiento.

SESIÓN 2 (UNIDAD 2, 2ª SEMANA)

Objetivos de la 2ª sesión

- a) Motivar a los participantes para evitar el abandono el tratamiento, ya que es gradual y los resultados se notarán a largo plazo.
- b) Explicar la importancia de llevar una adecuada alimentación como estrategia principal para el control del peso.
- c) Analizar con cada participante, la forma de alimentación actual, la accesibilidad de los alimentos no recomendables y las asociaciones que pueden existir entre comer/picar con situaciones de la vida diaria.
- d) Proponer la Dieta Mediterránea como opción de alimentación, destacando sus aportes y beneficios a la salud, explicando cada grupo alimenticio y las raciones de alimento recomendadas por día y por semana.
- e) Ofrecer estrategias sencillas para controlar la ingesta: planificar los 5 momentos para comer, aprender a comer despacio y aprender a comer menos.

- f) Que cada participante elimine gradualmente sus hábitos alimenticios inadecuados escogiendo de una lista dos cada semana que dejará de realizar a partir del día siguiente.

- g) Explicar la posible asociación entre comer, picar, etc., con diferentes estados de ánimo y ofrecer estrategias para evitar que se realice esta conducta.

- h) Que en el “Registro de Alimentación Saludable” se marque con una cruz cada ración que consumen cada día de los diferentes grupos alimenticios.

- i) Pesar a cada participante y obtener su IMC.

Tareas para la 2ª sesión

1. Planificar las comidas de la semana siguiente, de modo que se organicen en cinco tiempos.

2. Comenzar con estrategias de comer despacio y comer menos.

3. Escoger dos hábitos alimenticios inadecuados de la lista que dejarán de realizar a partir del día siguiente.

4. Registrar las raciones de alimento consumidas por día en el Registro de Alimentación Saludable.

5. Si se identifica algún estado de ánimo asociado con la alimentación, evitar comer y disponerse a realizar cualquier otra actividad.

Estrategias para conseguir los objetivos y entrenamiento en la realización de las tareas, 2ª sesión

- a) Motivar a los participantes a permanecer en el tratamiento. Siempre destacar que de seguir al pie de la letra las tareas e indicaciones, los resultados se notarán gradualmente. En ocasiones se desea observar resultados inmediatos, sin embargo es importante enfatizar el proceso gradual del tratamiento en todo momento para no perder la motivación.
- b) Explicar la importancia de llevar una adecuada alimentación como estrategia principal para el control del peso. Se enfatiza que el estilo de vida favorece que la gente prefiera comer comida precocinada y/o comida rápida y darle más importancia a otras cuestiones como la practicidad al no percibir el riesgo que conlleva. Por ello es clave destacar que la alimentación es el pilar principal para el control del peso y por ende se vuelve una conducta de suma importancia incluso para prevenir enfermedades.
- c) Analizar con cada participante, la forma de alimentación actual, la accesibilidad de los alimentos no recomendables y las asociaciones existentes entre comer/picar con situaciones de la vida diaria. También se hace énfasis en cómo la forma de alimentación se ha ido deteriorando debido a diversas situaciones como el horario de trabajo, el estrés del día a día, darle prioridad a otras situaciones antes que a la propia alimentación, etc. con lo cual se prefiere comer inadecuadamente recurriendo a comida procesada que calma la sensación de hambre pero no produce beneficios a la salud.

- d) Proponer la Dieta Mediterránea como opción de alimentación, destacando sus aportes y beneficios a la salud, explicando cada grupo alimenticio y las raciones de alimento recomendadas por día y por semana. La Dieta Mediterránea posee beneficios científicamente probados para la salud al ser considerada como un factor protector en el desarrollo de diferentes padecimientos crónicos. Incorpora variedad de alimentos con específicas técnicas de preparación para un mayor beneficio, con lo cual, seguir este tipo de alimentación repercutirá en la condición de salud de cada participante.
- e) Ofrecer estrategias sencillas para controlar la ingesta: planificar los cinco momentos para comer, aprender a comer despacio y aprender a comer menos. Al realizar cinco comidas al día con una alimentación saludable se mantiene al cuerpo con los nutrientes necesarios para que todas las funciones que tenga que realizar (respiración, circulación, digestión, descanso) las realice adecuadamente y se encuentre en una buena condición, reduciendo con ello el riesgo de enfermedad. Comer despacio es importante ya que desde que se comienza a comer hasta que llega la señal de saciedad al cerebro pasan alrededor de 20 minutos. Comer en un tiempo mínimo de 20 minutos favorecerá no excederse con respecto a la cantidad de alimento.
- f) Que cada participante elimine gradualmente sus hábitos alimenticios inadecuados escogiendo de una lista dos cada semana que dejarán de realizar a partir del día siguiente. Se explica que los hábitos alimenticios inadecuados también son conductas aprendidas y asociadas que es necesario reducir o, en el mejor de los casos, eliminar. En una lista de hábitos alimenticios inadecuados se pide a cada participante que delimite los que realiza y complemente la lista si es necesario y, posteriormente, escoja dos que va a dejar de realizar a partir del día siguiente.

- g) Explicar la posible asociación entre comer con diferentes estados de ánimo y ofrecer estrategias para eliminarla. Es importante explicar que ante algún estado de ánimo que haya asociado previamente con comer, se pone menos atención en lo que se come, con lo cual existe un menor control de la ingesta al estar más pendientes de la situación que generó el estado de ánimo. Se ofrece una actividad alternativa como dar un paseo, hablar con alguien, hacer algo placentero y entretenido, etc.

- h) Que en el “Registro de Alimentación Saludable” se marque con una cruz cada ración que consumen cada día de los diferentes grupos alimenticios, con el objetivo de comparar la cantidad de raciones consumidas por día frente a la cantidad de raciones recomendada.

- i) Pesar a cada participante y obtener su IMC con el objetivo de controlar si existieron oscilaciones de peso.

SESIÓN 3 (UNIDAD 3, 3ª SEMANA)

Objetivos de la 3ª sesión

- a) Explicar la diferencia entre actividad física y ejercicio físico, así como los niveles de intensidad.

- b) Destacar los beneficios que ofrece realizar ejercicio físico a la salud.

- c) Concebir el ejercicio físico como una estrategia eficaz y saludable no solo para el control de peso y una adecuada condición física, sino como ayuda extra para eliminar las toxinas acumuladas en el cuerpo a causa de fumar y como estrategia de relajación.

- d) Que el ejercicio físico se perciba como algo posible de realizar de manera gradual.
- e) Ofrecer la actividad de caminar como la opción más simple para comenzar a realizar ejercicio.
- f) Explicar la importancia de los ejercicios de calentamiento/estiramiento para antes y después del ejercicio a intensidad moderada.
- g) Implementar un plan de ejercicio gradual partiendo de un mínimo de 15 minutos, 2 días a la semana y cada semana ir aumentando 5 minutos hasta llegar a 30 minutos, 4 días a la semana.
- h) Que al final del programa el paciente sea capaz de aumentar 5 minutos hasta llegar idealmente a realizar una hora de ejercicio.
- i) Completar el registro de alimentación correspondiente a la siguiente semana y seleccione dos hábitos alimenticios inadecuados más para dejar de realizar a partir del día siguiente, si fuese el caso.
- j) Pesar a cada participante y obtener su IMC.

Tareas para la 3ª sesión

1. Planificar la realización del ejercicio, es decir, el lugar donde lo va a realizar, con quién lo realizará, a qué hora lo realizará, qué ropa

- usará, qué días lo realizará, prever lo que necesita (zapatillas, ropa cómoda, reloj y botella de agua).
2. Completar el registro de alimentación correspondiente a la siguiente semana y, si fuese el caso, seleccionar otros dos hábitos alimenticios inadecuados que va a dejar de realizar a partir del día siguiente.

 3. Comenzar el plan de ejercicio físico gradual a intensidad moderada.

Estrategias para conseguir los objetivos de la 3ª sesión

- a) Explicar la diferencia entre actividad física y ejercicio físico, así como los niveles de intensidad. Se explica que cuando la actividad física se planifica, se organiza y se realiza de una forma regular entonces se puede convertir en un ejercicio físico. Existen distintos niveles de intensidad; sin embargo se hará énfasis en el nivel de intensidad moderado, donde se empieza a sentir ya la sensación de calor en el cuerpo, hay sudoración, se aceleran la respiración y los latidos del corazón pero aún se puede hablar. Esto es importante destacarlo para que sea explícito el nivel que se quiere alcanzar.

- b) Destacar los beneficios que ofrece realizar ejercicio físico a la salud, incluso los beneficios inmediatos que no son observables. Destacar que la importancia de ejercicio en la salud radica en realizarlo constantemente hasta volverse un hábito.

- c) Concebir el ejercicio físico como una estrategia eficaz y saludable no solo para el control de peso y obtener una adecuada condición física, sino como ayuda extra para eliminar las toxinas acumuladas en el cuerpo a causa de fumar y como estrategia de relajación. Explicar que las toxinas como la nicotina se eliminan por tres vías: sudor, orina y saliva, con lo cual a la realización del ejercicio se le podría aumentar

este otro beneficio. Además el realizar ejercicio promueve que entre más cantidad de oxígeno al cuerpo, que ayuda en la adecuada circulación de la sangre, favoreciendo la relajación y una sensación de bienestar.

- d) Que el ejercicio físico se perciba como algo posible de realizar de una manera gradual. Actividades como subir escaleras, caminar, bailar, etc., si se planifican y se organizan pueden ser realizadas como ejercicio y ofrecen importantes beneficios a la salud mental y corporal.

- e) Ofrecer la actividad de caminar como la opción más simple de comenzar a realizar ejercicio. Caminar, además de no requerir esfuerzos extras, puede convertirse en una actividad planificada en grupo y favorece las relaciones sociales.

- f) Explicar la importancia de los ejercicios de calentamiento/estiramiento para antes y después del ejercicio a intensidad moderada. Dedicar unos minutos antes y después del ejercicio es importante para evitar molestias, dolores, lesiones, y posibles accidentes.

- g) Implementar un plan de ejercicio gradual partiendo de un mínimo de 15 minutos, 2 días a la semana y cada semana ir aumentando 5 minutos hasta llegar a 30 minutos, 4 días a la semana. El objetivo es empezar con poco tiempo para que el cuerpo se acostumbre. Cada semana se aumentarán 5 minutos para que al final del tratamiento, cada participante esté realizando 30 minutos de ejercicio al menos 4 días a la semana.

- h) Que al final del programa el paciente sea capaz de aumentar 5 minutos hasta llegar idealmente a realizar una hora de ejercicio. Una vez adaptado al aumento gradual del tiempo de ejercicio el paciente es capaz de ir aumentando el tiempo de ejercicio de intensidad moderada hasta llegar a realizarlo durante 50' y un mínimo de 5 veces por semana.
- i) Completar el registro de alimentación correspondiente a la siguiente semana y, si fuese el caso, seleccionar otros dos hábitos alimenticios inadecuados que va a dejar de realizar a partir del día siguiente.
- j) Pesar a cada participante y obtener su IMC con el objetivo de controlar si existieron oscilaciones de peso.

SESIÓN 4 (UNIDAD 4, 4ª SEMANA)

Objetivos de la 4ª sesión

- a) Percibir al estrés como un hecho natural en la vida de cada persona.
- b) Explicar que las situaciones por sí solas no son amenazantes, sino es la forma de interpretar de cada persona lo que las hace percibir de ese modo.
- c) Ofrecer la técnica de “Autoinstrucciones” como una alternativa más (además de la respiración profunda) para autocontrolarse en determinadas situaciones.
- d) Explicar que, incluso, ante una experiencia negativa también se pueden autogenerar instrucciones positivas.

- e) Explicar que, en ocasiones, las situaciones que se perciben como estresantes se convierten en problemas que requieren soluciones.
- f) Destacar que un problema es algo que tiene solución y si no la tiene, no es un problema y no vale la pena detenerse a tratar de resolverlo.
- g) Explicar que la solución de problemas se realiza en repetidas ocasiones automáticamente; sin embargo pueden existir problemas que requieran más atención.
- h) Explicar la técnica de solución de problemas con un ejemplo para hacer evidentes los pasos a seguir.
- i) Completar el registro de alimentación correspondiente a la siguiente semana y, si fuese el caso, seleccionar otros dos hábitos alimenticios inadecuados que va a dejar de realizar a partir del día siguiente.
- j) Aumentar cinco minutos el tiempo de ejercicio físico.
- k) Pesar a cada participante y obtener su IMC.

