



Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas
Facultad de Psicología
Departamento de Psicología

TRABAJO DE DIPLOMA

Diseño de un Programa de intervención psicológica para el tratamiento del tabaquismo en estudiantes universitarios

Autor: Yanelly Hernández Valdespino

Tutoras: MSc. Lismary Pedraza Durán

DraC. Osana Molerio Pérez

Asesora: MSc. Yohandra Rodríguez Martínez

Curso 2011 - 2012





Pensamiento

Que terrible la sabiduría, cuando no trae
beneficio alguno a quien la posee.

Sófocles



Dedicatoria

Dedicatoria

A mis padres, por ser los mejores del mundo. Por brindarme día a día su amor y confianza incondicional. Por alentarme en los momentos más difíciles y demostrarme que todo es posible cuando se lucha por ello. Por ser mis guías y ejemplos a seguir, porque pese a todas mis malacrianzas, siempre han sabido orientarme sabiamente. Los adoro por haberme inculcado querer hacer de mi cada día mejor. Porque sin ustedes (mami y papi) no hubiese sido la persona que hoy soy.

A Puti, mi hermanita del alma (la otra mitad con la que existo), porque eres y serás por siempre uno de mis ideales a seguir. Gracias por ser mi conciencia y seguridad, por brillar cual lucerito que ilumina mi camino y me brinda su mano amiga en cada ocasión que tropiezo. Y debido a que las palabras no me alcanzan Puti, agradezco a Dios por haberme dado el regalo que tú Eres.

A mi abuelito Luis, porque aunque ya no estés presencialmente a mi lado, desde el cielo me has guiado y has sido parte de mi inspiración, porque eres mi Angelito de la guarda. A mi abuelita la más linda y tierna de todas, agradezco todas y cada una de las palabras cálidas y sabias que me diste en los momentos que más lo necesite. A mi tía Luli por apoyarme y comprenderme siempre sin importar nada, y entender que todos los momentos que no estuve a sus lados, tenía un motivo importante (éste). A mi tío Luisi, a mis primos Freddy y Luisitin, por su confianza en mí. Y a toda mi familia en general por brindarme su apoyo de una u otra forma. Por su cariño infinito.

Los quiero mucho.



Agradecimientos

Agradecimientos

A mi tutora Lismary porque sin su asesoramiento y guía no hubiese sido posible todo este trabajo. Por motivarme en todo momento, con palabras sabias, cálidas y alentadoras. Por todo el tiempo dedicado y los conocimientos compartidos, los cuales me han hecho crecer como persona y futura profesional. Gracias por todo el tiempo que dedicó en el logro de mi meta. A la profesora Osana por toda la ayuda brindada, infinitamente le estoy agradecida, por haberme permitido compartir tal experiencia conjuntamente a ella. Y a Yoandra por su ayuda siempre que fue necesaria.

A mis psicólogos y amigos Idris y Andy por su tutoría y confianza inagotable, por todo el cariño y el conocimiento brindado.

Al profesor Boris C. gracias miles, por todo el conocimiento y la ayuda brindada durante todos estos años.

A los estudiantes y profesores del CUFB por toda la ayuda y disponibilidad ante la investigación. Y muy en especial a Tais y al director del centro, Fundora, porque desde un inicio su atención fue fundamental.

A mis vecinos y más que ello mi otra familia Zaida, Rey, Norbe, Tania, Baby, Carli, María Laura, Hortensia y Leidita (mi otra hermanita), por apoyarme durante todos estos años y darme la seguridad de que si es posible, les agradezco eternamente.

A Robe (Tutu) y su familia (Mary, Rodolfo, Rodolfito, Cary y Tita) por haber sido eslabones fundamentales en mi vida y en gran parte de mi carrera, por todo el amor y la confianza depositada. Por enseñarme la importancia de lo que constituye la constancia del trabajo. Y muy en especial a ti Robe por enseñarme la belleza y magia de las pequeñas cosas. Por haber sostenido mi mano en momentos difíciles y hermosos, por ayudarme hasta el último momento, gracias simplemente por haberme enseñado a Amar.

A mis amigos del alma (mis niñas y paletos) Dayi, Yani, Clarita, Sari, Rose, Yanet, Marti, Sheili, Lesli, Sady, Yai, Ale, Gali, Celcito, Osmany y Rafa por demostrarme el

valor de la amistad, gracias por ser artífices de los momentos más lindos que viví en este lugar, por demostrarme que cada segundo de la vida debe ser experimentado al máximo, porque estos no regresan. Por sus criterios siempre optimistas y porque sin ustedes muchachos (Digna, El Soviet, Moya, Turu y Paletos) hubiesen sido banalidades y no nuestros (singulares) amigos imaginarios y códigos internos. Porque por seres como ustedes la nostalgia tendrá lugar en mi vida durante mucho tiempo, al separarme de este lugar.

A Titi (My Pilly) por demostrarme que son las pequeñas acciones las que ganan nuestros corazones para siempre. Por todos los momentos que con tu presencia hiciste más llevadera muchos de mis instantes con una sola de tus frases. Por tu ayuda y apoyo ilimitado durante todos estos años. Gracias por hacerme parte de tu vida. Y a tu familia hermosa por abrirme un lugar en ella.

A Iro, Ismay y Roly, mi eterno agradecimiento nunca será suficiente para con ustedes. Gracias por haberme permitido, hacerme un spacito en sus vidas. Por toda la paciencia que tuvieron conmigo y la ayuda incondicional brindada durante estos últimos e intensos momentos. Agradezco el haberlos tenido en mi vida, pues no se que hubiese sido de mi sin ustedes.

Y aunque la última y no por ello menos importante, todo lo contrario, a ti Rosy. Por tu apoyo amigo e incondicional, sin él no se que habría sido de mi. Porque gracias a ti hice de este tiempo de estrés y agotamiento, una situación más llevadera, compartida y de crecimiento personal. Mil gracias por tu consejo sabio y cariño sincero. Y hacerme reconsiderar amablemente de que todo es posible.

A todos ustedes muchachos porque siempre y a pesar de la distancia que nos deparará la vida en lo adelante, estarán en mi corazón.



Resumen

Resumen

La investigación tuvo como objetivo diseñar un programa de intervención psicológica dirigido a contribuir a la cesación del hábito tabáquico en estudiantes de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Se desarrolló en el periodo comprendido entre enero y junio del 2012.

Se asumió el paradigma mixto de investigación quedando estructurada en dos etapas. En la primera, se realizó un estudio exploratorio descriptivo para evaluar la percepción de riesgo que en relación al tabaquismo poseen los estudiantes fumadores y caracterizar el comportamiento del hábito tabáquico en los mismos. La muestra de este estudio estuvo conformada por 53 estudiantes fumadores procedentes de las carreras de Ciencias Técnicas que cursan el primer año. Se empleó un sistema de técnicas que fueron evaluadas cualitativa y cuantitativamente. Los resultados evidenciaron el predominio de un nivel de conocimientos parcialmente adecuado en tanto desconocen su carácter adictivo, que condiciona una actitud de ambivalencia o discrepancia y propicia una frecuencia de consumo alta, iguales niveles de dependencia y la presencia de síntomas de abstinencia.

Partiendo de los resultados obtenidos, en la segunda etapa se procedió al diseño del Programa de intervención psicológica; concebido desde una concepción de trabajo en grupos. A través de las 9 sesiones se articulan estrategias y técnicas variadas; orientadas a adecuar la percepción de riesgo en los estudiantes fumadores, activando sus recursos salutogénicos y a fomentar el aprendizaje de técnicas que propicien la cesación del hábito tabáquico. Los criterios aportados por los especialistas sobre el Programa avalan su pertinencia y la factibilidad de su implementación inmediata.

Palabras claves: *tabaquismo, adicciones, tratamiento, intervención psicológica.*



Abstract

Abstract

The research's objective was design a psychological intervention program directed to contribute to cessation of the smoking habit in students in Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. It was developed in the period comprehended between January and June of 2012.

It was assumed the mixed paradigm of investigation leaving it structured in two stages. In the first one, it was performed a descriptive exploratory study for evaluating the risk perception that in relation with smoking, the students posses and characterize the behavior of the smoking habit on them. The study's sample was composed by 53 students preceding from Technical Science specialties that preceding from first year. It was used a system of techniques that was qualitative and quantitative evaluated. The results prove prevalence of a knowledge's level partially adequated somewhat they disclaim their addictive behavior, that conditioned an attitude of ambivalence or discrepancy and get atone for a high consume frequency, equals levels of dependencies and the presence of abstinence symptoms.

Starting from the obtained results, in the second stage was designed the Program of psychological intervention; conceived from a conception of work in groups. Throughout the 9 sessions one articulate strategies and diverse techniques; guided to adequate the risk perception in the smoking students, activating their salutogenic resources and promoting learning of techniques that help the consume cessation of the smoking habit. The contributed criterion by the specialist about the program guarantee its pertinence and factibility of it immediate implementation.

Keywords: *smoking, addiction, treatment, psychological intervention.*



Índice

Índice

Introducción	1
Capítulo 1. Fundamentación Teórica	8
1.1 Consideraciones generales sobre el tabaquismo como problema de salud ..	8
1.1.1 El tabaquismo: Su definición, diagnóstico y clasificación.....	8
1.1.2 Precisiones conceptuales en torno al tabaquismo	12
1.1.3 Prevalencia del tabaquismo.....	16
1.1.4 Repercusión del tabaquismo para la salud humana	18
1.1.5 Factores de riesgo asociados al tabaquismo.....	21
1.1.6 La percepción de riesgo del tabaquismo como factor clave en su prevención y tratamiento	24
1.1.7 Los jóvenes y el tabaquismo.....	28
1.2 El tratamiento del tabaquismo como problema de salud.....	30
1.2.1 Beneficios que reporta la cesación tabáquica.....	30
1.2.2 Alternativas para el tratamiento del tabaquismo	31
Capítulo 2. Fundamentación Metodológica	35
2.1 Diseño de la investigación	35
2.2 Concepción metodológica	35
2.3 Etapas de la investigación.....	36
2.4 ETAPA I	36
2.4.1 Tipo de estudio desarrollado en la Etapa I.....	37
2.4.2 Selección y descripción de la muestra de la Etapa I.....	38
2.4.3 Descripción de las técnicas empleadas en la Etapa I	39
2.4.4 Procedimientos de la Etapa I	46
2.5 ETAPA II	47
2.5.1 Procedimientos de la Etapa II	47
2.5.2 Descripción de la muestra en la Etapa II	47
2.5.3 Técnicas empleadas en la Etapa II	48
2.6 Procesamiento de los datos	49
2.7 Principios éticos que rigen la investigación	50
Capítulo 3. Análisis de los Resultados	52
3.1 Análisis de los resultados de la Etapa I.....	52
3.2 Análisis de los resultados de la Etapa II.....	58
3.2.1 Diseño del Programa de intervención psicológica para la cesación tabáquica en estudiantes de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas 58	
Conclusiones	89
Recomendaciones.....	91
Bibliografía.....	93
Anexos	



Introducción

Introducción

Muchas han sido las disciplinas y enfoques científicos que han tratado de comprender la complejidad de la especie humana, sus peculiaridades, formas de actuación, así como la íntima relación que existe entre el comportamiento de las personas, el medio en que se relacionan y su estado de salud; ocupando esta última un lugar de extraordinario valor en nuestra vida personal y social. Actualmente se reconoce la importancia de las variables psicosociales en la amplia gama de enfermedades físicas y el papel decisivo que juega la conducta de la enfermedad en la evolución del sujeto. Tal reconocimiento ha permitido que la Psicología aporte recursos, técnicas y programas para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

En este sentido, la drogodependencia se ha convertido en una de las problemáticas de mayor preocupación por el crecimiento sostenido en los últimos años que se manifiesta con una amplia gama de problemas de salud, sociales, económicos, además de un significativo impacto familiar, conforme lo menciona Martín del Moral y Lorenzo Fernández (1998).

Autores como González (2000) considera que “las drogadicciones constituyen una de las grandes tragedias del mundo actual, sólo comparable en lo referente a significación humana con las guerras, la hambruna y la miseria”. En un intento de conceptualización este autor se refiere a las drogas como: “una sustancia natural o sintética, médica o no médica, legal o ilegal de efecto psicoactivo y cuyo consumo excesivo y/o prolongado determina tolerancia y dependencia, así como diversas afectaciones biológicas, psicológicas, sociales o espirituales”.

Si bien este fenómeno afecta a diferentes grupos etéreos, resultados expuestos por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) (2008), que el consumo de sustancias psicoactivas se inicia en los jóvenes cada vez más tempranamente, tornándose así más vulnerables. Está bien establecida la tendencia a que la búsqueda de sensaciones represente uno de los principales motivadores de consumo tanto de cigarrillos como de otras drogas; de modo que la curiosidad por la experimentación y

la conducta impulsiva constituyen factores que determinan la iniciación al consumo. Por otro lado, se reconoce el papel del estrés y las emociones negativas como potenciador del consumo de drogas, en tanto algunos jóvenes describen que acuden al mismo como vía de escape de situaciones conflictivas.

Por su parte Becoña (2002) destaca que el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas mantiene estrecha relación con la percepción de riesgo que los jóvenes tienen sobre éstas. A su vez el consumo de drogas puede verse afectado por la diferencia existente entre las sustancias como consecuencia de la legalización de algunas; siendo las drogas legales las de mayor incidencia en la actualidad.

Tal es el caso del tabaquismo, el cual constituye hoy un problema importante de Salud Pública. Aunque el discurso social no resulte coincidente con el profesional, el consumo de cigarrillos es considerado como una problemática de primer orden, resultando así una de las drogas más consumidas y las que más problemas sanitarios, sociales, familiares y económicos generan. En los últimos 25 años, el uso del tabaco y de otras drogas ha experimentado cambios muy importantes en nuestra sociedad, tanto en las cantidades, como en las formas e incluso; en el significado que se le da a su consumo (Villa, Viñas, Ferrer, Caparros, Pérez & Cornella, 2004).

Hoy día, el tabaquismo es una de las drogas legales a las que se le ha prestado mayor atención por el alcance que tiene en la humanidad, distinguida actualmente por una fuerte tendencia al consumismo. En este sentido, son destacables los efectos nefastos que produce en la salud a nivel fisiológico, psicológico, económico y social, considerándose como detonador o agravante en la aparición de disímiles trastornos.

Estudios realizados en diferentes países sobre la temática en cuestión revelan estadísticas alarmantes (Ortiz y Martín, 2005). Según declaraciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en torno a la temática, se prevee que para el año 2010 se estiman 4.9 millones de muertes a causa del consumo de tabaco, valor que se duplicará para el 2020.

En el año 2010, se produjo un ascenso significativo de esta cifra, pues los datos registrados evidencian 6 millones de muertes anuales ocasionadas por el

tabaquismo, de las cuales 845 000 ocurren en Latinoamérica, estimándose que para el año 2030 las muertes superarán los 8 millones. El tabaco es la única conducta o producto de consumo legal que causa la muerte a 1 de cada 2 consumidores (Zabert G; Chatkin, J.M; Ponciano, G, 2010).

La conducta de consumir cigarro ha sido estudiada por varios autores en diversos contextos y poblaciones, teniendo como referencia la edad (Ariza & Nebot, 2002), las condiciones de salud (Pardell & Salto, 2004) o el nivel educativo (Ariza & Nebot, 2002b). También se ha indagado acerca de los efectos a corto y largo plazo en el sistema nervioso y la identificación de estructuras cerebrales que intervienen (Villa, Viñas, Ferrer, Caparros, Pérez & Cornella, 2004).

Principalmente tiene un efecto sobre los tejidos directamente expuestos a la sustancia, como son la cavidad bucal, faringe y laringe, termina ejerciendo acción en diferentes órganos entre los que se encuentran el corazón, pulmón, vejiga y próstata. Se ha comprobado además que el tabaco es la causa de varias enfermedades como bronquitis, cáncer de pulmón, cardiopatías coronarias, y es también un factor causal bien establecido de cáncer de esófago, vejiga, vías urinarias, cavidad bucal y laringe (Salvador, Cordoba, Planchuelo, Nebot, Becoña, Barrueco & Riesco, 2005).

Diversas investigaciones han reconocido que fumar es una conducta compleja en la que intervienen factores sociales de disponibilidad, accesibilidad y publicidad; factores psicológicos de reforzamiento y procesos cognitivos y, en último lugar, dependencia fisiológica a la nicotina (Becoña, 2003). Estas características del problema hacen necesaria una intervención multisectorial y multidisciplinaria para prevenir el consumo de tabaco, pues el abordaje debe tener en cuenta las características particulares del grupo, así como los rasgos de personalidad de los participantes (Gómez, 1999).

Cuba no está exenta de esta problemática. Según datos del Ministerio de Salud Pública, la incidencia del tabaquismo en el año 2011 destaca que en nuestro país existen más de 2 millones de fumadores. Se estima que del total de la población general, 4 de cada 10 hombres fuman y 2 de cada 10 mujeres lo hacen,

considerándose que alrededor del 69% de los niños son fumadores pasivos. Asimismo se observa un incremento del consumo de cigarrillos en un 8,02% respecto al año anterior (Lorenzo, E. (2011).

Como parte de los esfuerzos que hoy se llevan a cabo por parte del MINSAP, se cuenta con un Programa Nacional de lucha contra el tabaquismo en el que se plantean los objetivos y directrices de trabajo. En nuestro país se han realizado diversas investigaciones sobre el tema, destacándose los trabajos del Dr. Ricardo González sobre la influencia de los medios masivos de comunicación (2005), de la Dra. Nery Suárez relacionado con el consumo de cigarrillos en los profesionales de la salud (2010) y el MSc. Julio Rodríguez quien ha investigado el tema en estudiantes universitarios identificando que estos fuman para sentirse maduros.

La Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas no se encuentra ajena a esta “epidemia social” pues de una matrícula de 5231 estudiantes que integran el curso regular diurno, 369 son fumadores activos. Los 4862 que restan de la población universitaria pudieran ser considerados fumadores pasivos al estar expuestos al humo de tabaco ambiental.

Según un Informe emitido por la Comisión de Prevención de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas en el año 2011, se aprecia una tendencia al aumento del consumo de cigarrillos en el contexto universitario, constatándose además una ligera disminución de la edad de inicio del consumo. Incluso, comienza a ser menos diferenciador el escenario en cuanto al consumo por sexo, facultades o áreas de procedencia (Hernández, 2011).

Por otro lado, un estudio sobre factores de riesgo asociados al tabaquismo, desarrollado por el Centro de Bienestar Universitario, adscrito a la Facultad de Psicología de esta institución; reveló que los estudiantes poseen una baja percepción de riesgo sobre los efectos nocivos que este tiene para la salud, así como insuficiencias en cuanto al trabajo de prevención desarrollado en las facultades (Hernández, 2011).

Los elementos antes expuestos evidencian la necesidad de continuar esta línea de investigación, implementándose acciones educativas, preventivas e interventivas para enfrentar este problema de salud. Precisamente en esta última perspectiva se sitúa la presente investigación en la que se define como problema de investigación:

Problema científico:

- ¿Cómo diseñar un Programa de intervención psicológica que resulte efectivo para propiciar la cesación tabáquica en estudiantes universitarios fumadores?

Objetivo general:

- Diseñar un Programa de intervención psicológica que resulte efectivo para la adecuación de la percepción de riesgo y la estimulación de mecanismos autorregulatorios salutogénicos que propicien la cesación del hábito tabáquico en estudiantes universitarios.

Objetivos específicos:

- Explorar la percepción de riesgo que poseen estudiantes universitarios fumadores en relación con el tabaquismo.
- Describir el comportamiento de consumo de tabaco de los estudiantes universitarios investigados.
- Diseñar un Programa de intervención psicológica para la cesación del tabaquismo en estudiantes universitarios.
- Valorar la propuesta del Programa diseñado desde el criterio de especialistas.

A partir de los supuestos teóricos planteados en la investigación, así como los objetivos y el problema científico establecido, se concibe un conjunto de tareas científicas que se presenta a continuación:

1- Tareas centradas en los supuestos teóricos metodológicos de la investigación:

- Revisión teórica actualizada del estado de la investigación científica referida al tabaquismo como problemática de salud.

- Revisión de experiencias de Programas interventivos para la cesación tabáquica.

2- Tareas centradas en el diagnóstico, diseño y valoración del programa:

- Realización de una primera validación para la población cubana de 4 instrumentos empleados a nivel internacional en la evaluación del tabaquismo. Los mismos fueron: Cuestionario “Razones para fumar”, Cuestionario de estadios de cambio de Prochaska y Diclemente, Escala de síntomas de abstinencia a la nicotina y el Test de Fagerstrom de dependencia a la nicotina. Igual procedimiento se siguió con el Cuestionario sobre el comportamiento de consumo de tabáquico, elaborado por la autora para los efectos de la presente investigación. Básicamente se valora la validez de constructo y la confiabilidad de los mismos.
- Caracterización de la percepción de riesgo y el comportamiento de consumo de tabaco en un grupo de estudiantes fumadores de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.
- Diseño de un Programa de intervención psicológica para la cesación del hábito tabáquico en jóvenes universitarios.
- Valoración del Programa de intervención psicológica para la cesación del hábito tabáquico, a partir del Juicio de especialistas con experticia en el tema.

La actualidad del tema abordado se sustenta en la trascendencia que actualmente tiene el tabaquismo como factor de riesgo de numerosas enfermedades, como es el caso de las cardiopatías y el cáncer algunas de las cuales pueden llevar a la muerte. Las altas cifras de incidencia y prevalencia de este problema de salud y la tendencia a su incremento desde etapas tempranas de la vida avalan la necesidad de llevar a cabo intervenciones que resulten efectivas para la prevención y el tratamiento de esta adicción.

Por otro lado, su novedad científica se sustenta en el limitado número de investigaciones que trasciendan del nivel diagnóstico o descriptivo en torno a esta problemática, tanto en el ámbito nacional como internacional. El abordaje interventivo del tabaquismo como problema de salud desde un contexto educativo y en particular universitario resulta un área poco abordada.

Desde el punto de vista teórico se presenta una revisión actualizada del tema, delimitándose una serie de categorías relacionadas con el mismo. Se sitúa una concepción en la que el enfoque preventivo e interventivo parten de la percepción de riesgo como un elemento nuclear desde cuya configuración se potencian los recursos salutogénicos. El aporte metodológico de la investigación radica en la elaboración de un Programa fundamentado psicopedagógicamente y contextualizado para el entorno universitario, en el que se integran recursos y técnicas articulados desde una concepción lógico-metodológica que contribuyen a adecuar la percepción de los riesgos asociados al tabaquismo y a estimular desde los propios recursos salutogénicos de los participantes, una actitud de cambio hacia el consumo.

El Programa propuesto puede constituir una guía metodológica para los profesionales vinculados al Centro de Bienestar Universitario y en general para aquellos especialistas que hoy llevan a cabo la labor de prevención en otras universidades del país, en tanto desde la propia concepción del Programa se ha considerado la factibilidad de su generalización. No obstante, el principal impacto de la propuesta se enmarca en el mejoramiento de la calidad de vida no solo de los estudiantes vinculados a la experiencia sino de toda la comunidad universitaria, en tanto se logra un mayor acercamiento a la Estrategia de “Espacios sin humo” propuesta por la Organización Mundial de la Salud..



Capítulo I

Capítulo 1. Fundamentación Teórica

1.1 Consideraciones generales sobre el tabaquismo como problema de salud

1.1.1 El tabaquismo: Su definición, diagnóstico y clasificación

Como se ha abordado hasta el momento, la nicotina (sustancia psicoactiva) contenida en esta planta provoca una fuerte adicción al tabaco para quienes lo consumen, y asociada a otros componentes tóxicos trae consigo consecuencias nefastas para la salud humana.

El tabaquismo se identifica como una “droga legal que causa adicción ya que esta consiste en un hábito formado por un componente social y otro de adicción física, que se combinan constituyendo un desafío formidable para dejar de fumar”. (Manual MERCK, 1999) También se ha concebido como “la adicción a fumar productos manufacturados del tabaco en cualquiera de sus presentaciones (cigarrillos, tabacos o picadura para pipas), ocasionada por su contenido en nicotina” (Espinosa y Roca, 2007, p. 33).

Por su parte, desde una concepción psicológica Zaldívar plantea que “el hábito de fumar configura un estilo de comportamiento, un acto complejísimo que se asocia a variadas percepciones y estados placenteros que afianzan sus raíces en diversos procesos psicosociales, bioquímicos y fisiológicos (Zaldívar, 1990, pág 3).

Más recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la última edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), cataloga al tabaquismo como una “enfermedad adictiva crónica no transmisible que produce dependencia física y psicológica, causando graves consecuencias para la salud” (Suárez y Campo, 2010).

En este sentido, se pueden apreciar elaboraciones diferentes de una misma problemática, pero con coincidencias sustanciales, referidas fundamentalmente a la dependencia nicotínica que produce en los sujetos. Cada una de estas definiciones aporta elementos significativos en la comprensión del tabaquismo como un problema de salud, sin embargo, la conceptualización señalada por la OMS ofrece una explicación más acabada del fenómeno, por lo que se considera conveniente acogerse a la misma.

Partiendo de estos conceptos, es conocido que la adicción provoca dependencia en los consumidores, pero ¿cómo establecer un diagnóstico certero en torno a ello? La respuesta a esta interrogante se puede encontrar en el DSM-IV-TR, donde se han erigido criterios para el diagnóstico de dependencia de una droga, cualquiera que sea, pero que son adaptables a la temática en cuestión. Así, apunta a un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- Tolerancia o necesidad de tener que consumir mayor cantidad de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o el efecto de la sustancia disminuye por su consumo continuado.
- Síntomas de abstinencia característicos de la sustancia.
- La sustancia es tomada con frecuencia en mayor cantidad o durante un período más largo de tiempo de lo que se pretendía.
- Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

No cabe duda que los gustos y preferencias hacen a una persona diferente de otra, por eso los índices de consumo entre ellos también varían. Considerando que el grado de exposición y dependencia a la sustancia adictiva constituyen indicadores del nivel de adicción a la misma, resulta necesario precisar la clasificación del consumo de los fumadores.

Tabla 1. Clasificación de tabaquismo.

Clasificación	Descripción
Fumador regular	<p>Persona que refiere fumar cigarrillos, tabacos o pipa, actualmente al menos una vez al día, o que ha dejado de hacerlo, pero hace menos de un año. Según el número de cigarrillos consumidos, el fumador se clasifica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ligero: hasta 10 cigarrillos al día. • Moderado: de 11 a 20 cigarrillos al día. • Gran fumador: más de 20 cigarrillos al día.
Ex- fumador	Persona que alguna vez fue fumador regular pero que ha dejado de fumar desde hace un año como mínimo.
Fumador ocasional	Persona que refiere fumar uno o más cigarrillos, pero no de forma diaria.
Fumador pasivo	Persona, que no siendo fumadora, inhala involuntariamente el humo de productos manufacturados del tabaco que consumen otros fumadores a su alrededor, con mayor peligro en locales cerrados (incluye hijos, cónyuges, compañeros cercanos de trabajo, entre otros)
No fumador	Persona que nunca ha fumado

Fuente: Tabaquismo. Finlay Revista Científica Médica de Cienfuegos. El ABC en el manejo de algunas enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo. Espinosa y Roca (2007) (p. 33), citado por Hernández.

Por otro lado, resulta interesante la clasificación de los fumadores según el nivel de disposición que tengan para dejar de fumar. En este sentido, según el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente, los fumadores pueden ser clasificados en uno de los siguientes estadios:

- Precontemplación: el fumador no es consciente de que el tabaco sea un problema para su salud y no se plantea seriamente dejar de fumar. Cuando se le pregunta si estaría dispuesto a dejar de fumar en los próximos 6 meses, contesta de forma negativa.
- Contemplación: el fumador reconoce que fumar tiene consecuencias negativas para la salud y se plantea dejar de fumar en los próximos 6 meses.
- Preparación: el fumador está dispuesto a hacer un intento serio de abandono y hace planes específicos, como fijar una fecha y preparar un plan para dejar de fumar en los próximos 30 días.
- Fase de acción: el paciente deja de fumar y pone en práctica los planes preparados; esta fase continúa hasta 6 meses después de la fecha de abandono del tabaco.
- Fase de mantenimiento: está marcada porque la persona se mantiene sin fumar durante 6 meses. Un año después de dejar de fumar se convierte en exfumador.

En este sentido, se puede establecer una relación directamente proporcional entre la dependencia a la sustancia y los componentes de la misma. A pesar de que estos compuestos están presentes en cada cigarrillo, y los efectos que produce se repiten para cada individuo, la forma de administrarlo es diferente, tal es así que Lorenzo & Ladero (2003) (citado por Silva 2010), definieron como algunas de las vías de consumo las siguientes:

- Mascar tabaco.
- Beber tabaco: se mezclan las hojas de tabaco cocidas con sal o ceniza para hacer infusiones y jarabes, es habitual combinarlo con otras modalidades de tabaco (cigarros, rape) y con sustancias alucinógenas o bebidas alcohólicas.

- Administración percutánea: administración de tabaco en la piel intacta o lesionada es un método de curación de algunas tribus de Sudamérica; siendo esta vía grave porque produce envenenamientos graves pues se adquieren altas concentraciones sanguíneas en muy poco tiempo.
- Aspirar tabaco por la nariz: esnifar polvo de tabaco o rape. Habitualmente se esnifa mezclado con otras sustancias tóxicas y se puede administrar bien por inhalación directa, bien utilizando algún dispositivo para facilitar la inhalación.
- Fumar tabaco: esta última modalidad es la más practicada a nivel mundial, siendo los métodos más habituales de fumar tabaco: el cigarrillo, el tabaco y la pipa, lo que denota entre ellos algunas diferencias de tipo farmacocinéticas. El fumador de pipa o puros no acostumbra a tragarse el humo, debido a que el humo es más irritante para las vías respiratorias; el fumador de cigarrillos, sí. De hecho, en el humo del tabaco y de la pipa hay una mayor cantidad de nicotina y alquitrán. (Mayor, 2010).

1.1.2 Precisiones conceptuales en torno al tabaquismo

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), de la Asociación de Psiquiatría Americana ubica al tabaco dentro de los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas, considerando que la nicotina tiene propiedades reforzantes positivas que la hacen comparable en sus alcances sobre el consumidor con los de la cocaína y los opiáceos (Míguez, 2004).

La nicotina es una droga con características especiales, es la más consumida después del café, su poder adictivo es enorme y es la responsable de producir la mayor mortalidad. Esto explica por qué muchos fumadores que quieren dejar de fumar fracasan una y otra vez. Su poder adictivo se ha ido demostrando a lo largo de miles de estudios en estas pasadas décadas.

Al tener un poderoso efecto psicofarmacológico sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) se absorbe rápidamente y llega en pocos segundos al cerebro al atravesar la barrera hematoencefálica. Produce efectos eufóricos y sedativos modulados por la

dosis, procesos neuroendocrinos, etc. Una vez que el individuo asocia el cigarro con una actividad placentera se produce la adicción psicológica, la exposición continua aumenta de 2 a 3 veces y aumenta la necesidad de fumar (CNPES, 2005).

La nicotina actúa a nivel cerebral creando un fuerte impulso a fumar. Este deseo incontrolado es la dependencia física; asociado a situaciones que se asimilan al acto y al hábito de fumar y que invitan a hacerlo, es lo que se considera dependencia psicológica; una combinación que produce cambios permanentes en el cerebro y en los neurotransmisores, que originan una especie de “hambre de nicotina” cuando el fumador lleva cierto tiempo sin fumar (Córdoba, Samitier, 2009).

En los inicios del consumo de tabaco, cuando todavía el fumador no percibe la adicción psicológica que se está instaurando, por lo general aparece asociada a patrones de comportamiento social, considerándose como una de sus principales causas, sin percatarnos de que se convierte a su vez, en víctima de la epidemia en la medida en que se suman fumadores a la sociedad.

La ingestión continua de nicotina como cualquier otra droga, produce tolerancia, dependencia y síntomas de abstinencia físicos y psicológicos al dejar de fumar. Al ser una droga de una accesibilidad enorme, se puede consumir de distintas formas, especialmente en forma de cigarrillos y, en menor grado, en forma de cigarro puro o pipa (González, 2000).

La fuerza de la dependencia de la nicotina producida por el consumo de cigarrillos se debe a varios factores: 1) la nicotina produce múltiples efectos de reforzamiento positivo (ej., mejorar la concentración, el estado de ánimo, disminuye la ira y el peso); 2) después de una inhalación la nicotina tarda menos de 10 segundos en llegar al cerebro, produciéndose un efecto de la sustancia casi instantáneo a su ingestión; 3) el fumador puede modular, por la forma en que fuma el cigarrillo, la dosis de nicotina que necesita; 4) la conducta de fumar se realiza repetidamente (por ejemplo, un fumador de un paquete de cigarrillos se administra nicotina aproximadamente unas 200 veces al día); y, 5) múltiples señales que eliciten la conducta de fumar, las cuales

previamente se fueron asociando a la misma por procesos de condicionamiento (González, 2000).

“Dependencia”, “adicción” o un “trastorno adictivo” son términos que tienden a emplearse indistintamente. Ellos hacen referencia a una alteración de la conducta que se caracteriza por la disminución del control sobre el consumo de una determinada sustancia. Los esfuerzos que se realizan por reducir o eliminar la auto-administración de esa sustancia fracasan reiteradamente, percibiéndose en circunstancias precisas una especie de necesidad o compulsión hacia su consumo (American Psychiatric Association, 2000; Ayesta et al., 2008; Hughes, 2006; O’Brien et al., 2006).

En definitiva, lo realmente propio de una dependencia no es que haya consumos frecuentes ni consumos excesivos, sino la existencia de recaídas, o vueltas no deseadas al consumo original. Sin recaídas nunca hay certeza de la existencia de dependencia. Sin un intento previo, serio y fallido de abandono no es posible corroborar la existencia de una dependencia, ya que sólo existen indicios o signos potencialmente indicadores de su presencia (Ayesta et al., 2007; West, 2006).

Junto a los criterios típicos de la dependencia de una droga, que es lo aplicable a la nicotina, el síndrome de abstinencia de la nicotina suele presentar una serie de síntomas característicos para esta sustancia. Los síntomas del síndrome de abstinencia comienzan al cabo de unas pocas horas (2-12 horas) y alcanzan su punto álgido a las 24-48 horas de dejar de fumar. La mayoría de los síntomas duran un promedio de cuatro semanas, pero la sensación de necesidad de nicotina (craving) pueden durar 6 meses o más. Dichos síntomas varían de uno a otro fumador, entre los mismos podemos evidenciar la ansiedad, irritabilidad o ira, impaciencia, dificultad en la concentración, depresión, aumento del apetito, insomnio, dolores de cabeza y problemas del intestino o estómago.

El regreso al consumo original, las recaídas, suelen venir precipitadas o desencadenadas por consumos puntuales que sería lo que se denominan situaciones de alto riesgo. Cada persona tiene las suyas y habitualmente se derivan de la presencia de estímulos, inicialmente neutros, que han quedado condicionados al

consumo (Altman et al., 1996; Ayesta et al., 2008; West, 2006). No obstante, otras evaluaciones al respecto, indican que aunque la mayoría de los fumadores son dependientes de la nicotina, no todos lo son, ni cumplen criterios de dependencia según el DSM-IV (Begoña, 2004).

Por otra parte, el término deshabitación se asocia a expresiones como: desacostumbrar, perder, eliminar, erradicar o hacer perder un uso o una costumbre muy arraigada. Un análisis más centrado en el ámbito del tabaquismo se torna aún más complicado. Son múltiples los documentos en los que se puede leer “deshabitación tabáquica” pero la definición del proceso, es mucho más difícil de encontrar en la literatura científica.

Históricamente el uso de este término deriva de la distinción que en el abordaje de la dependencia de la heroína se hizo entre desintoxicación y deshabitación, para señalar con este último término, que el tratamiento iba más allá de aliviar la sintomatología de abstinencia. Desde el “Documento de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España” del Observatorio para la Prevención del Tabaquismo, editado por el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, se habla de tratamientos para dejar de fumar (Camarelles et al. (2008).

Del mismo modo, múltiples autores y programas cuando hablan de deshabitación tabáquica pasan sin definirla a hablar de programas de tratamiento para dejar de fumar. La deshabitación tabáquica sería el proceso para la cesación del consumo de tabaco.

El abordaje, tratamiento o programas terapéuticos dirigidos a la cesación tienen el mismo objetivo, que es ayudar a dejar de fumar, por lo que se suelen utilizar de forma similar. Sin embargo, teniendo en cuenta que según el CIE-10 el tabaquismo se considera una enfermedad y según el DSM IV-TR es un trastorno del comportamiento, aunque dichos términos deriven en el mismo objetivo, dejar de fumar, es mucho más correcto hablar de tratamiento del tabaquismo que de deshabitación (Antona et al. (2010).

1.1.3 Prevalencia del tabaquismo

Según informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de dicha organización (MHGAP, 2002), se concluye que el consumo mundial de tabaco esta aumentando considerablemente lo cual contribuye de forma significativa al crecimiento de la morbilidad. Incluso, algunos expertos de la OMS afirman "que la lucha anti tabáquica puede ser más útil para la mejora de la salud y la prolongación de la vida que el desarrollo de cualquier otro programa de actividades de medicina preventiva". Regueira, et al. (2010).

En países en desarrollo el 50% de los hombres y el 9% de las mujeres son fumadores, en comparación con el 35% de los hombres y el 22% de las mujeres de los países subdesarrollados; contribuyendo China de forma especial a la epidemia en los países en desarrollo. En efecto, el consumo de cigarrillos per cápita es mayor en Asia y en el extremo oriente que en otras partes del mundo; seguidos de cerca por América y Europa Oriental.

En estudios evolutivos realizados en los últimos 15 años, se observa un importante descenso entre los varones y un importante incremento entre las mujeres, superior al 50% y de forma especial entre los grupos de edades más jóvenes (38,4% vs.42,7% en el grupo de 16-24 años y 33,6% vs 43,5% entre las de 25-44 años), en contraposición con lo que ocurre entre los varones de los mismos grupos de edad (54,5% vs40,8% en el primer grupo y 64,2% vs 52,6% en el segundo) (Alonso, et al 2006).

Como se puede apreciar, a pesar de lo que se conoce respecto a los efectos negativos del tabaco sobre la salud, que causa numerosas enfermedades, muerte y sufrimiento,; desafortunadamente existen hoy más de 200 millones de personas adultas fumadoras, y al menos 1,5 millones de adolescentes que están comenzando a fumar. La OMS para el año 2010 estimó 4.9 millones de muertes a causa del consumo de tabaco, cifra que se duplicará para el 2020 (Regueira et al, 2010).

En América Latina y el Caribe, una tercera parte de la población adulta es fumadora, lo que nos coloca al mismo nivel que Canadá y un poco por encima de los Estados

Unidos de América. Las tasas de prevalencia varían ampliamente, de 40% en Venezuela y la República Dominicana a 15% en el Paraguay (Regueira, et al. 2010). Asimismo, la edad promedio en que empieza el hábito de fumar es entre 15 y 17 años, edad que ha venido disminuyendo desde los años 90 de manera alarmante dado que la nicotina es una poderosa droga adictiva y que el consumo temprano conduce a una adicción más tenaz.

Con el transcurrir de los años hasta la actualidad, la realidad cubana paulatinamente se ha agudizado en relación al tema, llegando a mostrar cifras estadísticas considerables como los 2 millones de fumadores a nivel nacional. Avanzar hacia la reducción del tabaquismo, resulta una tarea compleja no solo se trata de lograr que los fumadores dejen de fumar, sino de evitar que las nuevas generaciones asuman este hábito y consecuentemente disminuir la incidencia y prevalencia. Las causas pueden también ser conocidas, pero no por ello hay que dejar de insistir en su análisis y difusión (Suárez, 2005).

Teniendo como precedente lo antes expuesto, se torna crucial que el conocimiento de la epidemia del tabaquismo y su evolución, constituya el punto de partida de los programas de prevención y control. En Cuba existe un total conocimiento de su magnitud, se dispone de un Programa de Prevención y Control del Tabaquismo concebido con carácter nacional, sistemático, integral, interdisciplinario e intersectorial. No obstante, su ejecución no marcha acorde con lo que se quiere alcanzar en la salud de la población.

Como dato significativo encontramos que la mayor prevalencia de tabaquismo se encuentra enmarcada en el grupo de 40 a 49 años de edad, aún cuando la edad de inicio del consumo se encuentra entre los 12 y 16 años en un 40% de los fumadores. Asimismo, las cifras de consumo diario promedio oscilan entre 6 y 10. Las provincias de mayor prevalencia corresponden a Ciudad de la Habana y Santiago de Cuba.

Por otro lado, la exposición al humo de tabaco ajeno en el hogar es elevada, viéndose reflejado este fenómeno en el 54% de las familias cubanas, lo que implica a un 60% de los adolescentes entre 15-19 años, un 56% de las mujeres en edad fértil y un 55%

en menores de 15 años. Cuba ocupa el lugar 22 entre los de mayor prevalencia de tabaquismo pasivo en el hogar (reporte dado por la OMS sobre 98 países) y el lugar 3 en América Latina, solo superados por Argentina con 69% y Uruguay con un 63% (Suárez, 2005).

Debido a que el consumo de tabaco es uno de los problemas de salud prioritarios por los que atraviesa nuestro país en la actualidad, su reducción debe ser uno de los principales objetivos de la política de salud de nuestro país.

1.1.4 Repercusión del tabaquismo para la salud humana

Fumar produce efectos adversos para la salud científicamente documentados. La expectativa de vida se acorta entre 5-8 años y entre 18-22 años en presencia de otras enfermedades concomitantes.

A nivel sistémico, inmediatamente después de haber fumado, se produce una estimulación de la nicotina en las glándulas adrenales y una descarga de adrenalina resultante. La sensación inicial intensa de la adrenalina estimula al cuerpo y provoca una descarga súbita de glucosa, así como un aumento en la presión arterial, la respiración y el ritmo del corazón.

Las consecuencias del tabaco en la salud se han mantenido a lo largo del tiempo, con una clara asociación entre fumar y distintas enfermedades, reflejando entre algunas de ellas una relación causal, dígase el cáncer de pulmón, el cual se presenta con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. Otros tipos de cánceres en los que hay una clara relación son los de la cavidad oral, esófago, laringe, útero, vejiga y páncreas.

Por otro lado, la nicotina suprime la producción de insulina del páncreas, lo que significa que los fumadores siempre están un poco hiperglucémicos (Henningfield, 1990, citado en Luis Iván). De ahí que se pueda considerar al tabaquismo como un factor de riesgo en la aparición de la Diabetes Mellitus, como enfermedad endocrina-metabólica crónica.

En sentido general, la sintomatología que produce esta adicción se extiende un riesgo más elevado de infecciones respiratorias incluyendo catarros, bronquitis y neumonía, síntomas agravados de asma, tos, afonía, flema excesiva y silbido de pecho. En la actualidad se considera el principal responsable de la enfermedad obstructiva crónica (bronquitis crónica y enfisema).

Otras enfermedades donde el tabaco tiene un papel protagónico como agente causal o desencadenante son las cardiopatías, pues cada año explica miles y miles de muertes prematuras. Asimismo se pueden mencionar problemas cardiovasculares, como las enfermedades de las arterias, arteriolas y capilares, tienen su causa en fumar cigarrillos (Begoña (2004).

La úlcera péptica (úlcera de estómago y úlcera duodenal) y bucal, las erupciones en la cara, el cuero cabelludo y las manos, así como el debilitamiento del sistema inmunitario y la vulnerabilidad a enfermedades como el lupus eritematoso, pueden aparecer como un efecto nocivo del hábito tabáquico, tanto para fumadores activos como pasivos.

De igual manera, se ha demostrado que el tabaquismo reduce la fertilidad y fecundidad en parejas donde uno o ambos cónyuges fuman, afectando la función menstrual al acortar los ciclos y aumentar la anovulación, que también puede contribuir con la subfecundidad e infertilidad.

El consumo de tabaco también acelera la aparición de la menopausia en la mujer porque reduce el nivel de estrógeno, contribuye a la impotencia en el varón alterando la formación de esperma y provoca envejecimiento cutáneo prematuro. Numerosos estudios bien diseñados y con adecuadas muestras avalan estos datos. (López y García, 2004).

Otros daños que aparecen se asocian a múltiples trastornos y dolencias a nivel fisiológico, de órganos y sistema de órganos, pudiendo mencionar afectaciones en los vasos sanguíneos, piel, cerebro (esclerosis múltiple, entre otras), caída del cabello, pérdida de audición o infecciones de oído que pueden acarrear otras complicaciones,

como meningitis y parálisis facial, además de deterioro de la dentadura, osteoporosis, discromía de los dedos, psoriasis y la enfermedad de Buerger (denominada como tromboangitis obliterante, se inflaman las arterias, venas y nervios, principalmente de las piernas, que reduce el riego sanguíneo).

El impacto negativo de esta enfermedad afecta a todos los grupos etáreos y sectores de la población, sin establecer distinción alguna. Asimismo, incluye los eslabones más débiles de la sociedad, dígase niños y mujeres embarazadas, lo que constituye, entre otras causas, un factor de riesgo importante en la aparición de patologías diversas precisamente por la vulnerabilidad de ambos.

En este sentido, no solo se debe hacer alusión a daños puramente fisiológicos, aún cuando estos son los más evidentes, pues cuando se habla del tabaquismo deben ser consideradas las dimensiones física, psicológica y social. Entre las consecuencias psicológicas más comunes referenciadas en la literatura se encuentran afectaciones en la atención (debido al déficit de oxígeno que el tabaco ocasiona en la sangre), el aprendizaje y la memoria, deterioro de la cognición en general y en particular disminución de la respuesta de alerta. Asimismo, se describen cambios en el estado de ánimo.

Resulta destacable que además de las afectaciones que por sí sólo produce a la salud, el tabaco potencia los riesgos laborales en tanto los trabajadores que fuman presentan un índice de frecuencia de accidentes y enfermedades profesionales mucho más elevado que los que no fuman (Armas, Varona y de la Noval, 2002).

Vale acotar que el humo del tabaco acelera el efecto de ciertos contaminantes presentes en el ambiente de trabajo, además de exponer a los fumadores pasivos a sufrir los mismos daños que tienen lugar en los practicantes del hábito. Sin mencionar el costo económico que tiene para cada individuo el mantenimiento de dicha adicción.

El tabaco no sólo genera muerte y enfermedad. Los sujetos que fuman pueden no asistir a actividades sociales, laborales y recreativas cuando se dan en lugares donde está prohibido fumar (DSM-IV, 1995). Tales afirmaciones denotan la inminencia del

abandono del tabaco, pues los beneficios para la salud humana son merecedores de un cambio de actitud con respecto al tabaco por parte del fumador.

Los efectos perjudiciales del uso del tabaco no sólo afectan a los fumadores, también inciden sobre los no fumadores o fumadores pasivos, grupo que comprende a todas las personas que rodean al fumador y se ven obligadas a inhalar parte del humo que proviene de las corrientes secundarias y terciarias, que equivale a fumar de 1 a 10 cigarrillos por día.

Tabla 2. Efectos nocivos sobre la salud de los fumadores pasivos por la exposición al humo del tabaco ambiental.

Cardiovasculares	Aumento de la mortalidad por enfermedades cardíacas. Aumento de la morbilidad por cardiopatía coronaria aguda crónica
Respiratorio	Síntomas respiratorios crónicos Infecciones respiratorias bajas Asma bronquial
Cáncer	Pulmonar, seños nasales y mama
Salud reproductiva	Recién nacidos: bajo peso de nacimiento
Síndrome de muerte súbita infantil	Aumento de morbilidad y mortalidad

Fuente: Bello y cols (2005). *Efectos de la exposición al humo de tabaco ambiental en no fumadores*. Rev Chil Enf Respir; 21: 179-192.

Los datos anteriores ratifican la necesidad del respeto al derecho de cada ser humano de vivir en un espacio libre de humo, campaña que ha sido lanzada por la OMS a la numerosos países e instituciones se han acogido con gran aceptación.

1.1.5 Factores de riesgo asociados al tabaquismo

La humanidad se encuentra constantemente expuesta a disímiles riesgos de origen social o subjetivo que generan gran malestar en los individuos, valiéndose para ello de su vulnerabilidad. En este sentido, y desde una perspectiva psicosocial, se concede una especial notoriedad al riesgo subjetivo, ya que este tipo de valoración intuitiva tiene en cuenta tanto el nivel de conocimiento o desconocimiento del peligro, como el grado de control que el individuo ejerce sobre él (Portell, Riba y Bayés, 1997).

Un enfoque más amplio que toma en consideración la conceptualización de esta categoría, tanto en el orden social como individual, lo ofrece Brennan en el 2009. El mismo alude que el riesgo es la posibilidad de ocurrencia de un evento que ocasione daño a una población vulnerable, estableciendo una distinción entre riesgo real y riesgo percibido. Sobre ello Sandman en el año 2001, había expresado que los riesgos que matan a las personas y los riesgos que las alarman son diferentes.

Esto hace que el tabaquismo sea considerado como un riesgo real y no necesariamente percibido. Tal afirmación encuentra fundamento en la responsabilidad que posee dicha adicción en las tasas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En este sentido, Gómez en el año 1999, lo identifica como una conducta de riesgo, por atentar contra la integridad física, mental, emocional o espiritual de la persona y que puede incluso arremeter contra su vida. A decir del propio autor, todas aquellas circunstancias o eventos de naturaleza biológica, psicológica o social que posibilitan que un individuo incurra en alguna conducta de riesgo, se denominan factores de riesgo.

Con motivo de lograr mayor precisión en su diagnóstico, Montano y Prieto (2008) establecieron que para que una determinada condición se pueda considerar como factor de riesgo ha de cumplir indispensablemente con los requisitos siguientes:

- Asociarse con una frecuencia significativa a determinada enfermedad o problema de salud. Pero debe existir una forma de relación entre ellas.
- Preceder a la enfermedad durante un período determinado.
- Poseer un carácter patogénico evidente, es decir, un respaldo teórico bien fundamentado que explique la aparición del daño.
- Predecir la posterior aparición de la enfermedad a la cual predisponen. (p. 169) (citado en Hernández, 2011).

Cuando se logra identificar un factor de riesgo, este se puede clasificar en ambiental o individual. En el tema del tabaquismo particularmente, los de tipo ambiental son aquellos que estimulan la aparición del hábito, cobrando sentido según algunos

autores, por medio del tabaquismo de los padres o de personas mayores, la propaganda y las actividades promocionales de los fabricantes, la disponibilidad de los cigarrillos y la aceptación social del tabaquismo.

Por otro lado, parece influir el abordaje manipulativo del tabaco en los medios de comunicación, las polémicas sobre sus efectos y las informaciones sesgadas. A ello se une la publicidad directa e indirecta que sobre el mismo realizan a menudo figuras de identificación, sobre todo orientadas a los más jóvenes, que aparecen fumando o haciendo ostentación de fumar (Begoña,2004).

El fumador va negando, minimizando o considerando que las informaciones negativas sobre el tabaco no le incumben a él; en todo caso, afectarán a otros fumadores. Esa sensación de inmunidad viene facilitada por la aceptación social del consumo en nuestro medio, a partir de su práctica usual en el entorno inmediato (cónyuge, familiares, amigos, compañeros, etc.).

Los factores de riesgo de tipo individual se relacionan con la propia personalidad del sujeto. Se ha descrito que en el caso de los adolescentes y jóvenes la necesidad de una mejor autoimagen y de imitar el comportamiento de los adultos, lo cual alcanza su máxima expresión en aquellos que tienen la mínima validación externa de su autovalía. (Burns, 2006). De igual manera, algunas personas presentan creencias erróneas en torno a posibles efectos deseables tales como: “el cigarro me relaja” o “me ayuda a mantenerme desestresado”.

A este criterio se añade, en el orden individual, que otro factor de riesgo que potencia la adicción al tabaco es el genético. Aun cuando no se ha demostrado la presencia objetiva de interacción de estos con los genes, se ha especulado además que si tales interacciones existen podrían tomar forma de factores potencialmente determinantes, de la susceptibilidad y el mantenimiento de adicción al tabaco. (Kendler, 1999) (citado en Hernández, 2011).

Vale acotar como otros de los riesgos asociados al tabaquismo se encuentran, el comenzar a fumar y la recaída. El primero incluye a aquellas personas que

“pertenecen” a “grupos vulnerables” (menores de 20 años o fumadores pasivos), en los que el medio social y familiar donde viven es favorable para iniciar el tabaquismo mediante vínculos estrechos con fumadores.

El segundo, es el que tiene todo fumador cuando deja de hacerlo, este es directamente proporcional al tiempo de adicción. Desde esta perspectiva, a menor tiempo de haber dejado de fumar mayor es el riesgo de volver a hacerlo, apareciendo el grupo de fumadores que presentan alguna afección grave relacionada con el tabaquismo como un grupo de especial interés médico (Espinosa y Roca, 2007, citado en Hernández, 2011). Lo anterior denota la necesidad de incluir a ambos grupos, tanto fumadores pasivos como activos, para garantizar la efectividad de los programas de prevención creados por los profesionales, haciendo énfasis en las personas más vulnerables, o sea, aquellas donde el riesgo se hace evidente.

Para atenuar la presencia de estos factores de riesgo se han descrito condiciones o entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y, en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables, las cuales han sido denominadas como factores protectores. Algunos autores los clasifican en 2 grupos, factores internos y externos (Martínez, 2006).

En el caso de la adicción tabáquica, estos factores protectores constituyen una fortaleza en la formación de una percepción de riesgo adecuada y consiguientemente contribuye a evitar el inicio o el mantenimiento del consumo de tabaco.

1.1.6 La percepción de riesgo del tabaquismo como factor clave en su prevención y tratamiento

Cuando se hace referencia al consumo tabáquico resulta importante mencionar los riesgos que intervienen en el proceso de elección efectuado por los consumidores, lo cual se asocia a la elevada incertidumbre generada sobre las consecuencias perjudiciales resultantes de dicha elección.

En el tema del hábito de fumar, la educación para la salud juega un importante papel, para lo que es primordial lograr la comunicación correcta del riesgo de fumar y con ello lograr la implicación de las personas en su erradicación. Para ello es oportuno diferenciar a partir de la comunicación del riesgo y su procedimiento el concepto de Percepción del Riesgo.

Según autores, el riesgo es construido socialmente y el individuo es quien lo percibe y valora. La comunicación del riesgo vista en este sentido es un proceso interactivo de intercambio de información y opiniones entre individuos, grupos e instituciones donde se involucran múltiples mensajes sobre el riesgo, su naturaleza o los arreglos legales o institucionales para el manejo del riesgo (Martín del Moral y Fernández, 1998).

La comunicación de riesgos busca informar al público y hacerlo participar en la toma de decisiones. Es una manera de retroalimentarse de las inquietudes, preocupaciones e información que estos pudiesen tener. Lo cual se logra al incrementar el nivel de las discusiones públicas alrededor de los riesgos mientras se comunica claramente qué se puede y qué no se puede hacer alrededor de un problema ambiental (Salvador, 1989).

Para que la comunicación de riesgos pueda cumplir con su propósito, la información transmitida debe contener cinco aspectos básicos:

- La naturaleza del riesgo
- El tipo de beneficios que pueden obtenerse al reducir el riesgo
- Las alternativas de solución disponibles
- La incertidumbre que existe acerca de los riesgos y beneficios
- Los aspectos de manejo de riesgo

Con estos elementos se puede entonces lograr una comunicación de riesgos efectiva, la cual genera un alto nivel de interés público en el problema, una aceptación pública de las soluciones que depende de la participación y el entendimiento, y un incremento de la probabilidad de encontrar una solución. Pero esto no es suficiente y muchas veces queda en un plano informativo. Para lograr un cambio de actitud y en especial

un trabajo consecuente en el tema es necesario lograr la implicación afectiva-volitiva de los sujetos, por lo que durante el proceso debe velarse por lograr tres funciones básicas:

Tabla 3. Funciones básicas de la percepción de riesgo.

Funciones	Descripción
Informativa	Brindar y recibir información, hábitos, actitudes y conductas.
Afectiva	Se intercambian estados de ánimo, emociones y afectos que se modifican en el proceso
Reguladora	El sujeto puede regular su propia conducta y a partir de las relaciones con los otros se establecen interacciones de poder que pueden ser simétricas o complementarias.

Fuente: Oria, D. (2004). *La Percepción del Riesgo del hábito de fumar, algo más que información. Sus implicaciones didácticas.*

En este sentido, además de los riesgos conocidos figuran otros derivados de las creencias equivocadas de los fumadores. Lo que deviene entonces a la baja percepción del riesgo de fumar y a la minimización del efecto nocivo sobre la salud (Suárez y Campos 2010).

En este punto, debe ser valorada entonces la estimación del riesgo, pues se desarrolla sobre la base de experiencias vividas, valores individuales y sociales, conocimientos adquiridos por los sujetos en relación a la temática, el control que pueda o no tener de la situación, así como características y causas del riesgo. Todos estos elementos condicionan y son condicionados a su vez, por la percepción que se tenga respecto a la problemática, expresándose de manera objetiva en el comportamiento.

Vale acotar que las actitudes influyen directamente en la percepción de riesgo. (Suárez y Campo 2010). Tal afirmación se devela a través de los mecanismos de negación empleados por las personas ante la presencia de riesgos o amenazas, los cuales actúan conjuntamente con actitudes que muestran un optimismo exagerado, constituyendo finalmente la expresión de una baja percepción de los riesgos.

Definiéndose la misma como: capacidad del individuo de reconocer los daños, efectos, el grado de susceptibilidad y consecuencias de una conducta y la severidad atribuida a ésta, en función de la cual se configuran los mecanismos de autorregulación para evitar la vulnerabilidad y asumiéndose comportamientos saludables.

La baja valoración de los peligros asociados al consumo se incrementa cuando las drogas legales se consideran sistemáticamente menos peligrosas que las ilegales, hecho legitimado por la misma sociedad, según lo destaca Becoña Iglesias (2002). La subjetividad también juega un papel importante en la percepción de riesgo, en tanto se concibe esta como el reflejo generalizado de un objeto o fenómeno de la realidad que deviene conscientemente en él, si bien su particularidad es que a la vez que refleja el objeto o fenómeno, se concientiza la amenaza que él representa para el individuo (Rubinstein, 1967).

Partiendo de este análisis, se coincide con lo expuesto por Zint (2001), al destacar la necesidad de “identificar los riesgos, interpretar las probabilidades, examinar la valoración del riesgo, evaluar las influencias psicológicas y sociales en el juzgamiento, asimismo la percepción de los riesgos. Se requiere entender además cómo son manejados éstos, aprender sobre las habilidades de procesamiento de la información y estimular acciones personales y sociales para minimizar los riesgos a la luz de los costos y beneficios”.

La comprensión de los mecanismos de funcionamiento del proceso de percepción de riesgo resulta hoy necesaria para entender a cabalidad la conducta humana, especialmente los comportamientos riesgosos, ya que una percepción disminuida de un riesgo puede aumentar la exposición al mismo. Por ello, debe considerarse ésta dentro de los factores que influyen en la exposición, tanto como el riesgo y su intensidad. Además de que existen factores que influyen en la misma y que determinan si el individuo acepta el riesgo o asume una conducta protectora.

En este sentido, según el OAD (2008) todas las sustancias legales e ilegales son de alto riesgo en el uso frecuente. Un estudio llevado a cabo comprobó que el grupo de

mayor riesgo o vulnerabilidad en relación en el consumo tabáquico es el de adolescentes y jóvenes, mostrándose una tendencia al incremento de la conciencia de riesgo o daño en la medida que aumenta la edad (citado en Beltrán, 2010).

Conjuntamente a lo expuesto con anterioridad, se hace pertinente señalar que las bases teóricas de las estrategias de la lucha del hábito de fumar adolecen en muchos casos de un visión integral del hombre y de una perspectiva interdisciplinaria del tema, exigiéndose ver a la salud como un proceso complejo y a la educación para la salud como un sistema de orientación que tiene entre sus tareas la de hacer consciente a las personas de los riesgos y prepararla para el cambio actitudinal como elemento esencia en la lucha contra este flagelo.

El tabaquismo muestra sus afectaciones a largo plazo y en ascenso, hasta llegar a ser el causante de varias enfermedades de diversa índole y de otras sintomatologías, lo que actúa a favor de niveles bajos en la percepción de riesgo entre las personas. De ahí que sea tan importante desmitificar y ofrecer información sobre la temática. Sin embargo debe trascenderse del plano informativo para lograr una adecuación de la percepción, y por consiguiente, promover conductas saludables en torno al hábito (citado en Beltrán, 2010).

Partiendo de este análisis, en el plano interventivo resultaría factible orientar la labor profesional respecto al tema de la adicción tabáquica desde enfoques preventivos y/o interventivos, en etapas tempranas de la vida para evitar que se consolide la adicción a la nicotina y que como resultado de ello aparezcan efectos dañinos para la salud.

1.1.7 Los jóvenes y el tabaquismo

El tabaquismo es uno de los problemas más frecuentes en adolescentes y jóvenes. Las ansias de experimentar y vivenciar nuevos sucesos por parte de los adolescentes, los convierten en blancos perfectos para caer en las manos de esta adicción. En este sentido, para los adolescentes y jóvenes el tabaco es concebido como una manera de iniciarse en la vida adulta (Tanguí, 2006). La edad al inicio del hábito de fumar es una variable de vital importancia que marca la precocidad y facilita el reconocimiento

de la tendencia al mantenimiento y/o aumento de la adicción. Durante esta etapa se produce la consolidación de la personalidad, y con ella de estilos de vida más o menos saludables.

Fumar, es una conducta socialmente aprendida, con diferencias individuales, familiares, económicas, culturales y sociales. En este sentido, resulta necesario destacar la importancia del entorno familiar y de amigos en la iniciación y mantenimiento del hábito (op.cit Salamanca Castaños, González Henrique, Cabrera de León, Bermúdez; Bol. Epid. 2001 y 2002; Allen 1993; Díaz 1998; Am. Lung Ass. 2003). Aquellos jóvenes que provienen de hogares donde nadie fuma tienen menor tendencia a fumar (op.cit. Salamanca Castaños, Bermúdez, Am. Lung. Ass. ; Bol. Epid. 2001). Los hermanos mayores así como los amigos fumadores del círculo íntimo, parecen tener una influencia mayor que los padres fumadores, en cuanto a la iniciación y mantenimiento del hábito.

La presión social de los amigos es un factor importante para iniciar este hábito, el cual se califica de forma diferente según sea hombre o mujer la persona que fuma. Muchos jóvenes se inician en el tabaquismo para imitar y/o ser aceptados por su entorno social (amistades). Se considera que siendo una etapa de crecimiento, la influencia de los otros es muy importante para definir la identidad de cada uno; y es en ese momento donde la mayoría de los adolescentes, se aproximan al tabaquismo para aparentar ser adulto, entre otras razones (Luccioli, Negri, Piña, Herrera 2004).

Por otro lado, los cambios que se generan en esta etapa de la vida, así como el hecho de que durante este periodo un gran número de jóvenes inicia sus estudios universitarios, atravesando por situaciones de gran exigencia intelectual, pueden convertirse en precipitantes de esta adicción. La ansiedad que desencadenan estudios y exámenes puede ocasionar que se inicie, consolide o aumente el hábito tabáquico (Luccioli, Negri, Piña, Herrera 2004). Estudios realizados al respecto indican (que el placer es uno de los principales motivos que tienen los sujetos para fumar, quienes relacionan su capacidad de concentración, rendimiento y productividad con el tabaco (Fernández, 2009).

Curiosidad natural, disponibilidad de cigarrillos, imitación de la conducta de padres, hermanos, amigos y familiares y deseo de aceptación social, son las causas fundamentales de iniciación al tabaquismo, cuando se encuentra en su etapa de experimentación. No debemos olvidar que el hábito de fumar es una epidemia con grave repercusión para la salud individual, familiar y social; y que los jóvenes fumadores tienen mucho más riesgo de consumir y adquirir adicciones al alcohol, marihuana, anfetaminas, cocaína y otras drogas (Fernández, 2009).

1.2 El tratamiento del tabaquismo como problema de salud

1.2.1 Beneficios que reporta la cesación tabáquica

Los beneficios resultantes de la cesación del hábito son visibles a corto y largo plazo, pues en muy poco tiempo muchos de los síntomas que aquejan al fumador van desapareciendo, asociados fundamentalmente a la circulación, normalización del pulso, la presión arterial y la respiración, entre otros. Además, provee mayor libertad, en tanto otorga más control sobre su vida y su economía.

El Reporte del Cirujano General de los Estados Unidos de 1990 concluyó que la persona que deja de fumar vive más años que los que siguen fumando, sin importar la edad en que se produjo el abandono. Desde esta perspectiva, expresa que los ex-fumadores muestran mejor calidad de vida que los que continúan fumando, apreciándose mejoras a largo plazo en el sistema cardiovascular y la función pulmonar, disminuyendo además el riesgo de desarrollar cáncer, entre otros.

Llegado a este punto del análisis en el que han quedado explícitas muchas de las causas por las cuales no se debería fumar y los beneficios que reportan la cesación del hábito, pareciera suficiente para disminuir el consumo de tabaco en la sociedad. Sin embargo, las estadísticas demuestran datos alarmantes que ponen en alerta a quienes velan por la salud y el bienestar humano.

1.2.2 Alternativas para el tratamiento del tabaquismo

A diferencia de épocas pasadas, hoy contamos con un gran número de tratamientos para dejar de fumar. Además de los ya clásicos tratamientos psicológicos, con más de 40 años de historia de efectividad, se ha desarrollado eficaces tratamientos farmacológicos, como la terapia sustitutiva de la nicotina y el bupropión; procedimientos de autoayuda como manuales de tratamiento, folletos y el consejo médico sistemático, como primera aproximación para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.

No obstante, es necesario saber cómo manejarlos adecuadamente, optimizando su utilización. En este sentido, es importante enfatizar en los aspectos más formales del tratamiento, como los relacionados con el proceso de dejar de fumar. El conocimiento de ambos es la clave del éxito o del fracaso en muchas de nuestras intervenciones. (Begoña, 2004).

El tratamiento psicológico del tabaquismo consiste en una intervención asistencial basada en modelos teóricos validados experimentalmente y desarrollados a través de la aplicación de técnicas y métodos propios de la Psicología. Su aplicación clínica requiere la intervención de un profesional de la Psicología debidamente acreditado (Labrador et al, 2003); posee como finalidad identificar, diagnosticar, orientar y ayudar a afrontar el malestar que está experimentando la persona que acude para realizar tratamiento en un momento de su vida, no sólo ayudándole a controlar los síntomas, sino aspirando a devolverle el equilibrio psicológico en la medida de lo posible. Los mismos, pueden llevarse a cabo de forma individual o en grupo; según las distintas necesidades.

De esta forma, puede realizarse un tratamiento para dejar de fumar en grupo, unido a sesiones asistenciales individuales. La intervención puede durar una o varias sesiones (p.ej., en situaciones de crisis o asesoramiento), varios meses (p.ej., en una terapia para dejar de fumar desde la orientación cognitivo-conductual, psicoterapia focal, terapia de aceptación y compromiso, etc.), hasta varios años. En el caso del

tabaquismo, el tratamiento psicológico tiene como objetivo superar la dependencia tabáquica y por tanto ayudar al paciente a conseguir y mantener la abstinencia.

En este sentido, el modelo cognitivo-conductual ha demostrado ser uno de los tratamientos más efectivos de todos los estudiados hasta el momento mediante diseños experimentales controlados (Becoña, 2004). Este modelo conceptual ha aportado diversas técnicas de probada eficacia, entre las que se destacan: el entrenamiento en control de estímulos, la reestructuración cognitiva, y la técnica de (re)solución de problemas.

La técnica de control estimular se inicia con un análisis funcional de la conducta de fumar para estudiar, en cada paciente, las interacciones y el comportamiento de estímulos y refuerzos relacionados con el uso del tabaco (Ferster et al. 1962). A partir de este diagnóstico, se propone a cada persona ejercicios de control de estímulos acorde a sus características. Pese a lo que a veces se cree, la aplicación de esta técnica requiere ir más allá de ayudar a los pacientes a reconocer los estímulos asociados al consumo, misión ésta que deberían realizar todos los profesionales.

Por su parte, en la “reestructuración cognitiva”, (Ellis, 1973; Beck, 1979) se pretende proporcionar herramientas psicológicas al paciente para que modifique sus esquemas de pensamiento y se vea a sí mismo y al mundo de manera más realista. Por lo tanto, se trata de una técnica que ayuda a cambiar la percepción de la realidad.

Esta aproximación terapéutica no se limita a aclarar o modificar ideas erróneas sobre el tabaquismo, como a veces se cree. Si un paciente tiene falsas ideas sobre el tabaquismo, todo profesional sanitario tendrá que dominar diferentes estrategias para poder reorientarlas y lograr así que el fumador tenga información, expectativas y pensamientos más ajustados a la realidad. Sin embargo, estas intervenciones no constituyen un tratamiento de “reestructuración cognitiva”.

En el caso de la técnica de “solución de problemas”, trata de flexibilizar la forma en que las personas se enfrentan a las dificultades. En función de cada persona, y su tendencia a la hora de enfrentarse a los problemas, el profesional de la Psicología

tendrá que realizar un abordaje distinto. Por tanto, se requiere una aproximación más allá del simple planteamiento de conductas alternativas frente al deseo de fumar (D´Zurilla et al., 2006).

En los últimos años, la Psicología ha aportado nuevos enfoques, llamados de tercera generación como la terapia de aceptación y compromiso, basada en el esclarecimiento de valores personales como motor de cambio del comportamiento. La investigación en el marco de esta terapia ha proporcionado un conjunto de herramientas eficaces (Páez et al., 2006). En sentido general, un tratamiento especializado tendrá como objetivo promover la abstinencia del consumo de tabaco cuando las intervenciones breves no han funcionado o en aquellas personas en las que es urgente dejar de fumar.

La evidencia acumulada durante más de medio siglo de investigación en este campo, indica que muchos de estos pacientes necesitan una mayor dedicación de tiempo y requieren una aproximación clínica, estructurada y multicomponente (World Health Organization, 1992; American Psychiatric Association, 1996; American Psychiatric Association, 2000; Fiore, et al., 2008; Camaralles et al., 2008). Por ello, el tratamiento especializado integra varios componentes que deben ser administrados de forma combinada y ajustada a las necesidades de cada caso.

Dichos componentes pueden resumirse en counselling, terapia farmacológica, fomento del apoyo social adecuado y tratamiento psicológico (que al menos debe incluir técnicas de control de estímulos, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y estrategias de prevención de recaídas) (American Psychiatric Association, 1996; World Health Organization Regional Office for Europe, 1999; Chambless et al., 2001; Herrero et al., 2004; Becoña, 2006).

El enfoque multicomponente presenta una alta eficacia entre un 30 y el 50% de abstinencia al año de seguimiento, sin que se hayan encontrado diferencias significativas en los resultados obtenidos cuando el tratamiento se administra de forma individual o grupal. En cambio, sí se evidencia una relación dosis - respuesta entre la intensidad de la intervención y la tasa de abstinencia obtenida (Schwartz,

1987; Lando, 1993; NICE, 2002; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2004; Stead et. al., 2005; Fiore, et al., 2008; Camarelles et al., 2008; Sánchez, 2009).

Los entornos clínicos apropiados para la puesta en práctica de este tipo de tratamiento requieren de un equipo multidisciplinar debidamente formado y con suficiente motivación y disponibilidad horaria para aplicarlo. Es decir, se requiere un equipo multidisciplinario, con formación específica en tratamiento del tabaquismo y sensible a las funciones asistenciales propias de cada especialidad (Jiménez et al., 2001; Herrero et al., 2004; Becoña, 2006; Álvarez et al., 2006; Camarelles et al., 2008).

Por tanto, se considera que la clave para evitar las recaídas es el seguimiento, para alentar a los que permanecen sin fumar e identificar los factores que amenazan la abstinencia. Las intervenciones que tienen éxito se han elaborado para prevenir el fumar entre las personas más jóvenes; sin embargo los esfuerzos son escasos por crear y evaluar programas orientados específicamente a adolescentes, sobre los que el trabajo preventivo así como interventivo debería jugar un papel crucial con vistas a prevenir o eliminar una posible dependencia futura.

Especial relevancia adquiere esta perspectiva del tema en las universidades, en tanto se reconoce el contexto universitario como un espacio orientado no solo a la formación profesional y de valores morales, sino también proyectado al desarrollo integral del ser humano para una mejor calidad de vida (Hernández, 2011).



Capítulo II

Capítulo 2. Fundamentación Metodológica

2.1 Diseño de la investigación

En correspondencia con los objetivos planteados en el diseño de la investigación se asume la metodología establecida para el diseño y evaluación de programas (Fernández- Ballesteros, 1997). En este sentido, Fernández Ballesteros (1992) plantea que un programa es un conjunto específico de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas. Resaltar que la presente definición de programa tiene como principal característica su previa especificación y diseño así como que el ser implementado coordinadamente.

La metodología de evaluación de programas supone establecer diferentes juicios valorativos sobre el Programa (Anexo 20). Así, la OMS (1981) se ha ocupado de seis formas de examinar el valor de un programa. Ellos son: pertinencia, suficiencia, progreso, eficiencia, eficacia y efectividad.

En este sentido, se hace pertinente demarcar que el presente estudio abarca los dos primeros juicios valorativos, en tanto es objetivo de la investigación llevar todo el proceso investigativo hasta el diseño de un Programa de intervención psicológica para la cesación tabáquica en estudiantes universitarios.

- **Pertinencia:** Puede ser definida como la medida en la cual un programa responde a unas necesidades concretas de la población.
- **Suficiencia:** Es la medida en la cual las acciones establecidas pueden ser suficientes y adecuadas para conseguir los propósitos que se persiguen.

2.2 Concepción metodológica

La presente investigación se sustenta metodológicamente en el enfoque mixto de investigación. Este enfoque nos ofrece la posibilidad de recoger, analizar y vincular

datos tanto cualitativos como cuantitativos, utilizando ambas visiones para responder al problema de investigación y sustentándose en las fortalezas de cada uno de ellos. Permite además lograr una perspectiva más precisa del fenómeno en estudio, brindando una percepción holística y completa de este (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2006). Por todas estas características este enfoque se traduce en “mayor amplitud, profundidad, diversidad, riqueza interpretativa y sentido de entendimiento” (Hernández et al., 2006, p.756).

2.3 Etapas de la investigación

Atendiendo al tema y sus especificidades, la investigación quedó estructurada en dos etapas:

- I Etapa: Se realiza un estudio exploratorio descriptivo para evaluar la percepción de riesgo que en relación al tabaquismo poseen estudiantes universitarios fumadores y caracterizar el comportamiento del hábito tabáquico en los mismos.
- II Etapa: Tomando como precedente los resultados obtenidos en la fase anterior, se determinan los objetivos, los parámetros e indicadores a seguir para el diseño y la estructuración del Programa de intervención psicológica para la cesación del hábito tabáquico en jóvenes universitarios.

2.4 ETAPA I

Luego de realizada una amplia y actualizada revisión bibliográfica del tema se constata que no se cuenta con instrumentos validados en nuestro medio para la evaluación psicológica del tabaquismo. Por esta razón, se hizo necesario dar inicio al proceso de validación de 5 instrumentos que han sido empleados y publicados en diversas Guías psicoeducativas. Ellos fueron, el Cuestionario “Razones para fumar”, Cuestionario de estadíos de cambio de Prochaska y Diclemente, Escala de síntomas de abstinencia a la nicotina, Test sobre dependencia a la nicotina de Fargerstorm y Cuestionario sobre el comportamiento del consumo tabáquico. Para desarrollar este proceso se procedió a la aplicación de los mismos a un total de 500 personas fumadoras procedentes de las provincias centrales (Villa Clara, Cienfuegos, Santi Spiritus, Ciego de Ávila y Camaguey).

Inicialmente se llevó a cabo una validación de contenido, para lo cual se sometió a la evaluación de 10 expertos quienes emitieron consideraciones positivas y recomendaron sustituir el empleo de “cigarrillos” por cigarros” por considerar que su uso es más generalizado en nuestro medio; cuestión que fue considerada y se procedió a realizar esta modificación.

Posteriormente, con el objetivo de evaluar la confiabilidad de las pruebas, se aplicaron a 500 personas fumadoras, utilizándose el estadístico de Alpha de Crombach. Lo anterior permitió la obtención de resultados satisfactorios a través de los análisis de fiabilidad. Ejemplo de ello se evidencia (0.9926) en la Evaluación de Estadios de Cambio, (0.9403) en Razones por las que Fumo, (0.9901) al Cuestionario sobre el comportamiento de consumo de tabaco, (0.9983) en Escala de síntomas de abstinencia y (0.9932) en el Test de Fagerstrom, apreciándose de esta forma como los instrumentos seleccionados son fiables para la investigación (Ver Anexo 2). Se hace necesario precisar que no fue posible calcular la validez concurrente por no disponerse de otros instrumentos validados en nuestra población para contrastar los resultados. No obstante, los resultados preliminarmente obtenidos avalaban la pertinencia de su empleo a los fines de la presente investigación, lo que además daría la posibilidad de dar continuidad a su validación contrastando los hallazgos obtenidos entre las propias pruebas aplicadas.

2.4.1 Tipo de estudio desarrollado en la Etapa I

En esta etapa se realizó además un estudio exploratorio- descriptivo no experimental (Ex-Post-Facto), de tipo transversal en tanto responde a una necesidad práctica del contexto universitario. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de las personas, grupos o comunidad o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Madrigal, 2006, citado en Balsa y Barreira, 2008). Se contemplan de manera independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver, aunque pueden integrar las mediciones de cada una para describir cómo se manifiesta un fenómeno de interés (citado en Cárdenas, 2011).

2.4.2 Selección y descripción de la muestra de la Etapa I

La presente investigación se desarrolla en la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, en el periodo comprendido entre enero y junio de 2012.

A partir de los datos registrados en el Informe estadístico de la Comisión Universitaria de prevención se pudo constatar que la mayor incidencia de la problemática del tabaquismo se ubica en las carreras de Ciencias Técnicas. Por otro lado, considerando la importancia de intervenir tempranamente se decide realizar la investigación con los estudiantes de primer año de estas carreras, los cuales se encuentran en el campus del Colegio Universitario de Formación Básica (CUFB).

La población universitaria ubicada en el CUFB está integrada por un total de 590 estudiantes, que cursan el primer año de 9 carreras (todas son ingenierías). De ellos el 65,08% son del sexo masculino (384 estudiantes) y el 34,92% del femenino (206 estudiantes).

Tabla 4. Población estudiantil universitaria del CUFB. Universidad Central Marta Abreu de Las Villas. Curso escolar 2011 – 2012.

Carreras	Masculino	Femenino	Total
	No.	No.	No.
Eléctrica	77	8	85
Informática	19	13	32
Ingeniería civil	46	45	91
Industrial	31	66	97
Hidráulica	17	10	27
Automática	37	6	43
Telecomunicaciones	42	19	61
Mecánica	82	11	93
Química	16	21	37
Total	384	206	590

Fuente: Matricula oficial Población estudiantil universitaria del CUFB. Universidad Central Marta Abreu de Las Villas. Curso escolar 2011 – 223012.

Los criterios empleados para la selección muestra fueron:

Criterios de inclusión:

- Estudiantes pertenecientes al primer año de las carreras del Colegio Universitario de Formación Básica.
- Jóvenes fumadores.
- Consentimiento informado de los estudiantes universitarios.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes universitarios que no desearan participar en la investigación.

De un total de 590 estudiantes, la población de estudiantes fumadores activos corresponde a 53 y todos manifestaron su consentimiento para participar en la investigación. De ellos, 23 eran del sexo femenino y 30 del masculino. El rango de edad osciló entre 18 y 20 años.

En relación a la distribución de estudiantes fumadores por carreras, los datos más significativos se evidencian en las carreras de Ingeniería Eléctrica (27%), Telecomunicaciones (26%), Ingeniería Mecánica (25%), Ingeniería Civil (29%) e Ingeniería Industrial (34%). En cuanto al estado civil, hubo un predominio de sujetos solteros (47,2%). Mientras que la distribución muestral según el color de la piel mostró predominancia en los de color blanco para un 75.5%, seguido del color mestizo (15.1%) y en menor medida el color negro (9.4%).

2.4.3 Descripción de las técnicas empleadas en la Etapa I

Con la finalidad de dar cumplimiento a las tareas científicas 1 y 2 de la investigación, se emplearon los siguientes instrumentos:

- Revisión de documentos oficiales.
- Entrevista semi- estructurada.
- Cuestionario sobre el comportamiento de consumo tabáquico.
- Encuesta sobre conocimiento y percepción de riesgo del tabaquismo.
- Cuestionario “Razones para fumar”

- Test de Fagerstrom de dependencia a la nicotina.
- Evaluación de estadios de cambio.
- Escala de síntomas de abstinencia.

La descripción de las técnicas aplicadas se presenta a continuación:

➤ Revisión de documentos oficiales.

Descripción: Consiste en la revisión y análisis de documentos. Es importante en cualquier investigación durante la exploración para obtener una información inicial que permita la elaboración del diseño investigativo. También puede ser fuente complementaria o de comprobación de datos obtenidos por otros métodos y/o instrumentos.

Objetivos:

- Obtener información preliminar en relación al comportamiento del tabaquismo en el Colegio Universitario de Formación Básica.

Procedimiento: Se realiza la revisión de documentos oficiales, con el objetivo de profundizar en datos generales que posibiliten establecer generalizaciones sobre los sujetos. Los documentos revisados fueron los siguientes: Carpeta de Matrícula por Facultad, Carreras y Años de estudio (2011 - 2012) en el Departamento de Estadística del Colegio Universitario. Las cifras asociadas a la matrícula general del Centro se obtuvieron mediante los modelos oficiales del Departamento de Estadística y planificación del centro. Otro documento consultado fue el Informe estadístico de a Comisión de prevención del CUFB el cual contiene el diagnóstico de los fumadores.