Tareas para la 4ª sesión

1. Identificar situaciones donde se puedan generar las autoinstrucciones.

2. Escribir en tarjetas las autoinstrucciones en forma positiva que se van a decir y llevarlas consigo para cuando ocurra una situación estresante.
3. Practicar la técnica de solución de problemas.
4. Completar el registro de alimentación correspondiente a la siguiente semana y, si fuese el caso, seleccionar otros dos hábitos alimenticios inadecuados que va a dejar de realizar a partir del día siguiente.
5. Aumentar 5 minutos el tiempo de ejercicio físico en la intensidad moderada.

Estrategias para conseguir los objetivos de la 4ª sesión

- a) Percibir al estrés como un hecho natural en la vida de cada persona. Usualmente la palabra “estrés” tiene una connotación negativa; sin embargo hay que aclarar que no es así, puesto que en muchas ocasiones gracias al estrés podemos realizar cosas o actividades que repercuten positivamente en nuestra vida. Destacar que provoca estrés aquella situación (positiva o no) que implique cambios en algún aspecto de la vida del individuo.
- b) Explicar que las situaciones por sí solas no son amenazantes, sino que es la forma de interpretar de cada persona lo que las hace percibir de ese modo. Existen diversas fuentes de estrés que se pueden dividir en 3: el entorno, el propio cuerpo y los pensamientos. Estos últimos se podrían controlar de tal forma que reduzcan en gran medida el nivel de estrés que se experimenta, ya que son estos pensamientos e ideas que ya se tienen arraigados a consecuencia de experiencias previas y

toda la historia de vida individual, las que generan que una situación se perciba como oportunidad, como pérdida, como riesgo, etc.

- c) Ofrecer la técnica de “Autoinstrucciones” como una alternativa más (además de la respiración profunda) autocontrolarse en determinadas situaciones. Explicar el proceso de “hablarnos a nosotros mismos” de forma automática y que, a partir de ellos, cada persona se ha generado determinadas ideas de determinadas situaciones y circunstancias. El objetivo es detectar las situaciones y circunstancias que se perciban como amenazantes para poder generar nuevas autoinstrucciones que favorezcan el autocontrol y la sensación de autoeficacia.

- d) Explicar que, incluso, ante una experiencia negativa también se pueden autogenerar instrucciones positivas. Las autoinstrucciones se pueden utilizar en 3 momentos: antes de la situación, durante la situación y después de la situación. Si al final no se tuvo éxito y la experiencia fue desagradable, no significa que no se fue capaz, se pueden plantear las siguientes preguntas: “¿qué aprendí de esta experiencia desagradable? ¿qué haré la próxima vez?”. Destacar que en cada situación, aunque no se obtenga éxito, siempre se obtendrá un nuevo aprendizaje.

- e) Explicar que, en ocasiones, las situaciones que se perciben como estresantes se convierten en problemas que requieren soluciones. Hacer hincapié en que los problemas los tienen todas las personas y en repetidas ocasiones, con lo cual se vuelven parte del día a día y se necesita darles solución.

- f) Destacar que un problema es algo que tiene solución y si no la tuviera, no vale la pena detenerse a tratar de resolverlo. Explicar que no todos los que parecen problemas lo son, hay que aprender a identificarlos y darles la mejor solución.

- g) Explicar que la solución de problemas se realiza en repetidas ocasiones automáticamente; sin embargo pueden existir problemas que requieran más atención. A lo largo de un día se pueden presentar una serie de “pequeños” problemas que se resuelven sin siquiera detenerse a pensar demasiado en ello, por ejemplo hacer la comida, escoger la vestimenta ante un compromiso urgente, etc. Sin embargo hay problemas que parecen más serios y que pueden llegar a obstaculizar el funcionamiento normal de una persona.

- h) Explicar la técnica de solución de problemas con un ejemplo para que se hagan evidentes los pasos que se han de seguir. Tomar un ejemplo sencillo si alguien del grupo ha expuesto una situación que percibe como problema y resolverlo en la sesión y si no, que el terapeuta ponga un ejemplo sencillo de problema donde se expongan los diferentes pasos de la técnica de resolución de problemas: orientación hacia el problema, definición del problema, generación de alternativas, toma de decisión, poner en práctica y evaluar la eficacia.

- i) Completar el registro de alimentación correspondiente a la siguiente semana y, si fuese el caso, seleccionar otros dos hábitos alimenticios inadecuados que va a dejar de realizar a partir del día siguiente.

- j) Aumentar 5 minutos el tiempo de ejercicio físico con intensidad moderada.

- k) Pesar a cada paciente y obtener su IMC con el objetivo de controlar si existieron oscilaciones de peso.

SESIÓN 5 (UNIDAD 5, 5ª SEMANA)

Objetivos de la 5ª sesión

- a) Revisar en general los avances y logros obtenidos desde la primera sesión.
- b) Destacar la importancia del proceso gradual como una técnica eficaz para conseguir la meta planteada.
- c) Discutir las situaciones de riesgo que favorecen las recaídas.
- d) Hacer saber que, aunque pudo haber resultado complicado, ya cuentan con herramientas suficientes para lograr algún propósito más que se quieran plantear.
- e) Completar el registro de alimentación correspondiente a la siguiente semana y, si fuese el caso, seleccionar otros dos hábitos alimenticios inadecuados que va a dejar de realizar a partir del día siguiente.
- f) Aumentar 5 minutos el tiempo de ejercicio físico con intensidad moderada.
- g) Pesar a cada participante y obtener su IMC.

Tareas para la 5ª sesión

1. Estar alerta de cada situación que resulte riesgosa.
2. Antes de ceder ante cualquier “tentación” detenerse un momento y pensar en todo lo que se ha aprendido a lo largo de estas semanas y luego decidir.
3. Si se tiene éxito, reforzarlo y si no, identificar estrategias para mejorar la próxima vez.
4. Completar el registro de alimentación correspondiente a la siguiente semana y, si fuese el caso, seleccionar otros dos hábitos alimenticios inadecuados que va a dejar de realizar a partir del día siguiente.
5. Aumentar 5 minutos el tiempo de ejercicio físico con intensidad moderada.

Estrategias para conseguir los objetivos de la 5ª sesión

- a) Revisar en general los avances y logros obtenidos desde la primera sesión. Usualmente se suele prestar más atención a las sensaciones desagradables que se tienen al no realizar las nuevas conductas (que puede ser excederse en la alimentación o no realizar ejercicio físico, etc.), sin embargo, pequeños logros que ya en conjunto significan avances importantes que se tendrán que empezar a notar.
- b) Destacar la importancia del proceso gradual como una técnica eficaz para conseguir la meta planteada. Tanto para dejar de fumar como para mejorar el estilo de vida en general, el hacerlo de una manera gradual promueve que las incomodidades, restricciones, etc. no

existan o no sean tan intensas con el objetivo de no abandonar el tratamiento ni generarse una idea errónea de ser incapaz de lograrlo.

- c) Discutir las situaciones de riesgo que favorecen la recaída. Cada día pueden presentarse situaciones que pueden poner en riesgo el mantenimiento de la conducta de una persona: un ofrecimiento, un evento social, no saber/poder decir que no, ceder ante el antojo, etc. Ante ello se precisa un adecuado autocontrol mediante las técnicas aprendidas.
- d) Hacer saber que, aunque pudo haber resultado complicado, ya cuentan con herramientas suficientes para lograr algún propósito más que se quieran plantear. Al notar resultados, percibir la modificación de conducta como menos difícil de lo que pareciera al principio, aprender estrategias para autocontrolarse, etc. se suele dar la sensación de autoeficacia, es decir, que se siente la confianza en uno mismo para poder plantearse otra meta y tener éxito. Por tanto, es importante hacerle saber a cada participante que no demerite su propio esfuerzo y se sienta satisfecho por lo que ha logrado.
- e) Completar el registro de alimentación correspondiente a la siguiente semana y, si fuese el caso, seleccionar otros dos hábitos alimenticios inadecuados que va a dejar de realizar a partir del día siguiente.
- f) Aumentar 5 minutos el tiempo de ejercicio físico con intensidad moderada.
- g) Pesar a cada participante y obtener su IMC con el objetivo de controlar si existieron oscilaciones de peso.

SESIÓN 6 (UNIDAD 6, 6ª SEMANA)

Objetivos de la 6ª sesión

- a) Que cada participante se auto refuerce por los avances y logros obtenidos durante el tratamiento.
- b) Hacer notar los beneficios que supone el modificar hábitos del estilo de vida.
- c) Tener presente que, a partir de este momento, el trabajo será mantenerse día a día.
- d) Explicar que si un día puntual no se realiza alguna de las nuevas conductas, no significa una recaída si es que se vuelve al autocontrol.
- e) Repasar, a modo de resumen, las estrategias que se han aprendido a lo largo del tratamiento para consolidar el aprendizaje de cada quien y resolver dudas si es que existen.
- f) Que el paciente por sí solo aumente 5 minutos, cada semana, de ejercicio físico con intensidad moderada hasta llegar a una hora, al menos 5 días a la semana.
- g) Pesar a cada participante y obtener su IMC.

Tareas para la 6ª sesión

1. Mantenerse alerta de cualquier situación que se perciba como riesgosa.
2. Utilizar las estrategias para hacer frente a las situaciones de la vida diaria que lo ameriten.
3. Premiarse cada logro.
4. Seguir aumentando el tiempo de ejercicio físico (5 minutos cada semana al caminar con intensidad moderada) y los días que se realiza.

Estrategias para conseguir los objetivos de la 6ª sesión

- a) Que cada participante se auto refuerce por los avances y logros obtenidos durante el tratamiento. Es importante explicar que cada quien es responsable de los cambios que hace y si estos tienen éxito también es importante que cada quien se premie por ellos y no esperar a que los demás lo hagan y sigan motivados para no recaer.
- b) Hacer notar los beneficios que supone el modificar hábitos del estilo de vida. Quizá al principio los beneficios no fueron muy notables, sin embargo conforme pasa el tiempo y el cuerpo se va acostumbrando, los beneficios que suponen cambiar a un estilo de vida más saludable se van haciendo más presentes en diferentes formas: economía, salud, bienestar, condición física, emociones y sentimientos, etc.

- c) Tener presente que, a partir de este momento, el trabajo será mantenerse día a día. Que el tratamiento haya finalizado no significa que ya no hay nada más que hacer, ni tareas ni pautas que seguir, sino todo lo contrario, significa que de ahora en adelante cada quien cuenta con un aprendizaje nuevo que tendrá que practicar día a día para afrontar las situaciones pertinentes.

- d) Explicar que si un día puntual no se realiza alguna de las nuevas conductas, no significa una recaída si es que se vuelve al autocontrol. Aunque se espera que en todas las situaciones los participantes logren autocontrolarse, puede surgir una situación en la que no lo hagan. Sin embargo no es motivo de fracaso si en la siguiente situación retoman el nuevo aprendizaje.
- e) Repasar, a modo de resumen, las estrategias que se han aprendido a lo largo del tratamiento para consolidar el aprendizaje de cada quien y resolver dudas si es que existen.

- f) Que el paciente por sí solo aumente 5 minutos, cada semana, de ejercicio físico con intensidad moderada hasta llegar a una hora, al menos 5 días a la semana, con el objetivo de conformar un hábito nuevo que sea duradero.

- g) Pesar a cada participante y obtener su IMC con el objetivo de controlar si existieron oscilaciones de peso.

CASOS CLÍNICOS

A continuación se presentan dos casos clínicos desarrollados de dos pacientes que concluyeron con el PDF y el Protocolo de Modificación del Estilo de Vida para el Control de Peso.

CASO DE A.I.G.

Descripción del caso

A.I.G. solicitó tratamiento para dejar de fumar por teléfono en el mes de Abril de 2013, es una mujer de 40 años, casada y con un hijo, con estudios de Economía y actualmente se encuentra sin empleo. Deseaba dejar de fumar porque era ya una actividad que la aburría y la mantenía esclavizada.

Evaluación

A.I.G. acudió en el mismo mes a la evaluación pretratamiento en la que después de explicarle todo el proceso del tratamiento y después de firmar el consentimiento informado, cubrió varios instrumentos de evaluación, entre los cuales se encontraba el Cuestionario sobre el hábito de fumar con el fin de tener información sobre la historia de fumador de la persona. A.I.G. fumaba una media de 20 cigarrillos diarios de la marca L.M. Rojo que contiene 0,8 mg de nicotina. Durante el último año A.I.G. llegó a fumar 30 cigarrillos por día sin recordar qué fue lo que la motivó para fumar tal cantidad. Probó el primer cigarrillo a los 18 años y comenzó a fumar de manera regular hasta los 20 años de edad con lo cual lleva 22 años fumando (33 paquetes/año), inhalando el humo, dando muchas caladas (aspirar muchas veces) por cigarrillo y fumándolos casi todos.

A.I.G. vive con su marido y su hijo que no son fumadores. Respecto a abandonar el consumo por su cuenta, informa que en el curso del último año no ha dejado de fumar ningún día, no ha reducido su consumo ni ha intentado abandonar el consumo; sin embargo en el año 2005 solo logró estar abstinente durante 3 días con el motivo de su embarazo por iniciativa propia. Cree que fumar agrava bastante la salud aunque su médico de referencia nunca le ha sugerido que debe dejarlo.

Dentro de los principales problemas de salud que A.I.G. refiere padecer en la actualidad son secreciones mucosas y dentro de las principales molestias que en la actualidad le produce el tabaco refiere ansiedad al no tener tabaco, tos ocasional y sensación de ahogo en ocasiones. Además tiene como antecedente de cáncer de pulmón de su abuelo a causa del fumar cigarrillos.

Respecto al consumo de alcohol A.I.G. refiere no consumirlo salvo una copa de vino el fin de semana, consume 3 cafés al día y refiere no consumir sustancias ilegales.

Su deseo de dejar de fumar en el momento de acudir al programa es alto, puntuando 8 en una escala de 0 a 10, mientras que su intención de dejar de fumar la puntúa en 9. Aunque no conoce a alguna persona que haya realizado el programa, refiere buenas expectativas de él. También refirió tener la intención de dejar de fumar dentro de los próximos 6 meses, lo que la sitúa en el estadio de contemplación (Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994).

Obtuvo una puntuación de 6 en el Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina, lo cual significa que su dependencia es alta. Cumple 5 de los 7 criterios del DSM-IV-TR (tolerancia, abstinencia, deseo persistente y esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo, la sustancia

es tomada en cantidades mayores a las que se pretendía, emplea mucho tiempo en el consumo de la sustancia).

A.I.G. comenta haber pasado un periodo de su vida con síntomas depresivos debido según ella a una cuestión laboral (despido); sin embargo no refiere antecedentes de enfermedades mentales ni físicas. Obtuvo una puntuación de 8 en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) que indica que no existe depresión en el momento de comenzar el tratamiento psicológico para dejar de fumar. La Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder ante el estrés. La mitad de los ítems pertenecen a la subescala Estado que evalúan cómo se siente la persona en el momento de la aplicación y la otra mitad pertenecen a la subescala Rasgo que evalúa cómo se siente la persona habitualmente. La puntuación que obtuvo A.I.G. para el STAI estado se situó en el centil 10 y en el STAI rasgo en el centil 15. Completó también el Cuestionario de Identificación de Trastornos debido al consumo de alcohol AUDIT para identificación del consumo excesivo de alcohol; sin embargo obtuvo una puntuación de 1, que indica que no existen consumos de riesgo de alcohol. La puntuación que obtuvo respecto a la autoeficacia para evitar fumar es de 28 (en una escala de 0 a 36) donde afirma que tiene bastante urgencia cuando está tensa, furiosa, preocupada, cuando se siente enfadada, nerviosa y le gustaría romper cosas; y afirma tener una urgencia muy grande cuando le gustaría gritarle y/o golpear a alguien, maldecir y cuando está inquieta e irritada.

Respecto a las puntuaciones del SCL-90-R que evalúa el malestar subjetivo del sujeto A.I.G. se encuentra en población normal lo que indica que su malestar percibido es similar al de la población en general, destacando el síntoma de hostilidad. A.I.G. también cubrió el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, versión III donde obtuvo una puntuación tasa base (TB) por encima de 74 en las escalas de Deseabilidad social (TB=100) e Histriónico (TB=87).

En cada sesión, de acuerdo al Programa para Dejar de Fumar se evaluó el nivel de monóxido de carbono (CO) en el aire espirado mediante un monitor Micro+Smokerlyzer de Bedfont. A.I.G. debía tomar aire y retenerlo durante 15 segundos para después soltarlo por la boquilla del medidor. Es una medida de validación bioquímica del consumo de cigarrillos y da como resultado el número de partículas por millón (ppm) que contenía de acuerdo a la cantidad de cigarrillos que había fumado y el tiempo que había pasado desde el último cigarrillo que se fumó. A.I.G. obtuvo una puntuación de 26 ppm, que significa altos niveles de monóxido de carbono.

Una vez que finalizó la evaluación pretratamiento, A.I.G. informó de su disponibilidad horaria para acudir a las 6 sesiones previstas de tratamiento, se le proporcionaron autorregistros con el objetivo de que registrara los cigarrillos fumados, la hora en que los fumó, el nivel de placer que percibe de cada uno en una escala de 0 a 10 y la situación en la que se encuentra en el momento de fumarlos para obtener una línea base y luego poder analizar a profundidad su conducta de fumar que es fundamental para el tratamiento. A.I.G. realizó un total de 13 días de auto observación para la línea base y durante el tratamiento siguió llenando los autorregistros sin problema alguno hasta que consiguió dejar de fumar.

Tratamiento

A A.I.G. se le aplicó el tratamiento psicológico *Programa para dejar de fumar* conjuntamente con el tratamiento psicológico *Dejar de fumar manteniendo mi peso* durante 6 sesiones, una sesión a la semana. Son tratamientos cognitivo-conductuales que constan de elementos como: contrato terapéutico, autorregistros, representación gráfica del consumo de cigarrillos así como del peso e Índice de Masa Corporal (IMC), información general sobre el tabaco y los fumadores, así como la relación que tiene sobre el peso corporal, reducción gradual de la ingesta de nicotina, control de estímulos tanto para la deshabitación tabáquica como para modificar aspectos del estilo de vida (alimentación y ejercicio principalmente), entrenamiento en

estrategias para no padecer síndrome de abstinencia, feedback fisiológico del consumo de cigarrillos mediante la medición del CO en el aire expirado, entrenamiento en estrategias de autocontrol y prevención de recaída.

En cada sesión se le entregó material escrito con información general sobre el tema que se abordó en dicha sesión y una hoja de tareas a realizar para cada semana. Las tareas son acumulativas con lo cual se explica que una vez que se les deje una tarea la tendrán que continuar durante todo el tratamiento. También en cada sesión se realizó la medición del CO en el aire espirado y se obtuvo el peso e IMC (Figuras 1 y 2, respectivamente).

Primera sesión

Se le entregó material sobre conceptos básicos del tabaco y los fumadores, un folleto de control del peso, una gráfica de consumo de cigarrillos, una gráfica de evolución del peso e IMC y una hoja de tareas a realizar a partir del día siguiente.

La puntuación obtenida de CO en el aire espirado, llevando 5 cigarrillos y el último fumado hacía 60 minutos, fue de 15 ppm. Su peso fue de 86 kg con IMC de 35.8 que la sitúa en el nivel de obesidad.

A.I.G. refirió como motivo para querer dejar de fumar el estar aburrida de realizar la conducta y como motivos para seguir fumando los efectos de sedación que le produce el tabaco y no poder no realizar la conducta estando en situaciones sociales.

Las pautas que se siguieron en la primera sesión fueron: resumen sobre los conceptos básicos sobre el tabaco y los fumadores, cambio de marca de cigarrillos de los de 0,8 mg de nicotina a unos con 0,6 mg de nicotina y

fijación de un tope máximo (15 cigarrillos al día), se le explicó la importancia de comunicar a los demás que va a dejar de fumar en los próximos 30 días, algunas reglas para el control del consumo (dejar el último tercio sin fumar, rechazar ofrecimientos de cigarrillos, dar caladas menos profundas, llevar el cigarrillo a la boca solo para fumarlo, comprar la nueva marca solo en los estancos, fumar solo su marca y respetar el tope máximo), se le explicó el llenado de las gráficas de consumo de cigarrillos y de control de peso e IMC, así como de la importancia de que junto con la modificación en el consumo se haga una modificación en el estilo de vida en general como medida saludable y de control de peso, destacando que el objetivo no es bajar de peso sino mantenerse al menos en el que está.

Segunda sesión

A.I.G. llegó a la segunda sesión comentando que el cambio de marca le había costado al principio pero finalmente cumplió las pautas como se indicaron.

La puntuación de CO que obtuvo, llevando 4 cigarrillos fumados y el último hacía 90 minutos, fue de 11 ppm. Su peso fue de 85 kg (1 kg menos) y su IMC de 35.4, el cual la sigue situando en el nivel de obesidad.

Las nuevas pautas para el consumo de tabaco fueron: cambiar la marca de cigarrillos a unos con 0,4 mg de nicotina y fijación de un tope máximo (12 cigarrillos al día), dejar la mitad del cigarrillo sin fumar, retrasar 15 minutos el primer cigarrillo del día y seleccionar 3 de las situaciones en las que usualmente fuma donde dejaría de fumar a partir del día siguiente.

Se comentaron algunas actividades para no tener problemas con la reducción y se entrenó en la técnica de respiración profunda como estrategia de distracción y relajación.

Respecto al control de peso, se entregó un folleto sobre alimentación saludable, se explicaron conceptos y estrategias básicas de una alimentación saludable y se le entregó un registro de alimentación el cual debió llenar conforme a las raciones que consumió cada día de acuerdo con la dieta mediterránea como eje de la alimentación. Respecto a esta cuestión A.I.G. comentó llevar una alimentación descontrolada y tener conciencia del estado en el que está por ello, ya que refiere que ella pesaba 20 kilos menos hacía unos años; sin embargo el subir de peso le haría dudar acerca de la conveniencia o no de dejar el cigarrillo por completo dado que ya no quiere subir más de peso. Se le explicó la importancia de seguir las pautas tanto para dejar de fumar como para controlar el peso corporal y respecto a la alimentación, con que empezara poco a poco a modificar algunas conductas sería ya un avance.

Se le mostró una lista de hábitos alimenticios inadecuados y se le pidió que escogiera 2, los cuales dejaría de realizar a partir del día siguiente. Se le explicaron estrategias para aprender a comer menos y despacio con el objetivo de comenzar a mejorar el estilo de alimentación y aunque se mostró con resistencia para modificar el tipo de alimentación que llevaba, accedió a intentarlo.

Tercera sesión

A.I.G. llegó a la tercera sesión comentando que no había respetado el tope máximo un día, se pasó un cigarro a razón de salir con amigos.

La puntuación de CO que obtuvo, llevando 3 cigarrillos y el último hacía 90 minutos, fue de 9 ppm. Su peso se mantuvo igual que la semana anterior (85 kg y 35.4 de IMC) ante lo cual mencionó que había modificado sus cenas con respecto a la cantidad y que aunque le costaba mucho trabajo intentó modificar los hábitos alimenticios inadecuados que había seleccionado la semana anterior.

Las nuevas pautas para reducir el consumo de tabaco fueron: cambiar de marca de cigarrillos a unos con 0,2 mg de nicotina, un tope máximo de 10 cigarrillos por día, seleccionar 3 situaciones más en las que dejará de fumar a partir del día siguiente, retrasar 30 minutos el primer cigarrillo del día tras levantarse y 15 minutos los cigarrillos de después de la comida, cena y cafés.

En esta sesión se habló de la importancia de realizar ejercicio físico no solo como un hábito de vida saludable y como estrategia de control de peso, sino también como una forma de ayudar al cuerpo a eliminar la nicotina con más rapidez ya que se elimina a través del sudor, saliva y orina. Se sugirió como ejercicio de fácil acceso el dar paseos largos a una intensidad moderada comenzando con 15 minutos, dos días a la semana y cada semana ir aumentando 5 minutos y los días de realización, de modo que al final del tratamiento se esté haciendo ejercicio durante 30 minutos al menos 4 días a la semana; sin embargo ante esta sugerencia A.I.G. informó que ella ya daba paseos largos aunque en intensidad suave. Se le explicó la importancia de hacer ejercicio por salud y se le animó a intentarlo dos días a la semana a intensidad moderada.

Respecto a los hábitos alimenticios inadecuados A.I.G. informó tener dificultades para eliminarlos; sin embargo se le explicó que así como el tabaquismo es un mal hábito, la alimentación también y que resulta normal que al principio cueste trabajo pero lo importante es practicarlo.

Cuarta sesión

A.I.G. volvió a excederse del tope máximo un día y comenta que le cuesta mucho trabajo controlar el número de cigarrillos, además de que le saben mal las nuevas marcas los primeros días. Se le explica que esto es normal por la baja de nicotina pero que luego el cuerpo se acostumbra a ello.