Materiales: Papel y lápiz. (Anexo 3)

➤ Entrevista semi - estructurada inicial.

Descripción: Es una conversación comprendida en una interacción verbal y no verbal. Indistintamente de la diversidad de entrevistas que existen, en la investigación utilizaremos la semiestructurada, a partir de un protocolo elaborado con anterioridad, en función de la pertinencia de la investigación, con el objetivo de utilizar un

instrumento que proporcionara información valiosa de los sujetos evaluados acerca de la problemática, pero ofreciendo grados de libertad al entrevistado en las respuestas que ofrece sobre el tema abordado. En el caso de la entrevista aplicada a estudiantes fumadores, la misma es reajustada por los autores para la presente investigación (Pedraza y Hernández 2012).

Objetivos:

- Obtener datos generales sobre los sujetos.
- Obtener el consentimiento informado de los participantes.
- Informar sobre los objetivos de la investigación.
- Establecer una relación empática con los participantes.
- Indagar cómo se comporta la problemática en los sujetos de estudio.

Procedimiento: Se pretende evaluar información de forma general sobre los sujetos, en tanto estos sean capaces de responder espontánea y sinceramente a las preguntas previamente elaboradas en la técnica. Se explica que deben marcar en cada pregunta el valor que defina la manera en que experimentan los mismos.

Materiales: Protocolo de la entrevista, papel y lápiz (Anexo 4)

Calificación: El análisis se realiza de forma cualitativa, aunque se pueden efectuar análisis de frecuencia.

➤ Cuestionario sobre comportamiento de consumo tabáquico.

Descripción: Debido a los intereses de la investigación, se hace necesaria la utilización del instrumento, el cual posibilita conocer el comportamiento del consumo en los jóvenes fumadores. El cuestionario consta de 11 ítems con respuestas de sí o no y establecimiento de escalas. Al no estar validado para la población cubana, fue pertinente realizar un estudio piloto con 500 personas para obtener la confiabilidad de la técnica. En función de ello se obtuvieron resultados significativos que posibilitaron la utilización de los mismos en el estudio.

Objetivo: Explorar el comportamiento del consumo tabáquico en los estudiantes encuestados.

Procedimiento: Se pretende conocer el comportamiento del consumo tabáquico en los sujetos, en tanto estos sean capaces de responder espontánea y sinceramente a las preguntas previamente elaboradas en la técnica. Se explica que deben marcar en cada pregunta el valor que defina la manera en que experimentan los mismos.

Materiales: Protocolo del cuestionario, papel y lápiz (Ver Anexo 5)

Calificación: El análisis se realiza de forma cuantitativa a partir de un análisis de frecuencia, aún cuando se puede realizar un análisis cualitativo.

➤ Encuesta sobre conocimiento y percepción de riesgo del tabaquismo.

Descripción: La encuesta fue reajustada por los autores Hernández, Laffita y Molerio (2011) a partir de la propuesta de Rodríguez (2009). Consta de 9 preguntas.

Objetivos:

- Explorar el nivel de conocimiento y la percepción de riesgo que poseen los jóvenes universitarios sobre el tabaquismo, sus causas, riesgos y consecuencias.

Procedimiento: Consiste en que cada sujeto responda cada pregunta en función del grado de conocimientos, la percepción de riesgo que posee sobre el fenómeno, y el criterio personal (vivencial) sobre el hábito tabáquico.

Materiales: Protocolo de la encuesta, papel y lápiz (Anexo 6)

Calificación: El análisis se realiza de forma cualitativa, aunque se pueden efectuar a través de un análisis de frecuencia.

➤ Cuestionario “Razones para fumar”

Descripción: El cuestionario ha sido utilizado en la “Guía Clínica para ayudar a los fumadores a Dejar de Fumar”, por el autor Elisardo Becoña Iglesias (2004), el mismo fue diseñado con el objetivo de identificar las razones en el orden psicológico, por las cuales fuman los sujetos. La técnica ofrece diferentes escalas de los motivos por los que fuman las personas; a las cuales se llega mediante una sumatoria.

Objetivo:

- Identificar motivos por los cuales fuman los jóvenes universitarios.

Procedimiento: Consiste en que los individuos evalúen los motivos por los cuales fuman en una escala de 1 a 5, donde: 1) Nunca, 2) Raramente, 3) Ocasionalmente, 4) Con frecuencia y 5) Siempre.

Materiales: Protocolo de la prueba y lápiz (Anexo 7).

Calificación: Se suman las tres puntuaciones que el sujeto haya puesto en cada línea, para obtener un total en este sentido. Cada total le proporcionará su posición a cada una de las posibles razones por las que fuma. Las puntuaciones totales pueden ir del 3 al 15. Puntuaciones de 11 o más, indican que esta categoría describe de forma importante las razones por las que continúa fumando. Su análisis se realiza de forma cualitativa, aunque también pueden realizarse análisis de frecuencia. Una vez realizado la sumatoria de los ítems, se procede a interpretar la misma y enmarcarse en una categoría, de las 6 que se establecen:

- Estimulante.
 - Refuerzo gestual.
 - Placer - relajación.
 - Reducción estados negativos.
 - Adicción.
 - Automatismo.
- Test de Fagerstrom de dependencia a la nicotina.

Descripción: El cuestionario ha sido utilizado en la “Guía Clínica para ayudar a los fumadores a Dejar de Fumar”, por el autor Elisardo Becoña Iglesias (2004), con el objetivo de cuantificar el grado de dependencia de la nicotina de un fumador. El instrumento consta de una escala de 6 preguntas que permite conocer el nivel de dependencia a la nicotina. La escala de Fagerstrom es la escala más frecuentemente

utilizada para valorar la dependencia (Fagerstrom 1978). Consiste en una serie de ítems que se refieren al comportamiento dependiente del tabaco.

Objetivo:

- Identificar el grado de dependencia a la nicotina por parte de los fumadores.

Procedimiento: Los sujetos deben evaluar cada pregunta y marcar la respuesta en función de las opciones que ofrece cada una de las escalas.

Materiales: Protocolo de la prueba y lápiz (Anexo 8)

Calificación: La puntuación total predice los posibles problemas de abstinencia que puede tener la persona que deja de fumar (Fagerstrom 1980). Si la puntuación de dependencia es superior a 6 (Fagerstrom et al. 1991) está indicado iniciar el tratamiento con sustitutos de nicotina. Una vez sumada la puntuación, se enmarca el resultado dentro de las tres escalas que se ofrecen, entre 2-4: Baja dependencia de la nicotina. Puede dejar de fumar por sus propios medios; 4-6: dependencia media, quizás necesite ayuda; y más de 6: Alta dependencia, necesita ayuda profesional para dejar de fumar. La calificación se hace de forma cualitativa y también pueden realizarse a través de un análisis de frecuencia.

➤ Evaluación de estadios de cambio.

Descripción: El cuestionario de los estadios de cambio fue formulado por Prochaska y DiClemente, y utilizado en la “Guía Clínica para ayudar a los fumadores a Dejar de Fumar” por el autor Elisardo Becoña Iglesias (2004). Es considerado como uno de los mejores métodos en la actualidad para conocer la motivación de los fumadores para el abandono tabáquico. La técnica consta de 4 ítems con respuestas de sí o no.

Existen cinco estadios de cese del hábito: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento, ya descritos previamente (Prochaska y DiClemente, 1983; Prohaska et al. 1985). Estos estadios pueden darse varias veces en el mismo fumador ya que habitualmente se producen recaídas y varios intentos

para volver a dejar el tabaco de forma repetida, incluso muchos de ellos lo han intentado varias veces antes de poder dejarlo.

Objetivo:

- Conocer el grado de motivación de los sujetos ante el abandono del cigarro.

Procedimiento: Consiste en que los individuos evalúen en una escala de si o no, sus intenciones para el abandono tabáquico, en función de los cuatro ítem que se ofrecen.

Materiales: Protocolo de la prueba y lápiz (Anexo 9).

Calificación: Las puntuaciones obtenidas le facilitarán comprender la motivación que cada sujeto tiene ante el abandono del cigarro. En función de la respuesta los autores consideran una serie de estadios:

- Pre-contemplación: los que no tienen intención de dejar de fumar (habitualmente evaluado para los próximos 6 meses)
- Contemplación: los que afirman que tiene la intención de dejar de fumar en los próximos 6 meses.
- Preparación para la acción: los que afirman que tienen la intención de dejar de fumar en los próximos 30 días y han hecho un intento serio de abandono en el último año, estando al menos un día abstinentes en el año previo.
- Acción: ha dejado de fumar al menos durante 24 horas y menos de 6 meses.
- Mantenimiento: son los que llevan más de 6 meses sin fumar y menos de 5 años.
- Finalización: Son los que llevan más de 5 años sin fumar, no les apetece. La calificación se puede hacer también de forma cualitativa.

➤ Escala de síntomas de abstinencia.

Descripción: El cuestionario ha sido utilizado en la “Guía Clínica para ayudar a los fumadores a Dejar de Fumar”, por el autor Elisardo Becoña Iglesias (2004), con el objetivo de evaluar los síntomas de abstinencia vivenciados por los sujetos durante el último tiempo en que no se exponen a fumar.

Objetivo:

- Evaluar los síntomas de abstinencia vivenciados por los sujetos durante el último tiempo.

Procedimiento: El cuestionario consiste en que los sujetos marquen en una escala del 0 al 3 (0-Mucho. 1-Bastante. 2-A veces. 3- Nunca), aquellos síntomas o sensaciones que se le ofrecen en la técnica y las cuales haya notado durante la última semana.

Materiales: Protocolo de la prueba y lápiz (Anexo 10).

Calificación: Para ello se suman las puntuaciones obtenidas y en función de la sumatoria, se determina el grado de malestar reflejado por los sujetos. La calificación se hace de forma cualitativa y también pueden realizarse a través de un análisis de frecuencia.

2.4.4 Procedimientos de la Etapa I

Inicialmente se establecieron las coordinaciones necesarias para el desarrollo de la investigación con la dirección instituciones, formulando los objetivos y particularidades de la misma y se obtuvo el consentimiento informado. Creadas las bases para iniciar el trabajo se tuvo un contacto preliminar con la responsable de prevención del CUFB y se realizó la revisión del informe estadístico. Posteriormente se procedió a la aplicación de los instrumentos y técnicas en dos sesiones de trabajo.

➤ Sesión 1.

- Entrevista inicial.
- Encuesta sobre conocimiento y percepción de riesgo del tabaquismo.
- Cuestionario sobre el comportamiento de consumo tabáquico.

➤ Sesión 2.

- Cuestionario “Razones para fumar”
- Escala de síntomas de abstinencia.

- Test de Fagerstrom de dependencia a la nicotina.
- Evaluación de estadios de cambio.

2.5 ETAPA II

A partir de los resultados obtenidos en la Etapa I, se procedió a la elaboración del diseño de un programa de intervención psicológica para contribuir a la cesación del hábito tabáquico en estudiantes universitarios, lo cual constituyó la tarea científica central de esta etapa.

2.5.1 Procedimientos de la Etapa II

Una vez diseñado el “Programa de intervención psicológica para la cesación del hábito tabáquico en estudiantes universitarios”, se sometió a la evaluación por parte de 10 especialistas con experticia en el tema.

2.5.2 Descripción de la muestra en la Etapa II

La muestra de especialistas encuestados estuvo conformada por 10 profesionales con formación en Psicología. Para su selección se tuvieron en consideración los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Experiencia profesional en programas de intervención en problemas de salud.
- Motivación hacia el tema objeto de estudio.
- Consentimiento informado para la realización de la demanda.

Criterios de exclusión:

- Profesionales con experiencia profesional en el área que no desearan participar en la investigación.

De esta manera, la muestra de profesionales encuestados se describe a continuación:

- Especialidad de formación:
 - Psicología: 8
 - Medicina: 1

- Enfermería: 2
- Según experiencia profesional:
- Según años de graduado:
 - 20 años o más: 3
 - 10 años o más: 4
 - 5 años o más: 3
 - Menos de 5 años: 1
- Según experiencia en el trabajo en grupo.
 - Si: 10.
 - No:

2.5.3 Técnicas empleadas en la Etapa II

➤ *Autorregistro del comportamiento de consumo.*

Es un autorregistro elaborado por la autora para la presente investigación. Se aplica con el objetivo evaluar el nivel de progreso en cuanto al control del comportamiento de consumo, con énfasis en la frecuencia del consumo, el grado de control de la dependencia, la presencia de síntomas de abstinencia y el manejo de los precipitantes del consumo. Lo esencial del mismo es que ofrece información adecuada sobre los parámetros de la conducta de fumar, así como de las condiciones en que ocurre y las consecuencias que le siguen. En la segunda sesión del Programa se le entrega este Modelo a los pacientes, enfatizando en su significación, se les explica como llenarlo diariamente y se les pide que lo traigan a cada sesión de manera que se va obteniendo como resultado un gráfico sobre la tendencia de cambio en el comportamiento de consumo en la medida que avanzan las sesiones. Se resalta la necesidad de que sean autocríticos y sinceros. El análisis se realiza de forma cualitativa en función del nivel de cambios que pueden aparecer en el comportamiento de consumo del sujeto. No obstante, a nivel grupal se realiza un análisis de frecuencia. (Anexo 18)

➤ *Modelo evolutivo del paciente.*

Es un Modelo que ha sido confeccionado por la autora del trabajo, con el objetivo de realizar un seguimiento evolutivo del paciente durante la implementación del

Programa (Anexo 19). Es llenado por el terapeuta y su colaborador al concluir cada sesión a partir de la observación y el registro del desarrollo de la misma. Su análisis se realiza de forma cualitativa.

➤ *Cuestionario de satisfacción del usuario del Programa de intervención psicológica.*

Es una técnica elaborada por la autora para los fines investigativos que permite explorar los niveles de satisfacción que sobre la experiencia vivencian los estudiantes que participaron en el Programa, precisando su valoración sobre el aporte de las técnicas empleadas en el mismo (Anexo 31). Su calificación se realiza de forma cualitativa aunque a nivel grupal se realiza el análisis cuantitativo de frecuencias con vistas al perfeccionamiento del mismo.

➤ *Cuestionario sobre el Juicio de Especialista.*

Fue diseñada a los efectos de la investigación con el objetivo de conocer los criterios valorativos que sobre el programa emitirían los profesionales con experticia en el tema. La misma constó con 6 ítems de formato cerrado dirigidos a evaluar en una escala de 1 a 3 los siguientes parámetros: pertinencia, calidad en la elaboración del programa, idoneidad del programa, coherencia entre los temas abordados, cumplimiento de los objetivos, satisfacción con el diseño y aplicabilidad del programa. Además se incluyó una pregunta de formato abierto en la que los expertos podían ofrecer recomendaciones para su perfeccionamiento (Anexo 33). Su calificación se realizó cuantitativamente a nivel de grupo y las recomendaciones fueron valoradas cualitativamente.

2.6 Procesamiento de los datos

El sistema de procesamiento de los datos en la investigación se realizó según los criterios propios de calificación e interpretación de cada técnica aplicada. Los resultados arrojados fueron analizados cualitativa y cuantitativamente, ajustándose a los beneficios del paradigma de investigación mixto. En tanto, para el caso de las preguntas abiertas, con el propósito de complementar los resultados obtenidos del análisis estadístico matemático, se realizaron interpretaciones cualitativas de los mismos, que hicieron más profundos y esclarecedores los resultados.

Respondiendo a la perspectiva cuantitativa los datos obtenidos fueron procesados por el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 16.0 para Windows. Se describieron los datos teniendo en cuenta la distribución de frecuencias de cada una de las categorías correspondientes a las variables para la elaboración de tablas y gráficos, así como para la discusión de las mismas. Asimismo, se aplicó la prueba no paramétrica Chi - cuadrado (X^2) en variables nominales para evaluar la independencia entre las categorías y las variables valoradas en el estudio (nivel de conocimientos, percepción de riesgo), calculándose el estadístico X^2 a través de una tabla de contingencia o tabulación cruzada (resultado de la comparación de la frecuencia absoluta y la esperada). De igual manera, se utilizaron pruebas no paramétricas para dos muestras independientes aplicándose la Prueba de Mann-Whitney para variables ordinales. En todos los casos se estableció como resultado significativo aquel donde el valor de “p” sea menor que 0,05. Los resultados arrojados del análisis se ilustraron en tablas y gráficos, haciendo interpretaciones cuantitativas y cualitativas de los datos. (Ver anexo 2)

2.7 Principios éticos que rigen la investigación

La investigación se llevó a cabo teniendo en cuenta los principios éticos de la ciencia, en general, y de la Psicología, en particular. En este sentido, se les explicó a los sujetos participantes en la investigación, los objetivos, intenciones y alcance de la misma, con lo cual se obtuvo una mayor motivación de estos, demostrado en su consentimiento para vincularse a la experiencia investigativa. Además, fue respetada la confidencialidad de toda la información referida por los sujetos, y se les hizo saber que no se identificarían en ningún momento y bajo ninguna circunstancia su identidad y/o datos personales.



Capítulo III

Capítulo 3. Análisis de los Resultados

En este capítulo se presentan los principales resultados obtenidos partiendo del problema científico y los objetivos que rigen la investigación. En este sentido, los mismos se organizan en dos epígrafes:

- Análisis integral de los resultados de la Etapa I.
- Análisis integral de los resultados de la Etapa II

3.1 Análisis de los resultados de la Etapa I

La presente etapa de investigación estuvo orientada a explorar los datos generales de los sujetos, el nivel de conocimientos que poseen sobre el tabaquismo, el nivel de dependencia a la nicotina y la percepción de riesgo que poseen en torno a esta problemática. Para ello se emplearon un conjunto de técnicas de recogida de información, las cuales arrojaron los resultados que se exponen a continuación.

Se realizó una **entrevista psicológica inicial** a los estudiantes vinculados a la experiencia investigativa con el objetivo de realizar una caracterización general de los mismos, precisar cuestiones relacionadas con su estado de salud mental y en particular sobre el comportamiento de consumo de tabaco.

La entrevista inicial fue aplicada a 53 estudiantes fumadores, pertenecientes a diferentes carreras del centro de estudios (Colegio Universitario). Los datos sociodemográficos obtenidos fueron relativamente similares en todos los casos, en este sentido, se aprecian edades comprendidas entre los 18 y 20 años, primando sujetos del sexo masculino.

En cuanto al estado civil, existe un predominio de sujetos solteros (47,2%), lo cual se relaciona, entre otros aspectos, con las nuevas transformaciones que experimentan los adolescentes y jóvenes a nivel emocional, tornándose aún incongruentes debido a la inmadurez con que se proyectan en algunos casos. Lo anterior se deriva de algunos de los motivos por los cuales también se inician en el hábito tabáquico, entre los que se destacan la búsqueda de aceptación social por parte de sus iguales, el proyectar hombría y lucir más atractivos y maduros.

Los datos antes mencionados coinciden con los hallazgos encontrados en la literatura científica revisada, donde se plantea que durante estas edades los individuos son más proclives a incurrir en el hábito, debido a diferentes factores de carácter social e individual que trae consigo el tránsito de la etapa y los cambios a los que son sujetos.

Al indagar sobre la percepción de la familia y el grupo de amigos sobre el comportamiento de estos en relación al cigarro, expresaron en torno al primero no constituir un problema para los mismos pues la mayoría de ellos proviene de entornos familiares donde se ha promovido tal conducta, muy similar en cuanto al grupo de amigos, aunque en este sentido expresaron que en reiteradas ocasiones al estar en contextos rodeados de fumadores pasivos, se limitaban para evitar comentarios adversos a ellos, por este motivo.

Al abordar temas directamente dirigidos sobre el **comportamiento del consumo tabáquico**, se evidencio como en relación al momento de inicio de consumo del cigarrillo, existió un predominio de sujetos que lo iniciaron entre los 16 y 21 años (69.8%), seguidamente de los que comenzaron entre los 10 y 15 años (28.3%). A partir de lo anterior, se evidencia que generalmente la iniciación se asocia con el inicio de los estudios universitarios. Un 45,3% de los sujetos investigados refiere que comenzó a fumar entre 1 y 5 años atrás. (Ver Anexo 6) (Gráfico 1)

Se pudo constatar la influencia de los patrones familiares de consumo, en tanto un 18.9% de los estudiantes reconocen que ambos padres fuman y un 22.6 % identifican como fumadores a otros familiares con quienes conviven.

Al indagar sobre la modalidad en la que prefieren fumar prevale el cigarrillo (92.5%) y en menor medida el tabaco (7.5%). Mientras que en relación con la frecuencia del consumo el 37,7% refiere que fuma más de 20 cigarrillos diariamente, siendo predominante en este último aspecto el sexo masculino (28.27%). En relación a la cantidad de años que llevan fumando, resalta entre 1 y 5 años lo que representa un 45.3%. (Ver Anexo 6) (Gráficos 2 y 3)

Resulta interesante precisar que un 30, 2% de los estudiantes investigados habían realizado intentos por abandonar el cigarro, sin que lo hubiesen logrado ni siquiera temporalmente. Entre los métodos más utilizados se encuentran la reducción de

cigarrillos (47.2%) y el cambio de actividad (18.9%). En este sentido, en la literatura científica se señala que en estas etapas iniciales de la adicción, los sujetos son más vulnerables a recaer y por ello se recomienda la ayuda especializada.

Por último, se abordaron aspectos relacionados con el nivel de conocimiento que poseen los estudiantes sobre los efectos indeseados por el tabaquismo, la voluntad ante un posible abandono inminente y la criticidad en relación a la enfermedad. Los resultados obtenidos evidencian que a pesar del conocimiento que poseen sobre los efectos indeseados del tabaquismo, predominan comportamientos de riesgos asociados a una percepción individual inadecuada del fenómeno. Ello se refleja en que un 67.9% de los estudiantes fumadores no se consideran enfermos y mucho menos adictos por el hecho de fumar frecuentemente y sin control. Mientras que solo un 54.7% manifestó un deseo inminente de abandonar el hábito. (Ver Anexo 6) (Gráfico 4)

Similares resultados se obtuvieron a partir de la **Encuesta sobre conocimiento y percepción de riesgo del tabaquismo**. Se pudo apreciar que solo el 35.8% de los jóvenes del sexo masculino consideran que el tabaquismo es un problema de salud crónico, mientras que un 13.2% lo valora como un problema de salud transitorio y el 7.5 % como un problema poco importante. En el caso de las féminas, el 28.3% coincide en que es un problema de salud crónico, en tanto el 11.3% lo considera como un problema de salud poco importante y las restantes (3.7%) un problema de salud transitorio. (Ver Anexo 7) (Gráficos 5 y 6)

Aún cuando la mayoría de los estudiantes (64%), identifica al tabaquismo como un problema de salud, resulta preocupante que el 18.8% de los encuestados manifiestan desconocimiento al respecto, al enmarcar al tabaquismo como un problema de salud poco frecuente. Asimismo, el 64.1% de los jóvenes reconocen que el tabaco es una droga, mientras que el 16.9% no lo percibe de la misma forma, elementos que pudiera estar influyendo en la configuración de su percepción del riesgo asociado a este producto.

En cuanto al conocimiento de las consecuencias del consumo de tabaco y sus derivados, las cifras demuestran dominio de sus principales efectos dañinos para un 64.1% de los encuestados, aunque existen estudiantes (35%) que se declaran

desconocedores de las consecuencias. Al respecto, el 60.3% reconocen algunas de las repercusiones orgánicas del hábito tabáquico, entre las que figuran el cáncer (75.5%), las afectaciones en las vías respiratorias (15.1%), entre otras en menor medida como secuelas epidérmicas y manchas en la piel. En menor medida, señalan las repercusiones sociales (15%) asociadas a dificultades en las relaciones interpersonales como el rechazo interpersonal (5.7%), repercusiones de orden psicológico (13.2 %) como cambios en el estado emocional (3.8%) y los efectos económicos (11.3%). En relación con ello, resulta significativo que a pesar de las acciones psicoeducativas que se han venido desarrollando en el contexto universitario un 11.3% desconocen que el tabaquismo sea una adicción. (Ver Anexo 10) (Gráficos 8 y 9)

La mayoría de los sujetos encuestados (50.9%) refieren consumir diariamente cigarrillos, el 7.5% lo consume casi todos los días, un 15.1% ocasionalmente y el 30.2% solo en fiestas. Al respecto, se hizo evidente el fenómeno de la invulnerabilidad y percibida y la ilusión de control descrito por Van der Pligt (1998) asociado a una baja percepción de riesgo sobre la probabilidad de ser adictos a fumar, evidenciándose que el 28.3% plantea no sentirse en riesgo, el 33.9% reconoce que pudiera ser, mientras que la mayoría (37.7%) se considera en riesgo.

Al explorar la incidencia de los principales contextos en los cuales se consume el cigarro o tabaco, los jóvenes identifican el contexto familiar (41.5%), el contexto escolar (20.7%), específicamente la residencia estudiantil, áreas cercanas al comedor; mientras que 16.9% consume en su propia Facultad. Lo anterior nos confirma la presencia del tabaquismo en el contexto universitario. (Ver Anexo 10) (Gráfico 8 y 9)

En relación a los principales factores que en su opinión intervienen en el incremento de los fumadores en el contexto universitario, los estudiantes refieren que se encuentra relacionado con la divulgación a través de los diferentes medios de difusión masiva (26.4%), baja percepción de riesgo (11.6), la satisfacción individual (9.4%), y el reconocimiento e imitación social (28.3%), entre otras. (Ver Anexo 11) (Gráfico 10)

Con el objetivo de determinar los principales motivos asociados al hábito tabáquico en los jóvenes universitarios se aplicó el **Cuestionario “Razones para fumar”**. En este sentido, se evidenció que entre las principales motivaciones por los cuales fuman se

destacan: la dependencia o imposibilidad de dejar de fumar (76%), la obtención de placer-relajación (73%) y en menor medida para contribuir a la reducción de estados emocionales negativos (20%). En los restantes indicadores, no se expresan distinciones representativas.

En este sentido, se comprueba como la mayoría de los sujetos creen erróneamente que a través del consumo tabáquico suplen este tipo de necesidades, cuando en realidad son cada vez más dependientes del mismo, situación no percibida por ellos como un problema. Estos resultados se relacionan con los aportados en la técnica anterior, lo cual demuestra acriticidad ante su condición y baja percepción de los riesgos. (Ver Anexo 13) (Gráficos 11)

De igual manera, se aplicó el **Test de Fagerstrom** con el objetivo de identificar el grado de dependencia a la nicotina en los sujetos. En este sentido, la mayoría de los de ellos (60.3%), reconocen que una vez despiertos solo tardan 60 minutos en fumar el primer cigarro, lo cual denota un alto nivel de dependencia. Sin embargo, resulta favorable que el 62.3% señale que no les resulta difícil dejar de fumar en lugares donde está prohibido, lo cual evidencia que ante normas sociales logran autorregularse y limitarse sin dificultades.

Por otra parte, cuando se les solicitó que identificaran a cuál cigarrillo odiarían renunciar en determinado momento del día, la generalidad de las respuestas (62.3%) se orientan a aquellos del resto del día. Lo anterior indica que los primeros cigarrillos del día no son imprescindibles para estos fumadores, aún cuando la gran mayoría refirió que fumaba por primera vez durante los primeros 60 minutos después de levantarse. No obstante, pudiéramos inferir que las respuestas se encuentran asociadas al cansancio, la inquietud y ansiedad que se experimenta durante estas horas producto a las actividades que van teniendo lugar durante el día, específicamente actividades relacionadas con el estudio. En correspondencia con ello el 69.8% refiere que siente mayor necesidad de fumar durante el transcurso del día.

No obstante, resulta preocupante el hecho de que un 35.8% de los estudiantes investigados refieran que consumen diariamente entre 11 y 20 cigarrillos aproximadamente así como el hecho de que un 67.9% sienta la necesidad de hacerlo

aún cuando estén enfermos, lo cual refleja gran dependencia.

Por otra parte, cuando se les solicitó que identificaran a cuál cigarrillo odiarían renunciar en determinado momento del día, la generalidad de las respuestas (62.3%) se orientan a aquellos del resto del día. Lo anterior indica que los primeros cigarrillos del día no son imprescindibles para estos fumadores, aún cuando la gran mayoría refirió que fumaba por primera vez durante los primeros 60 minutos después de levantarse. No obstante, pudiéramos inferir que las respuestas se encuentran asociadas al cansancio, la inquietud y ansiedad que se experimenta durante estas horas producto a las actividades que van teniendo lugar durante el día, específicamente actividades relacionadas con el estudio. En correspondencia con ello el 69.8% refiere que siente mayor necesidad de fumar durante el transcurso del día. (Ver Anexo 15) (Gráfico 12)

No obstante, resulta preocupante el hecho de que un 35.8% de los estudiantes investigados refieran que consumen diariamente entre 11 y 20 cigarrillos aproximadamente así como el hecho de que un 67.9% sienta la necesidad de hacerlo aún cuando estén enfermos, lo cual refleja gran dependencia. (Ver Anexo 15) (Gráfico 13)

La **Escala de evaluación de estadios de cambio**, se aplicó con el objetivo de conocer el grado de motivación de los sujetos ante el abandono del cigarro. Resulta importante destacar que la frecuencia con que la mayoría de los sujetos ha intentado dejar de fumar durante el último tiempo, ha fluctuado en correspondencia al consumo tabáquico. En este sentido, el 73% de los sujetos, refiere haber intentado dejar de fumar al menos durante una hora, mientras que el resto (26%) no lo ha intentado anteriormente.

Al explorar si tendrían la intención de abandonar el hábito durante un mes, el índice de respuestas decreció a un 25% estuvo de acuerdo. Lo anterior evidencia que al plantearles metas más comprometedoras se muestran resistentes ante su posible abandono.

En relación a las dos últimas preguntas, aunque similares en su confección y los objetivos que perseguían, se pudo apreciar como los índices de respuestas estuvieron orientados en sentido negativo manifestándose como tendencia la resistencia a abandonar el consumo en un 71.7%, mientras que un 28.3% refiere que en un periodo

de tiempo más mediato lo pensaría.

Los elementos antes expuestos resultan de vital importancia para futuras investigaciones y/o trabajos interventivos en el contexto universitario, si se tiene en cuenta que no basta solamente con el desear abandonar el hábito, sino que frecuentemente los fumadores requieren buscar ayuda especializada en aras de facilitar el proceso.

Por otro lado, se aplicó la **Escala de síntomas de abstinencia** con el objetivo de evaluar los síntomas de abstinencia que presentaban los jóvenes fumadores ante periodos prolongados del cese del consumo, o ante intervalos de tiempo prolongados entre un cigarrillo y otro.

En ninguno de los casos se refirieron síntomas y sensaciones en el nivel máximo, lo cual puede estar relacionado con el rango de tiempo que se precisa en la técnica así como al elevado consumo de cigarrillo diarios (más de 20). No obstante, en otras categorías igualmente significativas (“bastante” y “a veces”), se observan índices de respuesta significativos, destacándose entre los principales síntomas: el deseo de un cigarrillo (41.5%), la irritabilidad (32.1%), la ansiedad (35.8%) e impaciencia (45.3%), la intranquilidad (43.2%) y dolores de cabeza (32.1%) respectivamente.

Dichas manifestaciones emocionales, demuestran la importancia de proveer a los jóvenes fumadores interesados en un cambio respecto al consumo, de herramientas y habilidades para propiciar el autocontrol emocional.

3.2 Análisis de los resultados de la Etapa II

3.2.1 Diseño del Programa de intervención psicológica para la cesación tabáquica en estudiantes de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas

Se define el *Programa de intervención psicológica para el tratamiento del tabaquismo en estudiantes universitarios* como un sistema de acciones dirigidas a potenciar en el individuo la percepción de riesgos asociados al consumo de tabaco, cuyo diseño lógico -

metodológico se orienta hacia la zona salutogénica, estimulando su capacidad de autorregulación sobre el comportamiento de consumo mediante la apropiación por parte del paciente de técnicas y recursos que contribuyen a disminuir y/o eliminar el mismo.

A continuación se presenta una descripción detallada del mismo.



Centro de Bienestar Universitario



Programa de Intervención psicológica

para el tratamiento del tabaquismo en
estudiantes universitarios



Justificación

El tabaquismo constituye uno de los problemas de Salud Pública más importantes de nuestros días, y aunque el discurso profesional y el popular no sean coincidentes en su carácter de “droga legal”; el consumo de cigarros es considerado como una problemática de primer orden, resultando así una de las drogas más consumidas y la que más problemas sanitarios, sociales, familiares y económicos generan.

Hoy día el tabaquismo es una de las drogas legales a las que se le ha prestado mayor atención por el alcance e impacto que tiene en la humanidad. En este sentido, son significativos los efectos nefastos que produce en la salud a nivel fisiológico, psicológico, económico y social, considerándose como detonador o agravante en la aparición de disímiles trastornos para la salud como los problemas cardiovasculares, respiratorios y el cáncer; entre otros.

En nuestro país, el tabaquismo constituye la segunda causa de muerte para todos los grupos de edades y es la principal causa de muerte antes de los 75 años. Igualmente, constituye uno de los países en el Continente Latinoamericano con mayores índices de fumadores y de fumadores pasivos. De esta manera, se evidencia la pertinencia de desarrollar con urgencia acciones multidisciplinarias y multisectoriales que permitan transformar esta problemática.

Si bien es cierto que desde el año 1970 nuestro país cuenta con un Programa Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Tabaquismo, coordinado por el Ministerio de Salud Pública, los esfuerzos que en el plano operativo se han venido realizando resultan aún insuficientes; lo cual queda avalado por la tendencia al incremento de las cifras de incidencia y prevalencia del tabaquismo y el inicio de esta adicción en etapas cada vez más tempranas.

En este sentido, cada vez existe mayor coincidencia en el reconocimiento de que las Universidades constituyen instituciones educativas no solo centradas en la formación profesional sino como espacios de formación, desarrollo y salud (Nieves, Molerio y Herrera, 2008). Lo anterior se expresa en la existencia de programas preventivos dirigidos a fomentar la calidad de vida de los estudiantes universitarios, dentro de ellos resulta una prioridad el Plan de Acciones del Ministerio de Educación Superior para la

Prevención y Enfrentamiento del Uso Indebido de Drogas, dentro de las cuales se sitúa de manera privilegiada el tabaquismo.

La Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas no se encuentra ajena a esta “epidemia social” pues de una matrícula de 5186 estudiantes que integran el Curso Regular Diurno, 309 son fumadores activos y una cifra no despreciable, por tanto; son fumadores pasivos (Hernández, 2011). Lo anterior hace evidente la necesidad de incrementar y desarrollar acciones psicoeducativas con alcance preventivo para evitar que los jóvenes se inicien en el consumo del tabaco, así como acciones interventivas orientadas a propiciar la cesación del hábito tabáquico en aquellos estudiantes que ya hoy presentan esta adicción. En este último sentido se orienta el Programa de intervención psicológica que a continuación se presenta.

Objetivo general del programa

- Contribuir a la cesación del hábito tabáquico en estudiantes universitarios a partir de la adecuación de la percepción de los riesgos asociados al mismo y del aprendizaje de técnicas y recursos psicológicos que propicien mecanismos de autorregulación salutogénicos para afrontar esta problemática.

Objetivos específicos:

- Adecuar la percepción de riesgo que poseen los estudiantes universitarios fumadores sobre el tabaquismo, enfatizando en los efectos nocivos del mismo.
- Fomentar su responsabilidad con la salud individual y colectiva, reforzando los factores protectores que cada uno posee.
- Fomentar el aprendizaje de técnicas y recursos para la autorregulación de los jóvenes fumadores ante los factores precipitadores del consumo.
- Potenciar mecanismos salutogénicos que propicien la cesación y/o disminución tabáquica en los fumadores.

Beneficiarios

Beneficiarios Directos: Se definen como principales beneficiarios todos los estudiantes universitarios fumadores.

Beneficiarios Indirectos: Especialistas del Centro de Bienestar Universitario (CBU), fundamentalmente los psicólogos que forman parte del equipo de multidisciplinario así como los familiares, compañeros de grupo, colegas con quienes conviven en la Residencia Estudiantil y otras personas que interactúan con aquellos sujetos que se benefician del Programa. De igual manera, se beneficia la comunidad universitaria que puede acceder a estos servicios asistenciales.

Límites

- *De espacio:* El Programa ha sido concebido para ser desarrollado en Centros de Educación Superior, especialmente en la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas, así como en centros de salud mental comunitaria.
- *De tiempo:* Puede ser implementado a partir de la conformación inicial del grupo.
 - Duración máxima: 9 semanas con una frecuencia semanal.
 - Duración de las sesiones: no más de 90 minutos.

Recursos

- *Materiales:* Constituyen aquellos recursos materiales requeridos para la realización de las actividades comprendidas en el Programa. Su selección se ha realizado tomando en consideración un costo mínimo de recursos materiales atendiendo a la disponibilidad de recursos existentes en las universidades y en particular en el CBU.
 - Protocolos de las técnicas psicológicas concebidas para la evaluación.
 - Local con adecuadas condiciones de iluminación, ventilación y con la cantidad de sillas necesarias de acuerdo al tamaño del grupo.
 - Computadora o en su defecto un TV con video, para la proyección de videos y la música de relajación.
 - Papel y lápiz.
- *Humanos:* Se distingue como recurso humano principal el terapeuta o facilitador. Se requiere de dos profesionales que conformarán el equipo terapéutico. Ambos deben tener formación en Psicología y conocimientos básicos en técnicas grupales.

Diseño lógico - metodológico del Programa

A partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial, se asume una estrategia de intervención psicológica basada en el trabajo en grupo por las posibilidades que el mismo brinda como agente de cambio. Se considera el espacio grupal como una construcción sociopsicológica que se percibe a través de su propia dinámica, siendo un lugar propicio para el logro de transformaciones. Se realizarán dinámicas grupales, aplicando diferentes técnicas para cumplir los objetivos propuestos.

En un inicio, las tres primeras sesiones estarán dirigidas a la conformación del grupo así como, a incrementar el nivel de conocimientos y la percepción de riesgo que poseen los sujetos sobre la enfermedad mediante técnicas informativas y dinámicas grupales fundamentalmente. Al adecuar su percepción de riesgo se promueve la necesidad y la disposición de los sujetos hacia el cambio, lo que se debe traducir en decisión de abandonar este nocivo hábito. De esta manera se propicia una mayor motivación de los participantes para mantenerse vinculados al Programa.

A partir de la cuarta, quinta y sexta sesión, se trabaja sobre la consolidación de conocimientos y la reestructuración de esquemas por parte de los sujetos, conduciéndolos a la reflexión individual en torno a las consecuencias negativas que trae consigo la dependencia tabáquica y tratando de consolidar el compromiso por parte de estos en el abandono del cigarro. Asimismo, se abordan los principales signos y síntomas asociados a la abstinencia y se favorece el aprendizaje de técnicas y recursos para su afrontamiento. Conjuntamente a estas actividades, los sujetos se entrenarán y ejercitarán sistemáticamente a través del espacio terapéutico grupal, donde podrán implementar lo aprendido. Se hace necesario precisar, que alternativamente se ofrece la posibilidad de un apoyo individualizado, ya sea por solicitud del paciente o por decisión del terapeuta. En este sentido, se posibilita el ir adquiriendo con el transcurso del tiempo, un mayor control sobre el comportamiento de consumo de tabaco.

En las tres últimas sesiones se aborda la temática de las reacciones emocionales, su control y la relación con el tabaquismo, especialmente en el caso de las emociones displacenteras, las cuales desempeñan un rol crucial en los sujetos por constituir estados

ante los cuales se tiende a reincidir en el hábito. Estos recursos contribuyen a superar los síntomas de abstinencia y la dependencia psicológica a la nicotina. Paralelamente, se trabaja en fomentar seguridad en sí mismos como un recurso salutogénico, que contribuye a evitar posibles recaídas.

En cada sesión se enfatiza el papel activo que debe tener cada sujeto, como agente de cambio. Los logros que los pacientes van alcanzando en la medida que las sesiones avanzan se convierten en elementos mediatizadores que sirven de reforzadores de los cambios que progresivamente van obteniendo e influyen notoriamente en su potencial salutogénico

En la última sesión tiene lugar el cierre de la experiencia. Para entonces, los objetivos previstos se habrán cumplido. No obstante, existe la probabilidad de que algunos participantes aún incurran en alguna medida en la conducta no deseada. Por ello será pertinente informar, que independientemente de haber concluido el Programa, toda aquella persona que desee continuar con asistencia profesional, le será proporcionada. Se facilitarán números de líneas de autoayuda, teléfono y correo electrónico del CBU.