Obtuvo una puntuación de CO de 6 ppm llevando hasta este momento 2 cigarrillos fumados y el último hacía 60 minutos. Su peso e IMC se mantienen como la semana pasada (85 kg y 35.4 respectivamente) lo cual le sube el ánimo aunque comenta que adecuarse a un nuevo tipo de alimentación le cuesta trabajo también.

Las nuevas pautas para la reducción del consumo de tabaco fueron: cambiar la marca de cigarrillos a unos de 0,1 mg de nicotina con 7 cigarrillos diarios como tope máximo, retrasar 45 minutos el cigarrillo de después de levantarse y 30 minutos los de la comida, cena y cafés, además de seleccionar 3 situaciones más en las que ya no fumará a partir del día siguiente. Y además se pidió que intentara en esta semana eliminar definitivamente el consumo de tabaco, de modo que a la siguiente sesión llegase con al menos 24 horas de abstinencia.

Se le explicó que con el proceso de cambio de marcas y la reducción en el consumo apenas tiene, si es que existe, dependencia física a la nicotina; aunque aún quedan por eliminar completamente las dependencias psicológica y social. Como tiene una semana para dejar completamente de fumar, A.I.G. refirió no sentirse capaz de lograrlo. Incluso afirmó que podría quedarse satisfecho con fumar los cigarrillos con 0,1 mg de nicotina de vez en cuando; sin embargo se le explicó que en la condición de adictos como tal, esa situación no puede ser posible debido a la tolerancia que el cuerpo comenzaría a desarrollar.

Se explicó la diferencia entre caída y recaída, se abordó el tema del control de la ira, agresividad y del estrés. Junto con ello se explicó que además de la técnica de la respiración profunda, la técnica de autoinstrucciones es una técnica de relajación más que puede utilizar mediante la modificación de los pensamientos o ideas negativos por unos más positivos, de modo que se puedan transformar las experiencias negativas en aprendizajes o en experiencias positivas, pues somos humanos, cometemos errores al no ser perfectos; sin embargo no sirve de nada culparse o torturarse por alguna

situación antes de encontrarle una solución. Se explicó con ejemplos para que fuera más entendible y se sugirió que se identificaran las posibles situaciones donde pudieran utilizar algunas autoinstrucciones, escribir éstas en tarjetas y llevarlas consigo para un mayor autocontrol.

También se entrenó en la técnica de solución de problemas con un ejemplo con el objetivo de que A.I.G. agote las posibles alternativas de solución a los problemas antes de fumar. Se le entregó un folleto con los temas vistos.

Quinta sesión

A.I.G. llegó a la sesión con 10 horas sin fumar. Respecto al tope máximo, nuevamente lo incumplió y comentó que en el momento que eligió para abandonar definitivamente el consumo de tabaco, se fumó 10 cigarrillos seguidos como despedida.

Obtuvo una puntuación de CO de 1 ppm. Respecto al peso, aumentó un kilo (86 kg) y con ello el IMC (35.8); sin embargo ante tal hecho, A.I.G. comentó que ese aumento de peso ya no le preocupaba porque finalmente se sentía contenta de haber conseguido dejar de fumar, además de que sabía perfectamente que ese kilo de más fue porque comió de más, con lo cual eso ya pasaba a segundo plano. Lo realmente importante para A.I.G. es que durante muchos años no se sentía capaz de siquiera intentarlo y ahora lo había conseguido, lo cual significa un gran logro para ella.

Se le reforzó positivamente el cambio y se le indicó que la misma estrategia la puede utilizar en cualquier otra meta que tenga. A.I.G. comentó que la siguiente meta sería bajar un poco de peso.

Dentro de los cambios físicos que ha notado tras dejar de fumar destaca secreciones mucosas y boca seca, que contrarresta con beber agua. Nota mejor sentido del gusto y olfato. Nota también más dinero en el bolsillo que utiliza para la compra, etc.

Al preguntarle cómo visualiza su vida como una no fumadora, A.I.G. comenta que aún no es una no fumadora, que debería pasar más tiempo para serlo con lo cual se le explicó que ya lo es desde el momento en que no fuma. Ante esto, tiene la creencia de que va a recaer en algún momento aunque también refiere el deseo de no hacerlo, pues siente que ahora está en libertad; sin embargo se le animó a no adelantarse a los hechos, y procurar vivir día a día sin fumar.

Se repasó el concepto de caída y recaída y se aclararon algunas creencias erróneas que suelen tener los fumadores respecto a abandonar el consumo de tabaco.

Se entregó un folleto con información general sobre autocontrol, explicando que de ahora en adelante ya se les han dado algunas estrategias que le pueden servir para controlar su conducta, que ahora le toca a ella combinar de la mejor forma esas estrategias y las estrategias personales que tenga, de modo que consiga lo que quiere.

Respecto a los hábitos alimenticios inadecuados y a la realización de ejercicio físico A.I.G. se muestra poco interesada y argumentando que sabe que ella misma pone pretextos para hacerlo o no y que lo intentará.

Sexta sesión

A.I.G. ha completado una semana sin fumar y a pesar de las quejas constantes por la dificultad que le supone mantenerse firme, también refirió sentirse satisfecha.

La puntuación que obtuvo de CO fue de 1 ppm. Pesó 2 kilos más (88kg) y el IMC fue de 36.6. A.I.G. argumentó que sabía exactamente que ese aumento de peso fue por comer más de lo debido, que estaba consciente de ello y que era un tema que ya no le preocupaba.

No informó de algún beneficio extra al dejar de fumar más que se encontraba satisfecha y que su familia y los amigos que sabían que dejaría de fumar la han animado mucho y apoyado en ese sentido para que no caiga.

Se le entregó un folleto de prevención de la recaída, partiendo de la idea de que caída y recaída no solo se refiere a la situación del tabaco sino a la del estilo de vida en general, es decir, caída también significa comer alimentos hipercalóricos o hipergrasos, preferir quedarse acostado que hacer ejercicio físico, etc. Se le explicó que ante un caída, si se da cuenta de ello y queda ahí, no hay consecuencias; lo importante es que sepa que puede ocurrir y que decida detenerse y/o utilizar todos los recursos que tenga para hacerle frente, se hizo énfasis en que no se podrán eliminar las 'tentaciones' y por ello se debe estar alerta en todo momento.

Aunque A.I.G. mantiene la creencia de que recaerá, refiere el deseo de al menos intentar mantenerse.

Seguimiento 1 mes

A.I.G. volvió a fumar, aproximadamente 3 cigarrillos diarios de 0,8 mg de nicotina desde hace una semana. Refiere sentirse mal, con rabia y desilusionada.

La puntuación de Co que obtuvo llevando 2 cigarros fumados y el último hacía 3 horas fue de 12 ppm. Su peso descendió 2 kilos respecto de la última sesión de tratamiento, ahora pesa 86 kg, con 35.8 de IMC.

Comenta que la recaída se debió a un exceso de confianza en poder controlar la situación del consumo. Ella se creía capaz de fumar un cigarrillo ocasionalmente, comenzó a pedir cigarrillos y ante la vergüenza de pedir, decidió comprar una cajetilla que se fumó en un periodo de 5 días.

A.I.G. informa que la situación más complicada para no fumar es estando en compañía de los amigos que fuman; sin embargo en su familia no tienen conocimiento de que haya vuelto a fumar, pues el sentimiento de culpa que refiere al terminar de fumar le da vergüenza y prefiere hacerlo escondida, ya que su familia le ha dado total apoyo desde que finalizó el programa y A.I.G. dejó de fumar, con lo cual no quisiera causarles una desilusión. Además de que refiere estar convencida de querer dejar de fumar en los próximos 30 días, ya que comenta que está en el punto justo en el cual, de seguir fumando, en poco tiempo volverá a fumar como antes de iniciar el tratamiento.

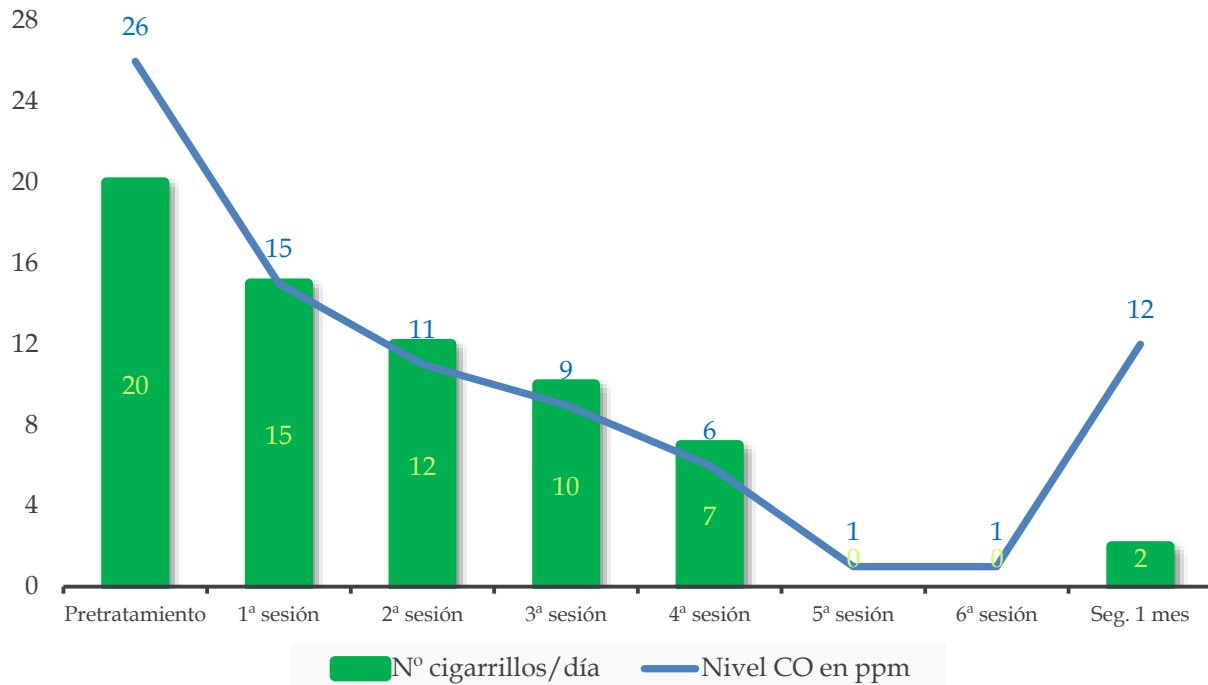
Se le entregó el Programa para Dejar de Fumar por escrito como material de apoyo y guía para cualquier duda. A.I.G. refirió que va a utilizar inmediatamente este recurso para dejar de fumar definitivamente. Se le reforzó positivamente la intención y se le recordó la capacidad que tuvo al lograr mantenerse abstinente un periodo de tiempo largo. Así también se

destacó que el tabaquismo es una adicción y lo mejor es dejarlo definitivamente sin ponerse en riesgo y utilizando las estrategias ya brindadas.

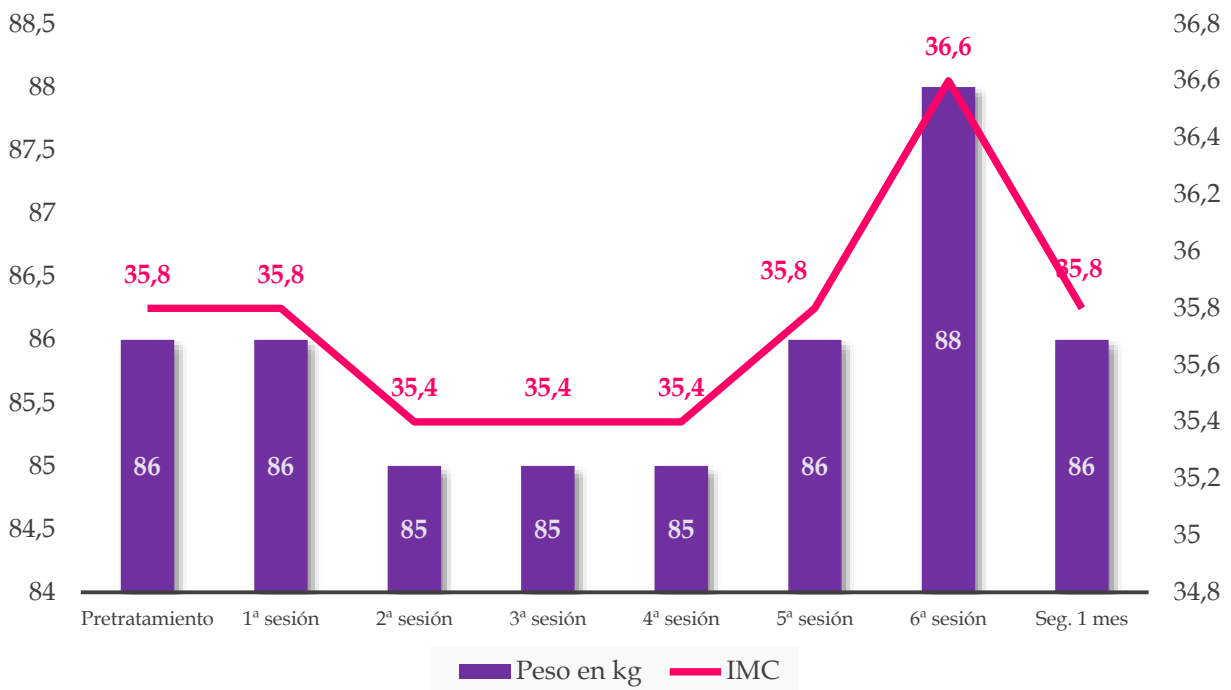
En la gráfica 5, se puede observar la relación entre el nivel de monóxido de carbono (línea azul) que A.I.G. obtuvo durante todas las sesiones de tratamiento y el primer mes de seguimiento y el promedio de número de cigarrillos fumados a la semana (barras verdes). Se observa que existe una relación directamente proporcional, ya que la reducción del 30% cada semana en la cantidad de cigarrillos permitidos y la reducción del nivel de nicotina contenida en los cigarrillos produce cambios en el resultado de la medición del CO en el aire espirado, logrando obtener 1ppm (puntuación que obtiene una persona que no fuma) en la 5ª sesión al llevar 10 horas sin fumar y manteniendo los mismos puntajes hasta la 6ª sesión. Sin embargo, al primer mes de seguimiento, la puntuación de CO en el aire espirado se dispara hasta 12 ppm debido a una recaída con cigarrillos de 0,8mg de nicotina.

Respecto al peso corporal, en la gráfica 6 se observa la relación entre el peso corporal de A.I.G. y su correspondiente Índice de Masa Corporal en cada sesión de tratamiento y al primer mes de seguimiento. A.I.G. comenzó el tratamiento con 86 kilos y 35.8 de IMC, lo cual la ubicaba en el rango de obesidad. Así mismo se hizo hincapié en que el objetivo del programa no era bajar de peso, sino al menos mantenerse en el que ya se tenía.

A lo largo del tratamiento, A.I.G. refirió haber seguido, aunque con esfuerzo, las indicaciones del programa llegando a la sexta sesión con el peso con el que había iniciado. Sin embargo, al final del tratamiento, se observó un aumento de peso, esto debido a que refirió haber vuelto a sus hábitos alimenticios anteriores para contener la ansiedad provocada por la cesación del consumo. Al mes de seguimiento, tras la recaída, se observa una pérdida de peso, llegando nuevamente al peso con el que inició el tratamiento (86 kilos).



Gráfica 5. Consumo de cigarrillos y nivel de CO en el aire espirado de A.I.G. a lo largo del tratamiento y al primer mes de seguimiento.



Gráfica 6. Peso corporal e IMC de A.I.G. a lo largo del tratamiento y al primer mes de seguimiento.

CASO DE A.M.M.

Descripción del caso

A.M.M. es una mujer de 43 años, casada, con dos hijas, escolaridad secundaria y actualmente con ocupación de planchadora. Solicitó tratamiento para dejar de fumar para mejorar su salud.

Evaluación

A.M.M. acudió en el mes de Mayo de 2013 a la evaluación pretratamiento en la que se le explicó el proceso del mismo y tras la firma del consentimiento informado tuvo que cubrir algunos instrumentos de evaluación, donde se incluyó el Cuestionario sobre el hábito de fumar en el que informó que fumaba una media de 30 cigarrillos diarios de la marca Lucky Rojo que contiene 0,8 mg de nicotina. En el último año llegó a fumar hasta 40 cigarrillos en un día con motivo de reuniones con amigos. En su vida como fumadora, la mayor cantidad de cigarrillos que ha fumado en un día han sido 50 con motivo de la muerte de un familiar.

Probó el primer cigarrillo a los 17 años de edad y comenzó a fumar regularmente a los 18, por tanto, lleva 25 años fumando (37.5 paquetes/año). Inhala el humo al fumar, da muchas caladas y fuma casi todo el cigarrillo.

A.M.M. vive con su suegro, su marido y sus hijas, ninguno fuma. En el último año no ha hecho intentos por dejar de fumar, no dejado de fumar ni un día ni ha reducido el número de cigarrillos diarios. Informa que la última vez que logró dejar de fumar fue en 1998, lo dejó por cuenta propia incitándole que algunos compañeros suyos dejaron de fumar, sin embargo la razón principal para hacerlo fue el miedo a las enfermedades que

produce el tabaco. En esta ocasión se mantuvo en abstinencia 7 días, apoyada de la acupuntura.

A.M.M. cree que fumar agrava muchísimo la salud e informa que su médico le ha sugerido muchas veces que deje de fumar. Los problemas principales de salud que A.M.M. ha padecido son disnea, fatiga, secreciones mucosas, várices, migrañas, cefaleas o dolores de cabeza al menos uno por semana, insomnio, mareos por problemas de tensión, anemia y hernias discales. Las molestias más importantes que sufre a causa del tabaco son cansancio y tos.

Como antecedente, A.M.M. conoció a una persona, un amigo, que falleció por cáncer de pulmón debido al tabaco. No consume alcohol a excepción de una copa de vino el fin de semana y refiere consumir dos tazas de café al día.

Refiere grandes deseos de dejar de fumar puntuando 10 en una escala de 0 a 10. Tiene expectativas positivas acerca del Programa para Dejar de Fumar aunque no conoce a nadie que lo haya realizado; sin embargo refiere la intención de dejar de fumar dentro de los próximos 30 días, lo cual la sitúa en el estadio de preparación para la acción según el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente (1983).

Con respecto a la dependencia a la nicotina, A.M.M. puntuó 7 en el Test de Fagerström que significa una alta dependencia a la nicotina. Así mismo cumple 5 de los 7 criterios del DSM-IV-TR (tolerancia, abstinencia, deseo persistente y esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo, la sustancia es tomada en cantidades mayores a las que se pretendía y sigue fumando a pesar de que se le agravan los síntomas físicos, en este caso, la tos).

A.M.M. refiere haber sido diagnosticada con depresión y refiere episodios depresivos en 3 ocasiones a lo largo de su vida debido a una baja laboral y problemas familiares. Actualmente está bajo tratamiento psicológico y psiquiátrico para este trastorno mental. La puntuación que obtuvo en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) fue de 35, que indica depresión grave.

La puntuación que obtuvo en el STAI, tanto en la subescala Estado (cómo se siente en este momento) como en la subescala Rasgo (cómo se siente habitualmente), se situó en el centil 89. Respecto al consumo de alcohol obtuvo una puntuación de 2 en el AUDIT lo cual indica que no existen riesgos en su consumo. Respecto a la autoeficacia para evitar fumar, obtuvo una puntuación de 32 (en una escala de 0 a 36) donde afirma urgencia en todas las situaciones presentadas. Se le aplicó el SCL-90-R donde se situó en población psiquiátrica destacando en obsesivo-compulsivo. En el Inventario Clínico Multiaxial de Millon, versión III obtuvo puntuaciones tasa base (TB) por encima de 74 en las escalas de sinceridad (TB=79), devaluación (TB=82), dependiente (TB=102), Trastorno de ansiedad (TB=100), trastorno somatomorfo (TB=82), trastorno distímico (TB=79) y depresión mayor (TB=77).

Se midió el nivel de monóxido de carbono (CO) en el aire expirado mediante un monitor Micro+ Smokerlyzer de Bedfont, donde obtuvo una puntuación de 28 partículas por millón (ppm) y cada sesión se realizó esta medición.

Al finalizar la evaluación se le entregaron autorregistros con el objetivo de que registrara cada cigarrillo fumado, la hora, el placer que le daba y la situación en la que se encontraba para conocer a profundidad su conducta de fumar.

Tratamiento

A A.M.M. se le aplicó el *Programa para Dejar de Fumar* en conjunto con el *Programa Dejar de Fumar Manteniendo mi Peso* de la misma forma que el caso clínico anterior.

Primera sesión

Se le entregó material sobre conceptos básicos del tabaco y los fumadores, un folleto de control del peso, una gráfica de consumo de cigarrillos, una gráfica de evolución del peso e IMC y una hoja de tareas a realizar a partir del día siguiente.

Obtuvo 27 ppm en la medición de CO, llevando 5 cigarrillos fumados y el último hacía 10 minutos. Se registró un peso de 70 kg y un IMC de 25.71, que la sitúa en la categoría de sobrepeso.

A.M.M. refirió como motivo principal para dejar de fumar la salud propia ya que no quiere desarrollar alguna enfermedad a causa de esta conducta y refirió como motivo para seguir fumando el efecto de sedación que le produce el cigarro.

Las pautas que se siguieron en la primera sesión fueron: resumen sobre los conceptos básicos sobre el tabaco y los fumadores, cambio de marca de cigarrillos a unos con 0,6 mg de nicotina y fijación de un tope máximo (15 cigarrillos al día), explicar la importancia de comunicar a los demás que se va a dejar de fumar en los próximos 30 días, algunas reglas para el control del consumo (dejar el último tercio sin fumar, rechazar ofrecimientos de cigarrillos, dar caladas menos profundas, llevar el cigarrillo a la boca solo para fumarlo, comprar la nueva marca solo en los estancos, fumar solo su marca y respetar el tope máximo), explicación sobre cómo completar las

gráficas de consumo de cigarrillos y de control de peso e IMC, explicación de la importancia de que junto con la modificación en el consumo se haga una modificación en el estilo de vida en general como medida saludable y de control de peso, destacando que el objetivo no es bajar de peso sino mantenerse al menos en el que está.

Segunda sesión

A.M.M. cumplió la mayoría de las pautas de la semana anterior, obtuvo una puntuación de 24 ppm de CO en el aire expirado llevando 4 cigarrillos fumados y el último hacía 10 minutos. Su peso e IMC se mantuvieron igual (70kg y 25.71).

Las nuevas pautas para el consumo de tabaco fueron: cambiar la marca de cigarrillos a unos con 0,4 mg de nicotina y fijación de un tope máximo (12 cigarrillos al día), dejar la mitad del cigarrillo sin fumar, retrasar 15 minutos el primer cigarrillo del día y seleccionar 3 de las situaciones en las que usualmente fuma donde dejaría de fumar a partir del día siguiente. Se comentaron algunas actividades para no tener problemas con la reducción y se entrenó en la técnica de respiración profunda como estrategia de distracción y relajación.

Respecto al control de peso, se le entregó un folleto sobre alimentación saludable, se explicaron conceptos y estrategias básicas de una alimentación saludable y se le entregó un registro de alimentación el cual debió llenar conforme a las raciones que consumió cada día de acuerdo con la dieta mediterránea como eje de la alimentación.

Se le mostró una lista de hábitos alimenticios inadecuados y se le pidió que escogiera 2, los cuales dejaría de realizar a partir del día siguiente. Se le explicaron estrategias para aprender a comer menos y despacio con el

objetivo de comenzar a mejorar el estilo de alimentación. A.M.M. comentó que ella trataba de llevar una adecuada alimentación sin embargo sí había algunos hábitos que le gustaría cambiar.

Tercera sesión

A.M.M. obtuvo en la medición de CO 23 ppm, llevando 4 cigarrillos fumados y el último hacía 10 minutos. Se preguntaba por qué bajaba tan lento y se le explicó que cada organismo es diferente, que también podrían estar influyendo las caladas profundas que quizá de y que el CO no solo está en el cigarro. A.M.M. comprendió y comentó que además de no haber respetado el tope máximo, usualmente está rodeada de gente que fuma como sus amigos. Su peso e IMC se mantuvieron como la semana pasada (70 kg y 25.71).

Las nuevas pautas para reducir el consumo de tabaco fueron: cambiar de marca de cigarrillos a unos con 0,2 mg de nicotina, un tope máximo de 11 cigarrillos por día, seleccionar 3 situaciones más en las que dejará de fumar a partir del día siguiente, retrasar 30 minutos el primer cigarrillo del día tras levantarse y 15 minutos los cigarrillos de después de la comida, cena y cafés.