Estrategias terapéuticas del Programa

- *Estrategias informativas:* El nivel de información que un sujeto posee en relación al tabaquismo, influye notoriamente en la percepción de riesgo y el afrontamiento que asume ante el mismo. Por otro lado, en ocasiones existen mitos o creencias populares que influyen negativamente en la cesación tabáquica. De ahí que se persiga como objetivo incrementar y adecuar el nivel de información que poseen los sujetos sobre su enfermedad, sus factores de riesgo, signos y síntomas asociados al periodo de abstinencia, así como las particularidades del tratamiento y la necesidad de cumplir el mismo. Se emplean recursos como:
 - Discusiones grupales.
 - Video educativo.
 - Trípticos informativos.

- *Estrategias reflexivo-vivenciales:* Consisten en crear situaciones simbólicas donde los participantes se involucran, reaccionan y adoptan actitudes espontáneas. Es necesario tener en cuenta el tiempo y el procedimiento para el logro de los objetivos deseados (Quineche, 2007, citado en Balsa y Barreira en 2008). Constituye uno de los aspectos básicos del Programa pues para lograr una adecuada percepción de riesgos y propiciar la autorregulación, resulta necesaria la estimulación de la reflexión consciente del sujeto desde lo experiencial y/o vivencial. Se emplean técnicas de reflexión y discusión grupal las cuales estimulan la participación reflexiva de los sujetos fumadores a la vez que se generan experiencias de aprendizaje desde las generalizaciones que se establecen en el grupo:
 - Discusiones grupales.
 - Técnicas de juego de roles.
 - Técnicas psicodramáticas.

- *Estrategias cognitivo-conductuales:* Las técnicas cognitivas buscan modificar la respuesta emocional del sujeto mediante variables de tipo cognitivo que mediarían la activación y la respuesta emocional. En este sentido Cano Vindel (2003, citado por Molerio, 2004) señala que en lo que se refiere a las emociones, tanto en la conducta normal como en los trastornos emocionales, los significados personales juegan un papel importante, pues median de una manera decisiva en la determinación de la respuesta emocional.
 - Técnica de control estimular: Se inicia con un análisis funcional de la conducta para diagnosticar en cada paciente las interacciones así como los estímulos y refuerzos positivos y negativos relacionados con el consumo de tabaco.
 - Técnica de solución de problemas: Se utiliza para entrenar al paciente en la búsqueda de soluciones efectivas a las diversas situaciones problemáticas que deberá enfrentar durante la cesación tabáquica.

- *Estrategias de desactivación psicofisiológicas:* Estas técnicas permiten como el nombre lo indica, desactivación tanto física como psicológica mediante ejercicios de relajación y respiración. Permite además adquirir habilidades para el control emocional. Se parte del supuesto de que el estrés y las emociones, y de manera

particular las emociones displacenteras, implican un nivel de activación fisiológica que puede llegar a desencadenar disfunciones orgánicas. Por ello, persiguen como objetivo reducir el nivel de desactivación psicofisiológico del sujeto fumador y consecuentemente estimular la cesación tabáquica a partir de la percepción de control. Se concibe como un aprendizaje complejo en el que el individuo forma parte activa en el diseño de su entrenamiento en relajación, personalizándolo, aunque manteniendo los aspectos básicos definitorios de dichas técnicas. En este caso se ha empleado una combinación de dos tipos de estrategias de inducción de relajación, ellas son:

- Ejercicios de respiración: hacen especial énfasis en el control de la respiración diafragmática como estrategia de desactivación fisiológica.
 - Ejercicios de Relajación Progresiva de Jacobson: Constituye un ejercicio de tensión-distensión muscular.
-
- *Estrategias de autocontrol:* La utilización de técnicas de autorregulación y de autocontrol ofrecen soluciones a la falta de motivación en el desarrollo del Programa, permitiendo a la persona un mayor control sobre su propia conducta. Mayor y Labrador (1987) comprueban los aspectos cognitivos de la técnica de autocontrol, concluyendo que los sujetos lo que modifican son sus cogniciones internas de conducta, por lo tanto, se comprueba que el autocontrol es un problema de percepción y/o organización de la información que produce la propia conducta del individuo, donde se pasa de un control externo a un control interno de la conducta. Al respecto, Bandura (1977) ha desarrollado la concepción de Autoeficacia, haciendo énfasis en que la probabilidad de que para que una persona asuma un comportamiento de salud, dependerá de la creencia que tenga; y a partir de ella logrará un resultado efectivo que impactará en su estado de salud general.

En la investigación fueron utilizadas dichas técnicas con el objetivo de entrenar a los sujetos en la regulación de la conducta adictiva, dirigiendo sus esfuerzos para regular su propio entorno, no a modificar posibles o supuestos estados internos inmanejables. Conviene decir que estos procedimientos son muy útiles en el manejo y control de las conductas implicadas en situaciones de estrés, y son útiles no solo

para mejorar conductas que ya han causado problemas sino también para prevenir la posible aparición de conductas problemáticas. Es decir, poseen una labor preventiva y no sólo restaurativa.

- Control de estímulos.
- Autorrefuerzo.

- *Estrategias de mantenimiento y generalización:* Se llevan a cabo desde el inicio de la implementación del programa con el objetivo de garantizar la estabilidad de los logros alcanzados. Meichembaun (1987) ha señalado la importancia de que el cliente conozca los cambios que ha experimentado y que atribuya éstos a sí mismo, más que al terapeuta. Por lo tanto, se debe promover el procesamiento activo. Para ello se usan recursos como:
 - Promover atribuciones internas del cambio.
 - Transferir la directividad desde el terapeuta al paciente.
 - Orientar tareas para la casa.
 - Modelo de autorregistro.

ETAPAS DEL PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

Etapa I. Evaluación inicial

La I Etapa persigue como objetivo la caracterización psicológica de estudiantes fumadores. Para ello se aplican un sistema de pruebas psicológicas cuyos resultados son tomados en consideración para el proceso de implementación del programa. En este sentido, la Etapa persigue varios objetivos:

- Determinar el nivel de conocimiento que poseen los sujetos sobre el tabaquismo, los factores de riesgo y el nivel de percepción de riesgo o consecuencias nocivas del mismo.
- Caracterizar algunos elementos relacionados con el comportamiento de consumo tales como años de consumo, cantidad de cigarrillos que se consumen frecuentemente, precipitados del consumo, nivel de dependencia, síntomas de abstinencia, disposición para abandonar el consumo, entre otros aspectos.

- Realizar una caracterización psicológica general del paciente como elementos a considerar durante la conducción de las sesiones.
- Elaborar una línea base de las medidas de la cesación tabáquica que serán tomadas como referencia para valorar el impacto de los resultados.
- Conocer la disponibilidad y el nivel de motivación del paciente para vincularse al Programa.
- Identificar los recursos salutogénicos con que cuenta el paciente, con vistas a potenciar su zona de desarrollo próximo.

Para la futura implementación de los instrumentos, fue pertinente realizar pruebas de confiabilidad al no estar validadas para la población cubana, que ofrecieran la pertinencia de su aplicación (Ver Anexo 2).

Para la aplicación de la evaluación previa se sugieren un sistema de técnicas cuya aplicación dependerá de la consideración del psicólogo encargado del Programa, atendiendo a los principales hallazgos y consideraciones diagnósticas del caso.

- Revisión de documentos oficiales. (Anexo 3)
- Entrevista semi estructurada inicial. (Anexo 4)
- Cuestionario sobre el comportamiento del consumo tabáquico. (Anexo 5)
- Encuesta sobre conocimiento y percepción de riesgo del tabaquismo. (Anexo 6)
- Cuestionario "Razones para fumar". (Anexo 7)
- Test de Fagerstrom de dependencia a la nicotina. (Anexo 8)
- Evaluación de estadios de cambio. (Anexo 9)
- Escala de síntomas de abstinencia. (Anexo 10)

Etapa II. Implementación del Programa

- Frecuencia: Se acuerda con el grupo. No obstante, se recomienda una frecuencia semanal.
- Duración: 9 sesiones de 90 minutos cada una.
- Contenido de las sesiones: En el presente Manual se ofrece una guía estructurada para las sesiones pero su aplicación deberá ser flexible y puede ser ajustada de manera reflexiva a las necesidades de los pacientes; siempre que se respete el

diseño lógico y la estrategia metodológica que sustenta el Programa. Las sesiones han sido concebidas para trabajar en grupo, no obstante el terapeuta deberá valorar la necesidad de una atención individualizada en aquellos casos que lo considere necesario.

Etapa III- Evaluación final

Se lleva a cabo al finalizar la intervención para evaluar la efectividad del programa en los sujetos. Se propone integrar los resultados derivados de los Autorregistros confeccionados por el propio sujeto (Anexo 18), el Modelo evolutivo del paciente (Anexo 19), y una entrevista semi – estructurada (Anexo 34). Se incorpora además la valoración que realiza el paciente de la experiencia y de su aprendizaje para lo cual se incluye el Cuestionario de satisfacción del usuario (Anexo 31). Finalmente se procede a la evaluación integral de la efectividad del Programa considerando los criterios previamente establecidos (Anexo 20).

Etapa IV- Seguimiento evolutivo

En esta etapa se planifican encuentros para el seguimiento evolutivo del paciente con el objetivo de consolidar y reforzar los logros alcanzados; así como identificar posibles recaídas en algunos pacientes y ofrecerle nuevos niveles de ayuda. Los encuentros se organizan con una frecuencia mensual durante el primer periodo.

VARIABLES CONTEXTUALES PARA LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA

Para la aplicación del programa de manera efectiva se requieren una serie de condiciones mínimas, entre las que destacamos:

- Se asume la concepción de trabajo en grupo, el cual deberá quedar conformado entre 8 y 12 sujetos. Para su conformación se pueden emplear dos vías:
 - A través de una convocatoria del CBU: el centro es el encargado de lanzar la convocatoria y los estudiantes solicitan participar de la experiencia.
 - Por solicitud al CBU del responsable de prevención de la Facultad o el profesor guía. En este caso se incidiría sobre un grupo formalmente constituido y, según

la cifra de estudiantes del mismo se dividiría para la implementación del Programa.

- Como método de trabajo grupal es imprescindible cumplir con las normas establecidas para el trabajo en grupo en cuanto a: negociar las normas del grupo, el respeto mutuo, estimular la autenticidad y la creación de un clima sociopsicológico favorable.
- Se recomienda el trabajo en dúos de especialistas, en tanto el establecimiento de una adecuada comunicación entre ambos favorece el desarrollo de las sesiones y permite la retroalimentación de los referentes de la experiencia.
- Disponer de un local adecuado en función del tamaño del grupo. El mismo debe disponer de adecuadas condiciones de ambientación y privacidad.
- Resaltamos la disponibilidad de tiempo del profesional para la implementación de las sesiones de manera que se respete la programación de las mismas.

Rol del facilitador:

- Se requiere que el facilitador tenga formación básica en Psicología, de manera que esté preparado para atender las diferencias individuales de cada sujeto fumador. A su vez deberá tener una adecuada preparación teórico- metodológica en la temática del tabaquismo y de sus determinantes psicosociales para lo cual puede prepararse a través de cursos de Postgrado o entrenamientos
- El nivel de motivación del facilitador es importante para superar las dificultades y tropiezos que suelen presentarse en el campo de la intervención preventiva, cuidando el cumplimiento de las normas éticas.
- Es imprescindible que el facilitador posea un diagnóstico previo de los sujetos fumadores que conforman el grupo de manera que pueda orientar las sesiones en función de las problemáticas y del diagnóstico previo de cada paciente al asignar roles, conducir las intervenciones, generar reflexiones, etc.
- Deberá poseer habilidades para el trabajo en grupos, su rol es neutral, su función es facilitar el cumplimiento de los objetivos de las sesiones para lo cual es fundamental una adecuada conducción de las mismas a la vez que evalúa el progreso de las sesiones y de los propios pacientes.

- En el cumplimiento de su rol de facilitador deberá combinar el estilo directivo y no directivo. El estilo directivo predomina en la presentación de las estrategias y en la conducción de las mismas, pero a su vez se convertirá en un participante más dentro de las dinámicas. Su actitud debe “contagiar” a los miembros del grupo en su apertura a aprender, en su aceptación de las diferencias, en su trato sin rechazo o sanción.

SISTEMA DE EVALUACION DEL PROGRAMA

La evaluación se concibe de manera permanente, es parte del proceso mismo de aprendizaje y síntesis de lo logrado en cada etapa o momento:

- *Evaluación de necesidades:* Corresponde con la Etapa inicial del Programa, en la cual se realiza una evaluación del nivel de conocimientos, la percepción de riesgo y el comportamiento de consumo del paciente. Igualmente se exploran síntomas de abstinencia, nivel de dependencia y las etapas de los estadios de cambio en la cual se ubica. Se emplea el sistema de técnicos anteriormente descrito.
- *Evaluación del progreso:* Es importante la evaluación del facilitador y/o facilitadores de la evolución de cada paciente en cuanto a los indicadores de cesación del consumo mediante los registros de sus expresiones y la observación participante. En este sentido, cobra valor cada frase del paciente, su respuesta a las situaciones problemáticas planteadas, la autenticidad de las mismas, etc. El comportamiento de todos estos indicadores es recogido al comenzar cada sesión a través de la revisión de los Autorregistros (Anexo 18) orientadas en el encuentro anterior. Asimismo, al finalizar cada sesión se registran los indicadores del Modelo evolutivo del paciente (Anexo 19).
- *Evaluación del proceso:* Al concluir cada una de las sesiones se evalúa el cumplimiento de los objetivos de la misma para cada sujeto y a nivel grupal. Para ello en el cierre de las sesiones están concebidas acciones o técnicas indirectas dirigidas a que el propio paciente autoevalúe la calidad de la misma y de su aprendizaje. Al finalizar el facilitador realiza un análisis reflexivo sobre la sesión para evaluar los procedimientos y tareas relacionados con la estrategia. Después de cada sesión, el terapeuta llena el Modelo evolutivo del paciente (Anexo 19).

- *Evaluación de resultados:* Se realiza en la etapa final del programa mediante la comparación de los resultados pre y post experimentales desde el punto de vista psicológico. En esta etapa, es muy importante realizar la evaluación general desde los propios criterios de efectividad del Programa (Anexo 20), desde la perspectiva del terapeuta (Anexo 19) y desde la consideración del paciente mediante el Cuestionario de satisfacción del usuario (Anexo 31)..
- *Evaluación de impacto:* Se realiza durante los encuentros de seguimiento que se programan de mutuo acuerdo con los sujetos con el objetivo de evaluar la estabilidad de los resultados alcanzados.

Operacionalización de variables para el Programa Interventivo

Con el objetivo de facilitar el proceso de evaluación inicial, de progreso, de efectividad e impacto a los profesionales que implementen el programa, se incluye en el apartado, la definición y operacionalización de las variables independiente y dependiente, sus componentes e indicadores de evaluación.

Variable independiente:

- *Programa de intervención psicológica para el tratamiento del tabaquismo en estudiantes universitarios:* Sistema de acciones dirigidas a adecuar en el individuo la percepción de riesgo asociada al consumo de tabaco, cuyo diseño lógico - metodológico se orienta hacia la zona salutogénica, estimulando su capacidad de autorregulación sobre la cesación del consumo mediante la apropiación por parte del paciente de técnicas y recursos que contribuyen a disminuir y/o eliminar el mismo.

Variables psicológicas dependientes

Su estudio se realiza con el objetivo de evaluar la efectividad del Programa y constatar si existe correlación entre las modificaciones en las variables percepción de riesgo y la cesación tabáquica. Se incluyen aquí las variables psicológicas que presentamos a continuación:

- **Percepción de Riesgo:** capacidad del individuo de reconocer los daños, efectos, el grado de susceptibilidad y consecuencias de una conducta y la severidad atribuida a ésta, en función de la cual se configuran los mecanismos de autorregulación para evitar la vulnerabilidad y se asumen comportamientos saludables.
- Adecuada: Se expresa cuando se evalúan de manera acertada y objetiva los riesgos que implica el consumo tabáquico, condicionando así la aparición de conductas de evitación y rechazo ante el consumo (expectativas de resultados) y la adopción de conductas saludables que favorecen el bienestar de los estudiantes (3 puntos)
 - Parcialmente adecuada: Se expresa cuando la persona reconoce los riesgos del consumo de tabaco pero no posee un convencimiento real del problema, lo que suscita bajo nivel de rechazo ante el consumo y la aparición no sistemática de comportamientos de consumo (2 puntos)
 - Inadecuada: Se manifiesta cuando los estudiantes no perciben riesgos en torno a la problemática (invulnerabilidad percibida) o los perciben en los otros pero no en sí mismos (ilusión de control), lo cual favorece la adopción del comportamiento frecuente de consumo de tabaco.

Componentes e indicadores de la percepción de riesgo:

- **Componente informativo- valorativo:** Se expresa en el nivel de dominio que posee el fumador sobre la problemática.
 - Adecuado: El sujeto posee información actualizada sobre las consecuencias del tabaquismo y las alternativas para su tratamiento (3 puntos).
 - Parcialmente: El sujeto posee información poco precisa y actualizada sobre los riesgos del tabaquismo y desconoce las vías o recursos para su tratamiento (2 puntos).
 - Inadecuado: El sujeto desconoce información relevante sobre los efectos nocivos del tabaquismo así como su tratamiento (1 punto).
- **Componente afectivo - motivacional:** Se relaciona con el componente informativo, expresa la postura del sujeto de aceptación o rechazo en relación con el consumo.

- Balance decisional: Experimentan motivaciones contrapuestas ya que encuentran beneficios y costos en ambas partes del conflicto, pero decide conscientemente abandonar el consumo (4 puntos).
 - Discrepante: El sujeto presenta conflictos entre uno o varios inconvenientes de dejar de fumar y los valores personales del fumador. Cuanto más fuerte es el conflicto, más potente suele ser la motivación para el cambio. El sujeto ha intentado en alguna ocasión dejar de fumar (3 puntos).
 - Ambivalente: El sujeto tiene sentimientos y pensamientos conflictivos simultáneos sobre seguir fumando o dejar de fumar, pero no logra dejarlo de hacer (2 puntos).
 - Resistente: El sujeto prefiere ignorar las consecuencias nocivas del consumo y decide mantenerlo (1 punto).
- *Componente conductual:* Es el resultado de la integración de los componentes anteriores y de la capacidad del sujeto para autorregularse. Se expresa en la adopción o no de comportamientos de consumo de tabaco, su frecuencia y los contextos en que los manifiesta.
 - Nulo: El sujeto decide no fumar. (4 puntos)
 - Bajo: El sujeto fuma esporádicamente pero no hay dependencia ni síntomas de abstinencia. Logra regular el consumo en función del lugar y las circunstancias (3 puntos).
 - Medio: El sujeto consume cigarros frecuentemente, presenta algunos signos de dependencia pero logra regular el consumo en función del lugar y las circunstancias (2 puntos).
 - Alto: El sujeto consume cigarros con alta frecuencia. Presenta síntomas de dependencia y abstinencia y no logra regular el consumo en función de contextos y circunstancias (1 punto).

Cesación tabáquica: Se define como la reducción o abandono del consumo de tabaco sin que aparezcan síntomas de dependencia o abstinencia.

- Nulo: No hay disminución del consumo de tabaco (1 punto)
- Mínima: Disminución de un 25% del consumo de tabaco (2 puntos)
- Moderada: Disminución del un 50% del consumo de tabaco (3 puntos)

- Alta: Disminución de un 75% del consumo (4 puntos)
- Total: Eliminación del consumo de tabaco. (5 puntos)

Componentes e indicadores de la cesación tabáquica:

- *Frecuencia del consumo:* Se expresa en la cantidad de cigarros que se consumen diariamente.
 - Muy alta: El fumador consume más de 20 cigarros (4 puntos).
 - Alta: El fumador consume entre 11 y 20 cigarros (3 puntos).
 - Media: El fumador consume hasta 10 cigarros (2 puntos).
 - Baja: Se consume de manera aislada en situaciones sociales (1 punto).
- *Síntomas de abstinencia:* Se expresa en la aparición de síntomas asociados a la dependencia a la nicotina, los cuales comienzan al cabo de una 2 a 12 horas, sin fumar; alcanzando su punto álgido a las 24 – 48 horas. La mayoría de los síntomas duran un promedio de cuatro semanas, y la sensación de necesidad de nicotina puede durar hasta 6 meses.
- *Intensos:* A partir de la disminución y/o eliminación de nicotina, el fumador comienza a vivenciar una serie de síntomas significativos a nivel fisiológico y psicológico que se expresan e interfieren su desempeño en el área personal, escolar y /o social. (4 puntos).
- *Moderados:* A partir de la disminución y/o eliminación de la nicotina, el fumador experimenta síntomas a nivel fisiológico y psicológico que se expresan en el área personal, escolar y social; pero no lo interfieren (3 puntos).
- *Escasos:* A partir de la disminución y/o eliminación de nicotina, el fumador vivencia síntomas aislados a nivel psicológico y fisiológico que se circunscriben a los factores o momentos precipitadores de su consumo habitual, pero es capaz de tolerarlos sin que interfieran su desempeño cotidiano. (2 puntos).
- *Nulos:* El sujeto no experimentan síntomas de abstinencia (1 puntos).
- *Nivel de dependencia:* El sujeto reconoce la necesidad de dejar de fumar pero entra en contradicción con el reforzamiento positivo que experimenta cuando lo hace. Se

expresa en las recaídas que experimenta ante los esfuerzos que realiza por reducir o eliminar el consumo de cigarro.

- Alto: El fumador vivencia efectos de reforzamiento positivo asociados al consumo de cigarro, reconociéndolo como una necesidad y no posee control sobre la conducta de fumar, lo que se expresa en la tendencia a la recaídas ante los intentos de disminuir o eliminar su consumo (3 puntos).
 - Medio: El fumador vivencia efectos de reforzamiento positivo asociados al consumo del cigarro e intenta evitarlo. No logra eliminarlo pero es capaz de disminuir la frecuencia del consumo. (2 puntos).
 - Bajo: El fumador vivencia efectos de reforzamiento positivo, aún cuando posee control sobre la conducta de fumar. (1 punto)
- *Frecuencia de intentos previos realizados para dejar de fumar:* Número de intentos realizados para dejar de fumar.
 - Alta: El fumador ha realizado varios intentos de dejar de fumar, lográndolo en alguna ocasión por más de un 1 mes.
 - Media: Se declaran varias experiencias anteriores de eliminación del consumo de tabaco y en alguna de ellas logró dejar de fumar por espacio de una semana (3 puntos).
 - Baja: Con anterioridad intento dejar de fumar al menos una vez pero sufrió una recaída inmediatas. (2 puntos)
 - Nula: El fumador nunca ha valorado la posibilidad de disminuir o eliminar el consumo de cigarro (1 punto)
 - *Estadios de cambio:* Es la fase del proceso de abandono del consumo de tabaco en que se encuentran los fumadores.
 - Pre-contemplación: el fumador no es consciente de que el tabaco sea un problema para su salud y no se plantea seriamente dejar de fumar. Cuando se le pregunta si estaría dispuesto a dejar de fumar en los próximos 6 meses, contesta de forma negativa (1 punto)
 - Contemplación: el fumador reconoce que fumar tiene consecuencias negativas para la salud y se plantea dejar de fumar en los próximos 6 meses (2 puntos)

- Preparación: el fumador está dispuesto a hacer un intento serio de abandono y hace planes específicos, como fijar una fecha y preparar un plan para dejar de fumar en los próximos 30 días (3 puntos)
 - Decisión: El fumador manifiesta su decisión autodeterminada de abandonar el consumo de cigarro en el presente, realiza esfuerzos por lograrlo a partir de sus propios recursos salutogénicos, la búsqueda de apoyo social y/o la búsqueda de ayuda profesional (4 puntos).
 - Fase de acción: el paciente deja de fumar y pone en práctica los planes preparados; esta fase continúa hasta 6 meses después de la fecha de abandono (5 puntos)
 - Fase de mantenimiento: está marcada porque la persona se mantiene sin fumar durante 6 meses. Un año después de dejar de fumar se convierte en exfumador (6 puntos)
- *Tiempo transcurrido desde que dejó de fumar*: Es el tiempo medido en semanas y/o meses desde que un exfumador dejó de fumar.
 - Una semana (1 punto)
 - Un mes (2 puntos)
 - Menos de 3 meses (3 puntos)
 - Menos de 6 meses (4 puntos)

Variables de control:

El reconocimiento del comportamiento de estas variables tiene gran importancia de cara a lograr una mayor confiabilidad de los resultados alcanzados. Su evaluación se realizó antes y durante la experiencia.

- ***Variables intervinientes:***

- Influencia del terapeuta: Se reconoce que durante el desarrollo de las sesiones se establece una relación intensa entre el terapeuta y los sujetos que puede influir en los resultados del programa. Ello dependerá de su experiencia personal y las habilidades profesionales. Para controlar su influencia se prevé la replicación del Programa por diferentes terapeutas.

- *Variables ajenas:* Se incluyen en este apartado algunas variables que han sido reconocidas en la literatura científica como factores de riesgo del consumo de tabaco pero que no resulta posible controlarlas o manipularlas.
 - Eventos vitales o experiencias estresantes de alta intensidad que puedan afectar la estabilidad emocional del sujeto: Para propiciar su monitoreo o control, en la etapa de negociación de normas para el trabajo del grupo; el terapeuta propone que ante situaciones de este tipo los sujetos lo pongan en su conocimiento para poder ofrecer apoyo individualizado si fuera necesario. Por otro lado, se incorpora en las sesiones la socialización del autorregistro como un recurso para su identificación. Además, durante el desarrollo de las sesiones grupales el terapeuta va evaluando el estado emocional del sujeto a partir de la observación.

Evaluación y medición de las variables dependientes

Técnicas e instrumentos utilizados en la evaluación.

Variables dependientes	Indicadores de la VD	Componentes de la variable dependiente	Indicadores de evaluación	Técnicas empleadas para la evaluación de la VD, sus componentes e indicadores
Percepción de Riesgo	Adecuada	Informativo-valorativo	Inadecuado Parcialmente adec. Adecuado	Entrevista Encuesta sobre conocimiento y percepción de riesgo del tabaquismo
	Parcialmente adecuada	Afectivo - motivacional	Resistente Ambivalente Discrepante Balance decisional	Entrevista Cuestionario "Razones para fumar"
	Inadecuada	Conductual	Alto Medio Bajo Nulo	Entrevista Cuestionario sobre comportamiento de consumo. Observación Autorregistro
Cesación tabáquica	Total	Frecuencia del consumo	Muy alta Alta Media Baja	Entrevista Cuestionario sobre comportamiento de consumo. Observación Autorregistro
		Síntomas de abstinencia	Intensos Moderados Escasos Nulos	Entrevista Cuestionario sobre comportamiento de consumo. Escala de síntomas de abstinencia Autorregistro
	Alta	Nivel de dependencia	Alto Medio Bajo	Entrevista Cuestionario sobre comportamiento de consumo. Test de dependencia a la nicotina.
	Moderada	Frecuencia de intentos previos realizados para dejar de fumar	Alta Media Baja Nula	Entrevista Autorregistro Modelo evolutivo
	Mínima	Estadíos de cambio	Pre- contemplación Contemplación Preparación Decisión, Acción Mantenimiento	Entrevista Cuestionario de estadíos de cambio Autorregistro
	Nulo			
		Tiempo transcurrido desde que dejó de fumar	Una semana Un mes Menos de 3 meses. Menos de 6 meses.	Entrevista Autorregistro Modelo evolutivo

SISTEMA DE ACTIVIDADES POR SESIONES

Primera sesión

Objetivos de la sesión:

- Propiciar el establecimiento de un clima de confianza en el grupo.
- Adecuar las expectativas de los sujetos en relación al Programa.
- Establecer de manera colegiada las normas de trabajo en grupo.
- Brindar información acerca de la severidad y susceptibilidad ante el riesgo del consumo tabáquico.
- Estimular el establecimiento de metas claras en torno a la disminución del consumo de cigarrillos.

Actividades de la sesión:

- Técnica de presentación.
- Planteamiento de normas y las expectativas del grupo.
- Debate de video educativo.
- Técnica central.
- Técnica de cierre.
- Entrega del Tríptico 1.
- Orientación de la tarea para el hogar.

➤ Técnica de presentación: La pelota.

Objetivo:

- Introducir a los miembros del grupo estimulando el intercambio dentro del mismo.
- Propiciar motivación y confianza por el trabajo de grupo.

Procedimiento:

El grupo se dispone en círculo, todos de pie. El coordinador dice: “esta pelota está caliente, tan caliente que quema. La persona a quien voy a lanzar la pelota tiene que presentarse rápido para no quemarse”. La persona que recibe la pelota debe decir su nombre, como le gusta que le digan, de donde es, algún gusto y un deseo. Y después lanza la pelota a otro participante. Concluye cuando todos se hayan presentado.

➤ Delimitación de expectativas.

Objetivos:

- Identificar los principales intereses de los fumadores en relación a la experiencia.
- Adecuar las expectativas de los miembros del grupo.
- Establecer las metas y reglas de trabajo con los miembros del grupo.
- Propiciar la motivación hacia la experiencia del Programa.
- Enfatizar la responsabilidad individual de cada uno de los fumadores en el logro de los objetivos planteados.
- Crear en los miembros del grupo sentimientos de competencia en cuanto a sus posibilidades de controlar el hábito tabáquico.

Procedimientos:

- Se organiza el grupo en círculo y se les pide que comenten qué les gustaría que sucediera durante la experiencia, qué esperan de ella y qué no les gustaría que sucediera.
- Las frases o ideas de los pacientes se recogen en un papelógrafo o un pizarrón y son resumidas por el facilitador o terapeuta al concluir los pacientes enfatizando en que la efectividad del programa estará determinada en gran medida por el nivel de responsabilidad y compromiso con que los pacientes asuman la experiencia terapéutica.

Materiales:

- Pizarra.

➤ Video debate educativo: “El tabaquismo en la UCLV”.

Objetivo:

- Sistematizar los conocimientos sobre el tabaquismo.

Procedimiento:

Se proyectará un video educativo (Anexo 21) el cual estará basado en experiencias de estudiantes de la Universidad Central. En el mismo exponen sus criterios sobre cómo se manifiesta la problemática en la institución. Tiene una duración de 12 minutos. Al concluir el video, se discuten en el grupo las principales ideas que

expresadas en el video, en cuanto a, el conocimiento y percepción de sus riesgos que poseen los jóvenes universitarios, enfatizando en la responsabilidad de cada sujeto en la autorregulación de su hábito.

Guía de debate.

- ¿Qué les resultó más importante del video?
- ¿Cuáles fueron las temáticas abordadas?
- ¿Qué creen al respecto?
- Con qué criterios de los expuestos en el video coinciden?
- ¿En qué aspectos? ¿Por qué?
- ¿Creen que el hábito tabáquico pueda controlarse?
- ¿Cómo creen que podrían lograrlo?

➤ Técnica central: Asociación de palabras.

Objetivos:

- Establecer asociaciones en relación al hábito tabáquico.
- Destacar puntos de ruptura y concordancia en relación al tema por parte de los miembros del grupo.
- Explicar la repercusión negativa de un estilo de vida asociado al tabaco.
- Destacar las expectativas de la experiencia con la investigación.
- Proponer la disminución del consumo tabáquico.

Procedimiento:

Dispuestos en un círculo todos los miembros del grupo, se les explicará en qué consistirá la técnica. El coordinador elegirá una palabra relacionada con el tabaquismo (por ejemplo cigarro, humo) y sobre la base del tema el resto de los miembros deberá decir una palabra asociada al mismo. Una vez que todos los participantes hayan dicho su palabra y el coordinador anotado cada idea en el pizarrón, se procederá al debate, en el que les será posible hacer un mayor análisis sobre lo expuesto por cada uno. Se lleva al grupo a situarse en la experiencia realizada, en función de las cuales se derivaran las siguientes reflexiones.

Guía de debate:

- ¿Por qué pensaron en esa palabra?

- ¿Qué imaginaron al pensar en ella?
- ¿Qué relación guarda con la palabra dada inicialmente?
- ¿Qué relación creen que exista entre todas las palabras expuestas?
- Si fueran a conformar un concepto con todas las palabras, cómo lo harían.

➤ Técnica de cierre: Frase reflexiva.

Objetivos:

- Promover el compromiso de los miembros del grupo con el Programa.
- Fomentar la confianza entre los miembros del grupo.

Procedimiento:

Una vez terminada la sesión y para dar cierre a la misma el coordinador compartirá una frase con el grupo. A partir de esta los sujetos podrán expresar a través de las vivencias más significativas como se sintieron durante la sesión de trabajo con una frase. (Ver anexo 28)

➤ Entrega del tríptico1: ¿Qué es el Tabaquismo?

Objetivos:

- Profundizar los conocimientos adquiridos en la sesión.
- Sensibilizar a los familiares con el tema del tabaquismo, mediante la lectura y comentario en el contexto familiar del Tríptico 1, de manera que se conviertan en nuevos agentes de cambio.

Procedimientos:

- Se les entrega a los fumadores el Tríptico 1 en el cual aparecen algunos elementos básicos relacionados el tabaquismo para que los revisen en su casa y los comenten con sus familiares y amigos.
- Se les orienta que al iniciar la próxima sesión lo comentaremos en el grupo.

Materiales: Tríptico 1: ¿Qué es el Tabaquismo? (Anexo 22)

➤ Orientación de tareas terapéuticas.

- Autorregistro No.1.

Objetivos:

- Identificar los precipitantes del consumo así como los reforzadores positivos y negativos asociados a este.
- Registrar cantidad de cigarrillos consumidos por día.
- Proponer la disminución progresiva del consumo de cigarrillos.

Procedimiento:

Se le entregará a cada uno de los miembros del grupo un autorregistro, en el cual deberán registrar una serie de datos en relación con la cantidad de cigarrillos que consumen al día, así como el horario y los distintos momentos en los que esto tiene lugar. Conjuntamente a esta actividad, se les alentará a que comiencen una disminución del consumo diario de cigarrillos, enfocado a los beneficios que le traerá.

Materiales: Protocolo del Autorregistro (Anexo 18)

Segunda sesión

Objetivos de la sesión:

- Desmitificar creencias en relación al consumo de cigarrillos.
- Estimular el establecimiento de metas claras en torno a la disminución del consumo de cigarrillos.
- Crear en los miembros del grupo sentimientos de competencia en cuanto a sus posibilidades de controlar el hábito tabáquico.
- Promover la cohesión y comprensión entre los miembros del grupo.
- Monitorear la actividad orientada anteriormente.

Actividades de la sesión:

- Técnica de activación.
- Técnica de caldeamiento.
- Técnica central.
- Técnica de cierre.
- Orientación de las tareas para el hogar.

➤ Revisión de la tarea terapéutica.

Objetivos:

- Evaluar la realización de la actividad.
- Resaltar la importancia de la tarea.
- Reconocer a aquellos miembros del grupo que asumieron con compromiso la tarea enfatizando en su importancia para el logro de los objetivos de las sesiones.

Procedimiento:

Antes de dar inicio a las actividades de la sesión, se procede a la revisión de la tarea terapéutica orientada, específicamente el Autorregistro. El coordinador pide que de forma voluntaria los sujetos expongan como llevaron a cabo la actividad sugerida. Una vez que los participantes hayan terminado, el coordinador volverá a enfatizar sobre la importancia que posee la tarea que realizan.

➤ Técnica de activación: El mundo.

Objetivo:

- Implicar a los miembros del grupo con la sesión de trabajo.
- Proporcionar de manera didáctica, información referente al consumo tabáquico.

Procedimiento:

Se dispone el grupo en círculo y se le explica la técnica a realizar. Se declara que se mencionará uno de los tres elementos: tierra, mar o aire; al lanzar la pelota. El sujeto que reciba la pelota deberá mencionar algún ser vivo o no, que se relacione con ese elemento. Solo en el caso de mencionar la palabra “mundo”, los participantes deberán cambiarse de sillas y el sujeto que se quede con la pelota en la mano se le realizará una pregunta relacionada con la problemática.

A partir de las respuestas establecidas podrán apoyarse y establecer un intercambio con los miembros del grupo.

Preguntas que se sugieren:

- ¿Qué es el fumar?
- ¿Es una droga?

- ¿Por qué las personas se hacen dependientes del cigarro?
- ¿El fumar nos relaja?
- ¿Nos hace lucir mejor?
- ¿Qué placeres nos produce?

Guía para el intercambio.

- Sobre lo expuesto; ¿qué elemento consideran que les pareció más interesante?
- ¿Con cuáles planteamientos están de acuerdo? ¿Por qué?
- ¿Con cuál de los planteamientos creen que podrían discrepar? ¿Por qué?
- ¿Qué consideran fue lo más importante sobre lo expuesto?
- Algo más que señalar.

➤ Técnica de caldeamiento. Técnica reflexivo-vivencial: Las tres sillas.

Objetivos:

- Indagar el nivel de conocimientos y vivencias de los sujetos en torno al tabaquismo.
- Resaltar los efectos positivos del abandono del consumo tabáquico.

Procedimiento:

El grupo debe estar sentado en círculo y se añadirán 3 sillas vacías en el medio del mismo. A continuación se les explica a los miembros del grupo que cada silla tiene un valor y cada participante deberá pasar por las tres sillas en las que deberá expresar *qué se de ti, qué siento por ti y cómo me veo sin ti* (teniendo como objeto central el cigarro) haciendo un análisis individual en cada uno. Una vez terminada la exposición de todos, el coordinador explicará que a continuación harán una técnica que les posibilitará, corroborar lo acertado o no que son sus criterios sobre la temática.

➤ Técnica central. Técnica informativa: El terapeuta.

Objetivos:

- Desmitificar creencias en relación al consumo tabáquico.
- Promover la discusión entre los miembros del grupo.

Procedimiento:

Para el cumplimiento de la actividad se formarán parejas entre los miembros del grupo. Las parejas serán dispuestas en función del criterio del coordinador, en función de facilitar el intercambio grupal, así como la movilización de todos los miembros. Posteriormente explica que cada uno debe representar el rol de terapeuta y paciente indistintamente, siguiendo una guía con 6 preguntas otorgadas por el facilitador, en las que se manifiestan mitos y realidades. Cada guía tendrá preguntas diferentes y como parte de los objetivos de la técnica los sujetos deberán distinguir entre unos y otros. Concluido este primer momento se procederá a un intercambio grupal, que será conducido por él, donde se expondrán las principales experiencias en ambos roles, en relación a todas las temáticas abordadas, con el objetivo de conducirlos a la reflexión y a la necesidad de cambio.

Guía del terapeuta:

- ¿Por qué fumas?
- ¿Crees que fumar de vez en vez no hace nada?
- ¿Por qué consideras que el tabaco si es tan dañino no se prohíbe?
- ¿De qué está compuesto el cigarro?
- ¿Por qué el fumar se convierte en un hábito?
- ¿Crees que simbolice la liberación de la mujer?
- ¿Crees que el tabaco aumenta el atractivo sexual?
- ¿Consideras contraproducentes las prohibiciones de fumar?
- ¿Crees que el fumar es más mortal que los accidentes automovilísticos?
- ¿Crees que las drogas ilegales son más peligrosas?
- ¿Cuáles son los principales factores que intervienen en el inicio del consumo?
- ¿Qué daños provoca? (Enfermedades asociadas).
- ¿Consideras que el tabaco te ayude a afrontar el estrés?
- ¿Crees que cuando fumas te ayuda a mejorar tu rendimiento intelectual?
- ¿Consideras que aún no se haya demostrado una relación causal entre respirar humo y las enfermedades?
- ¿Crees que la solución para no fumar es educar?

- ¿La incidencia del cáncer de pulmón es comparable en fumadores y no fumadores?
- ¿Desde el punto de vista social y psicológico como repercute el tabaquismo en las personas?
- ¿Consideras que los cigarrillos bajos en contenido de alquitrán, reducen los riesgos de enfermedades asociadas al tabaco?
- ¿Consideras que el humo del tráfico contamina más que el cigarro?
- ¿Crees que los cigarrillos bajos en contenido de alquitrán pasan por alto que mientras más cigarrillos fuman hace que llegue más nicotina y alquitrán al organismo?
- ¿Crees tener suficientemente fuerza de voluntad para dejar de fumar?
- ¿Dejar de fumar engorda?
- ¿Qué ventajas traería para ti y para tu familia que dejaras de fumar?
- ¿Cómo crees que se podría lograr dejar de fumar?

Materiales: Tarjetas con mitos y realidades asociadas al tabaquismo. (Anexo 23)

➤ Técnica de cierre: Qué aprendí hoy.

Objetivos:

- Conocer la motivación de los sujetos con la investigación.
- Evaluar los conocimientos adquiridos durante la sesión de trabajo.
- Estimular la reflexión en los miembros del grupo.

Procedimiento:

Al finalizar la sesión cada participante deberá responder a la interrogante cómo me sentí, a través de una frase; exponiendo las principales experiencias de las actividades realizadas durante la sesión. Al culminar el coordinador compartirá un poema con el grupo.

➤ Lectura del poema. ¿Cuál es su nombre?

Objetivo:

- Incentivar la reflexión en los miembros del grupo.