En esta sesión se abordó la importancia de realizar ejercicio físico no solo como un hábito de vida saludable y como estrategia de control de peso, sino también como una forma de ayudar al cuerpo a eliminar la nicotina con más rapidez ya que ésta se elimina a través del sudor, saliva y orina.

Se sugirió como ejercicio de fácil acceso el dar paseos largos a una intensidad moderada comenzando con 15 minutos, dos días a la semana y cada semana ir aumentando 5 minutos y los días de realización de modo que al final del tratamiento se esté haciendo ejercicio durante 30 minutos al

menos 4 días a la semana. A.M.M. aceptó satisfactoriamente esta nueva tarea argumentando que no le costaría mucho trabajo ya que está acostumbrada a caminar.

Informó que ya había estado modificando los hábitos alimenticios inadecuados que había escogido y seleccionó 2 más.

Cuarta sesión

En esta sesión, llevando 4 cigarrillos fumados y el último hacía 10 minutos, A.M.M. obtuvo una puntuación de 17 ppm de CO y la cifra compensó el esfuerzo que hizo durante la semana ya que notaba el cambio. Su peso también bajó, pesó 68.5 kg y obtuvo un IMC de 25.2.

Las nuevas pautas para la reducción del consumo de tabaco fueron: cambiar la marca de cigarrillos a unos de 0,1 mg de nicotina con 8 cigarrillos diarios como tope máximo, retrasar 45 minutos el cigarrillo de después de levantarse y 30 minutos los de la comida, cena y cafés, además de seleccionar 3 situaciones más en las que ya no fumará a partir del día siguiente.

Además se le pidió a A.M.M. que intentara en esta semana eliminar definitivamente el consumo de tabaco, de modo que a la siguiente sesión llegase con al menos 24 horas de abstinencia. Se le explicó que controlar menos de 10 cigarrillos suele ser más angustiante para los fumadores con lo cual sería más fácil dejarlo; sin embargo A.M.M. refirió no sentirse capaz de poder lograrlo pues comentó que se ha sentido ansiosa y utiliza el tabaco como sedante.

A.M.M. refirió sentirse preocupada pues al ir reduciendo la cantidad de nicotina de cigarrillos fumados se ha dado cuenta de lo perjudicial que es el tabaco y lo dependientes que se vuelven las personas y la preocupación que tiene es que sus hijas han comenzado a fumar y ella desea poder evitarlo. Sin embargo se le explica que si ya les ha sugerido que lo dejen y no funciona, tampoco tendría mucho más qué hacer pues finalmente es cada persona la que tiene que decidir. A.M.M. esperaba que, así como fue un posible modelo influyente en el comienzo del consumo de sus hijas, con el ejemplo de lograr abandonar el consumo, sus hijas hicieran un poco de conciencia.

Como en el caso anterior y de acuerdo al PDF, se abordaron los temas de control de ira y estrés y se explicó la diferencia entre caída y recaída. También se entrenó en la técnica de solución de problemas con un ejemplo con el objetivo de que A.M.M. agote las posibles alternativas de solución a los problemas antes de fumar. Se entregó un folleto con los temas vistos.

A A.M.M. ya no le quedaban hábitos alimenticios inadecuados por seleccionar y a esta cuestión refirió haber llevado bien la alimentación y el ejercicio, con lo cual se le pidió que aumentara 5 minutos más el tiempo de caminar en intensidad moderada.

Quinta sesión

Al llegar a esta sesión A.M.M. comentó sentirse desanimada por lo haber logrado dejar de fumar debido a la ansiedad que presentaba en momentos puntuales al saber que ya era lo último. Se le explicó que dejar de fumar es una decisión difícil, que cuesta trabajo hacerlo y que si no lo había logrado todavía lo podía volver a intentar.

La puntuación que obtuvo de CO en el aire expirado, llevando 2 cigarrillos y el último hacía 15 minutos fue de 13 ppm. Su peso e IMC se mantuvieron igual que la semana pasada (68.5 kg y 25.2).

Se decidió seguir con las mismas pautas de la semana pasada excepto el tope máximo, el cual quedó en 6 cigarrillos diarios y se escogieron 2 situaciones más para no fumar a partir del día siguiente.

Aunque no ha dejado de fumar, A.M.M. informa que ya nota beneficios como la mejoría en la respiración, menos cansancio, mejoría en el olfato, en general refiere sentirse más tranquila.

Se comentaron algunas creencias erróneas que suelen tener los fumadores acerca de dejar de fumar (que empeora la salud, que se está más nervioso y ansioso, más irascible y agresivo, que se pierde la concentración, que si se fuma un cigarrillo se vuelve a ser fumador), aunque se percibió que A.M.M. no tenía dichas creencias pues ya se había comentado que la conducta de fumar era una de las muchas situaciones que pasaban en su vida, con lo cual no se le podía achacar todo a ello.

Se le entregó además un folleto de autocontrol de las conductas en el cual se explica que todo lo que hizo durante las sesiones son estrategias de autocontrol tanto para dejar de fumar como para mantenerse en su peso y que, a partir de ello y como todos los días nos podemos encontrar en situaciones de riesgo, ella ya cuenta con herramientas suficientes para afrontar esas situaciones de manera eficaz y hay que ponerlas en práctica cada vez que lo necesite, incluso en situaciones personales si le son funcionales.

Se le animó para que intentara nuevamente llegar a la siguiente sesión con al menos 24 horas sin fumar ante lo cual refirió desear lograrlo además de que ya eran pocos cigarrillos y sería más difícil controlarlos.

Se le pidió que aumentara 5 minutos el tiempo de ejercicio físico a intensidad moderada y comentó haber estado llevando bien esta actividad, ya que la hace en compañía.

Sexta sesión

A.M.M. llegó a esta sesión sin fumar, con 2 días de abstinencia, se encontraba muy satisfecha. Comentó que hacía dos días en la cajetilla le quedaban 2 cigarrillos y decidió que ya no compraría más tabaco, los fumó y le dio un significado especial debido a las festividades (San Juan). Refiere sentirse muy bien aunque se acuerda del tabaco y se le explicó que eso es normal pues vivió muchos años fumando, pero se le reforzó el haberlo logrado.

Otros reforzadores que recibió fueron la puntuación de CO que fue de 0 ppm y el peso con el que llegó que fue de 67.5, con un IMC de 24.8. A.M.M. se encontraba contenta por todos esos cambios. Se le brindó la misma información para prevención de recaídas que no solo incluye al tema del tabaco sino al de la modificación de los demás hábitos.

A.M.M. refirió deseos de continuar con su nuevo estilo de vida ya que le ha aportado muchos beneficios con los cuales se siente mejor, más contenta y más tranquila. Comprobó que en general lo que la mantenía con ansiedad era el cigarro.

Seguimiento 1 mes

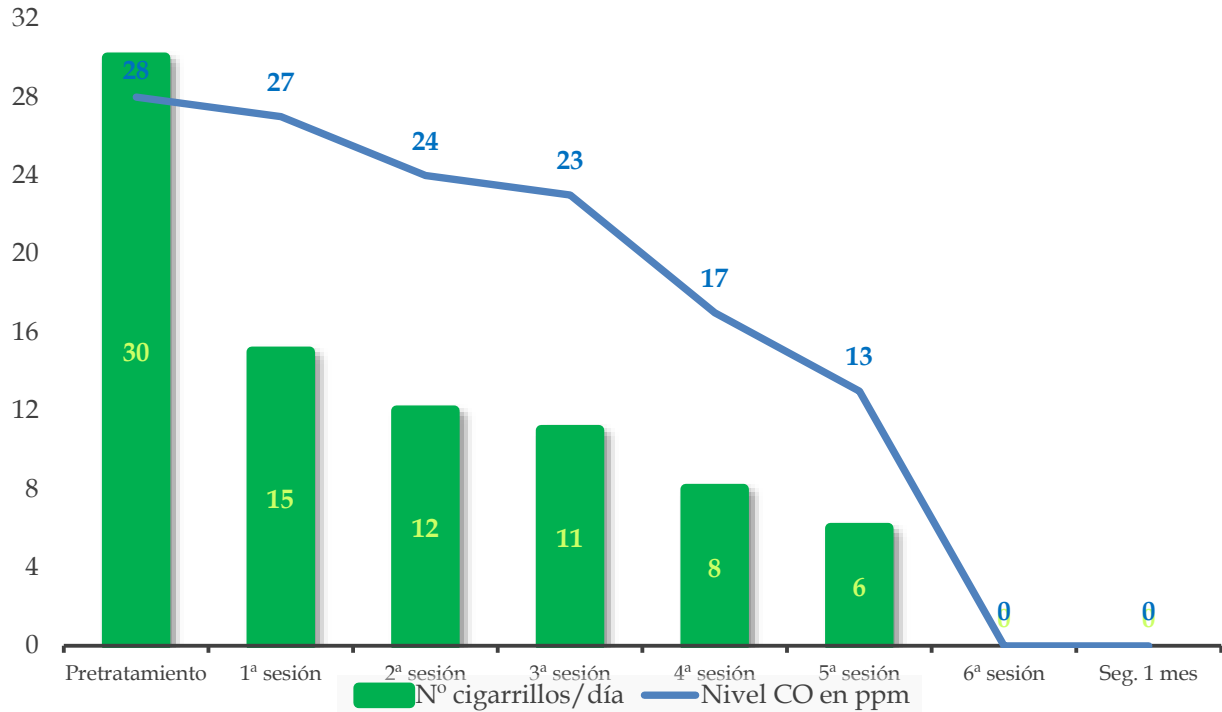
La puntuación que obtuvo de CO en el aire expirado llevando un mes de abstinencia de tabaco fue de 0 ppm. Su peso fue de 68 kg con un IMC de 24.98.

A.M.M. ha mantenido la abstinencia de tabaco de forma satisfactoria. Informa que hay situaciones específicas donde se acuerda de fumar, por ejemplo al tomar café con los amigos, sin embargo, refiere que su estrategia es dar media vuelta y recordarse a sí misma que se encuentra mejor de salud y ánimo al menos este último mes con lo cual refiere que lo controla fácilmente. Además, ya no hay presencia de tos y refiere ya no sentirse tan cansada, aunado con las mejorías económicas, del aspecto físico y estético, en olores y sabores y no depender de una sustancia.

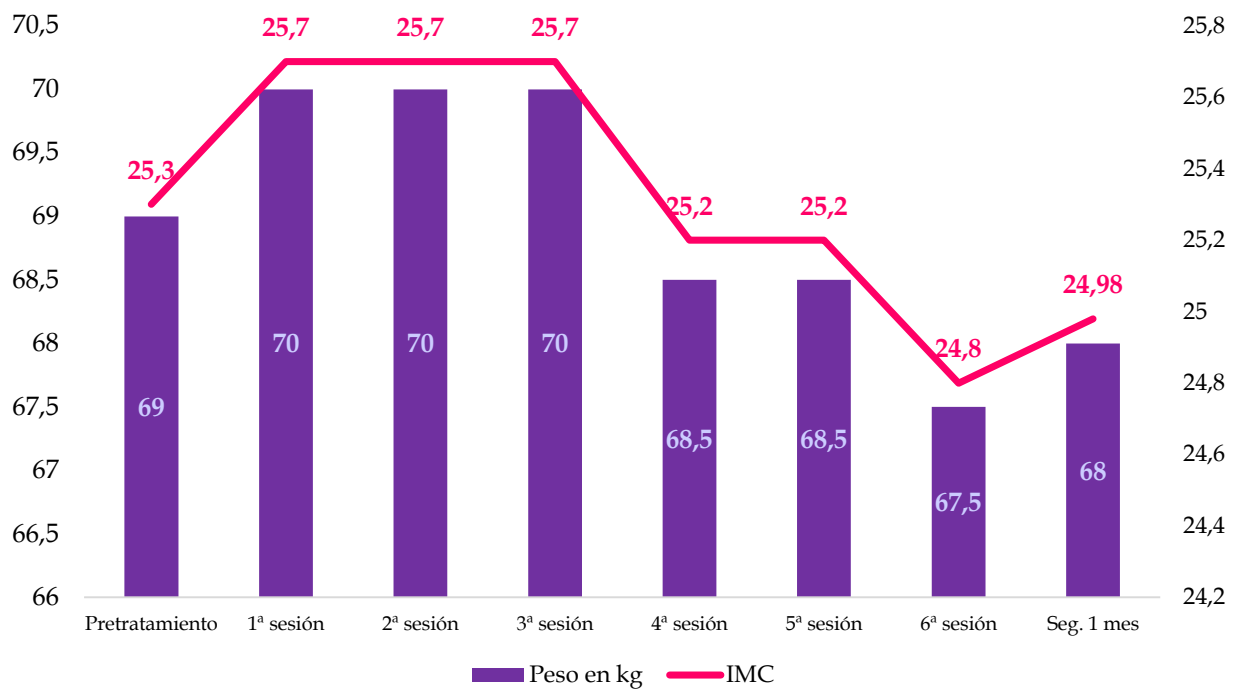
Ha recibido total apoyo por parte de su familia y amigos, estando al pendiente para que no vuelva a fumar, incluso los familiares que fuman, con lo cual comenta estar convencida de no querer volver a fumar y poder controlar las situaciones en las que note el deseo de fumar.

En la gráfica 7 se observa la relación que hubo entre el consumo de cigarrillos diario (línea azul) y el nivel de CO (barras verdes) que marcó el medidor en cada sesión, observándose un descenso lento a lo largo del tratamiento pero llegando al objetivo al final de éste. A.M.M. logró reducir el consumo paulatinamente conforme al PDF hasta llegar a ser no fumadora y mantenerse en ese estado hasta el primer mes de seguimiento.

En la gráfica 8 se observa la relación entre el peso corporal de A.M.M. y su IMC que logró mantener adecuada y satisfactoriamente debido a que siguió al pie de la letra las indicaciones del programa.



Gráfica 7. Consumo de cigarrillos y nivel de CO en el aire espirado de A.M.M. a lo largo del tratamiento y al primer mes de seguimiento.



Gráfica 8. Peso corporal e IMC de A.M.M. a lo largo del tratamiento y al primer mes de seguimiento.

Conclusiones de los casos clínicos

En estos dos casos se pueden observar resultados diferentes debido a la actitud y la disciplina con las que se llevó a cabo el PDF por parte de cada una de las pacientes. En el primer caso tenemos a una paciente que acudió a la Unidad para dejar de fumar refiriendo como motivo principal el aburrimiento de fumar lo cual se reflejó en su poca disciplina ante el PDF y la recaída al primer mes de seguimiento. En contraste, la paciente del segundo caso acudió por motivos de salud que la mantenían con miedo empeorar, lo cual se reflejó en su actitud ante el PDF que siguió según todas las indicaciones aunque cada sesión refería que le costaba trabajo; sin embargo tenía muy claras sus metas y su decisión por dejar de fumar y, aunque a esta paciente no le era prioridad el control de su peso, al final del tratamiento y al primer mes de seguimiento se mostró satisfecha con éste, tomándolo como motivo para dirigir su vida con los hábitos saludables que aprendió.

REFLEXIÓN FINAL

La Residencia en Medicina Conductual permitió ampliar nuestro conocimiento respecto a las enfermedades crónico-degenerativas, sus causas, factores de riesgo, factores de protección y sobre todo, el saber que cada persona tiene la posibilidad de mejorar sus condiciones y estado de salud en aquello que padece. Mi formación en esta maestría se consolidó y tuve la oportunidad de intervenir en muchos casos con éxito.

Durante mi estancia en el Hospital General de Atizapan observamos una buena aceptación del trabajo del psicólogo por parte de los médicos. Ellos acudieron constantemente con nosotros para realizar intervenciones con los pacientes, sobre todo cuando faltaba adhesión al tratamiento, lo que denota una expectativa clara sobre los problemas que puede resolver el psicólogo para la mejor atención de los pacientes. Debido a que la atención en consulta externa tuvo un aumento considerable, fue necesario ampliar los días de atención para los psicólogos de Medicina Conductual en este servicio para mejorar la cobertura de los pacientes y poder dar seguimiento a los casos en hospitalización.

Una aportación durante la residencia fue mejorar la organización de la atención por el servicio de psicología, dividiendo el número de camas entre los psicólogos que brindábamos atención y asignando un día para cada psicólogo en el consultorio de consulta externa con el objetivo de no mezclar a los pacientes. Anteriormente se estilaba que los/las residentes atendieran a los pacientes en función de la disponibilidad de los psicólogos en ese momento, de manera que un paciente podía tener la entrevista de primera vez con una psicóloga y el tratamiento con otra. Esta situación conllevaba inconvenientes en la atención: entorpecía un poco el trabajo terapéutico puesto que, si bien en las notas clínicas se registraba la impresión diagnóstica y el plan terapéutico, en el consultorio se indaga más información y detalles, que no se pueden registrar completamente en la nota clínica por seguridad y confidencialidad del paciente.

Por otra parte, el estilo de trabajo de cada psicólogo implica variaciones en la atención y vinculación terapéutica, aunque las metas y el plan de trabajo terapéutico sea el mismo, cada psicólogo lo trabajaría diferente.

Al reorganizar la forma de trabajo, aumentó la demanda de la atención psicológica. Esta demanda de trabajo y los cambios que surgieron en el Programa de la Residencia impidieron la realización de un protocolo de investigación dirigido a estandarizar intervenciones y formatos de autorregistro para enfermedades crónicas, en particular diabetes y/o insuficiencia renal que fueron las más prevalentes. También consideramos realizar algún cuestionario que midiera el nivel de adhesión al tratamiento, crear materiales de apoyo para que los pacientes comprendieran mejor qué es la enfermedad que padecen y qué indicaciones deben seguir para poder controlarla, etc. con lenguaje adecuado y comprensible para ellos.

De acuerdo a los datos la mayoría de los pacientes se ubicaron en escolaridad primaria y solo algunos de ellos manifestaban por sí solos no haber entendido las indicaciones y/o los informes de los médicos, frecuentemente era necesario llevar a cabo procedimientos de exploración para identificar si hubo o no comprensión de la información. Tal déficit puede deberse a que se les daban los informes en un lenguaje que no entendían, aun cuando para el personal que lo brindaba fuese muy claro, no se verificaba su comprensión. En muchos casos, fue hasta que se les preguntaba directamente o durante la psicoeducación que se hacía evidente que no habían comprendido totalmente lo que se les había informado. Si bien no fue posible la elaboración de estos materiales, serían un apoyo importante en el servicio y espero que esta información sirva a los psicólogos que continúen en él.

También me hizo falta realizar investigación científica para poder hacer sugerencias en cuanto al tratamiento y comparaciones para evaluar la eficacia de mis intervenciones y mejorarlas.

Al terminar la rotación en Atizapán realizamos una estancia de medio año en la Unidad de Tabaquismo de la Universidad de Santiago de Compostela, a cargo del Dr. Elisardo Becoña Iglesias, quien amablemente me brindó la oportunidad de atender a los pacientes que acuden a la Unidad porque desean dejar de fumar.

Para esta segunda rotación realicé un protocolo de intervención dirigido por el Dr. Becoña el cual consistió en modificar el estilo de vida, en cuanto a la alimentación, realización de ejercicio físico y manejo del estrés, para el control de peso en mujeres que desean dejar de fumar. Al principio yo sugerí realizar un protocolo con pacientes diabéticos o hipertensos que fumaran; sin embargo en España hay más control sanitario que en México y estas enfermedades son monitoreadas exclusivamente por los médicos. Por ello y a sugerencia del Dr. Becoña nos enfocamos en el control de peso, ya que de acuerdo a las investigaciones, aproximadamente la mitad de las mujeres que fuman están preocupadas por su peso corporal y esta situación las hace especialmente resistentes a dejar de fumar y si es que dejan de fumar, el subir de peso las hace más vulnerables a la recaída.

Bajo la supervisión del Dr. Becoña esta Residente diseñó un programa de intervención que complementara el Programa para Dejar de Fumar (PDF) que se brinda en la Unidad, por lo que mi programa de intervención tuvo que ser muy breve para que hubiera aceptación por parte de las pacientes para trabajar con aspectos diferentes a sólo dejar de fumar.

El PDF incluye información sobre alimentación, ejercicio, manejo de estrés y solución de problemas y mi programa de intervención abarca esos mismos temas; sin embargo los temas son más detallados e incluí tareas para casa, como es el caso de los autorregistros. Además de encuadrar siempre cada sesión con el control de peso.

El programa se aplicó en dos grupos de cuatro mujeres cada uno, solo seis completaron el tratamiento y solo cuatro asistieron al seguimiento de un mes. Las dos mujeres que no completaron el tratamiento dejaron de asistir refiriendo baja motivación para dejar de fumar en ese momento, que se expresaba como incumplimiento con las recomendaciones, no realizaban las tareas y por consiguiente, no veían avance ni progreso. Constantemente manifestaban que se sentían mal y que no lo iban a lograr. Estas mujeres aunque al momento de la entrevista se encontraban en una etapa de contemplación, durante el proceso del tratamiento volvieron a la etapa de precontemplación donde la conducta de fumar les suponía más ventajas que desventajas, aun teniendo conocimiento del daño nocivo del tabaco.

Una de ellas, informó que precisamente comenzó a fumar para bajar de peso, porque alguien se lo comentó y quiso probarlo; sin embargo no bajó de peso, al contrario, informó haber subido de peso y se estaba realizando estudios para saber si tenía algún problema de tiroides que justificara su aumento de peso. Aun con ello y verificando que con el cigarro no bajó de peso, lo utilizó como sedante, volviéndose una adicción.

En general el protocolo tuvo buena aceptación y las mujeres que terminaron el programa informaron sentirse satisfechas, aun las pacientes dos y cuatro que subieron uno y dos kilos respectivamente, puesto que informaron en general que tenían el conocimiento de que el dejar de fumar les brindaba más ventajas y satisfacciones; además de que comentaron estar conscientes de que habían comido un poco más de lo habitual, sobre todo carbohidratos, para contrarrestar en ocasiones ansiedad por síndrome de abstinencia.

La limitación con este protocolo fue el número de participantes, por lo que no se podrían generalizar datos acerca de ello, de acuerdo con el análisis estadístico, ya que se necesitaría un mayor número de ellas y varias aplicaciones para estandarizar y mejorar la intervención en cada sesión.

Asimismo, sería interesante adaptar el programa a la población mexicana para poder intervenir en este aspecto junto con un programa de cesación del tabaquismo y en un futuro poder hacer comparaciones entre México y España que generen sugerencias novedosas, eficaces y que permitan ampliar el conocimiento sobre los aspectos culturales compartidos y diferenciados que impactan en los procesos de intervención y medición. Lo anterior contribuiría a contar con herramientas más completas que abarquen aspectos tan importantes como el control de peso después de dejar de fumar.

La Residencia en Medicina Conductual me permitió aprender de forma integral: el primer semestre de forma teórica y el resto de la residencia de forma práctica principalmente. Esta modalidad fue muy importante para mí porque pude darme cuenta de algunas de las necesidades de la población atendida y contribuir en la atención integral que, desde mi punto de vista, deberían de recibir todos los pacientes. Es de destacarse la importancia que en Atizapán le dan al papel del psicólogo como parte del equipo de atención y como pieza fundamental para tomar algunas decisiones.

Por otro lado, es importante realizar investigación en este contexto, ya que se trabaja con enfermedades que actualmente aquejan a la población mundial. Por ello, las investigaciones serían de utilidad para contribuir a los tratamientos tanto para la reducción y/o eliminación de conductas riesgo para las distintas enfermedades, como para la promoción e inserción de conductas saludables que no solo impacten en las personas con enfermedades crónico-degenerativas, sino en la población total con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, C., Mehta, R., Rojas, R., Gómez, F., Olaiz, G., Rull, J. (2005). Management of the metabolic syndrome as a strategy for preventing the macrovascular complications of type 2 diabetes: controversial issues. *Curr Diab Rev*,1:145-158.
- Alberti, R. y Emmons, M. (1978). (3ª ed.). *Your perfect Right: A Guide to Assertive Behavior*. San Luis Obispo, California: Impact Publishers.
- Alonso, B., Ortiz, H., Saltó, E. y Toledo, J. (2006). Epidemiología del tabaquismo: efectos sobre la salud, prevalencia de consumo y actitudes. Estrategias de prevención y control. *Prevención del Tabaquismo*, 8, supl. 1, 1-9.
- Asociación Mexicana de Diabetes [AMD]. (s.f.). ¿Qué es la diabetes? Recuperado de: http://www.amdiabetes.org/que_es_la_diabetes.php
- Audrain-McGovern, J. y Benowitz, N. (2011). Cigarette smoking, nicotine and body weight. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, July, 90(1), 164-168. Doi:10.1038/clpt.2011.105.
- Aveyard, P., Lycett, D. y Farley, A. (2012). Managing smoking cessation-related weight gain. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej*, 122(10), 494-497.
- Ayesta, F. & De la Rosa, L. (2001). ¿Por qué fuman más hoy en día las mujeres? *Prevención del Tabaquismo*, 3(3), 155-160.
- Ayesta, J. (2000) Tabaquismo y peso corporal. *Prevención del Tabaquismo*, 2(3), 148-150.