Procedimiento:

Al culminar la técnica de cierre el coordinador procederá con la lectura de un poema y solicitará que comenten qué mensaje les transmite este poema y cómo se aplica al tema del Programa (Ver Anexo 24)

➤ Orientación de las tareas para el hogar.

- Autorregistro.

Objetivos:

- Registrar cantidad de cigarrillos consumidos por día.
- Determinar los elementos positivos y negativos sobre el abandono tabáquico.
- Enfatizar en la disminución progresiva del consumo de cigarrillos.

➤ Orientación práctica de técnicas aversivas.

Objetivo:

- Generar sensaciones desagradables ante la práctica de fumar.

Procedimiento.

Se orientan al sujeto una serie de ejercicios dentro de los que se encuentran: Fumar rápido/Fumar y retener el humo/Fumar un cigarro tras otro/Fumar y exponerse al humo en los ojos. Luego deben concentrarse en las sensaciones que han experimentado.

Tercera sesión

Objetivos de la sesión:

- Monitorear las tareas terapéuticas orientadas anteriormente.
- Destacar la vulnerabilidad de los riesgos ante el consumo de cigarrillos por parte de los miembros del grupo.
- Promover la acción y apoyo grupal como principal agente de cambio.
- Proporcionar técnicas de autocontrol a los miembros del grupo de estudio.
- Reforzar el compromiso sobre la cesación progresiva del consumo de cigarrillos por parte de los miembros del grupo.

Actividades de la sesión:

- Técnica de caldeamiento.
- Técnica central.

- Técnicas de autocontrol.
- Técnica de cierre.
- Orientación de las tareas para el hogar.

➤ Revisión de las tareas terapéuticas.

Objetivos:

- Evaluar la realización de la actividad.
- Enfatizar en la importancia de la tarea.

Procedimiento:

Antes de dar inicio a las actividades de la sesión, se procede a la revisión de la tarea terapéutica orientada. El coordinador pide que de forma voluntaria los sujetos expongan como llevaron a cabo la actividad sugerida. Una vez que los participantes hayan terminado, el coordinador deberá hacer énfasis en la importancia que poseen las tareas que realizan. En esta sesión el coordinador debe realizar un preámbulo y explicar, que la misma, constituye un momento crucial para todos, pues deberán ser capaces de despedirse completamente del cigarro. No obstante el coordinador explicará que aunque este paso constituye un punto muy importante debido a la responsabilidad que esto conlleva, no deberán sentirse presionados ni desprotegidos ya que, conjuntamente a todas las transformaciones y cambios que experimentarán, podrán hacerle frente a las sensaciones que les generará con herramientas que les serán proporcionadas.

➤ Video educativo: Riesgos del fumar.

Objetivos:

- Resaltar los riesgos asociados al consumo tabáquico.
- Explicar la repercusión negativa de un estilo de vida asociado al tabaco.

Procedimiento:

Para llevar a cabo la actividad se dispondrá de una computadora o video para la proyección del video educativo "Riesgos del fumar" (Ver Anexo 21), el cual hace mención al hábito tabáquico y el daño que genera a la salud humana. El video tiene una duración de 10 minutos. Culminada la proyección del video se procederá al

intercambio entre los sujetos del grupo y el coordinador, dándoles este último una participación más activa a *los sujetos*.

Guía para el debate:

- ¿Qué fue lo más interesante del video proyectado?
- ¿Que les pareció menos relevante? ¿Por qué?
- ¿Están en desacuerdo con algo de lo expuesto en el mismo?
- Alguna duda específica que quisieran aclarar sobre lo visto.
- Alguna reflexión que quisieran compartir con el grupo.
- ¿Consideran entonces que sea necesario e inminente el cambio de actitud frente al cigarro? ¿De qué dependería?

➤ Técnica central: Intercambio con un ex fumador.

Objetivos:

- Reforzar la disposición de los miembros del grupo por el abandono definitivo del cigarrillo.
- Estimular la autoconfianza en los sujetos de estudio.
- Resaltar los beneficios del abandono tabáquico.
- Estimular la reestructuración de actitudes en los sujetos en estudio.

Procedimiento:

En esta ocasión se invitará a un ex fumador, con el propósito de que a través del intercambio con los sujetos transmita sus experiencias en relación al abandono del cigarro. Los sujetos y el invitado estarán dispuestos en un círculo y una vez que este último haya terminado con su exposición, los participantes podrán realizarle preguntas en relación al tema. Para el logro de una mayor eficacia de la actividad, el coordinador deberá explicarle previamente al invitado los objetivos del encuentro y los propósitos del mismo. Al finalizar el intercambio el coordinador dará un breve preámbulo explicando que comenzarán a trabajar con ejercicios de relajación y los beneficios que estos traen consigo.

Guía del debate para el ex fumador.

- Motivos por los cuales comenzó a fumar.

- Qué lo hizo aferrarse al mismo.
- Motivos por los cuales decidió abandonarlo.
- Experiencias sobre el proceso de abstinencia.
- Razones por las cuales no volvería a recaer.
- Cómo se siente en estos momentos.
- Mejoras a la salud percibidas por el ex fumador.
- Potencialidades con las cuáles, según su criterio, contamos para que sea posible abandonar el hábito.

➤ Técnicas de autocontrol.

Objetivo:

- Entrenar a los sujetos en el uso de herramientas ante las manifestaciones de ansiedad que generará el proceso de abstinencia.

Procedimiento:

Se les proporcionarán una serie de herramientas a los sujetos que les permitirá manejar la ansiedad que genera el proceso de deshabitación. El control estimular (Niaura, Abrams, Shadel, Rohsenow, Monti, & Sirota, 1999) se trabaja a través de la eliminación de estímulos y la restricción física, es decir el coordinador explicará a los miembros del grupo que todos aquellos estímulos convertidos en señales, asociados a determinadas respuestas, en este caso el fumar, deberán reducirse. Ejemplo de lo anterior: tomar café después de las comidas, si está aburrido tratar de ocupar el tiempo con alguna actividad, evitar estar en compañías o lugares donde se fume, etc. En relación al autorrefuerzo se les explicará que la misma consiste en que podrán ofrecerse a sí mismos un premio o recompensa ante el mantenimiento del comportamiento deseado (al no fumar durante un tiempo determinado). La recompensa por ello puede ser material, por ejemplo comprar algo con el dinero ahorrado al reducir o dejar de fumar, la recompensa cognitiva puede ser imaginando los aportes que está realizando a su salud y a la de su familia y amigos, así como el valor que está demostrando al enfrentar su hábito. Igualmente será necesario resaltar que estas actividades serán eficaces en la medida en que las practiquen sistemáticamente y tengan confianza en sí mismos por el cambio y su mejoría.

➤ Técnica de cierre: La estatua.

Objetivos:

- Explorar como se sintieron los sujetos durante el encuentro.
- Estimular la reflexión en los miembros del grupo.

Procedimiento:

Al concluir la sesión, el coordinador les orientará que imaginen que son estatuas y que deben representar mediante una postura cómo se sintieron en la sesión de hoy y que se llevan.

➤ Orientación de las tareas para el hogar.

- Práctica de las técnicas de autocontrol propuestas en la sesión.
- Autorregistro.
- Escribir una carta de despedida al cigarro.
- Buscar canciones relacionadas con el cigarro.
- Sugerir modificación de comportamientos saludables, hacer ejercicios, cambiar rutinas, cambios en los hábitos alimenticios, Adecuada distribución del tiempo.

➤ Carta de despedida.

Objetivo:

- Estimular la utilidad e importancia de la escritura emocional como parte del tratamiento psicológico para la cesación del tabaquismo.

Procedimientos:

Se les indica a los estudiantes que para la próxima sesión deben traer una carta de despedida al cigarro.

Cuarta sesión

Objetivos de la sesión:

- Monitorear las tareas terapéuticas orientadas en la sesión anterior.
- Sistematizar las consecuencias que trae consigo el consumo de cigarrillos desde las perspectivas biológicas, psicológicas y sociales.

- Continuar promoviendo en el grupo de estudio mayor percepción de riesgo en relación al tabaquismo.
- Continuar desarrollando habilidades en los miembros del grupo en el uso de técnicas de autocontrol para el proceso de abstinencia.
- Entrenar a los miembros del grupo en la aplicación de técnicas de desactivación psicofisiológica, enfatizando en la necesidad de su aprendizaje y práctica.
- Fomentar un clima de seguridad para el trabajo en el grupo.

Actividades de la sesión:

- Técnica de activación.
- Técnica central.
- Técnicas de autocontrol.
- Técnica de desactivación psicofisiológica.
- Técnica de cierre.

➤ Revisión de la tarea terapéutica.

Objetivo:

- Evaluar la realización de la actividad.
- Enfatizar en la importancia de la tarea.

Procedimiento:

Antes de dar inicio a las actividades previstas para la sesión, se procede a la revisión de las tareas terapéuticas orientadas. El coordinador pide que de forma voluntaria los sujetos expongan como llevaron a cabo las actividades sugeridas. Una vez que los participantes hayan terminado, el coordinador deberá hacer énfasis en la importancia que tienen las mismas. En esta sesión se exploran las principales manifestaciones experimentadas por los sujetos durante este primer periodo de abstinencia. Específicamente se deberá abordar acerca de los síntomas más significativos y recurrentes. Igualmente el coordinador deberá indagar sobre aquellas personas que por algún motivo no haya podido cumplir con la demanda grupal planteada: dejar de fumar, y haya tenido una recaída y por aquellos que no. A su vez reiterara que bajo

ninguna circunstancia deberán sentirse desprotegidos pues, conjuntamente a todas las transformaciones y cambios que experimentan, con la sistemática ejecución de los recursos psicológicos brindados podrán auxiliarse ante las manifestaciones emocionales o de otro tipo, que genera el proceso de cambio y la transformación de hábitos.

➤ Técnica de activación: Adivinanza musical.

Objetivos:

- Crear un clima favorable entre los miembros del grupo elevando su nivel de disposición para el desarrollo de la sesión.

Procedimiento.

Se conforman dos equipos mediante una numeración del 1 al 2, luego se les pedirá que cada miembro del grupo deben tararear una canción, la cuales tendrán que haber escuchado como parte de las tareas terapéuticas planteadas. El otro equipo deberá adivinar cuál es la canción seleccionada. En caso de no cumplir con la tarea, el facilitador deberá tener previstas algunas. El equipo ganador se recompensará, y sin saberlo deben ser los primeros en leer sus cartas. (Anexo 21)

➤ Técnica central: Carta de despedida.

Objetivos:

- Recapitular sobre las consecuencias que trae consigo el consumo de cigarrillos desde las perspectivas biológicas, psicológicas y sociales; y los beneficios del abandono.
- Estimular la reflexión en los miembros del grupo.

Procedimiento:

De forma voluntaria el coordinador incitará a todas las personas que deseen leer su carta con el resto de sus compañeros. En caso de no contar con la realización de ninguna de las escrituras orientadas anteriormente, el coordinador compartirá algunas preparadas por él (Anexo 25). En ese caso hará equipos de a 3 o 4 personas y entregará una carta por equipo, para que estas sean debatidas entre ellos durante 10 minutos. Una vez preparados se procederá a compartir las ideas más esenciales de cada una entre todos los equipos.

Guía para el debate:

- ¿En qué se inspiraron al hacerlas?
- ¿Cómo se sintieron durante su realización?
- ¿Cuáles fueron los principales aspectos que quisieron plasmar?
- En función de lo escrito, qué otro aspecto pudieron haber reflejado.
- ¿Qué les pareció la experiencia?

➤ Técnicas de autocontrol: Autorrefuerzo y control estimular.

Objetivo:

- Continuar desarrollando habilidades en los miembros del grupo en el uso de técnicas de autocontrol.

Procedimiento:

Se retoman los elementos señalados en relación a las técnicas de autocontrol: Control estimular y el Autorrefuerzo. Se aborda el procedimiento idóneo para la efectividad de las técnicas, se ejemplifican en la sesión y se enfatiza en la importancia de mantener un empleo sistemático de las mismas.

➤ Técnica de desactivación psicofisiológica. Técnica de respiración "Aprendiendo a respirar"

Objetivo:

- Entrenar a los sujetos en el control de la respiración diafragmática como estrategia de manipulación de la activación fisiológica.

Procedimiento:

- Inicialmente se realiza una breve introducción a los pacientes sobre las funciones e importancia de la respiración, explicando cómo debe transcurrir idealmente el proceso.
- Se explica que en el proceso de desarrollo de la vida las personas vamos transformando de manera inadecuada nuestra respiración, lo cual provoca efectos negativos en nuestra salud.
- El facilitador debe explicar que cuando estamos sometidos a situaciones de estrés, como resulta el abandono del hábito, una de las primeras reacciones fisiológicas es el incremento o aceleración del ritmo respiratorio junto con la

consecuente aceleración del ritmo cardíaco y la presión sanguínea. Por lo tanto esta técnica consiste en revertir el proceso en sentido contrario de manera más saludable. Para lo cual deben seguir los siguientes pasos:

- Siéntate con la espalda derecha.
- Relaja los hombros y los brazos.
- Pon las manos en la zona del ombligo.
- Concentra tu atención en esa zona.
- Inspira profundamente expandiendo el vientre tanto como puedas.
- Espira el aire durante el triple del tiempo que has inspirado, contrayendo músculos abdominales. (También puedes ejercer presión con las manos sobre la barriga. Recuerda que las manos deberían subir al inspirar y bajar al espirar).
- Sigue respirando de esta manera durante unos cuantos minutos.

➤ Técnica de cierre.

Objetivo:

- Obtener información sobre las principales experiencias durante la sesión.

Procedimiento:

Se le pide a los sujetos que resuman en una palabra su valoración en torno a la sesión concluida.

➤ Orientar tareas terapéuticas.

- Continuación de la implementación de las técnicas de autocontrol.
- Práctica de la técnica de respiración.
- Autorregistro.
- Incorporar comportamientos saludables como: hacer ejercicios, cambiar rutinas, cambios en los hábitos alimenticios, adecuada distribución del tiempo.
- Entrega de la Guía de autoayuda para el proceso de abstinencia. (Ver Anexo 26)

Quinta sesión

Objetivos de la sesión:

- Monitorear las tareas terapéuticas orientadas anteriormente.
- Modificar la conducta de los miembros del grupo a través de la reestructuración de esquemas cognitivos.
- Consolidar el compromiso por el abandono definitivo del consumo de cigarrillos por parte de los miembros del grupo.
- Entrenar a los miembros del grupo en la aplicación de técnicas de desactivación psicofisiológica, enfatizando en la necesidad de su aprendizaje y práctica.
- Continuar desarrollando habilidades durante el proceso de abstinencia.

Actividades de la sesión:

- Técnica de activación.
- Técnica central.
- Técnica de desactivación psicofisiológica.
- Técnica de cierre.
- Lectura de la frase reflexiva.

➤ Revisión de la tarea terapéutica.

Objetivos:

- Evaluar la realización de la actividad.
- Enfatizar en la importancia de la tarea.

Procedimiento:

Antes de dar inicio a las actividades de la sesión, se procede a la revisión de las tareas terapéuticas orientadas. El coordinador pide que los sujetos expongan como llevaron a cabo las actividades sugeridas. En esta sesión el coordinador debe realizar un pezquisaje sobre las principales manifestaciones experimentadas por los sujetos durante este primer momento de abstinencia. Específicamente se deberá abordar acerca de los síntomas más significativos y recurrentes. Igualmente el coordinador deberá indagar sobre aquellas personas que por algún motivo haya tenido una recaída y por aquellos que no. Se enfatiza en la importancia de las técnicas que van

aprendiendo durante las diferentes sesiones como recurso de apoyo para superar esta etapa. A su vez, reiterará que pueden solicitar ayuda individualizada en caso de que no logren evitar la conducta o aparezcan síntomas intensos en los cuales se requiera una ayuda más especializada.

➤ Técnica de activación: Colores.

Objetivos:

- Motivar la participación de los miembros del grupo.
- Orientar el pensamiento de los sujetos en torno a la temática.

Procedimiento:

La técnica comienza con el grupo sentado en círculo, el coordinador trae al grupo una cesta de caramelos de colores, si toma de ella un caramelo de color rojo, todos deben cambiarse un puesto a la derecha, si saca uno verde, deben moverse a la izquierda y cuando salga arco iris deben cambiarse todos de puesto. Luego, el animador debe pasar caramelos y ofrecérselos a los participantes, diciéndoles que tomen los que quieran. El coordinador también debe tomar caramelos. Una vez iniciado el encuentro los participantes deben responder a las preguntas que corresponden a cada color de caramelo elegido por ellos.

- *Rojo:* ¿Cómo me siento ahora?
- *Verde:* ¿Qué ha cambiado?
- *Azul:* ¿Qué me preocupa?

➤ Técnica central. Técnica reflexivo-vivencial: Siendo creativos.

Objetivos:

- Reforzar los beneficios del abandono del consumo tabáquico.
- Lograr a través del intercambio entre los sujetos la reestructuración de esquemas cognitivos.
- Compartir reglas terapéuticas que faciliten el autocontrol durante el proceso de abstinencia.

Procedimiento:

Se le explica al grupo la importancia de la presente técnica. Luego se le propone al grupo que imaginen que están optando por un empleo, en el cual consideran podrán

sentirse realizados desde el punto de vista profesional y económico, pero en ese proceso de selección deben realizar una prueba propuesta por la empresa para evaluar si posee las competencias necesarias para el puesto. La misma consiste en crear un spots publicitario (dramatizado) para prevenir el tabaquismo, haciendo énfasis en los beneficios que le reporta al ser humano (efectos positivos) el no practicar el hábito de fumar. Sin embargo, parte de la demanda de los jefes de la empresa se refiere a no mencionar explícitamente en el spots publicitario el objetivo que se pretende alcanzar.

Se orienta que se agrupen en tríos. Cada equipo dramatizará el spot elaborado. Luego se seleccionará el spots más completo y original, fundamentando la selección. Para concluir esta actividad serán presentados por el coordinador algunos spots sobre la necesidad de erradicar el hábito de fumar, los cuales serán comentados. (Ver Anexo 21)

- Técnica de desactivación psicofisiológica: Ejercicios de Relajación muscular progresiva de Jacobson. Parte I

Objetivos:

- Presentar el entrenamiento en relajación progresiva como un recurso muy útil para la regulación emocional.
- Reducir el nivel de activación psicofisiológica del sujeto mediante ejercicios de tensión-distensión.

Procedimientos:

- Se les explica a los sujetos en qué consisten los ejercicios de relajación enfatizando en el papel del entrenamiento para lograrlo.
- Se define que se empleará una modalidad que está compuesta por 4 etapas, cada una de las cuales se centra en algunas partes del cuerpo por lo que se trabajarán de manera paulatina y progresiva durante las diferentes sesiones.
- Se ofrecen las instrucciones generales para la realización de la técnica orientándole a los sujetos la posición que deben adoptar.
- Se presentan las instrucciones contenidas en la Parte I que se centra en la relajación de los músculos de la mano, el antebrazo y los bíceps. (Anexo 27)

- Se socializa la experiencia de cada sujeto durante el ejercicio, de manera que descubran los signos de relajación.

Recursos:

- Grabadora y casete con los ejercicios de relajación.

➤ Técnica de cierre: Positivo – negativo – interesante.

Objetivo:

- Conocer las principales experiencias de los sujetos durante la sesión.

Procedimiento:

Para dar cierre a la sesión de trabajo se les pide a los miembros del grupo que digan con una palabra que les resulto Positivo/ Negativo/Interesante de la actividad.

➤ Frase reflexiva.

Objetivo:

- Promover la reflexión en los miembros del grupo. (Ver Anexo 28)

Procedimiento:

Al culminar la sesión de trabajo el coordinador lee una frase, incentivando a los miembros del grupo a reflexionar sobre la misma.

➤ Orientación de las tareas para el hogar.

- Práctica de las técnicas de autocontrol.
- Práctica de ejercicios de respiración.
- Práctica sistemática de los ERP. Parte I.

Sexta sesión

Objetivos de la sesión:

- Promover la toma de conciencia en los participantes sobre sus conductas y actitudes ante el abandono del consumo de tabaco.
- Continuar potenciando habilidades para la regulación emocional en el manejo de síntomas vinculados al síndrome de abstinencia.
- Entrenar a los miembros del grupo en el uso de técnicas de relajación.

- Continuar estimulando el desarrollo de habilidades en la práctica de técnicas de desactivación psicofisiológicas.
- Fomentar la autoconfianza de los a través de las experiencias grupales.

Actividades de la sesión:

- Técnica de activación.
- Técnica central.
- Técnica de relajación.
- Técnica de cierre.

➤ Revisión de las tareas terapéuticas.

Objetivos:

- Evaluar la realización de la actividad.
- Enfatizar en la importancia de las tareas.

Procedimiento.

Antes de dar inicio a las actividades de la sesión, se procede a la revisión de las tareas terapéuticas orientadas. El coordinador pide que los sujetos expongan como llevaron a cabo las actividades sugeridas. Una vez los participantes hayan terminado, hará énfasis en la importancia que tienen las mismas. En esta sesión el coordinador continuará controlando las manifestaciones experimentadas por los sujetos, pasado ya un tiempo desde el compromiso de estos de no fumar más. Se continúa orientando la ejecución individual y sistemática de los ejercicios de desactivación psicofisiológica, especialmente los ejercicios de respiración y el ERP Parte I.

➤ Técnica de activación: Pareja refranero.

Objetivo:

- Fomentar un ambiente favorable para iniciar la sesión de trabajo.

Procedimiento:

- Para el desarrollo de la actividad el coordinador presentará una serie de refranes populares conocidos por los sujetos. Se colocarán alrededor de 6-7 tarjetas teniendo en cuenta la cantidad total de los participantes del programa.

- Los refranes se escriben en tarjetas de la siguiente forma: Ej.: “camarón que se duerme...” La segunda parte del refrán en otra tarjeta. Ej.: “...Se lo lleva la corriente”. Las tarjetas correspondientes a la primera parte estarán marcadas para que se distingan. Se unen y se reparte al azar una a cada participante. Se le pide que quien tenga la primera parte la lea, y a continuación quien considere tener la segunda parte de ese refrán lo lee. Si es correcto se forma la pareja. Así hasta que se formen todas las parejas.
- Una vez formadas las parejas, se podrán realizar intercambios acerca de lo que consideran importante acerca de los refranes y la relación de los mismos con el hábito de fumar. (Anexo 29)

➤ Técnica central. Técnica cognitiva: Dar y recibir ayuda.

Objetivos:

- Reforzar la actitud positiva de los miembros del grupo ante el cambio.
- Estimular la autoconfianza en los sujetos de estudio.
- Constatar los conocimientos adquiridos por los sujetos a partir del intercambio.

Procedimiento:

Se formaran grupos de 4 personas donde cada una tendrá un papel a representar (persona que expone el problema, cuestionador, recomendador y observador). Presentarán diferentes situaciones (Ver Anexo 30) las cuales están relacionadas con los factores de riesgo vinculados al consumo de tabaco, la repercusión psicológica y fisiológica de la dependencia tabáquica y la influencia del hábito en las relaciones interpersonales. En cada grupo conformado se deberán asumir los roles establecidos y tomar las notas pertinentes de acuerdo a los criterios que se suscitan. Dichos criterios se socializan, inicialmente a nivel del pequeño creado y luego a grupal general. El coordinador, guiará el debate intencionando reflexiones auténticas y con juicios de valor.

➤ Ejercicios de Relajación muscular progresiva de Jacobson. Parte II

Objetivos:

- Reducir el nivel de activación psicofisiológica del sujeto mediante ejercicios de tensión-distensión.
- Consolidar los logros obtenidos en el entrenamiento de relajación.

Procedimientos:

- Se explica a los sujetos que esta segunda parte se centra en la relajación de los músculos del área facial, la nuca, los hombros y la parte posterior de la espalda.
- El procedimiento es similar a la etapa anterior. Se ofrecen las instrucciones correspondientes a la Parte II (Ver Anexo 27).

Recursos:

- Grabadora y casete con los ejercicios de relajación.

➤ Técnica de cierre: La escultura colectiva.

Objetivo:

- Expresar a través de una actividad colectiva como se sintieron en la sesión.

Procedimiento:

Se les pide a los miembros del grupo que para cerrar la sesión de trabajo se reúnan y entre todos conciben hacer una estatua colectiva en la expresen como se sintieron durante la actividad.

➤ Tareas terapéuticas:

- Práctica de las técnicas de autocontrol.
- Práctica de ejercicios de respiración.
- Práctica sistemática de los ERP. Parte II.

Séptima sesión

Objetivos de la sesión:

- Consolidar los conocimientos adquiridos por parte de los miembros del grupo.
- Reforzar el establecimiento de actitudes positivas ante el cambio en los miembros del grupo.

- Continuar desarrollando habilidades en los sujetos en la aplicación de técnicas de desactivación psicofisiológica.
- Continuar fomentando la confianza sobre sí mismos.

Actividades de la sesión:

- Técnica activación.
- Técnica central.
- Técnica de relajación.
- Técnica de cierre.
- Lectura de la frase reflexiva.
- Orientación de las tareas para el hogar.

➤ Revisión de las tareas terapéuticas.

Objetivos:

- Evaluar la realización de la actividad.
- Enfatizar en la importancia de las tareas.

Procedimiento.

Antes de dar inicio a las actividades de la sesión, se procede a la revisión de las tareas terapéuticas orientadas. Al terminar, el coordinador expone como la realización de forma individual y sistemática de estas actividades contribuye en gran medida en el desarrollo de mayor dominio de las técnicas, autonomía y confianza sobre sí mismos, enfatizando en la importancia de su ejercitación diaria. Además indagará cómo ha sido para ellos la experiencia de la deshabituación, explorando posibles cambios o mejorías desde su implementación. Igualmente continuará controlando aquellas manifestaciones experimentadas por los sujetos, pasado ya un tiempo desde el compromiso de estos de no fumar más. Se deberá indagar sobre aquellas personas que por algún motivo haya tenido una recaída y por aquellos que no, felicitando a los últimos y alentando a aquellos que han recaído explicándoles que no deben desanimarse y seguir intentándolo con más determinación.

➤ Técnica activación: La enredadera.

Objetivo:

- Crear un clima favorable para el inicio de la sesión de trabajo.

Procedimiento:

Situados en círculo, los participantes deben obedecer órdenes caprichosas del animador sin abandonar el lugar que ocupan: tocar algo de cierto color, juntar la cabeza con la del compañero de la izquierda, pisar el pie del compañero de la derecha, etc. Cada movimiento realizado debe mantenerse hasta que la postura sea complicada. Entonces, sin perder el equilibrio, cada participante comentará en qué se parece esta experiencia, una enredadera y el hábito de fumar. Luego se les solicita que dramaticen cómo se liberan de la enredadera. Una vez ubicados en una postura más cómoda que describa cómo se han sentido en estos días en que han estado intentando liberarse de la enredadera que significa esta adicción al tabaco.

➤ Técnica central. Técnica reflexiva-vivencial: He aprendido.

Objetivos:

- Resaltar los beneficios de un estilo de vida sin vicios.
- Continuar estimulando la autoconfianza en los sujetos de estudio.
- Preparar al grupo para la reflexión.

Procedimiento:

Se dispone al grupo en círculo, de forma tal que todos los miembros tengan plena visualización unos de otros. Posteriormente el coordinador explica, que como actividad rectora de la sesión, realizarán de forma crítica, individual y a nivel grupal, el análisis de un poema. Con el mismo se pretende resaltar los beneficios de una vida libre de nicotina así como reforzar la autoconfianza en sí mismos a través de generalizaciones en torno al tema. (Ver Anexo 24)

➤ Técnica de Ejercicios de relajación progresiva de Jacobson. Parte III.

Objetivos:

- Reducir el nivel de activación psicofisiológica del sujeto mediante ejercicios de tensión-distensión.
- Consolidar los logros obtenidos en el entrenamiento de relajación.

Procedimientos:

- Se explica a los pacientes que esta tercera parte se centra en la relajación del pecho, estómago y vientre.

- El procedimiento es similar a la etapa anterior. Se ofrecen las instrucciones correspondientes a la Parte III (Ver Anexo 27)

Recursos:

- Grabadora y casete con los ejercicios de relajación.

➤ Técnica de cierre: Cómo llegué, qué aprendí y qué espero.

Objetivo:

- Obtener información sobre las principales experiencias de los miembros del grupo durante la sesión.

Procedimiento:

Dispuestos en círculo cada sujeto deberá pasar por tres sillas en las que deberá expresar ¿Cómo llegué?, ¿Qué aprendí?, ¿Qué espero del próximo encuentro? Posteriormente y para culminar con la sesión de trabajo se leerá una frase para conducir al grupo hacia la reflexión.

➤ Lectura de la frase reflexiva.

Objetivo:

- Promover la reflexión individual en los miembros del grupo.

Procedimiento:

Al culminar la sesión de trabajo el coordinador lee una frase, incentivando a los miembros del grupo a reflexionar. (Ver Anexo 28)

➤ Orientación de las tareas para el hogar.

- Técnicas de autocontrol.
- Práctica de ejercicios de respiración.
- Práctica sistemática de los ERP. Parte III.

Octava sesión

Objetivos de la sesión:

- Sistematizar los contenidos abordados hasta el momento durante el programa.

- Reforzar la regulación emocional de los miembros del grupo a través del juego de roles.
- Estimular la autonomía en los miembros del grupo.

Actividades de la sesión:

- Técnica de caldeamiento: Mi símbolo.
- Técnica central: Técnica psicodramática: Juego de roles
- Técnica de cierre: Para pensar-Frase reflexiva.
- Lectura de la frase reflexiva.

➤ Revisión de la tarea terapéutica.

Objetivos:

- Evaluar la realización de la actividad.
- Enfatizar en la importancia de las tareas.

Procedimiento:

Antes de dar inicio a las actividades de la sesión, se procede a la revisión de las tareas terapéuticas orientadas. Cada uno de los miembros del grupo expone como llevaron a cabo las actividades sugeridas. Se continúa orientando la ejecución individual y sistemática de los ejercicios practicados en las sesiones, así como el asesoramiento a través de la guía dada. Se reforzará positivamente a nivel grupal a todos aquellos que no hayan recaído durante todo el proceso terapéutico e independientemente de ello, se alentará al resto a continuar intentándolo. Para ello se pide a los primeros que ofrezcan algunos consejos a los que se han quedado, un poco rezagados.

➤ Técnica de caldeamiento: Mi símbolo.

Objetivos:

- Preparar al grupo de trabajo para la reflexión.
- Identificar el alcance de las metas propuestas por los sujetos.

Procedimiento:

Dispuestos en un círculo el coordinador pregunta al grupo que expresen mediante un objeto, canción o elemento natural, simbolicen o representen los logros alcanzados respecto a la cesación tabáquica y expliquen el por qué.

- Técnica central. Técnica reflexivo-vivencial: ¿Cómo es mi vida ahora y cómo será dentro de cinco años?

Objetivos:

- Reflexionar sobre las estrategias asumidas por los sujetos.
- Lograr la reestructuración de esquemas por parte de los sujetos.
- Analizar los resultados obtenidos con el programa, vinculado a las transformaciones en la vida de los sujetos.

Procedimiento:

Como se ha trabajado hasta el entonces, el coordinador orienta sentarse en un círculo. Se conformarán equitativamente de 2 a 3 equipos, a los cuales se les entregará una situación a dramatizar en la que intervendrán todos los miembros del grupo. Se les explica que deberán ser creativos en la realización del mismo. La dramatización llevará por título: ¿Cómo es mi vida ahora y cómo será dentro de cinco años? El título de la dramatización será el mismo para todos.

- Ejercicios de Relajación muscular progresiva de Jacobson. Parte IV

Objetivos:

- Reducir el nivel de activación psicofisiológica del paciente mediante ejercicios de tensión-distensión.
- Consolidar los logros obtenidos en el entrenamiento de relajación.

Procedimientos:

- Se explica a los pacientes que esta cuarta parte se centra en la relajación de las caderas, muslos y pantorrilla, seguida de una relajación completa en todo el cuerpo.
- El procedimiento es similar a la etapa anterior. Se ofrecen las instrucciones correspondientes a la Parte IV (Anexo 27).

Recursos:

- Grabadora y casete con los ejercicios de relajación.

- Técnica de cierre: Con una palabra.

Objetivo:

- Obtener información sobre la efectividad de la sesión en cuanto al cumplimiento de los objetivos planificados.

Procedimiento:

El coordinador orienta que de forma voluntaria e individual cada sujeto exprese a través de una palabra como se sintió durante el encuentro.

- Orientación de las tareas para el hogar.
 - Técnicas de autocontrol.
 - Práctica de ejercicios de respiración.
 - Práctica sistemática de los ERP. Parte IV.

- Lectura de la frase reflexiva.

Objetivo:

- Promover la reflexión en los miembros del grupo.

Procedimiento:

El coordinador compartirá una frase con el grupo, sobre la cual pedirá que reflexionen al respecto de forma individual. (Ver anexo 28)

Novena sesión

Objetivos de la sesión:

- Evaluar los conocimientos adquiridos durante el periodo de tratamiento.
- Constatar cambios en el comportamiento de los miembros del grupo de estudio.
- Lograr que los sujetos del grupo se perciban más independientes y seguros en relación con su capacidad de superar y controlar esta adicción.
- Proporcionar las vías de contacto para solicitar más ayuda especializada.
- Despedir al grupo.

Actividades de la sesión:

- Técnica de activación.
- Técnica central.
- Técnica de relajación progresiva.
- Técnica de cierre.

➤ Revisión de la tarea terapéutica.

Objetivos

- Evaluar la realización de la actividad.
- Enfatizar en la importancia de las tareas.

Procedimiento:

Antes de dar inicio a las actividades de la sesión, se procede a la revisión de las tareas terapéuticas orientadas. El coordinador pide que los sujetos expongan como les se sintieron con la implementación de las tareas. Explica que a pesar de la finalización del trabajo grupal, los mismos cuentan con toda una serie de herramientas para hacer uso en caso necesario tanto desde el punto de vista psicológico como fisiológico. Se sugiere la ejecución individual y sistemática de los ejercicios practicados en las sesiones durante algún tiempo más.

➤ Técnica de activación: Canasta revuelta.

Objetivos:

- Promover la participación de los sujetos del grupo.
- Evaluar conocimientos adquiridos durante la implementación del programa.
- Crear un clima favorable para el trabajo grupal.

Procedimiento:

El grupo se dispone en círculo, el coordinador se coloca en el centro y explica el juego. Si el coordinador dice alguna realidad en relación al hábito tabáquico todos los participantes deberán moverse una silla a la derecha, por el contrario, si dice algún mito en relación al tema se moverán hacia el lado inverso y cuando diga “canasta revuelta”, todos cambian de asiento y el coordinador tratará de sentarse y el que quede de pie, dirige el juego.

➤ Técnica central. Técnica reflexivo-vivencial: El cigarro.

Objetivo:

- Valorar la influencia del programa en los miembros del grupo.

Procedimiento:

El coordinador orienta al grupo sentarse en círculo. El mismo explica que con la ayuda de la maqueta del cigarro que se encuentra en el centro del círculo, cada uno de los sujetos voluntariamente podrán dirigirse a ella, y al tenerlo en sus manos expresarle todo lo bueno que les ha sucedido después de su abandono.

➤ Técnica de relajación progresiva de Jacobson. Relajación completa.

Objetivo:

- Reducir el nivel de activación psicofisiológica del paciente mediante ejercicios de tensión-distensión.

Procedimientos:

- Se explica a los pacientes que para finalizar el entrenamiento en relajación haremos una relajación completa en todo el cuerpo.
- El procedimiento es similar a los empleados en las etapas anteriores. Se trabaja en la consolidación del entrenamiento en la relajación muscular completa (Anexo 27).

Recursos:

- Grabadora y casete con los ejercicios de relajación.

➤ Técnica de cierre.

Objetivo:

- Conocer las principales experiencias de los miembros del grupo durante el periodo investigativo.

Procedimiento:

Se les explica a los sujetos que deberán imaginar qué irán regresando de un viaje y en la maleta, en vez de llevar ropa o cualquier otra pertenencia portarán todo lo aprendido o vivenciado durante el proceso de investigación.

- Cómo llegué.
- Cómo me sentí.
- Qué me llevo.

Al finalizar el terapeuta agradece a los participantes su participación en el Programa y facilita el teléfono de contacto del Centro de Bienestar para aquellos sujetos que requieran contactarles por este o cualquier otro motivo.

Evaluación del Programa según el Juicio de Especialistas

Una vez diseñado el programa, se procedió a su valoración sometiéndola al juicio de 10 especialistas con experiencia en el área. Los resultados obtenidos en la encuesta nos permitieron constatar que la generalidad de los profesionales reconoce el papel que juegan los factores psicológicos en el tabaquismo; específicamente en la dependencia a la nicotina y por consiguiente en la necesidad de considerar acciones preventivas e interventivas.

Como resultados substanciales figuran que el 60% de los especialistas señalan la importancia de quien lleve a cabo la implementación del Programa sean profesionales capacitados en el tema, puesto que en el mismo se abordan temáticas que conciernen a su preparación. En relación a la calidad de la elaboración e idoneidad del Programa el 80% destaca la solides del mismo, en este sentido figuraron verbalizaciones como “el programa que do muy bien estructurado“, “creo que sea factible su aplicación en la Universidad“.

Por otro lado destacan la coherencia entre los temas y el cumplimiento de los objetivos, aspectos fundamentales que debían ser cumplidos, sobre los cuales se refirieron en sentido positivo. En cuanto a la satisfacción con el diseño y la aplicabilidad del Programa el 100 de los encuestados estuvieron de acuerdo con estos y además manifestaron que era importante tener en cuenta para llevar a colación el Programa, partir de premisas como contar con el tiempo requerido así como crear las condiciones adecuadas para asegurar la efectividad de su aplicación.

En este sentido, el 100% de los encuestados valoran como inminente la necesidad de implementar el Programa, teniendo en cuenta la pertinencia y factibilidad del mismo. Asimismo, se sugiere tener en cuenta otros escenarios además del universitario, donde pudiera ser implementado. De igual forma, todos los especialistas proponen que teniendo en cuenta la complejidad del tratamiento de los trastornos adictivos, se considere como principio del Programa su complementariedad con la atención individualizada. Aún cuando este elemento estaba previsto y descrito en la

concepción inicial del mismo, se procedió a la incorporación de un acápite específico en el Manual del Programa diseñado.

En sentido general, se emitieron valoraciones favorables sobre la propuesta y sugirieron darle continuidad a la investigación mediante el trabajo multidisciplinario en Centros Comunitarios de Salud Mental y en otros Centros de Educación para la Salud.



Conclusiones

Conclusiones

- Se constató que la generalidad de los estudiantes universitarios fumadores que participaron en la investigación poseen una limitada percepción de riesgo asociado al tabaquismo. En su componente cognitivo valorativo presentan un conocimiento de los principales efectos que el mismo tiene para la salud pero en su mayoría desconocen su condición de trastorno adictivo. Ello condiciona que en el componente afectivo motivacional se ubiquen fundamentalmente en la etapa de ambivalencia o discrepancia, desarrollando mecanismos de invulnerabilidad percibida; todo lo cual se traduce en la adopción de conductas de consumo frecuente y dependiente.
- El comportamiento de consumo en los estudiantes universitarios investigados, se caracterizó por la preferencia por el cigarro, con una alta frecuencia de consumo, siendo el horario de actividades académicas uno de los preferidos. Entre las razones que identifican para fumar reconocen la relajación, superar estados emocionales negativos así como la imposibilidad de controlarse. Este último indicador evidencia el alto nivel de dependencia que ya poseen, lo cual se refleja también en que el 73% de ellos ha intentado dejar el hábito pero ha sufrido recaídas. Se identificaron síntomas de abstinencia entre los que predominan: el deseo intenso de fumar, impaciencia, intranquilidad, irritabilidad y dolores de cabeza. Estos elementos hacen evidente la presencia de un trastorno de dependencia a la nicotina. No obstante, resulta favorable el hecho de que el 60% de los sujetos investigados manifiesten que valorarían vincularse a una experiencia de ayuda psicológica para lograr la sanación.
- En correspondencia con los resultados obtenidos en la etapa de evaluación se procedió a la elaboración de un Programa de intervención psicológica organizado en 9 sesiones, que desde una concepción de trabajo en grupo se oriente a

adecuar la percepción de riesgo en los estudiantes fumadores, activar sus recursos salutogénicas y propiciar el aprendizaje de técnicas que propicien la cesación del consumo de tabaco.

- El “*Programa de intervención psicológica para el tratamiento del tabaquismo en estudiantes universitarios*”, diseñado a partir de las necesidades identificadas en la UCLV; constituye una alternativa para fortalecer el enfrentamiento de esta adicción en este grupo etario. El mismo puede ser implementado en otras universidades, siempre y cuando se respete su concepción lógico-metodológica y se adecue su aplicación a las características de la institución.
- Los criterios emitidos por la generalidad de los especialistas consultados, reflejaron una valoración favorable a la pertinencia, calidad del diseño y aplicabilidad del Programa diseñado, valorándolo como un recurso útil que debe ser implementado con inmediatez; a la vez que recomiendan que se generalice su implementación incluso en instituciones de salud.



Recomendaciones

Recomendaciones

- Implementar en la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas el *“Programa de intervención psicológica para el tratamiento del tabaquismo en estudiantes universitarios”*, con el objetivo de desarrollar la evaluación de su efectividad e impacto y en correspondencia con los resultados obtenidos, trabajar en su perfeccionamiento.
- Continuar desarrollando la presente línea de investigación desde el Centro de Bienestar Universitario, explorando las vías más efectivas para potenciar el bienestar de los estudiantes universitarios.



Bibliografía

Bibliografía

- Acosta, O. S. (2009). *Necesidades educativas sobre la promoción y prevención del tabaquismo en la atención primaria de salud*. Recuperado en www.scielo.com
- Acosta, O.S. (2009). *Situación actual del Programa de prevención y control del tabaquismo en Cuba*. CNPES: Ministerio de Salud Pública.
- Alonso, F. (1979). *Toxicomanía. Bases psicosociales del alcoholismo. Trabajo de inscripción en la Real Academia Nacional de la Medicina*. Madrid
- Alonso, B., Ortiz, H., Saltó, E. & Pallarés, J.(2006). Epidemiología del tabaquismo: efectos sobre la salud, prevalencia de consumo y actitudes. Estrategias de prevención y control.
- APA. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (D.S.M IV). Washington, DC: American Psychiatric Association (APA)
- Arjonilla, S., Pelcastre, B. & Orozco, E. (2000). Representación social del consumo de tabaco en una institución de salud. *Salud Mental*, 23. Recuperado de www.medigraphic.org.mx
- ASCEPIC (2007) *Deshabitación tabáquica en adolescentes: Una visión de trabajo*.
- Alfonso, A., B., Castillo, Z. & Guerra, V. (2011) *Intervención psicoterapéutica grupal dirigida a potenciar la adecuación de la autovaloración y atenuar los estados emocionales en pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico*. Santa Clara.

- Achiong, F., Morales, J. M., Dueñas, A., Acebo, F., Bermúdez, C. L. & Garrote, I. (2006). Prevalencia y riesgo atribuible al tabaquismo. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 44 (0253-1751).
- APA. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.(D.S.M-IV).Washington, DC: American Psychiatric Association(APA).
- Armas, N. B., Varona, P., Noval, R. d. I., Dueñas, A., Castillo, A. & Pijuan, M. (2002). Tabaquismo y sus características en médicos y enfermeras del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular Retrieved from <http://www.indexmedico.com>
- American Psychiatric Association, 1996; World Health Organization Regional Office for Europe.
- Acta colombiana de psicología. (2010). *EL Proceso de adopción de precauciones en la prevención secundaria* 13 (1): 79-90.
- Bandera, A. (2006). Prevención de las toxicomanías. In E. Gutiérrez & A. Bandera (Eds.), *Toxicomanías y adolescencia. Realidades y consecuencias*. La Habana: Editorial Científico -Técnica.
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo. Thomson Learning.
- Becoña, E. (2004). *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar* 1388. Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (2004). *Monografía Tabaco*. Adicciones vol. 16, SUPL. 2. 45.
- Bueno, A. M. (2006) *Representaciones sociales de adolescentes bogotanos, & acerca del cigarrillo a partir de los mensajes publicitarios de radio*. Revista Tendencia Retos Nº 11: 79-95 / Octubre 2006.

- Becoña, E. (2000). *Tratamiento del tabaquismo: Situación actual y perspectivas futuras*. *Adicciones*, 12, 77-85.
- Brennan, B. (2009). *La percepción del riesgo*.
- Beltrán, A. L. (2003). *La Percepción del Riesgo del hábito de fumar, algo más que información. Sus implicaciones didácticas*. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos56/riesgo-de-fumar/riesgo-de-fumar2.shtml>
- Blanchard, S. (2003). Las mujeres que fuman, en peligro. *Clarín.com*.
- Cordero, I. (2006). *Fumar o no fumar por favor, reflexiona*. Santiago de Cuba: Oriente.
- Espinosa, A. D. & Roca, A. A. (2007). *Tabaquismo. Finlay Revista Científica Médica de Cienfuegos. El ABC en el manejo de algunas enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo*. 10 (0864-4357).
- Cáncer, U. N. p. e. C. d. & Epidemiología, I. d. H. y. (2009). El cáncer un problema de salud. Retrieved from www.infomed.cu
- Cardero, I. (2006). *Fumar o no fumar por favor, reflexiona*. Santiago de Cuba: Oriente.
- Camarellas, S. Salvador. (2008). *Documento de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España* del Observatorio para la Prevención del Tabaquismo. Editado por el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. España.
- Córdoba, R. & Samitier, C. (2005). *Cuestiones ético-legales en la consulta de medicina de familia. Actitudes éticas en el tratamiento del tabaquismo*. *Atencion Primaria*. 2005; 36(2):100-3.
- Cárdenas, L., Guerra, L. M. & Pérez, Y. (2011). *Programa de acciones psicoeducativas para la educación de escolares hipertensos ante factores de riesgos de la Hipertensión Arterial*.

CNPES. (2005). *Tabaquismo*. Paper presented at the El tabaquismo un mal de estos tiempos.

Department of Health and Human Services, (1998). *Health Consequences of Smoking: Nicotine addiction: A report of the Surgeon General*. Atlanta, Ga: Centers for Disease Control and Prevention, US.

De Vito, E , y Rojas, R. (2005). *Estrategias de prevención y control*. (Ed Medicina). Buenos Aires, 65, 545-549.

Espín, A. M.(2009)*Escuela de Cuidadores: como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia*. La Habana, Cuba.

Recuperado de programapsicoeducativos\scielo.php.htm. Revista Cubana de Salud Pública. *Versión On-line* ISSN 0864-3466. Rev Cubana Salud.

Encuesta sobre conocimientos, actitudes, creencias y conductas en relación al consumo de tabaco. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo *Estudio realizado con la co-financiación del Ministerio de Sanidad y Consumo*. V081172- Encuesta Tabaquismo 2008, v1.

Espinosa, A. D. & Roca, A. A. E. (2007). Tabaquismo. *Finlay Revista Científica Médica de Cienfuegos*. *El ABC en el manejo de algunas enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo* 10 (0864 - 4357).

Fuentes, P., López, E., Castañeda, B. & Calatayud, P. (2005). *El genograma. tratamiento de la dependencia nicotina-tabáquica*. Prevención del tabaquismo. Vol.7nº 3.

Flórez, Alvarez, S. & Vázquez, D. (2010). *Adicciones*, 22 (1), 37-50.

Galbe, J. (2003) *Prevencion del consumo de tabaco, Alcohol y drogas*.

- Gómez, R.A., Aical, C.C., Monllau, L.B. & Vittore, G.A. *Percepción de riesgo sobre las sustancias psicoactivas en jóvenes, padres y docentes del Centro de Bienestar Universitario de Nivel Medio de la ciudad de Córdoba: un estudio comparativo*. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Psicología.
- González, R (2000) *Clínica y Terapéutica de las adicciones para el médico general*.
- González, R. (1997). SOS. Alcoholismo y drogas. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
- González, R. (2005). *La influencia de los medios masivos de comunicación*. La Habana.
- Grau, J. & Guibert, W. (1997). *Actitudes, motivaciones, emociones, creencias y conductas en el control del cáncer. Su importancia para la prevención y la educación para la salud. Material de trabajo de los Seminarios de Educación en Cáncer del Programa Latinoamérica contra el Cáncer*. La Habana: INOR.
- Guibert, W. & Grau, J. (1997). *La información para la educación para la salud. Estrategias para facilitar la comprensión y el recuerdo. Material de trabajo para los Seminarios de Educación en Cáncer del Proyecto "Latinoamérica contra el Cáncer"*. La Habana, INOR
- Ponciano, G., Morales, A. (2007). La escritura emocional como una herramienta para el tratamiento psicológico del tabaquismo. Salud Pública. México.
- L.I. (2010). *Estrategias Metacognitivas en la intervención del tabaquismo*. Madrid.
- Llópiz, K. (2011) *Para vivir sin riesgos: un acercamiento a la prevención contra el tabaquismo en los estudiantes de la Universidad de Ciencias pedagógicas de Villa Clara*. Vol 3, Nº 28 (junio 2011).
- López, . García. (2010). *Tabaco*. Recuperado de: <http://www.zonadiet.com>
- Martínez, F. (2005). Prevención y tratamiento del tabaquismo. Vol. 7 nº 3.

- Mariano, C. (2010). *Humo ambiental de tabaco en el hogar y percepción de riesgo en la población cubana*. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, vol. 48, núm. pp. 291-303.
- Mayor, L.I. (2010). *Estrategias Metacognitivas en la intervención del tabaquismo*. Madrid.
- Menéndez, R. G. (2005). *Usted puede prevenir, detectar y vencer las adicciones*. La Habana: Científico – Técnica.
- Míguez, H.A. (2004) *Tipos de dependencia al tabaco en jóvenes: percepción del riesgo y motivación para el cambio*. Ciudad de Buenos Aires. *Mitos y Realidad sobre el tabaco. Respuestas a las alegaciones más frecuentes de los oponentes al control del tabaco*. Organización Panamericana de la Salud, abril de 2003.
- Molerio, O. (2004). *Programa para el autocontrol emocional en pacientes con hipertensión arterial esencial*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad Central" Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara, Villa Clara, Cuba.
- Morales, E. (2010). *La mujer y el tabaco: su uso y prevalencia (Parte 1) Women and Tobacco: its use and prevalence (Part 1)*, MTSVC. Avances Cardiol 2010; 30(1):52-58. Vol. 30, Nº 1.
- Mora, A. (2009) Psychological addictions: conceptualization and intervention. Barcelona. Recuperado de <http://www.suite101.net/content/factores-que-disminuyen-la-probabilidad-de-dejar-de-fumar-a49353> 2011 o 2010
- Montano, J. A. & Prieto, V. (2008). Enfoque preventivo y factores de riesgo. In Á. Sintés (Ed.), *Medicina General Integral. Salud y medicina* (Vol. 1, pp. 16 -176). La Habana: Ciencias Médicas.
- Navarro, C. (2011) *Factores que disminuyen la probabilidad de dejar de fumar*.

- Nieves, Z. (2008). Violencia, drogas y VIH/SIDA. In O. Molerio, L. F. Herrera, I. Otero, Quintana, Y. Águila, & Y. Y. Blanco (Eds.), *La universidad un contexto de formación, desarrollo y salud. La Habana: Ministerio de Educación Superior. ENPSES.*
- OMS & OPS. (2010). *Día Mundial Sin Tabaco 2010. Género y tabaco: la promoción del tabaco dirigida a las mujeres.* España.
- OMS. (1976). *Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1992). *Décima revisión de la clasificación Internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descriptores clínicos y puntos para el diagnóstico. (CIE- 10).* Madrid: Meditor.
- OMS. (1997). *El cuerpo del fumador. Colors, 21.* Recuperado de <http://www.OMS.com>
- OMS. (2002). *Percepción de los riesgos.* Recuperado de <http://www.OMS.com>
- OMS. (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.* Ginebra.
- OMS. (2010). *Historia del tabaco. Difusión mundial.* Recuperado de <http://dejar-de-fumar.org.es>
- OMS. (2010). *Tabaco y fumadores pasivos.* Recuperado de <http://www.zonadiet.com>
- OMS. (2010). *Tabaco: la epidemia del siglo.* Recuperado de <http://dejar-de-fumar.org.es>
- OPS & OMS. (2009). *Informe de OPS/OMS para presentar versión en español de "MPOWER" con medidas para combatir epidemia del tabaquismo.*
- Organization, W. H. (2004). *Building blocks for tobacco control. A handbook* France: WHO.

- Ortiz-Gómez, Y. & Rodríguez-Hernández, J. M.(2009).*Factores predictores del consumo de tabaco entre adolescentes del Colegio Universitario Santiago de Cali*. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2009; 25 (1): 56-72.
- Pérez, A. (2003). *Valoración de las acciones encaminadas a la prevención del consumo de drogas en la UCLV*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara.
- Pérez y Cornella (2004). Salud Ocupacional. Efectos del Tabaco. Retrieved from <http://www.paritarios.cl>
- Prevención, C. d. (2011). *Comisión de prevención y enfrentamiento del uso indebido de drogas. Plan de acciones*. Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la investigación* (cuarta ed.). México: Mc Graw Hill.
- Pedraza, L. & Molerio, O. (2011). *Programa de intervención psicológica dirigido al tratamiento del tabaquismo en fumadores regulares*.
- Piñeiro, B., Míguez, M. C. & Becoña, E. (2010) *La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión*. Adicciones, VOL. 22 Num. 4. Págs.353-364.
- Peruga, A. (2008). *Avanzar en la creación de espacios libres de humo cambiar percepciones y normas*. OMS (Ginebra).
- Prochaska, J.O. & Diclemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Programa Nacional de prevención y control del tabaquismo en Cuba.
Recuperado de <http://www.cedro.sld.cu/informaciones/Programa Nacional.pdf>.
- Programa Nacional de Prevención y control del tabaquismo. (2010). La Habana.

- Programa Nacional de Salud y calidad de vida. (2000). La Habana.
- Regueira, G. Suárez, N. & Jakimczuk, S. (2010) *Estrategias para el control del tabaco con perspectiva de género en América Latina* vol. 52. México.
- Rodríguez, Y. (2009). *Propuesta del diseño de una Multimedia para la prevención del consumo de alcohol en el contexto universitario*. (Unpublished) Maestría, Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara.
- Rodríguez, I. & Londoño, C. (2010). *El Proceso de Adopción de Precauciones en la Prevención Secundaria del Consumo de Cigarrillos en Estudiantes Universitarios*. Acta colombiana de Psicología, 13 (1), 79-90.
- Rubinstein, J. (1967). *Principios de psicología general*. La Habana: Editora Revolucionaria.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F. & Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la investigación* (sexta ed.). México: Mc Graw Hill.
- Sampieri, R. H. (2006). *Metodología de la investigación* (Vol. 1). La Habana: Ciencias Médicas.
- Sampieri, R. H. (2006). *Metodología de la investigación* (Vol. 2). La Habana: Ciencias Médicas.
- Sales, M. (2000). *Dinámicas de Grupo*. Carpeta de Dinámicas de Grupo.
- Suárez, N., Caraballosa, M. y Hechavarria, S. (2007) *El tabaquismo en los profesionales de la salud en el municipio Habana Vieja*.
- Suárez, N. & Campos, E. (2010). *Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del policlínico "Dr. Jorge Ruiz Ramírez"*. Revista Cubana de Salud Pública, 36. Recuperado de <http://bvs.sld.cu>.

Secades, R. & Fernández. (2001). *Tratamiento psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína*. Universidad de Oviedo. Vol. 13, n3, pp.365-380.

Situación en estudiantes pre-universitarios. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría.

Interpsiquis. (2011). Recuperado en octubre del 2011, de www.interpsiquis.com.

Suárez, N. (2004). *Estudio sobre consumo, precio y comercialización de los productos manufacturados del tabaco en Cuba*.

Suárez, N. *Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba*. Revista Cubana de Salud Pública; 37(1)120-131.

Slovic, P. (2000). *The perception of risk*. Londres: Earthscan.p.473.

Torres, J.A, Rubén, M., Bayarre, H., Garriga, E., Pría, M.C., Gran, M., et al. (2004). *Informática médica. Bioestadística* (Vol. 2).La Habana: Ciencias Médicas.

Tanguí, B. (2006). *Cómo vencer al tabaquismo*. La Habana: Científico – Técnica

Teresa, M, Varela, Salazar, I, Cáceres, D. & Tovar, J. (2007). *Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados*. Pensamiento Psicológico, 3 (8), 31-45.

Universidad de Chile Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública. *Encuesta Mundial de tabaquismo en jóvenes*. Santiago de Chile, Septiembre de 2001.

Urdapilleta, E, Sansores , R, Ramírez, A, Méndez, M, Lara, A, Guzmán, Sayala, F...

Moreno, A. (2010). *Anxiety and depression in Mexican smokers, and their relationship with the severity of addiction*. Salud Pública Mex, 52 (2).

- Varona, P., García, René. & Molina, E. (2010). *Humo ambiental de tabaco en el hogar y percepción de riesgo en la población cubana*. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, vol. 48, núm. pp. 291- 303.
- Varona, P., Rodríguez, M., Alfonso, K., Bonet, M., Guillermo, R., Fernández, N., et al. (2003). Factores asociados a etapas de cambio de comportamiento en fumadores cubanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 14(119-24).
- Vigotsky, L.S. (1979). *Zona de desarrollo próximo, una nueva aproximación*. En: El desarrollo de los procesos psicológicos. Barcelona: Editorial Grijalbo.
- Vigotsky, L.S. (1987). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- Zabert, G; Chatkin, J.M; Guadalupe, N; Rodríguez, P. (2010). *Reflexiones sobre Mayor oportunidades de intervención en tabaquismo en Latinoamérica*. Salud pública de México / vol. 52, suplemento 2 de 2010.
- Zaldívar, D. (1990). *Estrategia para el control, disminución y cesación del hábito tabáquico*. La Habana: Pueblo y Educación.



Anexos

Anexo 1

Criterios de efectividad del Programa

Juicios de valor	Indicadores para la evaluación del Programa
Pertinencia	<ul style="list-style-type: none"> • Los sujetos valoran la necesidad de conseguir la cesación del tabaquismo. • Los objetivos planteados son “negociados con el grupo” y responden a sus necesidades sentidas.
Suficiencia	<ul style="list-style-type: none"> • Se logra un clima sociopsicológico favorable entre los miembros del grupo. • Las técnicas y recursos empleados resultan adecuadas y posibilitan cumplir los objetivos planteados. • Se logra una armonía entre la concepción grupal del programa y la atención a las diferencias individuales.
Progreso	<ul style="list-style-type: none"> • El por ciento de asistencia a las sesiones. • Los sujetos se muestran motivados por el programa y lo valoran como una experiencia positiva. • A través de las diferentes sesiones se producen progresos evolutivos en los sujetos en la potenciación de los componentes de la autorregulación emocional.
Eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> • Se logra brindar una mejor atención a los fumadores con un costo mínimo: <ul style="list-style-type: none"> - El tiempo promedio destinado a la atención del grupo es de 1 hr semanal. - Los medios empleados durante la implementación del programa en su mayoría son recuperables y pueden utilizarse en otras sesiones (con excepción de los protocolos de pruebas psicológicas)
Eficacia	<ul style="list-style-type: none"> • Se incrementa el nivel de conocimientos del tabaquismo en el 100 % de los sujetos. • Se desarrolla la capacidad de reconocimiento de los riesgos asociados al consumo. • Se optimizan las estrategias de afrontamiento a situaciones estresantes a partir de las habilidades adquiridas en la solución de problemas. • Los sujetos aprenden a expresar de manera asertiva sus emociones. • Se desarrollan habilidades en el empleo de técnicas de desactivación psicofisiológica. • Se logran transferencias de los conocimientos adquiridos en el programa hacia situaciones de su vida cotidiana. • Los sujetos aprenden a controlar de manera reflexiva sus respuestas emocionales. •
Efectividad	<ul style="list-style-type: none"> • Se logra la cesación tabáquica. • Se logra la disminución del consumo de cigarrillos por día.

Anexo 2

Resultados Pruebas de Confiabilidad

Cuestionario sobre el comportamiento del consumo de tabaco. (0.9901)

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 478.0 N of Items = 11

Alpha = .9901

Razones para Fumar. (0.9403)

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 478.0 N of Items = 18

Alpha = .9403

Evaluación de Estadios de Cambio. (0.9926)

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 478.0 N of Items = 4

Alpha = .9926

Anexo 2 (Continuación)

Escala de síntomas de abstinencia a la nicotina. (0.9983)

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 478.0 N of Items = 13

Alpha = .9983

Test de Fargeston de dependencia a la nicotina. (0.9732)

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 478.0 N of Items = 6

Alpha = .9732

Anexo 3

Revisión de documentos oficiales

Tabla 1. Población estudiantil universitaria. (CUFB) Universidad Central Marta Abreu de Las Villas. Curso escolar 2011 – 2012.

Carreras	Masculino	Femenino	Total
	No.	No.	No.
Eléctrica	77	8	85
Informática	19	13	32
Ingeniería civil	46	45	91
Industrial	31	66	97
Hidráulica	17	10	27
Automática	37	6	43
Telecomunicaciones	42	19	61
Mecánica	82	11	93
Química	16	21	37
Total	384	206	590

Anexo 4

Entrevista psicológica al sujeto

Indicadores:

- Nombre completo.
- Edad.
- Género. (1=F, 2=M)
- Estado civil (1=Soltero; 2=Casado; 3=Divorciado; 4=Viudo)
- Nivel educacional (1=Primaria; 2=Secundaria; 3=Medio; 4=Superior)
- Padecimiento de enfermedades crónicas.
- Conocimiento sobre la problemática.
- Tiempo que lleva consumiendo.
- Criterios de la familia respecto al hábito.
- Criterios del grupo de amigos.
- Conflictos vinculados al tabaquismo, y asociados al contexto familiar o escolar.

Anexo 4 (Continuación)

Verbalizaciones expresadas por los estudiantes:

“Sí como no, claro que se bastante acerca del tabaquismo. Desde que somos niños nos nuestros padres y familiares nos dicen que es malo y que da cáncer, pero igual fuman.

“Además por los spots que ponen en la TV hablan mucho sobre eso. Pero bueno siempre se aprende algo no”.

“Acerca del tabaquismo, se como todo el mundo.” Que es malo y que enferma a las personas”.

“Desde que entré al servicio”. Ahí es mucho el trabajo que se pasa, y fumar me ayudaba a sobrellevar las cosas”.

“Antes de empezar la universidad fumaba algunas veces, pero desde que estoy aquí, he cogido vicio. Principalmente fumo más cuando estoy en pruebas, como ahora”.

“En mi casa casi todo el mundo fuma, y yo desde que tengo 15 años empecé ha a hacerlo y como nunca me lo prohibieron y a mi gusta, pues lo hago”. Mi familia no dice nada, a ellos no les gusta pero no se meten” “En la casa no me dejan fumar porque a mis padres les molesta y para evitar problemas no lo hago”

“Me parece que por lo menos en mi caso y en algunos otros cercanos a mi, la familia ha sido muy influyente en el hecho de que fume actualmente”. “No creo que sea por culpar a alquilen de lo que uno hace, pero en ocasiones la familia no nos trasmite los conocimientos y riesgos que uno debería saber acerca del cigarro”.

“Imagínate cuando uno esta en un grupo, generalmente por estar a tono hace lo que los demás hacen”. “Nuestros amigos muchas veces son los responsables de que se fume”.

“ No se trata de echarle la culpa a nadie de lo que haces, pero de que influye en uno, es muy cierto”

Anexo 5

Cuestionario sobre el comportamiento del consumo tabáquico

1. Modalidad en la que prefiere fumar.
2. Edad en que comenzó a fumar.
3. Años que lleva consumiendo.
4. Cantidad de cigarrillos que fuma por día.
5. Veces que ha intentado dejar de fumar.
6. Métodos que ha empleado.
7. Fumadores en la familia.
8. Parentesco que tiene con los fumadores.
9. Considera usted que se encuentra enfermo.
10. Posee conocimientos sobre los efectos indeseados del tabaquismo.
11. Si quisiera dejar el cigarrillo en estos momentos, pudiera.

Indicadores:

- 1) 1=Cigarrillo; 2=Tabaco.
- 2) 1=10 a 15 años; 2=16 a 21 años; 3=22 a 26 años.
- 3) 1= -1 año, 2=1 a 5 años; 3=6 a 10 años;
4=11 a 15 años; 5=16 a 20 años, 6=+21 años.
- 4) 1=e/1 y 10; 2=e/11 y 20; 3=e/21 y 30; 4=+ de 31
- 5) 1= nunca; 2=e/1 y 2; 3=e/3 y 4; 4=+ de 5 veces.
- 6) 1=reducir el consumo de cigarrillos; 2=cambio de actividad; 3=medicación;
4=terapia psicológica; 5=terapias alternativas; 6=combinaciones.
- 7) 1=sí; 2=no.
- 8) 1=ambos padres; 2=madre; 3=padre; 4=hermano(a); 5=otro familiar.
- 9) 1=sí; 2=no.
- 10) 1=sí; 2=no.
- 11) 1=sí; 2=no.

Anexo 6

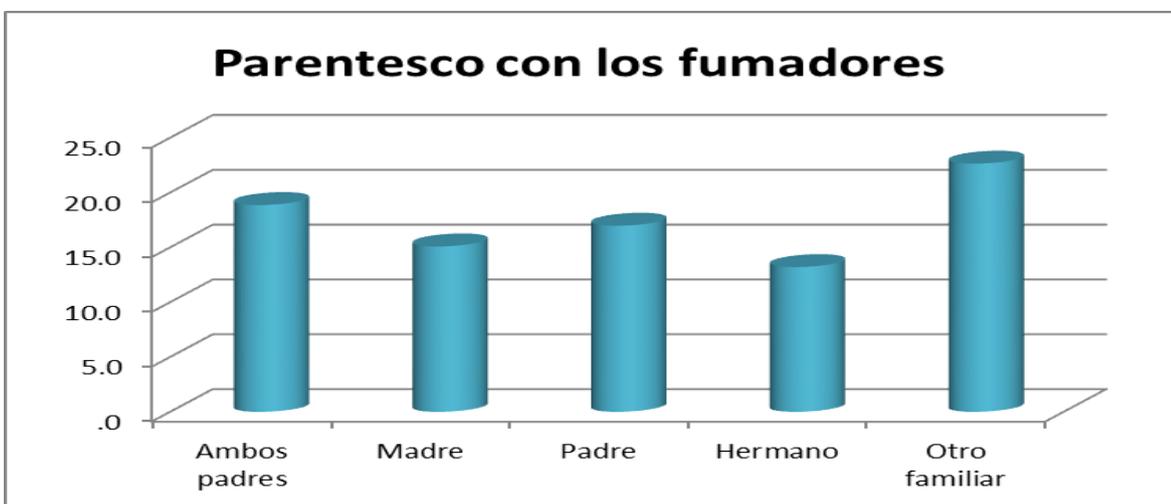
Resultados del Cuestionario sobre el comportamiento del consumo tabáquico

Gráfico 1: Edad de comienzo del hábito tabáquico



Fuente: Cuestionario

Gráfico 2: Parentesco con los fumadores



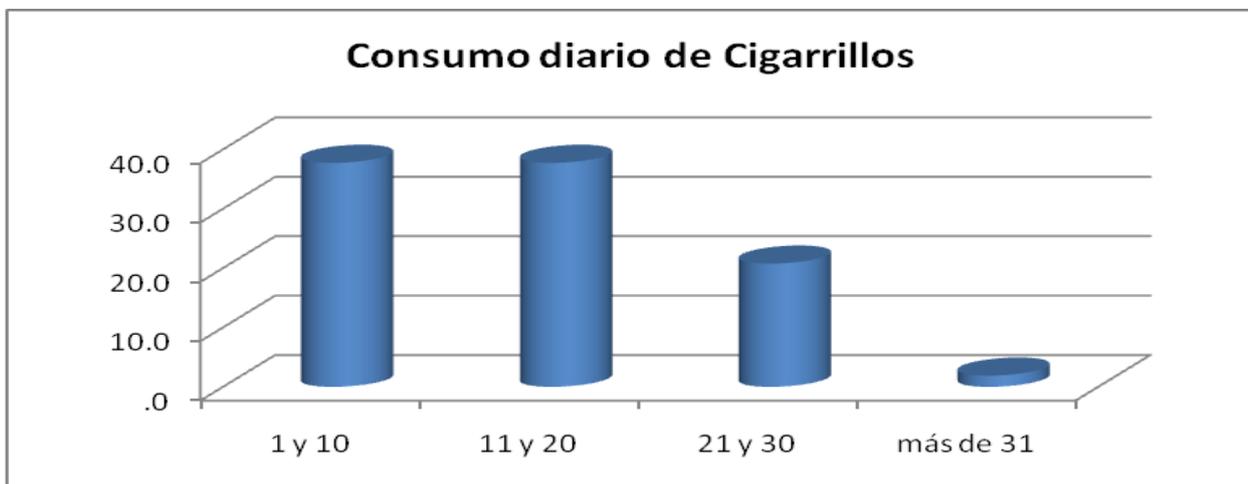
Fuente: Cuestionario

Gráfico 3: Años de consumo del cigarrillo.



Fuente: Cuestionario

Gráfico 4: Consumo diario de cigarrillos

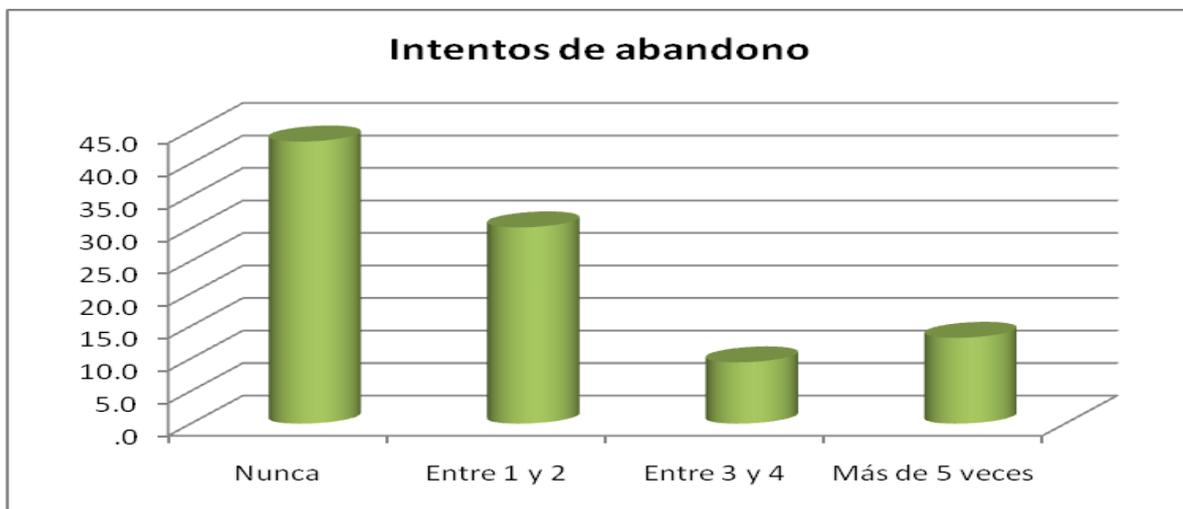


Fuente: Cuestionario

Anexo 7

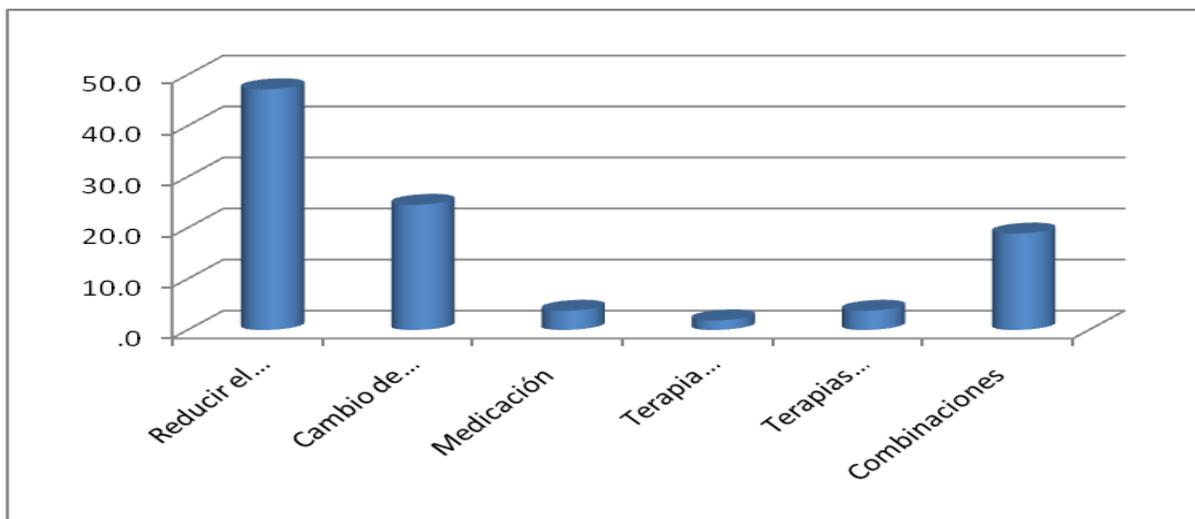
Resultados del Cuestionario sobre el comportamiento del consumo tabáquico

Gráfico 5: Intentos de abandono del cigarro



Fuente: Entrevista inicial

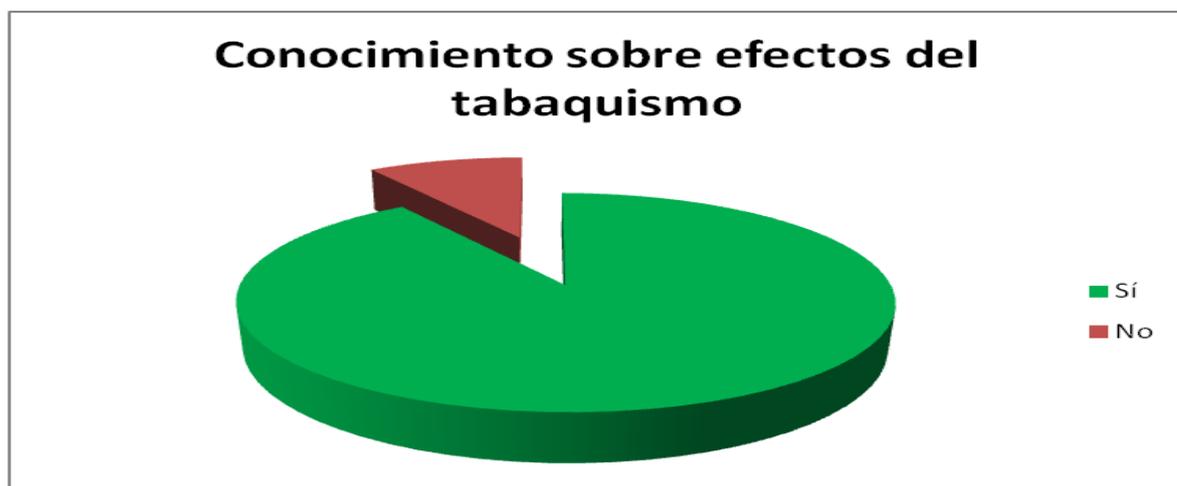
Gráfico 6: Métodos empleados para el abandono del cigarro



Fuente: Entrevista inicial.

Anexo 8

Gráfico 7: Conocimientos acerca de efectos indeseados del tabaquismo



Fuente: Entrevista inicial.

Anexo 9

Encuesta sobre conocimiento y percepción de riesgo del tabaquismo

En el marco de la realización de una investigación sobre el tabaquismo en el contexto universitario, pedimos su colaboración para obtener información sobre los conocimientos que poseen los jóvenes sobre las sustancias psicoactivas y en particular sobre el tabaquismo. Sus respuestas serán anónimas y confidenciales, por lo que podrá responder con sinceridad las siguientes cuestiones. De antemano agradecemos su colaboración.

Facultad: _____ Año: _____ Vía de ingreso: _____

Edad: _____ Sexo: _____

1- Para usted el hábito de fumar es:

_____ Un problema de salud poco importante.

_____ Un problema de salud crónico.

_____ Un problema de salud transitorio.

2- ¿Conoces las consecuencias del consumo del hábito de fumar?

No _____ Si _____

a) En caso afirmativo refiera cuáles conoce.

_____ Repercusiones sociales (familia, comunidad).

_____ Repercusiones psicológicas.

_____ Repercusiones económicas.

_____ Repercusiones orgánicas (médicas) ¿Cuáles?

3- Considera Ud. que fumar es un problema de salud frecuente en:

_____ Su familia _____ Su comunidad _____ En su municipio

_____ La Universidad _____ Su Facultad. _____ En la sociedad en general.

4- ¿Cómo evalúa Ud. la incidencia del hábito de fumar en la Universidad?

_____ Baja _____ Media _____ Alta _____ Altamente preocupante.

5- Considera Ud. que la incidencia del hábito de fumar en su año en particular es:

_____ Baja _____ Media _____ Alta _____ Altamente preocupante.

5- En su opinión qué factores han influido en el hecho de que en los últimos años haya un incremento en el número de personas que fuman?

7- ¿Fuma Ud.?

Nunca _____ Casi nunca _____ Ocasionalmente _____ Solo en fiestas _____
Casi todas las semanas _____ Casi todos los días _____ Todos los días _____

8- ¿Se considera Ud. una persona en riesgo de ser adicto a fumar?

Si _____ No _____ Pudiera ser _____

9- ¿Considera Ud. que el cigarro y/o el tabaco es una droga?

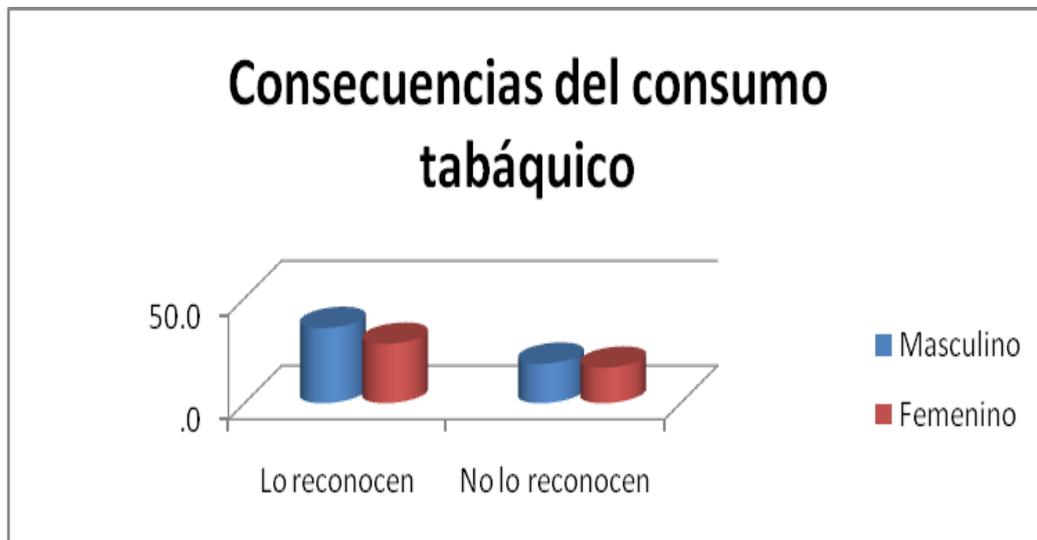
Sí _____ No _____

¿Por qué?

Anexo 10

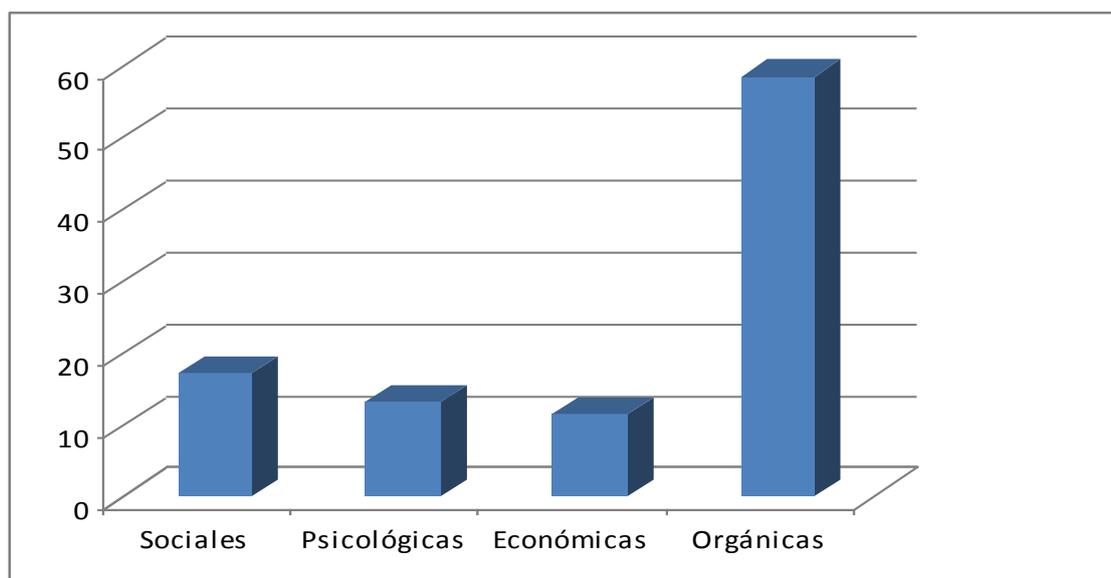
Resultados de la Encuesta sobre conocimiento y percepción de riesgo del tabaquismo

Gráfico 8: Conocimiento de las consecuencias del consumo de tabaco.



Fuente: Encuesta

Gráfico 9: Conocimiento de las repercusiones del consumo de tabaco según Criterio de los encuestados

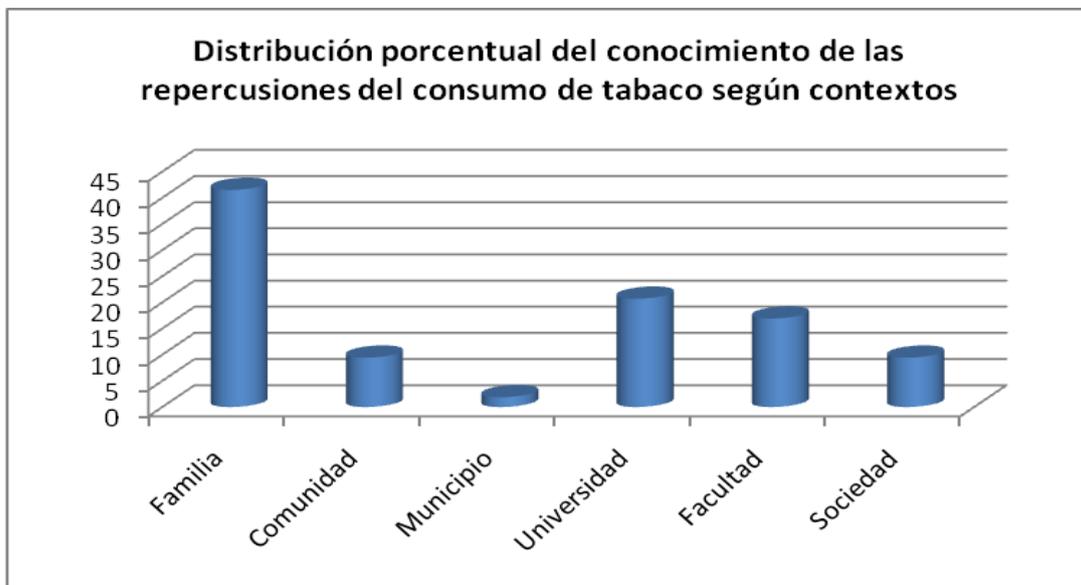


Fuente: Encuesta

Anexo 11

Resultados de la Encuesta sobre conocimiento y percepción de riesgo del tabaquismo

Gráfico 10: Conocimiento de las repercusiones del consumo de tabaco según contextos.



Fuente: Encuesta

Anexo 12

Cuestionario “Razones para fumar”

1-Nunca; 2-Raramente; 3-Ocasionalmente; 4-Con frecuencia; 5-Siempre

- A. Fumo para mantenerme alerta.
- B. Tener un cigarrillo entre los dedos forma parte del placer de fumarlo.
- C. Fumar me resulta placentero y me relaja.
- D. Enciendo un cigarrillo cuando me enfado por algo.
- E. Cuando me quedo sin cigarrillos se me hace insoportable.
- F. Enciendo y fumo los cigarrillos de forma automática, sin darme cuenta.
- G. Fumo para estimularme, para mantener un alto nivel de actividad.
- H. Parte del placer de fumar está en los pasos que requiere encender un cigarrillo.
- I. Fumar cigarrillos me produce placer.
- J. Cuando percibo incomodidad o tristeza por alguna razón, enciendo un cigarrillo.
- K. Me doy perfecta cuenta de cuando no estoy fumando.
- L. Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta de que todavía me queda otro por terminar.
- M. Fumo para darme un respiro.
- N. Parte del placer de fumar me lo proporciona ver las volutas de humo que provoco.
- O. Me apetece más un cigarrillo en situaciones de relajación y confort emocional.
- P. Un bajo estado de ánimo, los problemas y las preocupaciones me motivan a fumar.
- Q. Siento un deseo imperioso de fumar cuando no he podido hacerlo durante un tiempo.
- R. Me doy cuenta de que tengo un cigarrillo en la boca y no recuerdo como lo encendí.

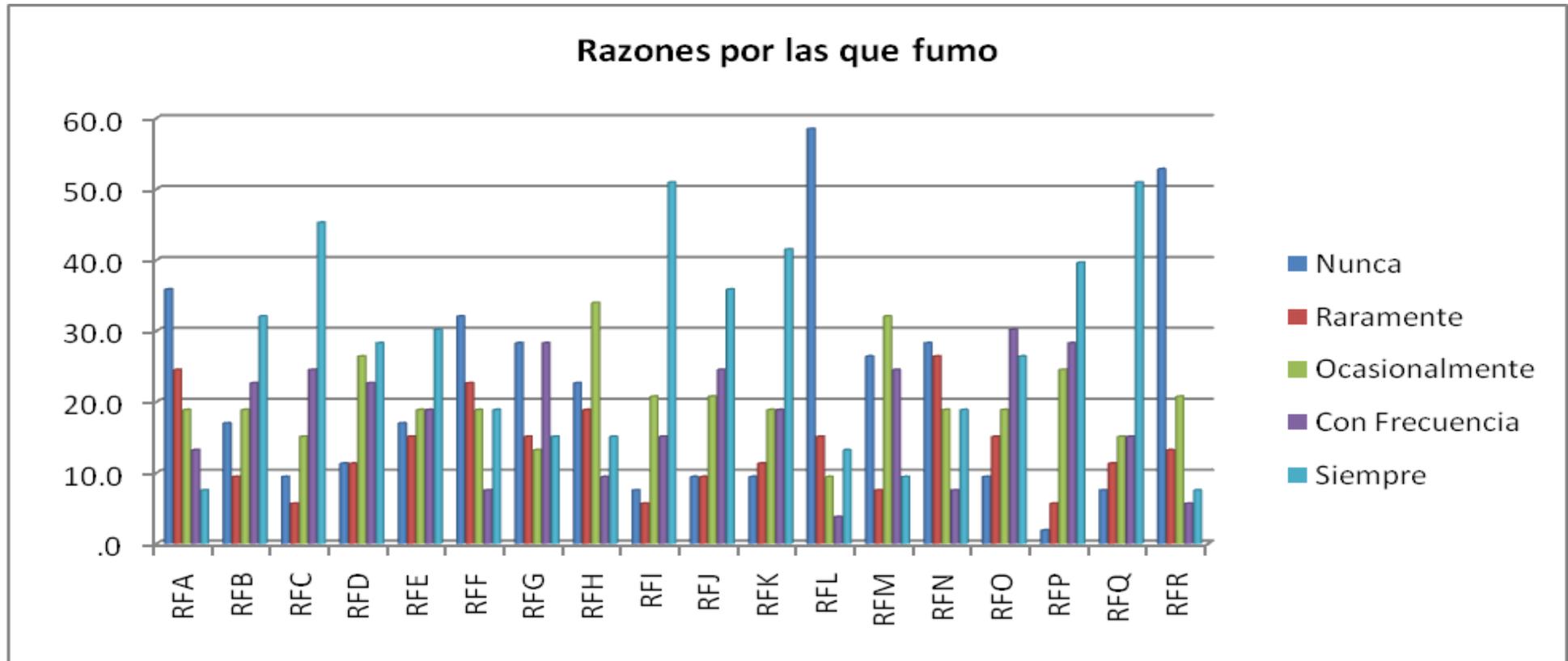
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
RF									

	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	II)
RF										

C-1	A+G+M	
C-2	B+H+N	
C-3	C+I+O	
C-4	D+J+P	
C-5	E+K+Q	
C-6	F+L+R	

Anexo 13

Gráfico 11: Resultados del Cuestionario “Razones para fumar”



Fuente: Encuesta

Tabla 7 Porcentaje de las razones por las que fuman los sujetos encuestados.

Razones por las que fumo.	Escala.				
	1-Nunca	2-Raramente	3-Ocasionalmente	4-Con frecuencia	5-Siempre
A	35.8	24.5	18.9	13.2	7.5
B	17.0	9.4	18.9	22.6	32.1
C	9.4	5.7	15.1	24.5	45.3
D	11.3	11.3	26.4	22.6	28.3
E	17.0	15.1	18.9	18.9	30.2
F	32.1	22.6	18.9	7.5	18.9
G	28.3	15.1	13.2	28.3	15.1
H	22.6	18.9	34.0	9.4	15.1
I	7.5	5.7	20.8	15.1	50.9
J	9.4	9.4	20.8	24.5	35.8
K	9.4	11.3	18.9	18.9	41.5

Diseño de un Programa de intervención psicológica para el tratamiento del tabaquismo en estudiantes universitarios

L	58.5	15.1	9.4	3.8	13.2
M	26.4	7.5	32.1	24.5	9.4
N	28.3	26.4	18.9	7.5	18.9
O	9.4	15.1	18.9	30.2	26.4
P	1.9	5.7	24.5	28.3	39.6
Q	7.5	11.3	15.1	15.1	50.9
R	52.8	13.2	20.8	5.7	7.5

Anexo 14

Test de Fagerstrom de dependencia de la nicotina

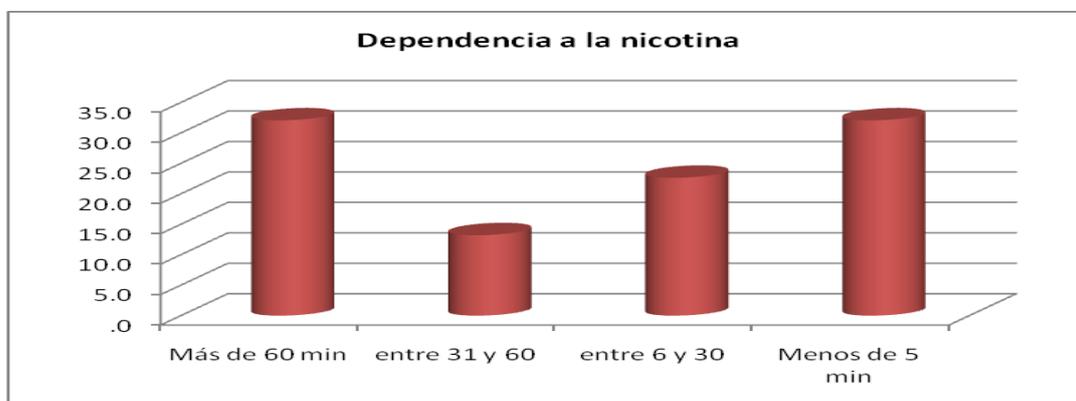
- 1- ¿Cuánto tarda, después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?
- 3**= Menos de 5 minutos.
2= Entre 6 y 30 minutos.
1= Entre 31 y 60 minutos.
0= Más de 60 minutos.
- 2- ¿Le resulta difícil no fumar en lugares donde está prohibido tales como iglesias, biblioteca, cines, etc.?
- 1**=Sí
0=No
- 3- ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?
- 1**=Al primero de la mañana.
0=A cualquier otro.
- 4- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
- 3**= 10 o menos.
2= 11 y 20.
1= 21 y 30
0= 31 o más.
- 5- ¿Fuma más a menudo durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día?
- 1**= Sí
0=No
- 6- ¿Fuma cuando está tan enfermo que pasa en la cama la mayor parte del día?
- 1**=Sí
0=No

	1	2	3	4	5	6
TFDN						

Anexo 15

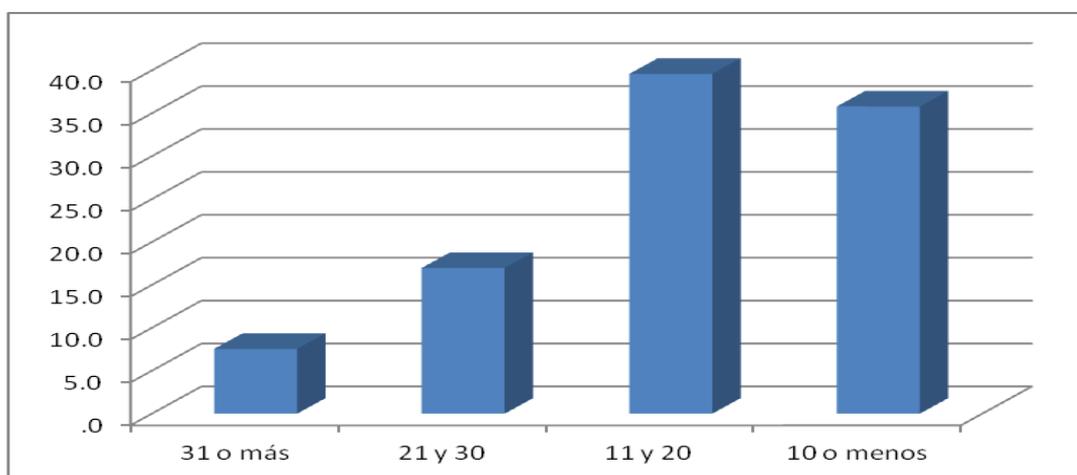
Resultados del Test de Fagerstrom de dependencia de la nicotina

Gráfico 12: Dependencia a la nicotina



Fuente: Encuesta.

Gráfico 13: Cigarrillos consumidos



Fuente: Encuesta.

Anexo 16

Evaluación de los estadios de cambio. (Prochaska y Diclemente)

1. En el último año, ¿cuántas veces dejó de fumar durante al menos una hora?

1=Ninguna.

0=Una o más veces.

2. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 30 días.

1=Sí.

0=No.

3. Actualmente fumo, pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses.

1=Sí.

0=No

4. Actualmente fumo, NO pero tengo la intención de dejarlo dentro de los próximos 6 meses.

1=Sí.

0=No

	1	2	3	4
EEC				

Anexo 18

Modelo de Autorregistro diario de consumo de tabaco o cigarro

Guía de orientación

Estimado colega:

Como parte de los recursos del “Programa de intervención psicológica para el tratamiento del tabaquismo en estudiantes universitarios”, es necesario que realice un registro diario de su consumo. En relación con ello se solicita una serie de informaciones que requerimos que aporte con espíritu autocrítico para poder ayudarle en su decisión de lograr la cesación del hábito tabáquico. Recuerde que este aspecto, constituye un elemento de crucial significación terapéutica. A continuación precisamos algunas de las variables que se exploran en cada columna para facilitarle la confección del mismo:

- Hora: Precise la hora exacta en que enciende el cigarro.
- Lugar: Identifique el lugar preciso: casa, trabajo, en un centro nocturno, en una visita a un amigo, en el barrio, etc.
- Actividad que realiza en el momento que enciende el cigarro: Al despertar, después de tomar café, estudiando, trabajando, conversando con amigos, después de tomar un café, en una fiesta.
- Estado emocional en el mto. que enciende el cigarro: Estresado, ansioso, deprimido, frustrado, irritado, relajado, feliz, etc.
- Pensamientos asociados al acto de fumar: Precise las ideas o pensamientos que le vienen a la mente en ese momento.
- Sensaciones asociadas al acto de fumar: Describa las sensaciones o estados emocionales que experimenta después de fumar.
- Estado general después de fumar: igual, mejor o peor.
- Pensamientos después de fumar: Precise ideas o pensamientos que le vienen a la mente

Recuerde que lo más importante es la fidelidad y sinceridad de los datos que usted aporte.

Muchas gracias

Anexo 18 (Continuación)

Modelo de Autorregistro diario de consumo de tabaco o cigarro

Hoja de registro

Nombre: _____

Día: _____

Hora	Lugar	Actividad que realiza en ese momento	Estado emocional en el mto. que decide fumar	Pensamientos asociados al acto de fumar	Sensaciones durante el acto de fumar	Estado general después de fumar	Pensamientos después de fumar

Anexo 20

Criterios de efectividad del Programa

Juicios de valor del Programa	Indicadores para la evaluación del Programa
Pertinencia	<ul style="list-style-type: none"> - El Programa responde a una necesidad del Sistema Nacional de Salud Pública. - El Programa responde a las prioridades del Programa Nacional de prevención y tratamiento del tabaquismo. - Los objetivos planteados son “negociados con el grupo” y responden a sus necesidades sentidas sobre el abandono del hábito tabáquico.
Suficiencia	<ul style="list-style-type: none"> - Se logra un clima favorable entre los miembros del grupo. - Las técnicas y recursos empleados resultan adecuadas y posibilitan cumplir los objetivos planteados para cada sesión. - Se logra una armonía entre la concepción grupal del programa y la atención a las diferencias individuales (fumadores). - La concepción lógico-metodológica del Programa resulta suficiente para garantizar el logro de sus objetivos
Progreso	<ul style="list-style-type: none"> - El por ciento de asistencia a las sesiones es de 80 %. - Los pacientes se muestran motivados por el programa y lo valoran como una experiencia positiva. - A través de las diferentes sesiones se producen progresos evolutivos en los pacientes que se reflejan en una evolución favorable hacia el logro del objetivo terapéutico.
Eficacia	<ul style="list-style-type: none"> - Se incrementa el nivel de conocimientos de la enfermedad y la percepción de riesgo de la misma en el 100 % de los sujetos. - Se propicia una actitud de disposición al cambio orientada a superar la adicción tabáquica. - Se propicia la autorregulación del sujeto ante los síntomas de abstinencia. - Se reducen los niveles de dependencia a la nicotina tanto en su componente fisiológico como psicológico. - Se logra el autocontrol del sujeto ante los precipitantes asociados al consumo. - Se logran transferencias de los conocimientos adquiridos en el programa hacia situaciones de su vida cotidiana.
Efectividad	<ul style="list-style-type: none"> - Se logra la reducción y/o eliminación del hábito tabáquico en los sujetos fumadores que forman parte del grupo. - Los sujetos se apropian de técnicas y se potencian recursos salutogénicos para evitar las recaídas.
Eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> - Se logra brindar una mejor atención a los sujetos fumadores con un costo mínimo. - El tiempo promedio destinado al tratamiento es de 45-60 minutos por semana. - Los medios empleados durante la implementación del programa en su mayoría son recuperables y pueden utilizarse en otras sesiones.

Anexo 21

Materiales digitales utilizados en el programa y propuestas.

Videos sobre el tabaquismo (Ver CD)

- Video educativo Entrevista a jóvenes de la UCLV (Ver CD).
- Video educativo Riesgos del fumar (Ver CD).
- Video educativo Razones para dejar de fumar (Ver CD).
- Video educativo El cigarrillo el peor de los asesinos (Ver CD).
- Video educativo Fumar (Ver CD).

Spots sobre el tabaquismo (Ver CD).

- Campaña contra el tabaco.
- Anuncio sobre fumador pasivo en Escocia.
- Comercial contra el tabaquismo.
- Huevo-cartón contra el tabaquismo.

Canciones sobre el tabaquismo (Ver CD)

Nombre de la canción	Autor
• El cigarro	• Ana Gabriel
• A lo cubano	• Orishas
• Para dejar de fumar	• Gema y Pavel
• Fumar	• Joaquín sabina
• Sigo cayendo	• Buena Fe

Anexo 22

Tríptico Informativo

¿Qué es la cesación tabáquica?

La deshabituación tabáquica sería el proceso para la cesación del consumo de tabaco. El abordaje, tratamiento o programas terapéuticos dirigidos a la cesación tienen el mismo objetivo, que es ayudar a dejar de fumar, por lo que se suelen utilizar de forma similar.

¿Beneficios de la cesación tabáquica?

- Reducir las posibilidades de sufrir un ataque al corazón, una embolia o algún tipo de cáncer.
- Conservar un buen aliento y evitar el olor a tabaco en tu ropa.
- Preservar tu dentadura blanca y limpia.
- Ser libre de la dependencia que te provoca el cigarrillo.
- Mantener en buenas condiciones físicas tu cuerpo, para facilitar la realización de actividades deportivas y de recreación.
- Mantener limpios los pulmones y oxigenados.
- Evitar el envejecimiento prematuro de tu piel.
- Relacionarte con todas las personas, sin pensar en las molestias que puede causar el humo del tabaco a quienes te rodean, para no sentirte reprimido o juzgado duramente por ellos.
- Mantener una adecuada higiene y cuidado del aspecto personal.
- Ahorrar dinero para cosas más gratificantes como viajes, vacaciones, fiestas, etc.
- Comprender que realmente fumar no "da personalidad", ni "ayuda a calmarse".
- Vivir más años y vivirlos mejor.

¿Dónde encontrar ayuda?

Puedes encontrar respuestas a todas tus dudas y la ayuda necesaria para enfrentar el tabaquismo, si así tú lo decides.

- Centro de Bienestar Universitario (CBU).

Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas:
Edificio de Ciencias Sociales y Humanísticas.

Mail:
cbu@uclv.edu.cu.

Página web:
<http://cbu.uclv.edu.cu/>.

Teléfono:
224698.

Además puede encontrar ayuda en:

- Centro Provincial de Promoción y Prevención de Educación para la Salud.
- Línea de ayuda antidroga: 103.

Centro de Bienestar Universitario

Por una

Vida sin humo

Tu Eliges!!!

¿Qué es el tabaquismo?

El tabaquismo es considerado como una enfermedad adictiva crónica no transmisible que produce dependencia física y psicológica, causando graves consecuencias para la salud.

¿Sabes qué es el hábito tabáquico?

El hábito de fumar configura un estilo de comportamiento, un acto complejísimo que se asocia a variadas percepciones y estados placenteros que afianzan sus raíces en diversos procesos psicosociales, bioquímicos y fisiológicos.

¿Sabes porque se hacen las personas dependientes a la nicotina?

La nicotina es una droga con características especiales, es la más consumida después del café, su poder adictivo es enorme y es la responsable de producir la mayor mortalidad. Esto explica por qué muchos fumadores que quieren dejar de fumar fracasan una y otra vez. Su poder adictivo se ha ido demostrando a lo largo de miles de estudios en estas pasadas décadas. La nicotina actúa a nivel cerebral creando un fuerte impulso a fumar. Este deseo incontrolado es la dependencia física; asociado a situaciones que se asimilan al acto y al hábito de fumar y que invitan a hacerlo, es lo que se considera dependencia psicológica; una combi-

nación que produce cambios permanentes en el cerebro y en los neurotransmisores, que originan una especie de "hambre de nicotina" cuando el fumador lleva cierto tiempo sin fumar. Una vez que el individuo asocia el cigarrillo con una actividad placentera se produce la adicción psicológica, la exposición continua aumenta de 2 a 3 veces y aumenta la necesidad de fumar.

¿Podemos considerarnos fumadores?

La mayoría de nosotros está expuesto al humo del cigarrillo, ya seas considerado:

Fumador regular:

Persona que refiere fumar cigarrillos, tabacos o pipa, actualmente al menos una vez al día, o que ha dejado de hacerlo, pero hace menos de un año. Según el número de cigarrillos consumidos, el fumador se clasifica en:

- Ligero: hasta 10 cigarrillos al día.
- Moderado: de 11 a 20 cigarrillos al día.
- Gran fumador: más de 20 cigarrillos al día.

Fumador pasivo:

Persona, que no siendo fumadora, inhala involuntariamente el humo de productos manufacturados del tabaco que consumen otros fumadores a su alrededor, con mayor peligro en locales cerrados (incluye hijos, cónyuges, compañeros cercanos de trabajo, entre otros)

¿Cuáles son las consecuencias que provoca a la salud humana el consumo del tabaco tanto a los fumadores activos como pasivos?

- Cáncer: es más frecuente en varones que en mujeres.
- Cánceres en la cavidad oral, vías respiratorias, esófago, laringe, útero, vejiga y páncreas.
- Bronquitis crónica, asma, tos, afonía, flema excesiva, silbido de pecho y enfisema pulmonar
- Afectaciones en: los vasos sanguíneos, piel, cerebro (con la esclerosis múltiple, entre otras).
- Meningitis, parálisis facial, deterioro de la dentadura, osteoporosis y discromía de los dedos (coloración pardo amarillento).
- Cardiopatías y vulnerabilidad a enfermedades como el lupus eritematoso.
- Diabetes y úlceras.
- Aparición temprana de la menopausia en la mujer e infertilidad.
- Impotencia en el varón, alterando la formación de esperma.
- Síndrome de Muerte Súbita en el Bebé.
- Cambios en el estado de ánimo y el apetito.

Tu Eliges!!!

Pulmón Sano **Pulmón dañado**

Anexo 23

Tarjetas Mitos y Realidades sobre el tabaquismo

Mitos	Realidades
Fumo porque quiero	<p>La decisión de comenzar a fumar no es una elección libre e informada. Suelen hacerlo –antes y ahora– para parecer modernos, maduros, independientes, para relajarse...</p> <p>Fumar es un hábito y/o una adicción, que debe ser entendido como un proceso vital cuyo comienzo se remite frecuentemente a la adolescencia, donde no se tiene la capacidad psicológica y legal para decidir. Encender el primer cigarrillo o dar la primera calada –a primera vista acciones banales-, condicionan el comienzo del hábito, con consecuencias negativas de gran alcance.</p>
Fumo porque me gusta	<p>Los adictos, en realidad, no desean una gran parte del tabaco que consumen. La adicción a la nicotina es sin ninguna duda el factor clave que explica por qué la gente sigue fumando aunque una mayoría desearía no hacerlo...incluidos los médicos.</p> <p>La nicotina actúa a nivel cerebral creando un fuerte impulso a fumar. Este deseo incontrolado es la dependencia física; asociado a situaciones que se asimilan al acto y al hábito de fumar y que invitan a hacerlo, es lo que se considera dependencia psicológica. El rasgo distintivo de la conducta adictiva es que al tratar de controlarla, la voluntad resulta, en primera instancia, insuficiente.</p>
Todo el mundo sabe que el tabaco es malo	<p>La mayoría de los fumadores no son ampliamente conscientes de los riesgos que corre su salud si no dejan el tabaco lo antes posible. Lo importante es que la sensación de peligro es un factor que va a determinar la verdadera posibilidad de dejar de fumar, por lo que cualquier medida educativa individual o colectiva para alertar del problema sigue siendo plenamente necesaria y justificada.</p>
De algo hay que morir	<p>El destino de todo ser que nace es morir. Pero casi nadie elige de forma consciente y juiciosa morir prematuramente. Todos los individuos desean en el fondo tener una vida larga y de calidad. Los fumadores confían en disfrutar de la ilusión del placer que proporciona el cigarrillo con la esperanza de que no altere su futura calidad de vida. Muchos niegan, minimizan o frivolizan los riesgos del tabaco.</p> <p>Algunos fumadores argumentan que dado que la muerte es algo ineludible no importa morir joven si</p>

	el tabaco les reporta placer a lo largo del tiempo.
Mito	Realidad
El humo de tabaco molesta a los obsesivos	<p>Cuando el cigarrillo se quema espontáneamente, sin ser aspirado, se origina la llamada corriente secundaria, de la que procede gran parte del humo que inhala el fumador involuntario. Se ha comprobado que los niveles de nicotina y de alquitrán en la corriente secundaria del cigarrillo son tres veces superiores a los de la principal, y la concentración de monóxido de carbono, cinco veces mayor.</p> <p>La exposición al humo de tabaco ambiental puede producir irritación de la conjuntiva y de la mucosa de nariz, garganta y tracto respiratorio, lo que ocasiona picor de ojos con lagrimeo, congestión nasal, estornudos y picor de garganta con tos irritativa. El humo ambiental de tabaco, es la causa comprobada de varias enfermedades que pueden provocar muerte en personas no fumadores.</p>
El tabaco me sirve afrontar el estrés	<p>Unos 10 segundos después de fumar la nicotina tiene un impacto en el cerebro, afectando las neuronas y los neurotransmisores; que ocasiona reducción en neurotransmisores estimulantes, como la noradrenalina y la dopamina. En ese momento, la percepción subjetiva del fumador es que se calma su estrés. Pero el estrés que se alivia es el que ha producido su adicción a la nicotina y que ha alterado sus neurotransmisores cerebrales de forma creciente a lo largo de la vida.</p> <p>En realidad los fumadores presentan mayores niveles de ansiedad y estrés percibido que el resto de la población. La nicotina estimula la liberación de dopamina lo cual se asocia con sentimientos de placer y refuerza la adicción y el apego al cigarrillo. A menudo los fumadores necesitan incrementar sus niveles de nicotinas para sentirse “bien”. Cuando los niveles de nicotina en el cerebro bajan demasiado por haber estado varias horas sin fumar aparece el deseo compulsivo e incontrolado de fumar un nuevo cigarrillo. Esto es más evidente entre los fumadores más adictos o “enganchados”. En ese momento es cuando se sienten “estresados” y buscan donde sea un nuevo pitillo para aliviar esa sensación. Las nuevas caladas proporcionan una sensación ilusoria de “relajación”.</p>

<p>Fumar después de una comida es un placer</p>	<p>El humo del tabaco arruina el funcionamiento de las papilas gustativas y de los receptores olfativos. Se ha comprobado que fumar dos cigarrillos al día ya produce alteraciones en la percepción de lo que saboreamos o bebemos. La papila gustativa y la saliva quedan impregnadas del pringoso alquitrán, o el particular y persistente olor y sabor a la nicotina. Por tanto, para poder apreciar verdaderamente los sabores de los alimentos y sus diversos matices, éstos deben disolverse en nuestra saliva sin la presencia de contaminantes tan potentes como el humo de tabaco.</p>
---	---

<p>Mito</p>	<p>Realidad</p>
<p>El tabaco aumenta el atractivo sexual</p>	<p>Quizás se cumpla esto en los anuncios y en el cine de Hollywood, pero para los científicos, la incidencia de la nicotina es claramente perniciosa para el sexo, fomentando la impotencia sexual en los varones y la esterilidad en las mujeres. Es un triste mito y una falsedad pensar que el tabaco es un estimulante de la potencia sexual.</p>
<p>No tengo suficiente fuerza de voluntad</p>	<p>Mucha gente cree que dejar de fumar o no es un asunto de “fuerza de voluntad”. La voluntad o, más bien, la motivación para el cambio, es un atributo dinámico y modificable a través de un proceso madurativo de la persona y de la búsqueda de recursos personales internos y externos. Cualquiera puede lograr dejar de fumar, igual que ha conseguido otras cosas difíciles en la vida. Se trata de encontrar esa fuerza para divorciarse del tabaco en los beneficios para uno mismo, su familia, sus hijos o su economía.</p>
<p>Dejar de fumar engorda</p>	<p>Es posible dejar de fumar sin engordar, sin embargo, es cierto que muchas personas ganan peso al deshabituarse. Generalmente en los primeros momentos, y para calmar la ansiedad se tiende a sustituir los cigarrillos por dulces, galletas, pastas, frutos secos y otros alimentos con un contenido elevado calórico. Además, mientras se fuma, el organismo quema más para eliminar los tóxicos que contiene el tabaco. Sin él, se reduce el gasto energético en unas 300-400 calorías al día. Eso significa que comiendo lo mismo al dejar de fumar hay que quemar más calorías para no engordar. Por eso, debe reducirse la ingesta de alimentos o aumentar la actividad física si no se desea ganar peso. Ocurre también que las personas que dejan de fumar recuperan el gusto y el olfato, de modo que los alimentos saben y huelen mejor y eso incrementa su apetito.</p>
<p>Fumadores y no</p>	<p>Fumar en el área de fumadores afecta al área de no fumadores cuando hay separación meramente funcional: cortinas, biombos, sistemas de “limpieza de aire”, etc.</p>

fumadores pueden compartir espacios ventilados	Sencillamente, ocurre que, al igual que los sistemas convencionales de aireación o aire acondicionado, pueden eliminar algo de olor y una parte del humo del tabaco que se halla en forma de partículas grandes (de más de 10 micras), incluso las bacterias, pero no son viables para eliminar los cancerígenos del humo de tabaco.
Si es tan malo ¿por qué no se prohíbe?	Actualmente todos los expertos coinciden en que el control de la epidemia de tabaquismo sólo es posible mediante una actuación integral sobre la demanda de tabaco, no sobre la oferta. La posición más razonable está, como casi siempre, en el punto medio: ni permisividad total ni prohibición total. Es decir, regulación estricta desde la óptica de la salud pública de la producción, venta, distribución, publicidad, promoción y consumo.

Anexo 24

Poemas utilizados en el Programa

Poema 1

"Tabaco aromático"

El humo de aquel tabaco... que envolvía tu cara

al hablarme, tocarme con tu respiración agitada

Me platicabas, te reías. me contabas lo que tu vida era;

yo escuchaba absorta todas tus fantasías..

Qué ironía... que feliz te oías

Contabas tus aventuras cual lobo de mar,

Ahora tus fantasías tus palabras...

... han quedado atrás sin vida... sin tema

Sólo el humo sigue envolviendo tu faz...

no te oigo más tus historias, aventuras..

Todas, han cambiado, tu respiración es lenta

....no me tocas más, sólo queda, ese humo

Tal vez en ese aromático humo, tú me recuerdes

y volvamos otra vez a reír, y soñar

Esos temas. Esa historia

Esa vida, esa gran verdad.

Anónimo.

Anexo 24 (Continuación)

Poema 2

"Adiós tabaco"

*Como algo tan pequeño me ha podido dominar
de mi cuerpo soy el dueño ¿dudé de poderme amar?
sólo hay que poner empeño, para dejar de fumar
el tabaco es como el leño que no acaba de quemar
como raíz de beleño como tiburón del mar.
Ya no quiero nicotina monóxido, ni alquitrán
hoy soy yo la que domina de este barco el capitán
libre como golondrina de mi jardín tulipán,
del prado seré colina de la montaña volcán.
Adiós maldito tabaco, comienza mi libertad
me despido de un bellaco, hágase mi voluntad.*

Anónimo.

Anexo 24 (Continuación)

Poema 3

"Reflexiones sobre la vida"

No culpes a nadie, nunca te quejes de nada ni de nadie, porque fundamentalmente tú has hecho tu vida. Acepta la responsabilidad de edificarte a tí mismo, y el valor de acusarte en el fracaso para volver a empezar otra vez, corrigiéndote.

Nunca te quejes del ambiente ó de quienes te rodean, hay quienes en tu mismo ambiente supieron vencer. Las circunstancias son buenas ó malas según la voluntad ó la fortaleza de tu corazón.

Aprende a convertir toda situación difícil en un arma para luchar. No te quejes de tu pobreza, de tu soledad ó de tu suerte, enfréntate con valor y acepta que de una u otra manera son el resultado de tus actos, y la prueba que has de ganar.

No te amargues de tu propio fracaso, ni se lo cargues a otro, acéptate ahora ó seguirás justificándote como un niño. Recuerda que cualquier momento es bueno para comenzar, y que ninguno es tan terrible para claudicar.

Deja ya de engañarte, eres la causa de ti mismo, de tu necesidad, de tu dolor, de tu fracaso. Si tú has sido el ignorante, el irresponsable, tú, únicamente tú, nadie pudo haber sido tú. No olvides nunca, que la causa de tu presencia es tu pasado, como la causa de tu futuro es tu presente.

Aprende de los fuertes, de los valientes, de los audaces, imita a los enérgicos, a los vencedores, a quienes no aceptan situaciones, a quienes vencieron a pesar de todo.

*Diseño de un Programa de intervención psicológica para la cesación tabáquica en estudiantes
universitarios*

Piensa menos en tus problemas y más en tu trabajo, y tus problemas sin alimento morirán. Aprende a nacer desde el dolor y a ser más grande, que es el más grande de los obstáculos. Mírate en el espejo de ti mismo.

Comienza a ser sincero contigo mismo, reconociéndote por tu valor, por tu voluntad y por tu debilidad para justificarte.

Recuerda que dentro de ti hay una fuerza que todo puede hacerlo; reconociéndote a tí mismo más libre y más fuerte, dejarás de ser un títere de las circunstancias, porque tú mismo eres tu destino. Levántate y mira por las mañanas, y respira la luz del amanecer.

Tú eres la parte de la fuerza de la vida. Ahora despierta, camina, lucha. Decídete de una vez y triunfarás en la vida.

¡Nunca pienses en la suerte, porque la suerte es el pretexto de los fracasados!

Pablo Neruda.

Anexo 25

Cartas de ex fumadores

Carta 1

“Adiós al tirano que me tenía atrapada”

Esta historia empieza desde antes de mi nacimiento, gracias a una, digámoslo así, tradición familiar, como nos sucede a muchos; nos marcan desde antes de haber nacido; parece un cuento del Medioevo, cuando casaban a las parejas sin que siquiera se conocieran. Lo conocí mucho más cercanamente a los 13 años de edad, a los 15 con la mayor intensidad, cuando uno desea tener una imagen de persona grande, cuando al mundo nos lo podemos comer de un solo bocado, y todo nos sabe a miel. En ese momento donde nos dejamos llevar por el canto de las sirenas, fue cuando dejé que penetrara todo mi ser y, sin darme cuenta, se apoderó cada día un poco más de mi voluntad y mi capacidad de ver, de escuchar y de sentir. A los 17 lo dejé por algún tiempo, ya que me llegó a dar asco, y aun así regresé a él. Pienso qué tan masoquistas podemos ser cuando no queremos dar nuestro brazo a torcer y al final los que nos torcemos somos nosotros. Ya me había acostumbrado a él y no me importaba ni cómo olierá, ni su sabor; sólo imaginaba cómo volvería a verme con él y lo que podría impresionar a las personas. Tendría de nuevo mi estatus de grandeza. No importaba qué me sucediera como persona; la cuestión era que volvería a su lado. A los 21 años, con un poco de madurez, me separé de él. Pensaba que esta vez sí sería para siempre. El fallecimiento de un ser tan cercano como fue mi padre marcó en mí una serie de situaciones que me hicieron pensar mucho en toda esta relación tan tortuosa que había sostenido con mi adorado tirano, por casi diez años, y al final decidí que era el momento para abandonarlo, tomé mi autoestima lastimada y empecé a armar el rompecabezas que me había dejado. Tres años más tarde mi hermana, con la que platicaba todas mis experiencias e in experiencias, también falleció. Me encontraba realmente sola y sin el consejo y la guía de alguien que me quisiera y me comprendiera; cuando menos en esos momentos así lo sentí. Con el tiempo pude percatarme que tenía siete hermanos más y que tal vez a ellos también podía llegar a interesarles lo que me sucediera. Fue entonces cuando comencé a aprender a

conocerlos y también a conocerme, para poder reparar con más ahínco ese rompecabezas al que todavía le faltaban algunas piezas, que tal vez se habían extraviado y que era preciso encontrarlas a como diera lugar. A los 25 cometí el error de aceptarlo, por situaciones de esas que suceden en la vida y de las que pensamos que no seremos capaces de resolver solos, que deseamos estar acompañados de alguien, no importa que ese alguien nos haga daño. Volví a dejarlo por siete u ocho meses y a los veintiocho fue mi consejero, paño de lágrimas, amigo, enemigo, amor y desamor. Sé que me veía fatal y que incluso mi voz se escuchaba mal. ¡Me estaba quemando por dentro! Él seguía siendo mi adorado tormento, siempre estaba conmigo y ahora no me abandonaría. Era mi decisión morirme en vida, eso y más me merecía por falta de carácter al no saber decir un no a tiempo. Yo sola me estaba castigando y también a los que me rodeaban. Ellos también se merecían que yo me lacerara por no entenderme y darme todo lo que yo necesitaba. Por fin, a los 37 conocí a todo un personaje, mi querido amigo Alfonso, quien me llevó a conocer a mi terapeuta de la Clínica Contra el tabaquismo, una de las personas más queridas en estos días por mí, ya que fue ella quien, en un buen tiempo, se convirtió en esa amiga que yo necesitaba, la que siempre me escuchaba y trataba de darme el mejor consejo, y quien me ayudó a volver a unir mi rompecabezas, con toda la paciencia, comprensión y el amor que es capaz de darnos a sus pacientes, empecé el viaje a mi liberación. Cada día que pasaba imaginaba que rompía un eslabón más de esa cadena tan pesada que había venido cargando por tanto tiempo, recuperé mis ganas de ser yo, de salir adelante sin el tirano. Al final de cuentas la que importaba era yo; comprendí que nadie iba a vivir mi vida por mí. A un año y meses de mi definitiva separación del tirano, puedo decirles que aún lo extraño, en especial en los momentos en que atravieso situaciones difíciles con mi familia me sigue faltando, y lo que me detiene a volverlo a aceptar son las palabras que me dijo la doctora: “las situaciones difíciles siempre van a existir, lo importante y lo que marca la diferencia es cómo logres manejarlas”. Si te sirve este consejo, cada vez que quieras hacer algo en contra de tu persona recuerda esta frase; a mí me ha servido de manera impresionante. Lo que me hace sentir cada día mejor es que ahora respiro muy bien, puedo disfrutar de los sabores, olores, de mi voz, que empieza a recuperarse, y de mi

imagen, que vuelve a ser activa y llena de vida. Y sobre todo tengo unas ganas impresionantes de vivir, eso sí, con calidad. En este proceso de liberación y aceptación de mi persona como soy, pero tratando de ser un poco mejor cada día, he logrado cosas satisfactorias, como poder ayudar a otros semejantes a salir de estas situaciones que en ocasiones no son tan agradables y sí necesarias ya que nos hacen cada día mejores y más fuertes, más congruentes, y además nos ayudan a darles una educación diferente a nuestros hijos, poniendo el ejemplo y no sólo diciendo: "haz lo que te digo y no lo que me veas hacer", porque todos merecemos un mejor mundo en el cual vivir y compartir con todos nuestros amigos del mundo, respetando nuestro entorno y el de nuestros semejantes y a los seres vivos que nos rodean. Si adivinaste cuál era mi tirano, has obtenido un 10 de calificación; y si no, no te preocupes porque eso quiere decir que puedo mejorar mi técnica para que en otra ocasión logres descubrirlo. Por supuesto que acertaste: era el cigarro, que tanto mal le ha hecho a toda la humanidad y aunque sepamos que nos hace daño seguimos de necios, siempre echándole la culpa a las situaciones, al estrés, a las circunstancias y nunca reconociendo que no somos capaces de salir adelante sin ninguna panacea, que todo lo tenemos dentro de nosotros y que sólo hay que descubrirlo y dejarlo salir. Permítete vivir con calidad y verás cómo logras mejorar todo tu entorno. Recuerda que los cambios se logran hacer de adentro hacia afuera y si queremos algo mejor en nuestros hogares debemos empezar por nosotros. Dejemos de ver la paja en el ojo ajeno y veamos la viga en el propio.

Anexo 25 (Continuación)

Carta 2

Me es muy difícil iniciar esta carta. La decisión que he tenido de redactarla es trascendental en mi vida. De hecho, no recuerdo haber intentado escribir una carta semejante. Más que referirme al carácter formal que debe revestir, sé que debo reunir el valor suficiente para atreverme a dar por terminada una relación por demás íntima, de muchos años. Hablamos de más de 25 años de estar acompañado de quien ahora debo abandonar necesariamente. La separación definitiva que he resuelto llevar a cabo hoy, sin posibilidad alguna de postergación, es producto no del arrebató, no de mi volubilidad de carácter. Se debe por el contrario a un acto verdaderamente consciente, como pocos, de que es lo mejor que puedo hacer y que será una de las muy escasas decisiones de calidad que haya podido ser capaz de tomar en mi vida. Desde este momento sé que no será nada fácil vivir sin ti. Cuando menos en el tiempo inmediato. Pero confío plenamente en que el tiempo me curará de tu falta de presencia. Y cómo no voy a padecer tu ausencia definitiva si juntos hemos recorrido la vida. Si siempre has estado conmigo en todos los acontecimientos, no tan sólo en aquellos catalogados por mi hiperegolatría cultivada como especiales y únicos, que ha registrado mi mente como fechas históricas en mi almanaque personalísimo, sino que hasta en aquellos, los más básicos, rutinarios y repetitivo. Sin tratar de diferenciar cuáles son unos y otros porque el intento sería vano, sí puedo decirte con precisión que estuviste conmigo fielmente desde el despertar por la mañana hasta al acostarme y cuántas veces, al no poder conciliar el sueño a causa de los tormentos que me infligían mis demonios desatados, me paré de la cama para buscarte y con desesperación rogarte que me acompañaras. Cuántas otras innumerables ocasiones en que estando enfermo tampoco te separaste de mí. Para decirlo de mejor manera, cómo no voy a estar extrañando tu compañía si en las buenas y en las malas siempre estuvimos juntos y también, por qué no decirlo, era muy frecuente estar acompañado por otro de mis queridos amores, el licor. Los tres, bien que nos divertimos, o al menos eso parecía; verdaderas orgías de excesos que protagonizábamos los tres. Así, amigo mío, debo decirte que no te guardo ningún rencor. Gracias por no haberme

hecho daños irremediabiles. Pero debes saber, con honestidad te lo digo, que nuestra relación, tan intensa, se convirtió en una relación enfermiza, tan dependiente que me convertí en tu esclavo. Prácticamente no podía hacer nada sin ti. A partir de ahora he decidido enfrentarme solo a todos los momentos que me brinda la hermosa vida. Y estoy completamente dispuesto a superarlos con la valiosa ayuda de mi verdadero amigo, el que buscaré en todo momento y seguro estoy que siempre estará a mi lado y que no permitirá que te vuelva a buscar. Pondré todo de mi parte para lograr mi completa felicidad sin ti. No debes confiarte creyendo que éste es un intento más de abandonarte, como muchos otros en que al poco tiempo regresaba a ti irremediamente, con gran remordimiento y sentimiento de culpa por mi falta de palabra. Reconocí, en los últimos tiempos, que era imposible vivir sin ti; pero ahora, créelo, es diferente y va muy en serio. Aunque por momentos sienta enloquecer por la necesidad de tu compañía, puedes estar cierto que encontraré quién me tienda la mano en esos momentos difíciles y estoy seguro de que los superaré. También estoy convencido de que conforme pase el tiempo menos te extrañaré. Es más, llegará el día en que ni me acuerde para nada de ti y si te viera cerca de mí ten la seguridad de que no me moverás emocionalmente y tan pronto te ofrezcas de inmediato te rechazaré tajantemente. Esto es, que si te veo ni te conozco. Sin rencores, te pido humildemente que nos despedamos en los mejores términos, agradeciéndote de todo corazón que nunca más vuelvas a buscarme para estar conmigo. Adiós para siempre.

Anexo 25 (Continuación)

Carta 3

Amado mío:

Eres aún mi inseparable compañero. Desde niña te experimenté fiel y solidario. Siempre juntos. Jamás me sentí sola jugando en la alegría, llorando en la tristeza y en los momentos críticos de mi vida, apoyándome a cualquier hora, en cualquier lugar, siempre con tu ser entre mis dedos e incluso como cómplice y protagonista de mis culpas, apoyándome y consolándome en mis grandes pérdidas o en mis fracasos. Alentándome en mis logros, premiándome en mis satisfacciones y en mis logros. Están presentes tus mágicas volutas, eso que te da movimientos y me calma; esas volutas que entretejieron mis más sensibles expectativas y ensueños de adolescente, atento siempre al lúdico o trágico devenir de mis emociones. Saborear tu ser ha sido la conclusión ideal después del éxtasis y la explosión intensa de un encuentro erótico y voluptuoso y, sin embargo, he sido tan tuya. Más allá de lo amoroso, has tocado otros órganos vitales provocándome placer y daño que deleitan, al grado de provocar los celos de algún amante inquieto por mi marcada preferencia hacia ti y a mi inquebrantable decisión de no dejarte nunca. Y así, con tal de tenerte mío, he arriesgado hasta mi integridad física para obtenerte, no importando horario ni situación de peligro real para conseguirte y hasta he llegado a evidenciar mi avaricia para no compartirte y quedarme sin ti y ahora me doy cuenta de que has sido mi defensa para no entregarme a nadie, usando las cortinillas casi invisibles que generas para velar mi auténtico yo. Cuando falleció aquel hermano, precisamente de cáncer en los pulmones, me rebelé, me enardecí, la ira sacudió mi mente y todo mi ser. Él era aún joven y en toda su vida no consumió un solo cigarrillo. Tengo mucho miedo de no poder continuar viviendo sin ti. Significas muchas cosas en mi vida. Es más: eres mi vida, sobre todo desde que decidí descartar de mi existencia toda relación de pareja y con esta renuncia me entregué más a ti y ahora que me dicen que eres mi fin y que sin ti podré aumentar hasta 10 años mi esperanza de vida me pregunto si valdrán la pena sin ti. En mi delirio por poseerte no me percaté de que tú nunca me amaste.

Creyendo en ti bloqueé mi mente y mis sentidos y no aprendí a amar a nadie, ni siquiera a mí misma, y hoy sé que carezco de la capacidad de amar. Debo renunciar a ti en un cabalístico día 13 y me invaden el miedo y la angustia y me harta el dolor y el sufrimiento. Te amo, pero te odio; eres la forma de dependencia más brutal y aberrante que he sufrido en toda mi vida. Pero, déjame decirte, ¡apestas! Y dañas a los demás y sobre todo a lo más importante de mi vida: dos pequeños seres que merecen vivir sin ti. Poco a poco me has destruido; eres perverso y nefasto, desconsiderado, impersonal y distante. Yo sufro porque renuncio a ti y a ti nada te importa. Tú seguirás seduciendo, dañando, envileciendo y literalmente enrareciendo el aire que se respira pero, entérate, quiero y necesito botarte, tú sabes que lo he intentado muchas veces pero todo lo desbaratas pues estás muy dentro de mí. Pero he pedido ayuda y confío en mandarte al diablo y deshacerme de ti. Adiós.

Anexo 25 (Continuación)

Carta 4

“El último jalón”

Alejarse de una droga como el cigarro resulta un cambio radical en lo que muchos de nosotros solemos llamar vida. Sin importar la edad en la que comenzamos a fumar, pasamos una gran cantidad de tiempo, de momentos, de vida misma, con el cigarro en la boca y otro tanto con él en la mano. Pensar que de pronto una mañana se ha de comenzar el día de un modo distinto a lo que por muchos años fue la rutina diaria de levantarme de la cama y prender el cigarro de camino al baño es hasta cierto punto muy poco imaginable. No negaré que en todos estos años sucedió alguna vez en que de pronto no tenía cigarrillos; sin embargo, siempre tenía la ilusión de salir temprano y pasar a la tienda, esa misma tienda donde cada mañana compraba mi vicio y qué sé yo, a lo mejor mi muerte. Este primer día sin fumar sólo será el primer paso, pero la semana, el mes sin un cigarro suenan muy lejanos. Siempre prender un cigarro era un placer en las noches antes de abrir el libro en turno y, ya tranquilo, saborearlo antes de caer en el reino de los sueños. No puedo olvidar las reuniones con los amigos los viernes, o ciertas tardes y noches con una grata compañía, merendando tabaco, un largo vino y quizá un poco más. Alejarme de él es tal vez dejar atrás una parte de mi historia, dejar al compañero que siempre solía estar mi lado en las buenas o en las malas, en momentos de melancolía o de catarsis total, después o antes de cualquier cosa. Siempre recuerdo la primera vez que fumé, como un recuerdo vago, pueril, y sin embargo he olvidado el día

o el momento en que se volvió un vicio, uno verdadero, como sólo se descubre cuando uno llega tarde a casa y no se tienen cigarrillos, esa ansiedad que se torna en locura y por la que indudablemente paraba en algún lugar que abriera toda la noche a comprar una cajetilla al precio que fuera. Nunca llegaba a casa sin suficientes cigarrillos. Finalmente, no hay mucho que decir; es decirle adiós y no hasta luego a un amigo de hace muchos años, el más inseparable, el más cercano, el más dañino y quizá también el más traidor, el amante mismo de la dama que espera. Esta noche le doy el último jalón y simplemente le digo adiós.

Anexo 25 (Continuación)

Carta 5

Cuando te conocí por primera vez me llamaste la atención porque veía que todos te disfrutaban y parecía que a muchos les causabas placer. Todo esto me llevo a ti por curiosidad. La primera vez que te tuve entre mis manos y después entre mis labios, me sentí tan mal que juré que no lo volvería a hacer. Pero volvió a suceder. Ahora, aparte de la curiosidad, se asociaron el querer ser aceptada dentro de un grupo de amigos que ya tenían tiempo disfrutándote. Además, contigo entre mis manos se sentía uno mucho más importante y más maduro, a pesar de ser apenas una adolescente. Con el tiempo fuiste formando parte de mi vida e incluso de mi personalidad. Según yo, me ayudabas en esos momentos difíciles. Pero no nada más estabas en los momentos tristes. ¿Qué tal nos las pasábamos en las fiestas, reuniones o con alguna amiga junto a una taza de café? Cada vez te necesitaba más. En las fiestas; en mis ratos de estudio; en mi trabajo; en los funerales y, claro, cuando me llegaban las noches de insomnio ¿Qué hubiera hecho sin ti en todas esas ocasiones? Poco a poco te me fuiste volviendo una gran necesidad, algo tan importante que si no te tenía hacía todo lo posible por conseguirte y si no lo lograba llegaba la ansiedad, la ira incontrolable y una angustia indescriptible. Mucha gente me insistía en que te dejara y yo pensaba en qué iba a hacer sin ti y entonces me negaba. Siempre me negué porque era para mí como si tuviera que deshacerme de un gran amigo, ese gran amigo que todos queremos tener, que te acompaña siempre a lo largo de las cosas buenas y malas de la vida, pero además ese amigo callado, que no discute, que no te dice nada, sino que nada más te acompaña. Eras el amigo ideal. Pero de pronto un día, no se cuándo, me di cuenta que ese gran amigo al que le cuentas tus grandes secretos, que sabe tu vida a la perfección, porque no sólo se la has contado sino que ha estado presente en todos tus momentos, incluidos los más íntimos, se estaba convirtiendo en mi enemigo. Hoy he decidido dejarte, sé que me costará trabajo, pero también sé que lo voy a lograr. Es un reto que me he propuesto y te voy a vencer. Fuiste un buen amigo, pero ahora eres mi peor enemigo. Tengo que vencer esa dependencia que duró años. Me duele, me irrita, me asusta, pero creo que será lo mejor para mí, y yo soy mucho más importante que tú. Y no es porque ahora

*Diseño de un Programa de intervención psicológica para la cesación tabáquica en estudiantes
universitarios*

te menosprecie después de tantos años juntos, no, no es eso sino que debo quererme a mí misma y esto es un complemento para reforzarme ese amor.

Anexo 25 (Continuación)

Carta 6

Recado póstumo:

“No se culpe nadie de mi muerte”

Siento exactamente como si, a estas alturas del proceso, dejar de fumar ya no tuviera el mismo encanto, el mismo mérito que al inicio del tratamiento. Siento que ahora es innecesario demostrarme nada a mí mismo y a los demás. Siento como si me hubiera bastado ya darme un ejemplo de voluntad, de fortaleza, de decisión, de inteligencia y qué sé yo de qué más. A mes y medio de mi alejamiento de ti, querido amigo, me he puesto a pensar en todo lo que me llevabas a reflexionar. Cualquiera diría que estoy loco, pues cómo podrían comprender que dejarte me provoque cosas tan llenas de dolor, tan profundas. Algo interno me explica que además de tu poder letal para aniquilar a cualquiera, en mí particularmente hiciste un daño terrible, pues cómo no si me mantuviste cegado, anestesiado, confundido y convencido de que eras mi mejor y único proveedor de todos mis placeres. No miento si afirmo que creía que tú me lo proporcionabas todo. Ahora sé que te quise, casi al grado de venerarte, por encontrar en ti compañía en mi soledad, consuelo en mi tristeza, justificación a mi estupidez y, para qué sigo, baste decir que sería interminable la descripción. Como lámpara de Aladino, antes de encenderte te frotaba entre los dedos y enseguida me dabas lo que mi debilidad demandaba. Mejor diré que es cierto que te mantuve a mi lado porque a falta de lo real, a falta de tener valor para vivir de veras en el mundo de de veras, me conformé, no a propósito sino por incapacidad, a vivir en el ensueño, en lo irreal y ese desatino me llevó a creer que tú me dabas lo que una mujer me hubiera dado en su exquisitez, que tú me dabas los millones que mi miseria humana, más que material, me requería para ser feliz; que me dabas la compañía anhelada cuando nunca fui capaz de acompañar a nadie; que me dieras comprensión cuando nunca fui capaz de despojarme de mi egoísmo y entender a los demás. En fin, eso ha pasado y es irremediable, pero, ¿y ahora qué?

Ha llegado la hora; ya está. Muero para lo de antes y resurjo para una nueva vida. Por eso dejo escrito que no se culpe a nadie de mi muerte, ha sido decisión personal. Desde ahora empezaré a hacer las cosas de manera diferente. Así que, cigarro, ahí te ves.

Anexo 25 (Continuación)

Carta 7

Querido papi:

Ayer te nos fuiste para siempre y mis recuerdos son como un caos que me conducen a una agradable manera de llevar mi duelo. Recuerdos al fin, algunos más nítidos, otros menos claros y por suerte, otros muy borrosos que me hacen regodear los conflictos que atravesamos juntos. Conversamos tanto durante el tiempo en que agonizaste ante la cercanía de la muerte, y a la vez, mi compañía te aligeraba los malos ratos. Yo tenía mi dolor en una esquina, esperando a que te fueras para recuperarme del *síndrome del cuidador*, y traté de regalarte en tus últimos días muchas cosas que tal vez te debía. Hicimos mucha memoria juntos, y me preparaste para cuando te fueras. Me agradeciste de una manera muy hermosa mi esmero en cuidarte y expresaste todo lo que yo significaba para ti como hija. Yo también te agradecí muchas cosas pero hubo un agradecimiento que se escapó del recuento.

Fuiste mi mejor promotor de conciencia crítica ante el mal hábito de fumar. Durante años tu insistencia (a veces impertinente) parecía una inclusión inadecuada en mis elecciones como individuo. Te molestaba el olor del cigarro, su expansión por todos los aposentos de la casa, aun cuando yo me aislara para no cargar con la culpa de crear fumadores pasivos. Fuiste la persona que me pedía compromisos con fechas concretas para enfrentar la adicción. Me controlabas cada intento de abandonar el vicio y mostrabas tu decepción cada vez que recaía y regresaba a mi relación amorosa con cigarros y fosforeras. Recuerdo que luego de un curso que pasé en el Centro de Epidemiología dejé de fumar pero sin tener un verdadero compromiso y un día me encontraste llorando. Cuando me preguntaste qué me sucedía yo encogí mis hombros y te respondí que no lloraba ni de tristeza, ni por ningún problema sentimental. Nada, sólo lloraba, así de simple. Te diste cuenta que mi llanto era eso que ahora se llama *síndrome de abstinencia* y me compraste una cajetilla de populares porque te dio mucha lástima y hasta tú mismo flaqueaste como controlador, en el buen sentido de la palabra.

La acumulación de tus ruegos durante el lento y paulatino proceso de intentos por abandonar la adicción creo que fue decisivo. Durante los días de tu agonía y al cabo de casi cinco años sin nicotina, me percaté de que las tentaciones para los “ex-adictos” siempre andan pululando sobre nuestras voluntades. Hubo momentos tan difíciles durante la fase final de tu lucha contra el cáncer que debo confesar se reactivaron los sensores que conducen a las recaídas. Sólo que supe enfrentarlas porque no quería que mis besos para ti olieran a cigarro, olor que tanto rechazabas.

Siempre me decías que era mejor tomar en las manos el dinero con el cual me compraría los cigarrillos y quemarlo, que acceder a ellos y fumarlos. Me hablabas del extraño color que toma la piel de los fumadores, de la fealdad de la voz, de las futuras consecuencias para contraer enfermedades y de la escasa capacidad inmunológica que teníamos. Me hablabas de lo fea que me veía con el cigarrillo en las manos y de toda la atracción que podía perder en enamorar a la gente. Me decías que los que viven sin humo huelen distinto a los fumadores, y hoy te digo que los fumadores huelen de una manera horrenda. Y por último apelabas a mi inteligencia para enfrentar la adicción al cigarro tal como era capaz de hacer cuando enfrentaba las cosas duras de la vida.

Papi, se nos escapó en la evocación ese detalle tan importante, pero disfrutaste mucho todo el tiempo en que me viste decidida a dejar el humo y me felicitaste por todos los signos positivos que captaba tu sensoriedad cada vez que nos abrazábamos y por toda la recuperación que se advertía en mi conducta de luchadora tenaz contra el hábito de fumar. Mis ansiedades y mis obsesiones se debilitaron y te cuento que durante todo este tiempo siento que vivir sin humo es muy necesario, no sólo para mí, especialmente para besar a mi nieto. Y ahora que te has ido te agradezco que fueras tan insistente y terco, tal como debe ser la voluntad para ejercitar el abandono de la nicotina y el humo.

Te quiere tu hija

Anexo 26

**Tabla. (Guía de Autoayuda)
Guía de autoayuda para el síndrome de dependencia.**

Síntomas	Recomendaciones
Deseo muy fuerte de fumar	<ul style="list-style-type: none">• Respirar profundamente 3 veces seguidas, o intentar otras técnicas de relajación.• Beber agua o zumos.• Masticar chicles sin azúcar o comer algo bajo en calorías.• Pensar que este deseo será cada vez menos frecuente.
Astenia	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar las horas de sueño.
Cefalea	<ul style="list-style-type: none">• Ducha o baño templado.• Intentar técnicas de relajación.
Estreñimiento Insomnio	<ul style="list-style-type: none">• Dieta rica en fibras/ Beber mucha agua.• Evitar café o bebidas con cafeína.• Tomar infusiones.• Hacer más ejercicio.• Intentar técnicas de relajación.
Dificultad de concentración	<ul style="list-style-type: none">• No exigir un alto rendimiento durante una o dos semanas.• Evitar las bebidas alcohólicas.
Nerviosismo	<ul style="list-style-type: none">• Caminar, tomar un baño, intentar técnicas de relajación.• Evitar café o bebidas con cafeína.
Hambre	<ul style="list-style-type: none">• Beber mucha agua y zumos que no engorden.• Vigilar la ingesta de azúcares refinados y de ricos en calorías.

Anexo 27

Ejercicios de Relajación muscular progresiva de Jacobson. Parte I **Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva**

Instrucciones generales: A continuación les ofreceremos una guía para practicar la relajación. Se trata de una versión abreviada de la técnica de relajación muscular progresiva, inicialmente utilizada por Jacobson. Antes de comenzar un entrenamiento en relajación se deben considerar los siguientes aspectos:

1. La relajación es una habilidad que se adquiere con la práctica, por tanto, es necesario practicar asiduamente y cuanto más se haga antes aprenderá a relajarse y más profundamente será la relajación.
2. Para relajarse es necesario abandonarse y centrar la atención en las sensaciones internas, cuanto mejor perciba estas (el latido de su corazón, el aire que penetra y sale de sus pulmones, la pesadez de sus músculos, etc.), mayor será la relajación.
3. Elija para practicar la relajación un momento que no tenga prisa y no este preocupado por lo que tiene que hacer después, al menos en las sesiones iniciales. Dedique entre 15 y 20 minutos a practicarla.
4. Busque un lugar tranquilo donde nadie le pueda molestar y aislado de ruidos, luces y otros estímulos que le puedan distraer o molestar. Si lo cree necesario descuelgue el teléfono.
5. Desabroche sus ropas o utilice ropas flojas que no le produzcan ninguna presión. Colóquese en una postura cómoda (la mejor es tumbado con los brazos extendidos, flojos, paralelos a su tronco y con las manos hacia abajo a la altura de los muslos) y deje fuera todos sus problemas centrándose en lo que está haciendo.
6. Cierre los ojos y así se concentrara más fácilmente.
7. Practique cada sesión durante varios días consecutivos preferiblemente una semana) antes de pasar a la siguiente.
8. En los ejercicios de tensión y relajación, dedique unos 10 segundos a la fase de tensión y unos 30 segundos a la de relajación.

9. Tras completar el entrenamiento de las cuatro sesiones, siga practicando la relajación sin hacer los ejercicios.

Parte I

Acuéstese (o siéntese) de la forma más cómoda posible y procure relajarse lo mejor que pueda... Ahora, cierre y apriete su puño derecho con todas sus fuerzas, un poco más, y note la tensión muscular que con ello se produce. Mantenga el puño cerrado y sienta la tensión en su puño derecho, en su mano, en su antebrazo... y ahora aflójelo lentamente. Deje que los dedos de su mano derecha se relajen, y observe el contraste entre lo que siente ahora y lo que sentía antes cuando los músculos estaban contraídos...

Ahora, una vez más cierre su puño derecho lo más que pueda y manténgalo así. Nuevamente notara la tensión muscular... Estudie con detalle esta tensión... Ahora relájelo nuevamente, procurando estirar sus dedos. Note una vez más la diferencia... Repita lo mismo otras dos veces, pero ahora con el puño izquierdo.....Cierre ahora los dos puños más y más. Los dos puños están tensos y también los antebrazos. Note la sensación de tensión... Relájelos nuevamente, estirando sus dedos y sintiendo la relajación. Continúe relajando sus manos y antebrazos más y más...

Ahora doble sus codos y ponga tensos sus bíceps. Procure contraerlos más y más, y note la tensión que en ellos se produce... Ahora extienda sus brazos y permita que la relajación aparezca, sintiendo nuevamente la gran diferencia. Permita que la relajación aumente... Una vez más ponga en tensión sus bíceps, manténgalos contraídos y obsérvelos cuidadosamente... extienda sus brazos y relájelos de la forma en que mejor pueda hacerlo... Cada vez que lo repita, por favor, preste atención a lo que siente cuando los músculos están contraídos y cuando están relajados.

Ahora extienda sus brazos hacia delante (en dirección a techo si esta acostado), note el aumento de la tensión... en los músculos tríceps, a lo largo de la parte posterior de los brazos, extiéndalos un poco más y note la tensión... y ahora relájelos. Ponga sus brazos en la posición de partida, de la forma más cómoda posible. Deje que la relajación siga su proceso. Ahora deberá sentir los brazos pesados, en la medida en

que los relaja... Extienda los brazos una vez más y sienta nuevamente la tensión... relájelos nuevamente. Ahora concéntrese sólo y exclusivamente en la total relajación de sus brazos sin ninguna tensión. Permita que sus brazos estén lo más cómodos posibles y relájelos más y más. Continúe relajando sus brazos un poco más aun para alcanzar un nivel de relajación más profundo.

Para finalizar con la relajación cuente mentalmente desde 3 hasta 0 y abra y cierre los dedos de las manos y los pies durante unos segundos, antes de incorporarse muy lentamente.

Parte II

Relajación del Área Facial, la nuca, los hombros y la parte posterior de la espalda.

Permita que sus músculos se aflojen y siéntalos pesados. Permanezca acostado (o sentado), de forma cómoda y tranquila. (Haga los dos primeros ejercicios con los ojos abiertos). Arrugue su frente, arrúguela un poco más, hasta sentirla dura...ahora deje de arrugarla y relájela hasta que quede totalmente lisa. Piense en su frente y en todo su cuero cabelludo, de manera que la relajación aumente y que la flacidez sea mayor.

Contraiga y frunza el entrecejo (como los niños cuando se enfadan) y note la tensión...Ahora cierre sus ojos. Permanezca con los ojos cerrados, suave y cómodamente, notando la relajación... Ahora apriete sus mandíbulas presionando unos dientes contra otros; estudie la tensión de las mandíbulas... Relaje ahora las mandíbulas. Separe ligeramente los labios... Note la relajación....

Presione fuertemente su lengua contra el paladar. Noté cómo se contrae... Vuelva la lengua a una posición cómoda y relajada... Junte sus labios presionándolos entre sí y note como se endurece más y más... Relaje los labios, note el contraste entre tensión y la relajación. Sienta la relajación en toda su cara: en la frente, en el cuero cabelludo, en los ojos, en las mandíbulas, en los labios, en la lengua y la garganta. Permita que la relajación progrese más y más...

Concéntrese ahora en los músculos del cuello. Presione su cabeza hacia atrás tanto como le sea posible y note la tensión en el cuello; gire el cuello hacia la derecha y experimente la tensión en todo el lado opuesto; ahora gírelo hacia la izquierda. Enderece su cabeza y dóblela hacia delante presionando su barbilla contra el pecho. Ahora vuelva su cabeza a una posición confortable y note la relajación estudiándola con detalle. Permita que la relajación aumente...

Eleve los hombros hacia arriba, manténgalos en tensión. Déjelos caer. Note nuevamente la relajación. Cuello y hombros relajados... Elévelos nuevamente y muévalos en círculo. Ahora llévelos hacia delante y hacia atrás. Note la tensión en los hombros y en la parte superior de la espalda... Déjelos caer nuevamente y note la relajación.

Permita que la relajación se extienda a sus hombros y a los músculos de la espalda. Relaje su cuello, su garganta, sus mandíbulas, y el resto de las áreas faciales, de manera que la relajación vaya aumentando más y más, y sea cada vez más profunda. Continúe relajándose todo lo que desee... Finalice la relajación como la sesión anterior.

Parte III

Relajación del pecho, estómago y vientre.

Relaje todo su cuerpo todo lo mejor que pueda. Sienta la agradable pesadez que acompaña a la relajación.... Respire fácil y libremente, inspirando y expirando. Note como la relajación aumenta cuando exhala el aire. Expulse el aire... Ahora inspire y llene sus pulmones libremente, manteniendo el aire dentro de ellos. Estudie la tensión... Expulse el aire y note como las paredes de su pecho se deprimen y el aire sale automáticamente. Sienta la relajación y disfrute con ella manteniendo el resto del cuerpo lo más relajado posible... Llene sus pulmones nuevamente, hágalo profundamente y contenga la respiración... Expulse el aire y note como se libera.... Ahora respire normalmente, continúe relajando su pecho y permita que la relajación

se extienda a su espalda, a sus hombros, a su cuello y a sus brazos. Lo más importante ahora es disfrutar de la relajación.

Preste atención a los músculos de su abdomen y de la zona del estómago. Contraiga los músculos de estómago haciendo que su abdomen se ponga duro. Note la tensión.... y relájelos. Permita que los músculos se relajen y note la diferencia... Una vez más, contraiga y presione los músculos de su estómago. Mantenga la tensión y estúdiela. Ahora relájelos.... Note el bienestar general que aparece cuando su estómago se relaja...

Ahora contraiga su abdomen introduciéndolo hacia adentro, empujando con sus músculos y sintiendo de nuevo la tensión... Relájelo nuevamente permitiendo a su abdomen salir hacia fuera. Continúe respirando normalmente, de forma lenta y rítmica, y sienta la sensación agradable que se extiende por todo su pecho y abdomen... Empuje nuevamente su abdomen hacia adentro y mantenga la tensión.... Ahora permítalo volver a la posición normal y empuje hacia fuera, contrayéndolo de esta nueva forma y manteniendo la tensión... Ahora relaje su abdomen totalmente... Permita que la tensión desaparezca a medida que la relajación aumenta en profundidad. Cada vez que expulsa el aire, note como la relajación aumenta, tanto en sus pulmones como en su abdomen... Experimente como su pecho y abdomen se relajan más y más... Haga desaparecer cualquier tensión en cualquier parte de su cuerpo...

Ahora dirija la atención a la parte inferior de la espalda. Arquee su espalda, haciendo que la parte inferior quede arqueada, y sienta la tensión a lo largo de la columna... Siéntase cómodo y relajando la parte inferior de la espalda. Arquee nuevamente la espalda y note la tensión... Intente mantener el resto de su cuerpo tan relajado como le sea posible. Localice la tensión en la parte inferior de su espalda... Relájela una vez más, un poco más.... Relaje la parte inferior y superior de su espalda, extendiendo la relajación a su abdomen, pecho, hombros, brazos y área facial. Relaje estas partes más y más, un poco más y más profundamente. ...Finalice de la forma habitual.

Parte IV

Relajación de las caderas, muslos y pantorrilla, seguida de una relajación completa en todo el cuerpo.

Haga desaparecer todas las tensiones de su cuerpo y relájese... Contraiga sus nalgas y sus muslos. Contraiga sus muslos presionando sus talones en la dirección opuesta a su cara (contra el suelo en el caso de estar sentado), tan fuerte como pueda... Relájese y note la diferencia...

Endurezca sus rodillas y contraiga los músculos de sus muslos nuevamente... Mantenga la tensión... Ahora relaje sus caderas y sus muslos. Permita que la relajación aumente por sí misma.

Flexione sus pies y los dedos de sus pies hacia delante alejándolos de su cara de forma que los músculos de sus pantorrillas se pongan tensos. Estudie la tensión... Relaje sus pies y sus pantorrillas... Esta vez, flexione sus pies hacia su cara, de manera que sienta la tensión a lo largo de sus espinillas. Trate de estirar los dedos de sus pies... Relájelos ahora... Mantenga la relajación un rato más...

Continué ahora relajándose más y más... Relaje los pies, los tobillos, las pantorrillas, las espinillas, las rodillas, las nalgas y la cadera. Sienta la pesadez en la parte inferior de su cuerpo a medida que se va relajando más y más...

Extienda la relajación a su abdomen, cintura y parte inferior de su espalda. Continué así, de forma progresiva. Sienta la relajación total. Ahora continúe relajando la parte superior de la espalda, el pecho, los hombros y los brazos, hasta la punta de sus dedos. Mantenga la relajación más y más profundamente. Asegúrese de que no existe ninguna tensión en su garganta; relaje su cuello y sus mandíbulas y todos los músculos de su cara. Mantenga todo su cuerpo relajado, como está ahora, por un rato. Relájese más.

Ahora puede relajarse el doble solamente con respirar profundamente y expulsar el aire con lentitud. Céntrese en sus sensaciones evitando cualquier tensión que provenga del mundo exterior, respire profundamente y siéntase más y más pesado.

Haga una inspiración profunda y expulse el aire muy lentamente... Sienta la agradable pesadez que acompaña a la relajación...

En un estado de perfecta relajación, debería sentirse incapaz de mover un simple músculo de su cuerpo. Piense acerca del esfuerzo que necesitaría realizar para levantar su brazo derecho, vea si aparece alguna tensión en sus hombros o en sus brazos... Ahora decide no elevar su brazo para continuar relajado. Observe la liberación y desaparición de la tensión. Siga relajándose más y más profundamente... Finalice como en ocasiones anteriores.

Anexo 28

Frases reflexivas

- El verdadero ganador es aquel que cree en el mismo, cuando más nadie lo hace.
- Sólo cerrando las puertas detrás de uno, se abren ventanas hacia el porvenir.
- Las personas fuertes crean sus acontecimientos; los débiles sufren lo que les impone el destino.
- El humo del tabaco daña a todos por igual.
- Elegí no fumar, es tu derecho.
- Esto no es un asunto de cortesía (no fumar) sino que se trata de un derecho por la vida
- Los malos momentos que se pasan al dejar de fumar, no son por eso (dejar de fumar) sino por haber fumado.
- Empieza donde puedas, con lo que puedas; empieza donde estás, pero empieza; nunca esperes una situación perfecta para empezar.

Ernest F. Schumacher.

- Dejar de fumar no es una intención, es una decisión.

Buhomike

- La libertad y la salud se asemejan: su verdadero valor se conoce cuando nos falta.
- Fumar puede ser un placer efímero, pasajero, momentáneo. Dejar de fumar una satisfacción plena, continua, más allá del tiempo.

Anónimo

- Si sometes a tu enemigo sin combate, ¿quién proclamará tu valor?

Chino Anónimo

- Todo es muy difícil antes de ser sencillo.

Mamen

- Cuando la marcha se hace dura, sólo los duros siguen marchando.

Mamen

Anexo 29

Técnica de los Refranes

Refranes	
"El que con lobos anda	a aullar aprende."
"Dime con quién andas	y te diré quién eres."
"Desde que se hicieron las excusas	nadie queda mal."
"Dios dice ayúdate	que yo te ayudaré."
"El que da primero	da dos veces."
"El que juega con	fuego se quema."
"El que siembra espinas	que no espere cosechar flores."
"El que siembra vientos	cosecha tempestades."
"En la vida todo tiene remedio	, menos la muerte."
"Hay mucho que ganar	y poco que perder."
"La cuestión no es llegar,	sino quedarse."
Para nadar hay	que tirarse al agua."
"Al que a buen árbol se arrima	buena sombra lo cobija."
"Para superar las dificultades,	es necesario esforzarse."
"Árbol que nace torcido	su tronco jamás endereza."

Anexo 30

Situaciones utilizadas en las sesiones

Situaciones a desarrollar:

- A.R es una muchacha de 21 años de edad que comenzó a fumar desde los 18. Desde entonces ha presentado discusiones con su familia y compañeros de cuarto por esta causa, además de malestar físico. Hace algunos meses se ha sentido atraída por un muchacho, pero no sabe cómo demostrarle que le interesa, pues se ha visto limitada ante el hecho que le ha escuchado expresar su desagrado hacia las personas que fuman. Esta situación la tiene un tanto angustiada y sin saber cómo proceder.
- L.S es un joven de 22 años que fuma desde el preuniversitario, incitado por sus compañeros. A pesar de existir en su familia antecedentes de fumadores, estos siempre estuvieron en contra de que el fumara. En varias ocasiones lo han presionado para que lo abandone, exponiéndole una serie motivos. Sin embargo se ha mostrado resistente, a cambiar su comportamiento. Cómo creen que deba ser su actitud al respecto.
- Y.P estudiante de letras, nunca antes había probado cigarrillos. Estando en una fiesta y por estar a tono con sus amigos decide consumirlos. En otro momento y argumentando sentirse estresada volvió a consumirlos y así ha sido su proceder desde entonces, cuando se ha encontrado ante alguna situación que le genera estrés. A pesar de exponer en su defensa no ser una fumadora social, su situación refleja todo lo contrario. Como consideran que debería actuar.

Situación a desarrollar:

- ¿Cómo es mi vida ahora y cómo será dentro de cinco años?

Anexo 31

Cuestionario de usuarios del “Programa de intervención psicológica para el tratamiento del tabaquismo en estudiantes universitarios”

Estimado colega:

Una vez concluido el Programa de intervención para la cesación del hábito tabáquico, solicitamos su colaboración para responder la siguiente encuesta que persigue como objetivo fundamental el perfeccionamiento de esta experiencia. Por ello le pedimos que conteste con sinceridad el siguiente cuestionario. Deberá evaluar cada uno de los indicadores que se le ofrecen en una escala de 1 a 5.

- 1- En ninguna medida.
- 2- En poca medida
- 3- En alguna medida.
- 4- En bastante medida
- 5- En gran medida

Sobre el desarrollo del Programa

No	Indicadores de satisfacción del usuario	1	2	3	4	5
1	Nivel de logro de sus expectativas.					
2	Satisfacción con el trabajo en grupo					
3	Adecuación de la frecuencia de las sesiones					
4	Adecuación del horario de las sesiones.					
5	Calidad de los materiales y recursos empleados					
6	Satisfacción con el terapeuta.					

Sobre el impacto del Programa

No	Indicadores de satisfacción del usuario	1	2	3	4	5
1	Incremento del nivel de responsabilidad individual con su salud.					
2	Incremento del nivel de conocimientos sobre el tabaquismo.					
3	Comprensión del efecto adictivo de la nicotina.					
4	Adecuación de la percepción de riesgo sobre el tabaquismo.					
5	Nivel de reflexión personal que estimuló sobre su hábito de fumar.					
6	Impacto en la decisión personal para dejar de fumar.					
7	Confianza en su capacidad para controlar esta adicción.					
8	Nivel de apropiación de técnicas y recursos para enfrentar el tabaquismo.					
9	Aporte de las técnicas de relajación.					

Anexo 32 (Continuación)

10	Aporte de las técnicas grupales.					
11	Aporte de las técnicas de activación.					
12	Aporte de las técnicas de solución de problemas					
13	Aportes de las frases y discusiones de poemas.					
14	Aporte de los videos educativos					
15	Valor de las actividades orientadas para la casa.					
16	Nivel de apropiación de recursos para el manejo de síntomas de abstinencia.					
17	Nivel de apropiación de recursos para enfrentar recaídas.					
18	Nivel de logro en la cesación del hábito tabáquico.					
19	Cumplimiento general de los objetivos del Programa.					
20	Incorporación de cambios en su estilo de vida.					

¿Qué sesiones considera que le aportaron más?

¿Qué técnicas considera que le aportaron más?

Valoración general de la experiencia

¿Qué recomendaría para mejorar la experiencia?

Muchas gracias

Anexo 32

Cuestionario sobre el Juicio de Especialistas

Especialidad: _____ Años de graduado: _____
 Experiencia profesional: _____ Experiencia en el trabajo en grupo: _____

Sesiones	Calidad de elaboración del Programa	Idoneidad del Programa	Coherencia entre los temas	Cumplimiento de los objetivos	Satisfacción con el diseño	Aplicabilidad del Programa
Sesión 1	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1
	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2
	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3
Sesión 2	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1
	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2
	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3
Sesión 3	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1
	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2
	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3
Sesión 4	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1
	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2
	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3
Sesión 5	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1
	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2
	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3
Sesión 6	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1
	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2
	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3
Sesión 7	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1
	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2
	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3
Sesión 8	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1
	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2
	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3
Sesión 9	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1	_____1
	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2	_____2
	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3	_____3

Anexo 32 (Continuación)

Agradeceríamos que ofrezca su valoración general sobre el Programa y algunas recomendaciones para su perfeccionamiento:

Valoración general del Programa:

Recomendaciones para el perfeccionamiento del Programa:

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 33

Entrevista semi-estructurada (2)

Indicadores:

- Nivel de conocimiento alcanzado en torno al tabaquismo.
- Percepción de vulnerabilidad ante el tabaquismo.
- Dominio de estrategias de afrontamiento ante el proceso de abstinencia.
- Predominio de emociones salutogénicas vivenciadas a partir de la cesación tabáquica (felicidad, alegría, orgullo).
- Predominio de síntomas de abstinencia vivenciados a partir de la cesación tabáquica (ansiedad, depresión, intranquilidad, ira, entre otros).
- Logro de la autorregulación de las ansias de fumar.
- Beneficios a la salud percibidos después de la cesación tabáquica.
- Comportamiento salutogénicos asumidos.
- En caso de recaer en el hábito tabáquico, características del comportamiento de consumo.
 - Factores predisponentes ante la recaída.
 - Frecuencia del consumo.
 - Síntomas de abstinencia.
 - Disposición para el cambio.
- Valoración general del programa.