- Bach-Faig, A., Berry, E., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., Medina, F., Battino, M., Belahsen, R., Miranda, G. y Serra-Majem, Ll. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition*, 14 (2A), 2274-2284, doi:10.1017/S1368980011002515.
- Bakal, D. (1996) *Psicología y salud*. Bilbao, España: Descleé de Brower.
- Bandura, A. (1995). *Auto - Eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Descleé de Brouwer. Madrid: Biblioteca de Psicología.
- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Becoña, E. (1997). *Programa para Dejar de Fumar*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Becoña, E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del psicólogo*, 24(85). Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Madrid, España, pp. 48-69.
- Becoña, E. & Vázquez, F. (2000). Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género. *Revista Española de Salud Pública*, 74(1): 13-23.
- Becoña, E. Vázquez, F. & Oblitas, L. (2004). "Promoción de los estilos de vida saludables". En *Investigación en Detalle* Número 5. [En línea]. ALAPSA. Bogotá. Disponible en Internet URL:<http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Vol I. Madrid: Siglo XXI.
- Capdevilla, Ll. (2005). *Actividad física y estilo de vida saludable*. Girona: Documentación universitaria.
- Cautela (1965). The problem of backward conditioning. *Journal of psychology*, 60, 135-144.

- Cena, H., Fonte, M. y Turconi G. (2012). Relationship between smoking and metabolic syndrome. *Nutrition Reviews*, 69(12), 745-753. Doi: 10.1111/j.1753-4887.2011.00446.x
- Cockerham WC. New directions in health lifestyle research. *International Journal of Public Health*. [Editorial Material]. 2007; 52(6):327-8.
- Comunidad de Madrid. (s.f.). *Control de peso de forma saludable*. Recuperado de <http://web.upcomillas.es/servicios/documentos/Control%20de%20peso%20de%20forma%20saludable.pdf>
- Córdova, J., Barriguete, J., Lara, A., Barquera, S., Rosas, M., Hernández, M., De León, M. y Aguilar, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública Méx*, 50: 419-427.
- Costas M., Prado, V. y Crespo, J. (2013). Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 107:16-22.
- D’Zurilla, T. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. España: Descleé de Brouwer.
- Davis, M. (1990). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- De Granda, J., Jiménez, C., De Granda, A., Solano, R., Solano, S. (2013) Tabaquismo y peso. *Prevención del Tabaquismo*, 15(2), 74-82.
- DeFronzo RA. Pathogenesis of type 2 diabetes mellitus (2004). *Med Clin North Am*; 88(4):787-835.5. Donnelly R, EmslieSmith.
- Elliot E. *Health-enhancing and health-compromising lifestyles* (1993). In: Millstein S, Petersen A, Nightingale E, editors. Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century. Oxford: Oxford University Press; p. 119-145. Disponible en http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nl3hwg3_Tl0C&oi=fnd&pg=

PA119&dq=Health-enhancing+and+health
compromising+lifestyles&ots=B1TIRMORc&sig=vzgzHOH48SB9FPUOcE
BBPLDhuSA#v=onepage&q=Health-enhancing%20and%20health-
compromising%20lifestyles&f=false

ENSANUT (2012). *Diabetes mellitus: la urgencia de reforzar la respuesta en políticas públicas para su prevención y control*. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiabetesMellitus.pdf>

Epping-Jordan J, Galea G, Tukuitonga C, Beaglehole R. (2005). Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet*; 366:1667-1671.

Eyre, H., Kahn, R., Roberson, R., Clark, N., Doyle, C., Hong, Y., et. al. (2004). Preventing cancer, cardiovascular disease and diabetes. A common agenda for the American Cancer Society, the American Diabetes Association and the American Heart Association. *Circulation* 109:3244-3255.

FACUA Andalucía (2010). En *Hábitos de Vida Saludable* (www.andalucia.facua.org). Recuperado de <http://www.consumoresponde.es/sites/default/files/Gu%C3%ADa%20H%C3%A1bitos%20Vida%20Saludable.pdf>

Filozof, C., Fernández, C. y Fernández, A. (2004). Smoking cessation and weight gain. *Obesity reviews*, 5, 95-103.

García, C. y Rodríguez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2007000400002&lng=es.

Gifford, E. & Lillis, J., (2009). Avoidance and inflexibility as common clinical pathway in obesity and smoking treatment. *Journal of Health Psychology*, 14 (7), 992-996.

Gil, J. (2004) *Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.

- González, E., Gutiérrez, C., Stevens, G., Barraza, M., Porras, R., Carvalho, N., *et al.* (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Publica Mex*; 49(supl I):S37-S52.
- Hernández, M., Gutiérrez, J. y Reynoso, N. (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública Mex*, 55(supl 2): 129-136.
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sanchez-Sosa, J. J. & Willey, C. (2003). *Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know*. In WHO (Eds.) *Adherence to long term therapies: Evidence for action* (pp. 135-149). Geneva: World Health Organization.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2012). *Conociendo México*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/mexcon/folleto_nacional_pliegos_baja.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2012). *Mujeres y hombres en México*. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101215.pdf
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2013). *Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/diabetes0.pdf>
- Isselbacher, K., Braunwald, E., Wilson, J., Martin, J., Fauci, A. y Kasper, D. (1994). *Principios de medicina interna*. Harrison. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. Vol. 1
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. 2° ed. Chicago: University of Chicago Press.

- Joossens, L., Sasco, A., Salvador, T. y Villalbí, J. (1999). Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. *Revista Española de Salud Pública*, 73(1), 3-11.
- K/DOQI. (2002). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. *Am J Kidney Dis.*, 39 (S1), 1-266.
- King, H., Aubert, R., Herman, W. (1998). Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*; 21:1414-31.
- Krames. Patient Education. (2002). *Caminar para estar en forma. Un ejercicio aeróbico para todos*. The StayWell Company (www.krames.com). Canadá.
- Labrador, F. (1992). *El estrés: nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de Hoy. Isbn 84-7880-170-7.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Leslie, W., Koshy, P., Mackenzie, M., Murray, H., Boyle, S., Lean, M., Walker, A., Hankey, C. (2012). Changes in body weight and food choice in those attempting smoking cessation: a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 12: 389.
- Levine, M., Cheng, Y., Kalarchian, M., Perkins, K., Marcus, M. (2012). Dietary intake after smoking cessation among weight-concerned women smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(4), 969-973.
- Márquez-Sandoval, F., Bulló, M., Vizmanos, B., Casas-Agustench, P. y Salas-Salvadó, J. (2008). Un patrón de alimentación saludable: la dieta mediterránea tradicional. *Antropo*, 16, 11-22. www.didac.ehu.es/antropo
- Martin, G. y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. España: Prentice Hall. 8va. edición.

- Martínez, I., Rubio, J., Espiga, I., Alonso, B., Blanco, J., Cortés, M., Cabrera, J., Pont, P., Saavedra, J. y Toledo, J. (2003). Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo. *Revista Española de Salud Pública*, 77(4): 441-473.
- Martínez-González, A. E., & Piqueras-Rodríguez, J.A. (2010). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en trastornos afectivos y de ansiedad mediante neuroimagen funcional. *Revista de Neurología*, 50 (3), 167-178.
- Melamed, B. y Siegel, L. (1980). *Behavioral Medicine: Practical applications in health care*. Nueva York: Springer Publishing.
- Méndez, A., Méndez, J., Tapia, T., Muñoz, A. y Aguilar, L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal en México. *Diálisis y trasplante*, 31(1): 7-11.
- Méndez, F. y Olivares, J. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Miguel, J., Cano, A., Casado, M. y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de psicología*, 10(2), pp. 199-216.
- Ministerio de Educación y Cultura (1999). *Actividad física y salud. Guía para padres y madres*. I. S. B. N.: 84-369-3293-5
- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSyC). (1999). *Actividad Física y Salud. Guía para familias*. I.S.B.N.: 84-369-3293-5. Recuperado de <http://www.mecd.gob.es/dctm/ifiie/lineas-investigacion-innovacion/educacion-salud/programas-proyectos/guiafamiliasaf.pdf?documentId=0901e72b8126cacc>
- OMS. (2005). *Prevención de las enfermedades crónicas*. Recuperado de http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html
- OMS. (2008). *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación a la estrategia mundial*, Informe de la Secretaría.

- OMS. (2013). *Enfermedades no transmisibles*. Nota descriptiva. Recuperada de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/#>
- Parsons, A., Shraim, M., Inglis, J., Aveyard, P., Hajek, P. (2009). Intervenciones para prevenir el aumento de peso después del abandono del hábito de fumar (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus 2009* Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 1 Art no. CD006219. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Perri, M., Nezu, A., McKelvey, W., Shermer, R., Renjilian, D. y Viegner, B. (2001). Relapse Prevention Training and Problem-Solving Therapy in the Long-Term Management of Obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 722-726. Doi: 10.1037//0022-006X.64.9.722
- Ponciano, G. y Morales, A. (2007). Evaluación del programa de tratamiento para la cesación del tabaquismo en la Clínica de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud Pública Mex*, 49, supl. 2, 247-256.
- Ponciano, G., Paez, N., Villa, A., Gutiérrez, Y. y Mendez, N. (2014). Early changes in the components of the metabolic síndrome in a group of smokers after tobacco cessation. (Manuscrito en preparación).
- Prochaska, J., DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395. doi: 10.1037/0022-006X.51.3.390.
- Prochaska, J., Di Clemente, C. (1986). *Toward a comprehensive model of change*. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3-27). New York: Plenum Press.
- Prochaska, J., Hall, S., Humfleet, G., Muñoz, R., Reus, V., Gorecki, J. y Hu, D. (2009). Physical activity as a strategy for maintaining tobacco abstinence. *Prev Med*, 47(2), 215-220. Doi: 10.1016/j.ypmed.2008.05.006.

- Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. (2010). *Guía de práctica clínica sobre prevención y detección precoz de la enfermedad renal crónica en adultos en el primer nivel de atención*. Dirección de calidad de los servicios de salud. Argentina: Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.
- Repetti, R.L., Taylor, S.E. & Seeman, T.E. (2002). Risky Families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128 (2), 330-366.
- Rey, S. & Jiménez, C. (2012). Tres pasos para la intervención nutricional durante la cesación tabáquica. *Prevención del Tabaquismo*, 14(2), 69-75.
- Rey, S. & Jiménez, C. (2012). Tres pasos para la intervención nutricional durante la cesación tabáquica. *Prevención del Tabaquismo*, 14(2), 69-75.
- Reyes, H. (2006). ¿Qué es la medicina interna? *Revista Médica de Chile*, 134, 1338-1344.
- Reyes, P. (2013). Informe sobre enfermedades crónicas no transmisibles: el contexto para el programa Meta-Salud en Sonora. Proyecto “Centro de Promoción de la Salud del Norte de México”. México: El Colegio de Sonora.
- Rivera JA, Barquera S, Gonzalez-Cossio T, Olaiz G, Sepulveda J. Nutrition transition in Mexico and in other Latin American countries. *Nutr Rev* 2004; 62(7 Pt 2):S149-S157.
- Riveros, A., Cortázar, P., Alcázar, L. & Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3).
- Robles, H. (2007). *Programa para el control del estrés*. Madrid: Pirámide.
- Salter, A. (1949): *Conditioned reflex therapy*, New York: Farrar, Stratus and Girous.

- Sánchez-Sosa, J.J. (1998). *Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz, intervención-investigación en Psicología de la Salud*. En: G. Rodríguez y M. Rojas (Dir.). *La Psicología de la salud en América Latina*. México: M. A. Porrúa. Pp. 33-44.
- Schultz, J. & Luthe, W. (1959). *Autogenic training: a psychophysiologic approach in psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Schwartz y Weiss. (1977). What is behavioral medicine. *Psychosomatic Medicine*, 6, pp. 187-198.
- Wolpe, J. (1958): *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Palo Alto, CA: Stanford University press.
- World Health Organization (2011). *NCD Country Profiles*. Recuperado de http://www.who.int/nmh/countries/esp_en.pdf
- World Health Organization (2011). *WHO Report on the global tobacco epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf