



Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas

Facultad de Psicología

Trabajo de Diploma presentado en opción al Título Licenciatura en Psicología

**"Evaluación del Programa de Intervención
Psicológica para el Autocontrol del Consumo
Tabáquico en estudiantes universitarios".**

Autora: Adilen Sosa Álvarez

Tutora: MSc. Lismary Pedraza Durán

Co-Tutora: Lic. Rosalía Cárdenas Rodríguez

Santa Clara

2014



Exergo

*“No juzgues tu día por cuanta cosecha lograste
recoger; sino por cuanta semilla lograste
sembrar”.*

Anónimo.

Dedicatoria

A mis padres, por enseñarme a luchar y esforzarme por alcanzar mis metas. Los amo.

A mis hermanas, por estar apoyándome en las buenas y en las malas. Gracias por su incondicionalidad.

A mis sobrinos, por ser las personitas que llenan mis días de alegría.

Agradecimientos

A mis tutoras Lismary y Rosalía por todo su apoyo.

A mis padres por sentirse siempre tan orgullosos de mí y ser el motor impulsor que me hizo esforzarme y llegar a la meta.

A Denis, por ser la persona que más me apoyó en la realización de esta tesis. Agradezco tu comprensión incondicional, las noches de desvelo y principalmente por quererme cuando menos lo merecía pero cuando más lo necesitaba.

A todas mis amistades, principalmente a las que han compartido junto a mí durante cinco años los momentos más importantes e inolvidables de mi vida. Gracias por estar.

A todos los que colaboraron para la realización de esta investigación, brindando sus aportes materiales y espirituales.

Muchas gracias de todo corazón.

Resumen

La investigación persigue evaluar el Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes fumadores de la Universidad “Ignacio Agramonte y Loynaz”, en la provincia de Camagüey. Se desarrolló en el período comprendido entre febrero y mayo del 2014. Asumiendo un paradigma mixto de investigación, con un alcance exploratorio – descriptivo de diseño pre-experimental; quedando conformada la muestra por 9 estudiantes. El Programa se encuentra estructurado en 4 etapas. En la primera etapa se describen los indicadores del autocontrol de consumo tabáquico. Para ello se emplea un sistema de técnicas que fueron evaluadas cualitativa y cuantitativamente utilizando el paquete estadístico SPSS 20.0 para Windows, específicamente análisis de frecuencia y test de Wilcoxon para muestras relacionadas. Durante la segunda etapa, se procedió a la implementación del Programa donde se articulan estrategias y técnicas variadas, orientadas al logro del autocontrol mediante la adecuación de la percepción de riesgo y la activación de habilidades para la cesación o reducción del consumo. Asimismo, se realiza un análisis del proceso de las sesiones y del progreso individual de los casos; evidenciándose que 5 estudiantes cesaron su consumo y 2 lo redujeron considerablemente. En un tercer momento, se evalúa la efectividad del Programa y por último, se evalúa el seguimiento de los resultados alcanzados. Finalmente se ofrecen conclusiones y recomendaciones válidas.

Palabras claves: intervención psicológica, autocontrol del consumo tabáquico.

Abstract

The investigation pursues to evaluate Psychological Intervention's Program for the Self-control of the consume of tobacco in students who smoke, in the University's "Ignacio Agramonte and Loynaz", in the province of Camagüey. It was developed in the period between February and May of 2014. Assuming a mixed paradigm fact-finding, with an exploratory reach - descriptive designing pre - experimental, using a sample conformed by 9 students. Getting structured the program in 4 stages. In the first stage, to describe indicators of self-control of tobacco consumption. The set of techniques used were evaluated qualitatively and quantitatively utilizing the statistical parcel SPSS 20.0 for Windows, specifically frequency analysis and Wilcoxon's test for related signs. During the second best stage, proceeded to him to the implementation of the program, by means of 10 sessions grupaleses where articulate strategies and varied techniques themselves; orientated to the intervening self-control's achievement the adjusting of the perception of risk and the abilities activation for the cessation or the consumption's reduction. Herein same stage comes from to the analysis the process of sessions and of the cases's individual progress; becoming evident that 5 students suspended his consumption and 2 they decreased to considerably. In a third moment, the program's effectiveness is evaluated and finally, the in need aftermaths's tracking is evaluated. Finally they offer conclusions and valid recommendations.

Key words: psychological intervention, the consumption's self-control.

Índice

<i>Introducción</i>	1
<i>Capítulo 1. Fundamentación Teórica</i>	6
Epígrafe 1. La problemática del tabaquismo: Un abordaje general para su estudio y comprensión.	6
1.1 Tabaquismo: definición, diagnóstico, clasificación e implicaciones para la salud.....	7
1.2 Prevalencia del tabaquismo como problema de salud.	11
1.3 El tabaquismo en los jóvenes: Implicaciones para la salud y causas que condicionan su aparición.....	13
Epígrafe 2. Alternativas terapéuticas en el tratamiento del tabaquismo.....	16
2.1 La Psicoterapia Integrativa.	18
2.2 Modelo teórico: Proceso de Adopción de Precauciones.	19
2.3 Particularidades en la percepción de riesgo del tabaquismo.....	22
2.4 Modelo general preventivo interventivo del autocontrol.	26
<i>Capítulo II. Fundamentación Metodológica</i>	28
2.1 Diseño de la investigación.....	28
2.2 Concepción Metodológica.....	32
2.3 Tipo de estudio.....	32
2.4 Selección y descripción de la muestra.....	33
2.5 Descripción de las técnicas empleadas.....	35
2.6 Procedimientos.	38
2.7 Operacionalización de la variable.	39
2.8 Procesamiento de los datos.	44
2.9 Principios éticos que rigen la investigación.	44
<i>Capítulo III. Análisis de los resultados</i>	45
3.1 Análisis de resultados: Etapa I.	45
3.2 Análisis de resultados: Etapa II.	49
3.2.1 Análisis por sesiones del programa: evaluación del proceso.	49
3.2.2 Estudios de caso: evaluación del progreso.	66
3.3 Análisis de resultados: Etapa III	77
3.4 Análisis de resultados: Etapa IV.....	79
<i>Conclusiones</i>	82
<i>Recomendaciones</i>	83
<i>Referencias Bibliográficas</i>	
<i>Anexos</i>	

Introducción

En los últimos años se ha incrementado en el mundo el consumo de drogas legales e ilegales, pese a que han sido estudiadas sus repercusiones negativas sobre la salud, y se han conocido con más profundidad sus mecanismos de acción y significado médico-social. Hoy en día las drogodependencias se han convertido en una de las problemáticas de mayor preocupación por el crecimiento sostenido que se ha evidenciado en los últimos tiempos, manifestándose con una amplia gama de problemas de salud, sociales, económicos, además de un significativo impacto familiar.

En este sentido Ricardo 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”. El mismo, en un intento de ofrecer una conceptualización, 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 y/o espirituales”.

Actualmente el tabaco es una de las drogas legales a las que mayor atención se le ha brindado por el alcance de sus consecuencias, distinguido por una fuerte tendencia al consumismo, perjudica seriamente la salud y potencia el agravamiento de una multitud de trastornos y dificultades a nivel fisiológico, psicológico, económico y social que en su conjunto hacen que este tóxico se encuentre entre los de mayor nocividad.

El consumo de tabaco, en cualquiera de sus modalidades, está relacionado con aproximadamente treinta enfermedades de las cuales al menos diez son distintos tipos de cáncer, explica el 50% de las enfermedades cardiovasculares y es la principal causa etiopatogénica en el 95% de los diagnósticos de cáncer de pulmón (Fernández, Muñoz, García & López, 2010; Novoa-Gómez, Barreto & Silva, 2012 citado en Cárdenas, 2013).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) declara que cada día mueren en el mundo cerca de 14 000 personas por alguna de las múltiples enfermedades asociadas al tabaquismo, siendo la segunda causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte prematura.

Las estadísticas actuales de prevalencia del tabaquismo muestran que a consecuencia del consumo directo de tabaco cada año la cifra de muertes se aproxima a los 6 millones, se espera que para el 2030 esta cifra aumente a 10 millones de muertes OMS (2012), confirmaban además que el consumo del tabaco a nivel mundial había aumentado entre los jóvenes con una cifra diaria entre 80,000 y 100,000 consumidores, de ellos 4 de cada 5 comenzaron a serlo antes de los 18 años (Novoa, Barreto y Silva, 2012).

Es indiscutible que el fenómeno del tabaquismo afecta a diferentes grupos etarios. Sin embargo los datos expuestos anteriormente indican que el consumo de cigarrillos se inicia en los jóvenes cada vez más tempranamente, tornándose así más vulnerables.

Es válido destacar que con el ingreso al contexto universitario los jóvenes acceden a nuevas oportunidades, no sólo educativas propiamente dichas, sino también a oportunidades de mayor libertad y desprendimiento del control familiar. Esta situación, si bien puede ser considerada como oportunidad desarrolladora, también puede, potencialmente, constituirse en “amenazas o riesgos de salud”, pues en este periodo de estudios universitarios los jóvenes atraviesan por situaciones de gran exigencia intelectual, que pueden convertirse en precipitantes del consumo tabáquico, pues la ansiedad que desencadenan estudios y exámenes puede ocasionar que se inicie, consolide o aumente el hábito tabáquico (Luccioli, Negri, Piña y Herrera, 2004 citado en Hernández, 2012). Cuestión que nos sitúa en la necesidad de emprender acciones de promoción y prevención por una universidad saludable (Herrera, Molerio, Nieves, Otero y Quintana, 2008).

En este sentido, en nuestro país se han desarrollados diversas investigaciones relacionadas con la temática del tabaquismo, destacándose la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Dentro de los antecedentes que presiden nuestra investigación se encuentra un estudio descriptivo dirigido a Evaluar los

factores de riesgo asociados al tabaquismo en estudiantes fumadores y no fumadores (Hernández y Molerio, 2011).

Además, se diseñó un programa psicoeducativo para la prevención del tabaquismo (Álvarez, Pedraza y Molerio; 2012), un Programa de intervención psicológica para la cesación tabáquica en estudiantes universitarios (Hernández, Pedraza y Molerio; 2012) y se realizó la Evaluación de la efectividad de un Programa de intervención psicológica para el autocontrol del consumo tabáquico en estudiantes universitarios (Cárdenas, Pedraza y Molerio; 2013). Esta última investigación, proporcionó el soporte metodológico e instrumental necesario para otras dos investigaciones en las que se realizó la Evaluación del Programa de intervención psicológica para el autocontrol del consumo tabáquico en estudiantes universitarios, una de ellas fue llevada a cabo por García, Pedraza y Molerio (2013) en el contexto universitario de la UCLV y la otra investigación realizada en la Universidad de Ciencias Médicas de la Provincia de Cienfuegos por Núñez, Pedraza y Molerio (2013).

Tomando en cuenta los elementos abordados anteriormente, consideramos pertinente ejecutar acciones en el contexto universitario para la prevención y tratamiento del tabaquismo, puesto que los jóvenes son identificados como uno de los grupos de riesgo de mayor consumo (Molerio et al., 2012).

Por tal razón, con el objetivo de ofrecer un servicio permanente de cesación tabáquica, en distintas universidades del país, nos planteamos el siguiente problema de investigación:

Problema Científico: ¿En qué medida resulta efectivo el Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes de la Universidad de Camagüey “Ignacio Agramonte y Loynaz”?

Para dar respuesta al problema científico nos proponemos los siguientes objetivos:

Objetivo General: Evaluar el Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes de la Universidad de Camagüey “Ignacio Agramonte y Loynaz”.

Objetivos Específicos:

- ❖ Explorar los componentes del autocontrol del consumo tabáquico, en los estudiantes universitarios fumadores interesados en participar en el Programa.
- ❖ Implementar el Programa en dicho grupo de estudiantes.
- ❖ Describir el progreso de los usuarios del referido Programa.
- ❖ Determinar la efectividad y eficacia del Programa implementado, a partir de los indicadores pautados por el mismo.

La novedad científica de la investigación reside en la necesidad de llevar a cabo intervenciones que resulten efectivas para el tratamiento de la adicción tabáquica en los CES; pues esta investigación se sustenta sobre la base un limitado número de estudios científicos que trascienden el nivel diagnóstico, tanto en el ámbito nacional como internacional, y en especial relacionados con el contexto universitario.

El valor teórico del estudio lo constituye la revisión bibliográfica actualizada sobre el tema, donde se aborda la evolución de determinadas categorías como percepción de riesgo y autocontrol del consumo; además de modelos teóricos como el Proceso de Adopción de Precauciones y el Modelo General Preventivo Interventivo del Autocontrol.

Desde el punto de vista metodológico entre los principales aportes se destaca la implementación de un Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico contextualizado para el entorno universitario, en el que se integran recursos y técnicas articulados desde una concepción lógico-metodológica para estimular desde los propios recursos salutogénicos de los participantes, una actitud de cambio hacia el consumo.

Asimismo, desde el punto de vista práctico, el Programa propuesto puede constituir un servicio para los profesionales de la Psicología vinculados a la labor de prevención y promoción de los CES, especialmente de la Universidad de Camagüey "Ignacio Agramonte y Loynaz". El mismo aportaría una solución novedosa y eficaz a la problemática del tabaquismo, la cual fue identificada en la

Jornada Universitaria para la Prevención de Riesgos (curso 2013-2014) como una de las que más afecta en estos momentos a la población estudiantil universitaria de Camagüey.

Referente al informe de la investigación se precisa que el mismo consta de tres Capítulos fundamentales, la Introducción, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias Bibliográficas y Anexos. En el primer capítulo se hace referencia a los supuestos teóricos que fundamentaron la investigación, en el segundo se expone el diseño metodológico empleado y en el tercer capítulo se presentan los resultados alcanzados a partir de la integración cuanti-cualitativa de los mismos. Se realiza un análisis por las diferentes etapas del Programa: evaluación inicial, implementación del Programa, evaluación final y seguimiento evolutivo, de los cuales se derivan las principales conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Capítulo 1. Fundamentación Teórica

Epígrafe 1. La problemática del tabaquismo: Un abordaje general para su estudio y comprensión.

La planta del tabaco pertenece al género nicotiana, familia botánica de las solanáceas; es la única en la naturaleza capaz de sintetizar el potente alcaloide nicotina, que conserva aún en sus hojas secas. Es originaria de América y conocida en Europa después del descubrimiento en 1492. Fueron Rodrigo de Jeréz y Luis de Torres los primeros en contar como los nativos de Cuba lo consumían, enrollando las hojas en forma de mosquete e inhalaban su humo.

El uso del tabaco como placer comienza en Europa a principio del siglo XVIII, e inicialmente se consumía en pipas y en forma de rapé, pero en la actualidad puede ser consumido de diferentes formas: en polvo, en cigarro puro, en pipa y para mascar (Becoña, 2004).

Hoy día el cigarrillo es el factor de riesgo a la salud más generalizado y con mayor suma de componentes irritantes tóxico y cancerígeno.

Un cigarro encendido es una fábrica química única, que produce más de 4 mil compuestos diferentes, incluidas más de 40 sustancias generadoras directas de cáncer, y en menor grado, 12 sustancias que posibilitan el surgimiento del cáncer en determinadas condiciones. Dentro de los más importantes encontramos el alquitrán que es una sustancia untuosa, de color oscuro, olor fuerte y sabor amargo, que se desprende fundamentalmente de la combustión del papel del cigarrillo y en menor medida, del tabaco. En la composición del alquitrán del humo del tabaco intervienen 38 hidrocarburos aromáticos cíclicos que provocan cáncer, incluidas las nitrosaminas, alienos asomáticos, isoprenales, pisenos, benzopirenos, crisenos, antrasenos y otros. Además, contiene ácidos débiles, que actúan como cancerígenos, estimulando el crecimiento de los tumores a disímiles niveles (Morales, 2010).

Otro compuesto que se encuentra en el cigarro es el monóxido de carbono que es un gas incoloro muy tóxico que se produce en la combustión del tabaco y el papel

del cigarrillo. El cual desplaza al oxígeno de la hemoglobina, formando un componente nocivo: la carboxi-hemoglobina. Como resultado de esto se impide un adecuado abastecimiento de oxígeno a células, tejidos y órganos (Morales, 2010).

Se deben mencionar además las sustancias irritantes, que son aquellas que directamente dañan las vías respiratorias (tráquea, bronquios, pulmones), provocando hiperplasia e hipertrofia de las glándulas mucosas (lo que explica la tos y esputos abundantes en los fumadores); la inflamación y colapso de las vías aéreas, menores de 2 mm, y la destrucción de las paredes alveolares de la parte central del lóbulo pulmonar (enfisema centrolobulillar) (Morales, 2010).

Encontramos también la nicotina como otro de los componentes del cigarro, siendo la última en mencionar pero la más relevante, pues la misma es una sustancia psicoactiva, una droga, que no sólo es adictiva sino que también es tóxica. Fumada en forma de cigarrillos se absorbe a través del árbol bronquial y los alvéolos pulmonares. En menos de 10 segundos la inhalación del humo del tabaco, después de llegar a los pulmones, atraviesa la barrera hematoencefálica. De ahí su potencial adictivo, su rapidez de acción y su poder como reforzador. Su acción se manifiesta en los sistemas nervioso central y periférico, cardiovascular, endocrino, gastrointestinal y neuromuscular (Becoña, 2004).

1.1 Tabaquismo: definición, diagnóstico, clasificación e implicaciones para la salud.

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

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).

Teniendo en cuenta lo abordado anteriormente se considera conveniente acogerse a la definición que brinda la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el tabaquismo, pues la misma aporta elementos significativos en la

comprensión del mismo como un problema de salud, ofreciendo una explicación abarcadora del fenómeno, quedando plasmado en la última edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), donde se 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 el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) se ofrecen una serie de criterios para el diagnóstico de dependencia de una droga, teniendo en cuenta que se trata de 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 periodo continuado de 12 meses (Becoña, 2004):

1. 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.
2. Síntomas de abstinencia característicos de la sustancia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en mayor cantidad o durante un periodo más largo de tiempo de lo que se pretendía.
4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. 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.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. 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.

Los índices de consumo del tabaco varían de acuerdo a la individualidad de los sujetos, pudiéndose establecer, a partir del grado de exposición y dependencia a la sustancia adictiva la siguiente clasificación entre los fumadores.

Tabla 1. Clasificación del tabaquismo.

Clasificación	Descripción
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: <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, y 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 citado en Hernández, 2012).

Diariamente ocurren cerca de 14,000 muertes por alguna de las múltiples enfermedades asociadas con el tabaquismo (OMS, 2012).

Fumar cigarrillos provoca un gran número de cánceres, especialmente el de pulmón, que resulta ser el cáncer más frecuente en varones y el segundo, en las mujeres. Otros cánceres en los que hay una clara relación con fumar son los de la cavidad oral, esófago, laringe, vejiga y páncreas (Becoña, 2004).

A su vez fumar es el principal responsable de la enfermedad obstructiva crónica (bronquitis crónica y enfisema). Otro conjunto de enfermedades donde el tabaco

tiene una gran relación es la cardiopatía. Cada año fumar explica miles y miles de muertes prematuras en personas fumadoras con cardiopatía, causada en muchos casos o agravada por el tabaco. Igualmente otros problemas cardiovasculares, como las enfermedades de las arterias, arteriolas y capilares, tienen su causa en fumar cigarrillos (Sánchez, 2004).

En Cuba, de las diez causas principales de decesos, ocho guardan relación con el tabaquismo (González, 2013). En este sentido estadísticas del MINSAP señalan que cada año se detectan 30 mil nuevos casos de cáncer en el país, teniendo como factores de riesgo para el incremento de este índice el tabaquismo (Benítez, 2013). La población cubana se ve afectada mortalmente en primer lugar por el cáncer de pulmón. Las cifras registradas muestran que de cada 12 muertes por cáncer de pulmón, 11 se corresponden con adictos al tabaco, en quienes los enfisemas y la bronquitis crónica ocurren seis veces más y los ataques cardíacos son tres veces más comunes (Rosabal, 2014).

Otras enfermedades relacionadas con el tabaquismo son la úlcera péptica (úlcera de estómago y úlcera duodenal), las alteraciones en la mujer fumadora y en el feto (como fumador pasivo), desde bajo peso al nacer, mayor tasa de abortos, nacimientos prematuros, muerte perinatal, complicaciones placentarias y mayor índice de enfermedades infantiles. Fumar también acelera la aparición de la menopausia en la mujer, contribuye a la impotencia en el hombre, altera la formación de esperma (Becoña, 2004), provoca daños estéticos como halitosis, discromía de uñas y dedos, reseques en la piel, envejecimiento cutáneo prematuro, etc. (Álvarez, Pedraza y Molerio, 2012).

Como perjudicados por la epidemia del tabaquismo encontramos además a los fumadores pasivos, los cuales son fumadores que inhalan involuntariamente el humo del tabaco sin querer hacerlo. La exposición durante una hora al aire contaminado por tabaco (AHT), equivale a fumarse tres cigarrillos. Respirar el AHT es una de las graves consecuencias para los no fumadores en lugares cerrados o sin ventilación y explica que también los fumadores pasivos tengan riesgos asociados para su salud. Cada año mueren un alto número de personas

adultas debido a la exposición involuntaria al ACHT, el cual también afecta de forma significativa a niños menores de un año (Sánchez, 2004).

1.2 Prevalencia del tabaquismo como problema de salud.

Las estadísticas de la OMS (2012) muestran que cada 6,5 segundos muere una persona como consecuencia del consumo directo de tabaco, y cada año la cifra se aproxima a los 6 millones, se espera que para el 2030 esta cifra aumente a 10 millones de muertes, de las cuales el 84% ocurrirán en países en desarrollo.

El crecimiento de la población mundial mayor de 15 años ha supuesto un aumento continuo en el número de fumadores. Se ha pasado de 721 millones en 1980 a 967 millones en el 2012, lo que supone un incremento de 246 millones en 32 años. El aumento ha sido muy desigual entre hombres y mujeres, con un crecimiento del 41% en el caso de ellos, frente al 7% en el de ellas. El número de cigarrillos consumidos ha aumentado un 26%, lo que representa a nivel mundial una cifra de más de seis billones (OMS, 2012).

Por otro lado la prevalencia global del tabaquismo en los jóvenes según la OMS (2012) revela que el 9.5% de los estudiantes fuman cigarrillos habitualmente siendo de ellos el 12.1% chicos, y el 6.8% chicas, mientras que el 10.1% de los estudiantes usan habitualmente otros tipos de tabaco siendo de ellos el 12.2% chicos y el 7.5% chicas.

El Informe sobre el Control de Tabaco para la Región de las Américas emitido por la Organización Panamericana de la Salud (2013), destaca que en la región existen 145 millones de fumadores, lo que representa el 12 % de los más de mil millones que existen en el mundo. La prevalencia del tabaquismo en la población adulta es del 22 % y ocupa el cuarto lugar entre las regiones de la Organización Mundial de la Salud. El consumo actual de tabaco en este rango etario varía desde 41 % en Chile a 7 % en Barbados y Saint Kitts y Nevis.

En América Latina y el Caribe, una tercera parte de la población adulta es fumadora. Mientras que las tasas de prevalencia varían ampliamente. En el caso de Colombia el consumo de cigarrillo causa anualmente unas 21 mil

muertes, las cifras hablan de una prevalencia del 20 % en adultos y 25 % en personas menores de 25 años. Otras cifras de prevalencia registradas en esta zona del planeta ascienden a más del 30 %, como el caso de Chile y Argentina. Por su parte, los países de Centroamérica tienen unas cifras de fumadores entre el 12 y 15 % (OPS, 2013).

Cuando se realiza un análisis de la prevalencia del hábito de fumar en Cuba se evidencia en los informes emitidos por el Ministerio de Salud Pública, que en nuestro país existen más de 2 millones de fumadores, lo que representa una prevalencia de 31,9 % de adictos en América y ocupa, por tanto, el quinto lugar en la región (González, 2013).

Las cifras destacan que 4 de cada 10 hombres y 2 de cada 10 mujeres fuman, con mayor incidencia en las edades comprendidas entre los 40 y los 49 años. Las edades de inicio del consumo del tabaco se remiten alrededor de los 20 años, para un 76% de los fumadores, mientras que para los restantes las edades de inicio del hábito oscilan entre los 12 y 16 años. Por su parte, la mayor prevalencia en cuanto al consumo diario de cigarrillos oscila entre 6 y 10; destacándose las provincias Ciudad de la Habana y Santiago de Cuba (Lorenzo, 2012 citado en Álvarez, 2012).

Esta información se corrobora a través de los datos brindados recientemente en una conferencia de prensa por la doctora Patricia Varona Pérez, del Instituto Nacional de Epidemiología. La misma refiere que en nuestro país hay una tendencia al aumento de las tasas de prevalencia entre niños y adolescentes. Asimismo, existe un comienzo más precoz de la adicción, con el 9,7 % de fumadores activos adolescentes de 13 a 15 años, mientras el 75 % comenzó la adicción antes de los 20 años de edad (Fariñas, 2014).

Por otro lado la exposición al humo ambiental del tabaco en nuestro país es alta, lo que se evidencia en estudios realizados por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Al respecto refieren que Cuba es uno de los países de América con mayor exposición de humo de tabaco en los hogares, con más de la mitad de las familias en tales circunstancias. Además del 55 % de los

niños, el 51 % de las embarazadas y 60 % de los adolescentes están sometidos al tabaquismo pasivo. En este sentido cerca de 1 500 personas mueren cada año por exposición al humo de tabaco ajeno (García, 2013).

También se realizó un análisis de la prevalencia actual del consumo tabáquico en la provincia de Camagüey (ciudad donde se desarrolla la investigación). Mediante la colaboración del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología se consultaron las tablas de dispensarización general de la provincia (Ver tabla 5) (Anexo 3). En los datos registrados se mostraba que en el año 2013 la cifra de fumadores mayores de 15 años había aumentado en un 12,8% con respecto a años anteriores; lo que representaba un incremento de 707 fumadores, constituyendo una cifra general de 81 966 consumidores de tabaco. Teniendo en cuenta que la población total de la provincia es de 768 311 personas, la tasa de prevalencia de personas fumadoras en Camagüey es significativa, lo que demuestra la necesidad de emprender en dicha ciudad acciones encaminadas a la prevención y tratamiento del tabaquismo.

El consumo de tabaco ha ocasionado la muerte, tanto por enfermedades crónicas como por cardiopatías, enfermedad cerebrovascular, cáncer, enfermedades pulmonares y otras más. Es tan importante que ha hecho virar las principales causas de muerte de enfermedades transmisibles a no transmisibles.

De los más de 1300 millones de fumadores que existen en el mundo, la mitad morirá a consecuencia de su adicción, de ellos, 325 millones de personas entre 35 y 69 años. Si la lucha contra el tabaquismo logra sus propósitos, se podría salvar la vida de 200 millones de personas hasta el 2050 (Suárez, 2010).

Se calcula que la fracción evitable a escala mundial es de 625,000 muertes por año, de las cuales 150,000 serían evitables en América Latina y el Caribe (Suárez, 2010).

1.3 El tabaquismo en los jóvenes: Implicaciones para la salud y causas que condicionan su aparición.

Para los adolescentes y jóvenes el tabaco es concebido como una manera de iniciarse en la vida adulta (Tanguí, 2006), comienzan a fumar como parte del

proceso de experimentación que les lleva a conocer y adaptarse al entorno propio del adulto, incitados por averiguar los efectos de dicha acción.

La última Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes fue realizada en el año 2012. Los resultados que arrojó reflejaban que el 14 % de los adolescentes entre los 13 y los 15 años de todo el mundo es fumador habitual y que el 25 % de ellos ha probado su primer cigarrillo antes de los diez años de edad, confirmaban además que el consumo del tabaco a nivel mundial había aumentado entre los jóvenes con una cifra diaria entre 80,000 y 100,000 consumidores (Novoa, Barreto y Silva, 2012).

La mayoría de los jóvenes fumadores se concentran en los riesgos a largo plazo del consumo tabáquico y creen que los daños que ocasiona aparecen luego de muchos años. Pero existen muchas consecuencias que pueden aparecer muy rápidamente, como es la obstrucción leve de las vías respiratorias y una función pulmonar disminuida (González, 2013).

La frecuencia cardíaca en reposo de los jóvenes adultos fumadores es de dos a tres latidos más rápida por minuto que la de los no fumadores; y se ha demostrado que se pueden detectar los primeros signos de enfermedad cardíaca y de accidente cerebrovascular en los jóvenes fumadores (González, 2013).

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 del grupo de amigos en la iniciación y mantenimiento del hábito (op.cit Salamanca Castaños, González Henríque, Cabrera de León, Bermúdez; Bol. Epid. 2001 y 2002; Allen 1993; Díaz 1998; Am. Lung Ass. 2003 citado en Hernández, 2012).

La familia condiciona el proceso de socialización e integra valores, creencias, modalidades afectivas y cognitivas que moldean la conducta de los jóvenes, la institución primaria donde se desarrollan actitudes y valores básicos, por lo que se convierte en un elemento clave en el desarrollo y la prevención de conductas y factores de riesgo que influyen en la vulnerabilidad de los jóvenes.

En el entorno familiar se pueden presentar circunstancias y ciertos factores que favorecen el acercamiento de los jóvenes al consumo de drogas. El joven, está continuamente expuesto a modelos que presentan conducta adictiva. El consumo por los padres de drogas legales como el tabaco, es motivo de observación por los hijos. La falta de comunicación real entre padres e hijos, la falta de dedicación de los padres a la educación de los hijos o el deficiente control por un excesivo liberalismo de actuar son, sin duda, factores generales relacionados con la educación que deviene de una inadecuada formación de los jóvenes. Actitudes de sobreprotección o actitudes rígidas, actitudes ambiguas frente a las drogas. Estos factores de riesgo constituyen las condiciones o características que aumentan la probabilidad de incurrir en el consumo de tabaco (Rosales, 2010 citado en Álvarez, 2012).

La presión social constituye una de las causas por las que los jóvenes se inician en el consumo tabáquico, lo cual tiene su base en la necesidad que tiene el ser humano de sentir que pertenece a un grupo, familia, etc. Al formar parte de ese grupo, influye en su conducta, sentir y actuar, imita gestos y comportamientos de la persona a la que quiere parecerse, lo que es parte de adquirir prestigio. El fumar tiene que ver con la pertenencia y aceptación. El grupo de amigos es el marco de referencia que ayuda a afianzar la identidad de los jóvenes frente al mundo adulto y satisface el sentimiento de afiliación o pertenencia a un grupo de iguales (Comas, 1992 citado en Álvarez, 2012).

La publicidad en los medios, es otro factor que impulsa el consumo tabáquico en los jóvenes. Las empresas tabacaleras deben atraer a una nueva generación de consumidores de tabaco para garantizar su supervivencia. La industria constantemente pierde clientes porque una gran cantidad de personas deja de fumar o muere a causa de enfermedades relacionadas con el tabaco. Es por eso que las empresas tabacaleras desarrollan campañas masivas de marketing para incitar a los jóvenes a fumar y a convertirse en fumadores a largo plazo (Rosales, 2010 citado en Álvarez, 2012).

Por otro lado, con el ingreso al contexto universitario los jóvenes acceden a nuevas oportunidades no sólo educativas propiamente dichas, sino también a

oportunidades de mayor libertad y desprendimiento del control familiar, que algunos autores han identificado como “oportunidades de placer”, aludiendo a las nuevas posibilidades de entrar y salir libremente al contexto universitario, con escasos límites de tiempo, frecuentar nuevos lugares, compartir con las personas que individualmente se elige, vivir nuevas experiencias y adquirir y/o modificar hábitos de comportamiento (Luccioli, Negri, Piña y Herrera, 2004 citado en Hernández, 2012).

Esta situación, si bien puede ser considerada como oportunidad desarrolladora, también puede, potencialmente, constituirse en “amenazas o riesgos de salud”, pues en este periodo de estudios universitarios los jóvenes atraviesan por situaciones de gran exigencia intelectual, que pueden convertirse en precipitantes del consumo tabáquico, pues la ansiedad que desencadenan estudios y exámenes puede ocasionar que se inicie, consolide o aumente el hábito tabáquico (Luccioli, Negri, Piña y Herrera, 2004 citado en Hernández, 2012).

La formación de profesionales generales e integrales altamente capacitados es la misiva fundamental de las universidades cubanas, por lo que dentro de esta formación se incluye, una educación basada en los principios más elementales del ser humano, libres de conductas negativas como las adicciones. En aras de reforzar esta misiva, en esta investigación se llevará a cabo el empleo de un programa que permita fomentar y mantener la cesación tabáquica en las universidades; constituyendo esto una herramienta eficaz para concebir este contexto como un espacio orientado no solo a la formación profesional, sino también encaminado al desarrollo integral de los jóvenes.

Epígrafe 2. Alternativas terapéuticas en el tratamiento del tabaquismo.

En la actualidad contamos con un gran número de alternativas terapéuticas para dejar de fumar, siendo los tratamientos psicológicos unos de los más efectivos por más de 40 años.

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 citado en Núñez, 2013); 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. Estas intervenciones se articulan de manera individual o grupal; según las necesidades de los sujetos (Hernández, 2012).

Cuando realizamos un abordaje cronológico de los diversos tratamientos para el tabaquismo se hace visible que alrededor de los años 50, los tratamientos pioneros de esta enfermedad se basaron en técnicas aversivas como “el fumar rápido”, “la saciación del sabor” o incluso el “electro-shock”, procedimientos de gran éxito inmediato, pero con un alto índice de recaídas a corto plazo (Jiménez et al., 2010).

Más tarde, en las décadas de los años 70-80, fueron las terapias conductuales las que ganan en protagonismo, con las ventajas de ser inocuas para el paciente además de aumentar el éxito a más largo plazo que las anteriores. A mediados de los años 80 aparece en el mercado la terapia sustitutiva de nicotina (TSN), adquiriendo el carácter de fármacos de primera línea para dejar de fumar. En este sentido, a principios de los años 90 surge un nuevo fármaco de carácter no nicotínico, el bupropión, del que también se demuestra su eficacia para el abandono del hábito tabáquico (Jiménez et al., 2010).

A partir de la década del 90, la Psicología continúa desarrollando una gran variedad de tratamientos eficaces para dejar de fumar, convirtiéndose los tratamientos psicológicos multicomponentes basados en técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento estándar para el tabaquismo.

De manera general se han implementado diversas alternativas en el tratamiento del tabaquismo, las que han sido desplegadas en diversos formatos, desde la clínica intensiva hasta la autoayuda y programas comunitarios (Becoña, 2003). Destacándose la implementación de programas conductuales,

motivacionales, de prevención de recaídas y cognitivo-conductuales (Niaura y Abrams, 2002; Orleans y Slade, 1993; Schwartz, 1987).

2.1 La Psicoterapia Integrativa.

En la búsqueda de un intento eficaz para que la población fumadora se sobreponga a la adicción de la nicotina, y abandonen de una vez y por todas el hábito de fumar, emerge la integración como una de las alternativas terapéuticas más promisorias, siendo la Psicoterapia Integrativa quien nos brinda la posibilidad de abordar el fenómeno desde diferentes perspectivas, y así obtener resultados satisfactorios en el tratamiento del tabaquismo.

Conceptualmente se considera la Psicoterapia Integrativa (PI) como la combinación de conceptos e intervenciones procedentes de más de un enfoque psicoterapéutico (Stricker, & Gold, 2006).

La PI no es una combinación particular de teorías psicoterapéuticas, sino más bien, un marco referencial que permite la combinación de distintas teorías que se consideran útiles y ajustadas para el trabajo de problemáticas específicas presentes en los individuos, es una sinergia que se logra en los niveles teórico, metodológico y práctico del actuar psicoterapéutico, teniendo como centro al individuo y sus peculiaridades, adaptando la intervención al sujeto y no a la inversa (Cárdenas, 2013).

Tal y como ya se ha definido, la PI busca incrementar la efectividad del proceso terapéutico, abordándolo más allá de las fronteras de un modelo teórico único y monolítico, teniendo en cuenta los distintos niveles en los que se desenvuelve la dinámica psicoterapia-paciente (Norcross, Karpiak, & Lister, 2005). Esto sería imposible sin una serie de conceptos básicos que funcionan como formas de integración, entre los que se destacan el eclecticismo técnico, la integración teórica, los factores comunes y la asimilación integrativa (Cárdenas, 2013).

Las prácticas integracionistas cobran fuerza en la actualidad donde se considera las PI como meta-psicoterapia. Su objetivo no es ofrecer un modelo acabado de intervención puesto que en este sentido se estaría limitando

el alcance natural del modelo integrativo. En su lugar las PI buscan encontrar el valor de cada sistema psicoterapéutico y ajustarlo a las demandas de cada situación particular, basándose en todo momento en el arraigo teórico que sustenta cada técnica, pero integrándola en un sistema armónico, lo que permite una flexibilidad necesaria para adaptar la intervención al sujeto, quien es considerado como el centro en el proceso psicoterapéutico.

2.2 Modelo teórico: Proceso de Adopción de Precauciones.

Becoña (2003), plantea 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 de la nicotina.

Estas características del problema hacen necesaria una intervención multinivel 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. Algunos autores defienden la posibilidad de realizar las intervenciones de manera más integral, reuniendo diferentes niveles de participación individual, familiar, comunitaria, condiciones de vida y políticas (Ockene, et al, 2007 citado en Rodríguez y Londoño, 2010).

Desde la psicología de la salud se han formulado diversos modelos preventivos, entre ellos se encuentran los Modelos por Etapas (MET): el Transteórico (MTT) y el Proceso de Adopción de Precauciones (PAP). El MTT ha sido ampliamente utilizado en la prevención del consumo de tabaco con éxito en la cesación de fumar (Pérez, DiClemente & Carbonari, 1996 citado en Rodríguez y Londoño, 2010).

La experiencia ha demostrado que el MTT, a pesar de que tiene una importante limitación teórica y epistemológica, es exitoso en la prevención del consumo de cigarrillo ya que asume el cambio como un proceso y reafirma la necesidad de dar atención individualizada a las personas que desean cambiar. Por su parte el PAP cuenta con una sólida validez teórica y empírica, también es un modelo de etapas con las mismas ventajas y podría tener un alto nivel de efectividad en la

cesación del consumo de cigarrillo, así como lo ha mostrado en otros problemas de salud (Weinstein & Lyon, 1998; Weinstein & Sandman, 2002 citado en Rodríguez y Londoño, 2010).

El Proceso de Adopción de Precauciones (PAP), modelo desarrollado por Weinstein, cuestiona la forma como una persona adopta una precaución (Londoño, 2010). El PAP asume que se reduce un riesgo cuando la persona tiene una motivación para hacerlo. Los casos en los que se mantiene el riesgo, a pesar de reconocer el peligro, probablemente ocurren porque tienen barreras como la falta de información y motivación, la pobre percepción de susceptibilidad y vulnerabilidad propia, la alta percepción de los costos y, finalmente, la falta de intención que les impide emitir la conducta. Además, concibe el cambio como resultado primero de un funcionamiento cognitivo y luego de la planeación (Rodríguez y Londoño, 2010).

Para que se presente el progreso a través de las etapas se necesita conocer la severidad de los riesgos, la susceptibilidad personal, la percepción de los costos y tener clara percepción de los beneficios. Como se había mencionado, este modelo asume el cambio de conducta como un proceso de siete etapas (Weinstein et al, 1998).

Etapa 1. La persona no reconoce que tiene un riesgo y por ello se encuentra desprevenida y sin información acerca de él. Las acciones en esta etapa se deben centrar en informar.

Etapa 2. La persona reconoce un riesgo, aunque no realiza ninguna acción pues no se percibe vulnerable ni se interesa por cambiar. En esta fase es importante que reconozca la susceptibilidad individual ante el riesgo y la severidad del problema.

Etapa 3. La persona ve como posible la realización de un comportamiento pero no se decide a actuar. Sin embargo, está comprometida e intenta hacer un balance decisional para medir los pro y los contra del cambio conductual; así inicia un proceso de decisión. El balance decisional se presenta cuando la decisión es el

producto del reconocimiento entre los aspectos favorables (pros) y los desfavorables (contras) con sus pesos relativos (Flórez, 2003).

Etapa 4. Se caracteriza porque el individuo decide qué hacer. En este momento hay mayor vulnerabilidad de retroceder ya que si la persona tiene baja percepción de vulnerabilidad frente al riesgo, abandona el proceso de cambio como efecto del sesgo optimista – no realista que lo lleva a pensarse invulnerable (Weinstein et al 1998). Si la persona decide no actuar se quedará en esta etapa o puede tener una recaída.

Etapa 5. La persona decide actuar y realiza un plan de acción en el que evalúa cuándo y cómo emitirá la conducta. Si se hace manifiesta la intención, hay mayor probabilidad de que ocurra el comportamiento saludable.

Etapa 6. En esta etapa se pasa de la intención a la acción y comienza el cambio real. El trabajo debe estar centrado en el autocontrol y manejo de las recaídas.

Etapa 7. Se mantiene la conducta saludable por un buen tiempo y se controlan las situaciones que pueden generar recaídas. El cambio de conducta se produce cuando se transita por las etapas de forma consecutiva, aunque en momentos se pueden presentar retrocesos entre ellas debido a que no se ha logrado superar alguna barrera y este movimiento regresivo es considerado una recaída.

Lo esencial del modelo radica en el hecho de asumir que en cada etapa se debe recibir un tratamiento especial para lograr avanzar a la otra, y una vez logrado el cambio, éste logre mantenerse. Por eso, en el momento de crear un programa de prevención basado en el PAP, es preciso planear la intervención específica de cada fase dependiendo, además de la problemática y de la población a la que dicha intervención va dirigida, a las barreras que se deben superar.

Finalmente, a pesar de que el PAP ha sido reconocido como uno de los más eficaces en la predicción de diversas conductas saludables, su utilización específica en la cesación de consumo de tabaco ha sido limitada en comparación con el Modelo Transteórico, que asume el cambio a través de cinco fases, y que ha sido considerablemente utilizado en el consumo de tabaco, comprobándose que es de los más predictivos en la cesación de

fumar (Prochaska, Velicer, DiClemente & Fava, 1988; Perz, DiClemente & Carbonari, 1996; Herzog & Abrams, 1999; DiClemente, Prochaska, Fairhurst & Velicer, 1991; Segan, Borland & Greenwood, 2004; Suman, Meyer, Rumpf, Hannover, Hapixe & John, 2005 citado en García, 2013). Sin embargo, el MTT carece de sustento teórico, pues combina conceptos de diferentes enfoques de la psicología y no se determinan los componentes activos del tratamiento (Londoño, 2007 citado por Núñez, 2013).

A raíz de lo expuesto anteriormente se puede concluir que el PAP es uno de los modelos más predictivos, pues no sólo se desarrolla a través de un proceso continuo por las siete etapas, sino que también toma en cuenta elementos claves para la prevención, haciéndose evidente entonces, la necesidad de aplicar el PAP en un contexto universitario a través de un programa que permita utilizarlo adecuadamente para prevenir la adicción al tabaco. Por esta razón, asumimos como modelo teórico, conductor de nuestra investigación, el Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones en la cesación del consumo de cigarros de un grupo de estudiantes universitarios, y así disminuir la prevalencia de este consumo en el marco de dicho contexto.

2.3 Particularidades en la percepción de riesgo del tabaquismo.

Consistente con lo abordado hasta el momento, se destaca como uno de los elementos importantes para promover la cesación del consumo, la percepción que poseen los fumadores acerca del riesgo al que son expuestos. Por ello, resulta necesario profundizar en este aspecto.

Diversos estudios en antropología y sociología han señalado que la percepción y la aceptación de un riesgo tienen sus raíces en factores culturales y sociales. La cultura de las personas, en particular, la cultura de la comunidad que rodea al individuo, desde su entorno de vecindad (micro comunidad) hasta la nación (macro comunidad), influye en cómo se construyen las amenazas al bienestar o cómo éstas son percibidas (Evans et al., 1994; Beltrán, 2003; citado en Álvarez, 2012).

En este sentido, debe ser valorada 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. Asimismo, la subjetividad desempeña un papel significativo, en tanto se concibe 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). Ello influye en que el sujeto acepte el riesgo o asuma una conducta protectora.

Según diferentes autores, el riesgo es construido socialmente y el individuo es quien lo percibe y valora. La comunicación del riesgo vista desde este punto, 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 mismo (Moral y Fernández, 1998 citado en García, 2013).

En cuanto a esto, resulta importante mencionar que en el proceso de elección efectuado por los consumidores ante el hábito de fumar, es primordial lograr la comunicación correcta del riesgo que se asume y con ello lograr la mayor implicación de las personas en su erradicación. De ahí, el énfasis que hacemos en desmitificar las creencias erróneas y ofrecer información sobre la temática. Sin embargo para lograr adecuar la percepción de riesgo, debemos trascender la mera transmisión de información, sensibilizando de manera auténtica a los fumadores con conductas salutogénicas (Beltrán, 2010 citado en Álvarez, 2012).

Por lo general las personas subestiman los riesgos porque se sienten poco vulnerables, lo cual implica que su comportamiento no esté dirigido a la búsqueda de alternativas de solución. Desde esta perspectiva, se estima que la percepción de riesgo y su aceptación se rigen por ciertos principios, como son (Urbina y Pregoso, 1989; citado en Hernández, 2012):

- ❖ Aún cuando exista una evidencia concreta, muchas personas rechazan la presencia de una amenaza.

- ❖ En caso de ocurrencia de un desastre, la gente no cree que puedan ser dañados ellos o su familia.
- ❖ Creen en "algo" que les dará protección o los salvará.
- ❖ Se tiende a pensar por mucha gente, que los beneficios, siempre serán mayores que los riesgos.

En el mismo sentido, las personas evalúan los riesgos y beneficios ante una cierta acción, para finalmente tomar una decisión racional. Sin embargo, en las personas consumidoras, el análisis de ventajas y desventajas es reemplazado por el momento atractivo o placentero que puede producir una cierta sustancia, o simplemente se resta importancia a los efectos a largo plazo que puede tener el consumo (Beck, 1999 citado en García, 2013).

Tal afirmación se devela a través de los mecanismos de negación empleados por los sujetos 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 riesgo. Referente a ello un aspecto a considerar es el nivel de conocimiento que se posee respecto al tema, de modo que los individuos cuyas actitudes reflejan algún grado de conocimiento sobre el riesgo experimentan menos obstáculos para modificar su ambiente que los que responden con actitudes de defensa (Álvarez, 2012). Cabe señalar que las actitudes influyen directamente en la percepción de riesgo (Suárez y Campo, 2010).

Por todo lo antes expuesto, resulta hoy necesaria la comprensión de los mecanismos que configuran el proceso de percepción de riesgo, lo cual nos permitiría comprender e interpretar gran parte de la conducta humana, especialmente los comportamientos riesgosos; puesto que la percepción disminuida de un riesgo puede aumentar la exposición al mismo. Por ello, debe considerarse la percepción de riesgo dentro de los factores que influyen en la exposición, tanto como el riesgo y su intensidad.

Además de los riesgos que comúnmente se conocen, figuran otros derivados de las creencias erróneas de los fumadores, lo cual contribuye a la baja percepción

del riesgo asociada al hábito de fumar y a la minimización del efecto nocivo sobre la salud (Suárez y Campos, 2010).

Especialmente los jóvenes pueden tener la creencia de que un determinado problema de salud es importante, aún cuando pueden tener también la creencia de que la acción de fumar produce beneficios para la salud; pero lo que no tienen es la percepción de ser vulnerables a ese problema y por ende posponen el costo que supone una acción preventiva. Por tanto, ni el razonamiento ni el pensamiento por si solos explican el comportamiento o una acción protectora (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003 citado en García, 2013).

En este grupo etario se evidencia un tipo de razonamiento que no incluye la evaluación de consecuencias a largo plazo. Por tal razón, es evidente la dificultad de algunos jóvenes para tomar decisiones en función de criterios propios (locus de control interno), en lugar de criterios socialmente aceptados y la evaluación de que el riesgo para la salud no es temporalmente cercano (Molerio, 2008 citado en Hernández, 2012).

A partir de lo abordado anteriormente, podemos considerar la percepción de riesgo como la capacidad del individuo de reconocer los daños, efectos, el grado de susceptibilidad y consecuencias de una conducta, así como 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 (Hernández, Pedraza y Molerio, 2012).

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”.

Consideramos que las bases teóricas de las estrategias de prevención del tabaquismo adolecen en muchos casos de una 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 prepararlas para el cambio actitudinal como elemento esencial en la lucha contra este flagelo (Beltrán, 2003, citado en Molerio, 2012).

2.4 Modelo general preventivo interventivo del autocontrol.

En el Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones de Weinstein & Lyon (1998), se establecen una serie de supuestos donde en las dos últimas etapas se declara que el sujeto debe estar centrado en el control de las situaciones que pueden generar recaídas; lo que implica que la categoría autocontrol adquiera una gran connotación. En este sentido se hace evidente como el Modelo General Preventivo-Interventivo del Autocontrol, propuesto por Hofmann & Kotabe (2012) está íntimamente relacionado con el Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones (PAP) de Weinstein & Lyon (1998).

Por esta razón consideramos pertinente asumir la categoría “autocontrol”, desde la concepción que propone el Modelo General Preventivo-Interventivo del Autocontrol de Hofmann & Kotabe (2012). El mismo concibe al autocontrol como un proceso, que tiene en su base la existencia del deseo. Esta categoría hace alusión a la motivación de valencia afectiva alrededor de determinado objeto, persona o actividad que se asocia al placer o a la evitación del displacer (Kavanagh, Andrade, & May, 2005). Ello puede traducirse como el sentimiento de “querer” que actúe como fuerza movilizadora del comportamiento. De acuerdo con Hofmann (2009) un deseo se estructura a partir de la interacción dinámica entre los estímulos externos, las necesidades del sujeto y la historia individual de aprendizaje (García, 2013).

El potencial motivador del deseo debe suponer un conflicto con las metas y los valores de autorregulación del sujeto (Hofmann et al, 2012). Esta incompatibilidad define lo que popularmente se conoce como tentación. La esencia del conflicto se deriva de que solamente uno de estos motivos puede ser satisfecho (García, 2013).

La toma de conciencia sobre este conflicto motivacional es uno de los aspectos más relevantes a considerar en las intervenciones para el desarrollo del autocontrol, pues es sobre esta base que se estructura alrededor del conflicto, la fuerte intención de afrontar el deseo; intención que es considerada como un plan consciente para la ejecución de una conducta (Conner & Armitage, 1998 citado en Cárdenas, 2013).

Debido a la unidad cognitiva-afectiva, la intención funciona como un juicio motivacional, permitiendo que el sujeto se remita y apegue a sus proyectos abstractos cuando se encaran con la “tentación”, devaluando esta última (Fishbach, Zhang, & Trope, 2010).

La intención tiene esencial importancia como se ha venido analizando. Por tanto, su ausencia o inadecuada estructuración conduce a fallos en el autocontrol, aun cuando la persona tenga suficientes recursos para afrontar en este caso la cesación, en pos de promover sus metas de autorregulación (Hofmann y Kotabe, 2012).

Finalmente todos estos componentes se articulan en la expresión conductual del autocontrol (Hofman & Kotabe, 2012). Si el proceso resulta efectivo se promueven las metas y valores más abstractos, distantes y que guardan mayor relación con la salud, como es el logro de la cesación tabáquica. En este sentido, se estima oportuna la implementación del Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes universitarios. El mismo se empleará como herramienta eficaz en el tratamiento del tabaquismo, permitiendo fomentar y mantener comportamientos saludables.

Capítulo II. Fundamentación Metodológica

2.1 Diseño de la investigación.

En relación a las consideraciones teóricas planteados en el capítulo anterior, se hace necesario la implementación de acciones de intervención psicológica en estudiantes universitarios fumadores. Para ello, se implementa un Programa de Intervención Psicológica dirigido al Autocontrol del Consumo Tabáquico diseñado por Cárdenas, Pedraza y Molerio (2013), basado en la metodología establecida para el diseño y evaluación de Programas de Rocío Fernández Ballesteros (1997).

La metodología asumida plantea que un Programa es un conjunto específico de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implementados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas (Ballesteros, 1994). Asimismo, supone establecer diferentes juicios valorativos sobre el Programa. 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.

- ❖ **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.
- ❖ **Progreso** (formativa o de proceso): que es aquella que se realiza durante la implantación del programa pretendiendo determinar cómo éste está actuando.
- ❖ **Eficiencia:** se alude al valor de la relación entre los resultados obtenidos y de los medios puestos a su contribución.
- ❖ **Eficacia:** supone la medida en la cual existen pruebas de que los objetivos establecidos en el programa, se han logrado.
- ❖ **Efectividad:** Hace referencia a la medida en la cual un programa ha alcanzado una serie de efectos.

En correspondencia con los objetivos científicos propuestos y con los planteamientos anteriores, se implementa el “Programa para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes universitarios” (Cárdenas, Pedraza y Molerio; 2013), el cual se encuentra estructurado en cuatro etapas:

❖ Etapa I: Evaluación inicial.

En esta etapa se pretenden describir los componentes de la categoría autocontrol del consumo tabáquico: percepción de riesgo, habilidades para el control del consumo y expresión de autocontrol; en los estudiantes universitarios fumadores. Para ello se aplican un sistema de pruebas psicológicas cuyos resultados son tomados en consideración para el proceso de implementación del programa.

❖ Etapa II: Implementación del Programa.

Durante esta etapa se implementó el Programa, el cual consta de 10 sesiones de trabajo grupal, con 2 frecuencias semanales y una duración aproximada de 90 minutos cada una. No obstante, el terapeuta valora la necesidad de atención individualizada en aquellos casos que lo considere necesario. Los locales donde se realizaron las sesiones contaban con condiciones adecuadas de privacidad, iluminación y ventilación. Desde el punto de vista lógico - metodológico comprendió estrategias informativas, cognitivo- conductuales, reflexivo-vivenciales y técnicas de desactivación psicofisiológica, las cuales pueden ser ajustadas a las necesidades de los participantes; siempre que se respete la concepción que sustenta el Programa. Se analizan los resultados teniendo en cuenta los logros obtenidos en cada una de las sesiones y la evolución de los casos.

❖ Etapa III: Evaluación final.

Al finalizar la intervención, se lleva a cabo esta etapa para evaluar el programa. Se propone integrar los resultados derivados de los Autorregistros confeccionados por el propio sujeto (Anexo 12) y el Modelo evolutivo de los estudiantes (Anexo 13). Se incorpora además la valoración que realiza el sujeto de la experiencia y de su aprendizaje para lo cual se incluye el Cuestionario de satisfacción del usuario

(Anexo 14). Finalmente se procede a la evaluación integral del Programa considerando los criterios previamente establecidos.

❖ 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 organizaron a los quince días y un mes después de concluida la intervención, mediante una entrevista semiestructurada de seguimiento (Anexo 15).

Tabla 2. Etapas del Programa.

Etapas	Objetivos	Fases	Técnicas empleadas
Etapa I	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Explorar la percepción de riesgo de los estudiantes en relación al tabaquismo. ❖ Caracterizar el comportamiento de consumo en los estudiantes ❖ Describir las habilidades para el control del consumo que poseen los estudiantes. ❖ Determinar los recursos salutogénicos con que cuenta el sujeto. ❖ Verificar la disponibilidad y el nivel de motivación de los estudiantes para vincularse al Programa. 	Fase 1: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Aproximación inicial a la Universidad: Ignacio Agramonte y Loynaz de la provincia de Camagüey. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Revisión de documentos oficiales.
		Fase 2: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluación de las necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Entrevista estructurada inicial. ❖ Cuestionario sobre percepción de riesgo del tabaquismo. ❖ Cuestionario “Razones para fumar”. ❖ Test de Fargerstrom de dependencia a la nicotina. ❖ Escala de síntomas de abstinencia. ❖ Evaluación de estadios de cambio. ❖ Cuestionario de confianza en situaciones de fumar.
Etapa II	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Implementar el Programa de intervención psicológica para el autocontrol del consumo tabáquico en estudiantes universitarios. ❖ Evaluar el proceso mediante el análisis de los resultados de cada una de las sesiones de trabajo grupal. ❖ Evaluar el progreso mediante el análisis de los estudios de caso. 	Fase 1: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Implementación del Programa. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Agenda terapéutica. ❖ Modelo evolutivo del sujeto. ❖ Cuestionario de satisfacción del usuario del Programa de intervención psicológica.
		Fase 2: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Análisis de las sesiones de Programa. ❖ Análisis de los estudios de caso. 	
Etapa III	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluar la efectividad del Programa. 	Fase 1: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluación de los indicadores de efectividad propuestos para el Programa 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Autorregistro. ❖ Modelo evolutivo del sujeto. ❖ Cuestionario de satisfacción del usuario del Programa de intervención.
Etapa IV	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluar el seguimiento evolutivo de los estudiantes. 	Fase 1: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluación a los 15 días y al mes de haber concluido el Programa. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Entrevista estructurada de seguimiento.

Fuente: Trabajo de diploma. Evaluación del Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes universitarios (Núñez, Pedraza y Molerio, 2013).

2.2 Concepción Metodológica.

Se asume en la investigación una perspectiva metodológica sustentada en el enfoque mixto. Este enfoque nos ofrece la posibilidad de recoger, analizar y vincular datos tanto cualitativos como cuantitativos, sustentándose en las fortalezas de cada uno de ellos, permite en un mismo estudio responder al problema de investigación y a distintas preguntas investigativas (Creswell, Mertens, Williams, Unrau y Grinnel, 2005, citados en Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Entre las ventajas del enfoque mixto se señalan el logro de una perspectiva más precisa del fenómeno en estudio, brindando una percepción holística y completa de este (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2006). Permite además el incremento de la confianza en los resultados al ser una representación genuina y fidedigna de lo que ocurre, así como un entendimiento más profundo de lo que se investiga. Este enfoque se traduce en “mayor amplitud, profundidad, diversidad, riqueza interpretativa y sentido de entendimiento” (Hernández et al., 2006). Es por ello que se ha decidido realizar la presente investigación bajo la égida del enfoque mixto.

2.3 Tipo de estudio.

El alcance de la investigación es exploratorio - descriptivo. En el caso de los estudios descriptivos, se busca especificar las propiedades importantes de las personas, grupos o comunidad o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Madrigal, 2006 citado en Núñez, 2013). 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 (Cárdenas, 2011 citado en Hernández, 2012).

Para ello se siguió un diseño preexperimental de preprueba y posprueba en un solo grupo que funcionó como su propio control. El diseño preexperimental posee limitantes como el grado de control mínimo, ya que no es posible establecer causalidad con certeza, ni se controlan las fuentes de invalidación interna.

Asimismo, se utilizan como estudios exploratorios fundamentalmente (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2006).

Atendiendo a la debilidad del diseño, se profundiza en los diferentes casos a partir del análisis del progreso de los participantes en el Programa; mediante el empleo del estudio de caso. Este tipo de estudio es considerado a priori complejo, esto significa que la trama de sus relaciones internas no se determina por la simple observación, sino que requiere de supuestos teóricos que faciliten el pasaje de “lo aparente”, lineal al conocimiento de sus tramas relacionales internas, determinaciones subyacentes en sus articulaciones y detención de las huellas de su génesis (Alonso, 2006, citado en Núñez, 2013). En este sentido se logra un primer acercamiento a la problemática del autocontrol del consumo tabáquico en la Universidad de Camagüey “Ignacio Agramonte y Loynaz”.

2.4 Selección y descripción de la muestra.

La investigación se desarrolló en la Universidad “Ignacio Agramonte y Loynaz” de la provincia de Camagüey, en el período comprendido entre febrero y mayo del 2014. A raíz de la realización de una Jornada Universitaria encaminada a la Prevención de los Riesgos en dicha universidad, fueron analizados los datos emitidos por el del Departamento de Psicología sobre esta actividad. En el mismo se evidenciaba que el tabaquismo constituía una de las problemáticas identificadas con mayor incidencia en el centro. Siendo la Facultad de Química la de mayor prevalencia del consumo de cigarrillos en los estudiantes (87 fumadores). Lo que fue constatado en esta jornada mediante cuestionarios aplicados a los estudiantes e informaciones brindadas por parte de los profesores de las distintas facultades y de las instructoras educativas de las residencias estudiantiles.

Considerando la importancia de intervenir tempranamente, se decide realizar la investigación con los estudiantes de primer año de dichas carreras, procediéndose entonces a la divulgación del programa a través de la intranet, la radio universitaria y el empleo de posters por toda la institución educativa.

En la Facultad de Química, se imparten en el curso regular diurno las carreras de Ingeniería Química, Ingeniería Industrial y Licenciatura en Alimentos. Existe en este curso una matrícula total de 301 estudiantes, de los cuales 87 son fumadores. Pertenecen al primer año de las diferentes carreras 102 estudiantes, de los cuales 31 son fumadores.

Tabla 3.Registro de fumadores de primer año de la Facultad de Química (Curso Regular Diurno 2013-2014)

Carreras (CRD).	No. Fumadores de 1er Año.		Total
	Masculinos	Femeninos	
Ingeniería Química	9	6	15
Lic. Ciencias Alimentarias	6	4	10
Ingeniería Industrial	4	2	6
Total	19	12	31

Fuente: Registro de fumadores por facultades de la universidad de Camagüey. Departamento de Psicología. (Actualización Curso 2013-2014).

Una vez divulgada la propuesta del Programa, 11 estudiantes manifestaron su deseo de participar en el mismo. A partir de ese momento siguiendo un muestreo no probabilístico, se conforma la muestra por 9 estudiantes, los cuales fueron elegidos intencionalmente. De ellos 7 pertenecen al sexo masculino y 2 al femenino con edades comprendidas entre 18 y 20 años. Para la selección de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- ❖ Estudiantes universitarios fumadores.
- ❖ Estudiantes con disposición para participar en la investigación.
- ❖ Que se encuentren en un estadio de cambio a partir de la etapa de contemplación.
- ❖ Consentimiento informado de los estudiantes (Anexo 2).

Criterios de exclusión:

- ❖ Necesidad o deseo de abandonar la investigación.

- ❖ Presentar diagnóstico de trastorno psicopatológico.

2.5 Descripción de las técnicas empleadas.

Con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos de la etapa, se emplearon los siguientes instrumentos:

- ❖ Revisión de documentos oficiales.

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. Se emplea con el objetivo de obtener información preliminar en relación al comportamiento del tabaquismo en la Universidad “Ignacio Agramonte y Loynaz”. Los documentos revisados fueron los siguientes: Informes sobre diagnósticos de salud realizados por el del Departamento de Psicología de la universidad, los Registros de las Instructoras Educativas, así como también las cifras asociadas a la matrícula general que se obtuvieron mediante los modelos oficiales del Departamento de Estadística y planificación (Ver tabla 6) (Anexo 4). Para realizar el análisis de la prevalencia actual el consumo tabáquico en la provincia de Camagüey, se consultaron las tablas de dispensarización general, las cuales fueron facilitadas por el Centro Provincial de Higiene y Epidemiología (Ver tabla 5) (Anexo 3).

- ❖ Entrevista estructurada inicial.

En el caso de la entrevista aplicada a estudiantes fumadores, la misma es reajustada por los autores para la presente investigación. Se persiguen como objetivos informar sobre los objetivos del programa, obtener datos generales sobre los sujetos, obtener el consentimiento informado de los participantes, establecer una relación empática, explorar indicadores del autocontrol del consumo tabáquico e identificar las expectativas de los fumadores con relación al Programa (Anexo 5).

- ❖ Cuestionario de Percepción de Riesgo del tabaquismo.

En este instrumento consta de 16 ítems organizados donde el sujeto tiene una escala para expresar su respuesta del 1 al 5, donde el 1 es nunca o totalmente en desacuerdo y el 5 es siempre o totalmente de acuerdo. Mediante el análisis de componentes principales (Carrasco & Pérez, 2013), se definió la agrupación en tres factores fundamentales: informativo-valorativo (del 1 al 8), afectivo-motivacional (9 al 12) e intencional (13 al 16). Persigue como objetivo explorar la percepción de riesgo que poseen los jóvenes universitarios sobre el tabaquismo, sus causas, riesgos y consecuencias (Anexo 6).

❖ Cuestionario “Razones para fumar”.

El cuestionario fue diseñado con el objetivo de identificar las razones por las cuales los sujetos fuman. La técnica ofrece diferentes escalas de los motivos por los que fuman las personas; a las cuales se llega mediante una sumatoria. Los sujetos deben evaluar 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. 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 y Automatismo (Anexo 7).

❖ Cuestionario de Fagerstrom de dependencia a la nicotina.

El cuestionario persigue como objetivo cuantificar el grado de dependencia de la nicotina de un fumador. El instrumento consta de una escala de 5 preguntas que permite conocer el nivel de dependencia a la nicotina. La escala de Fagerstrom (1978) es la escala más frecuentemente utilizada para valorar la dependencia. Consiste en una serie de ítems que se refieren al comportamiento dependiente del tabaco. La puntuación total predice los posibles problemas de abstinencia que

puede tener la persona que deja de fumar. Si la puntuación de dependencia es superior a 6 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 (Anexo 8).

❖ Escala de Síntomas de Abstinencia.

El cuestionario ha sido utilizado por Becoña (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. Consiste en que los sujetos marquen en una escala del 1 al 5 (1-Nunca, 2-Raras Veces, 3-A veces, 4-Con Frecuencia y 5-Siempre.), aquellos síntomas o sensaciones que se le ofrecen en la técnica y las cuales haya notado durante la última semana (Anexo 9).

❖ Evaluación de Estadíos de Cambio.

El cuestionario fue elaborado por Prochaska y DiClemente (1983) con el objetivo de reconocer el grado de intencionalidad de los sujetos ante el abandono del cigarro. Es considerado como uno de los mejores métodos en la actualidad para conocer la motivación de los fumadores para el abandono tabáquico. Consta de cuatro ítems de respuestas dicotómicas que permiten definir la etapa de cambio en la que el fumador se encuentra en relación con el abandono del consumo (precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción o mantenimiento). 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 (Anexo 10).

❖ Escala de Confianza ante Situaciones de Fumar.

Este instrumento fue desarrollado por Condiotte y Lichtenstein (1981), posteriormente Baer y Lichtenstein (1988) realizaron una versión reducida que es una de las más utilizadas en la evaluación de la autoeficacia que percibe la persona de estar abstinente en aquellas situaciones en las que tiene más

probabilidad de fumar. La misma consta de 13 ítems o situaciones ante las cuales los sujetos indican su resistencia a la urgencia de fumar mediante una escala de 10 alternativas de respuestas desde “nula confianza en que no fumaría” hasta “total confianza en que no fumaría”. Hernández (2012) declara la confiabilidad del instrumento como satisfactoria (α de Crombach= 0.8078) La misma persigue evaluar la autoeficacia que percibe la persona de estar abstinente (Anexo 11).

2.6 Procedimientos.

Inicialmente se establecieron las coordinaciones necesarias para el desarrollo de la investigación con la dirección de la institución, dando a conocer los objetivos y particularidades de la misma. De esta forma se obtuvo el consentimiento para comenzar a trabajar en el centro y se procedió a la revisión de los documentos, lo cual permitió la obtención de información sobre los estudiantes fumadores. Se divulga el programa y se identifican aquellos estudiantes fumadores con la intención de dejar de fumar y participar en el programa. Se tuvo un contacto inicial con ellos para la aplicación de los instrumentos necesarios para el diagnóstico.

Luego del diagnóstico realizado, se procede a la aplicación del programa. De acuerdo a su lógica metodológica, el mismo se aplica de manera grupal en un período de 7 semanas distribuidas en 10 sesiones, con dos frecuencias semanales y una duración de aproximadamente 90 minutos cada una. Los locales donde se realizaron los encuentros contaban con adecuadas condiciones de privacidad, iluminación y ventilación.

El proceso interventivo se llevó a cabo en un grupo conformado por 9 estudiantes de primer año de la Universidad de Camagüey. Pertenecientes a las carreras de Ingeniería Química, Ingeniería Industrial y Licenciatura en Alimentos, del curso regular diurno.

Se implementan las sesiones de trabajo grupal y se realiza un análisis del proceso en cada una de ellas. Simultáneamente, se va analizando el progreso de cada uno de los participantes mediante la utilización del método Estudio de Caso.

Finalizada la intervención y su análisis, se procede a evaluar la efectividad del programa. Para ello se tuvo en cuenta el Autorregistro, el Modelo Evolutivo del estudiante y el Cuestionario de satisfacción del usuario.

Una vez concluido el programa, se esperan 15 días y un mes respectivamente para realizar la evaluación del seguimiento evolutivo de los estudiantes. Se emplea una entrevista estructurada final, cuyo análisis se realiza totalmente de forma cuali - cuantitativa.

Se planificaron encuentros para el seguimiento evolutivo de los pacientes con el objetivo de consolidar y reforzar los logros alcanzados; así como identificar posibles recaídas en algunos de ellos y ofrecerle nuevos niveles de ayuda. A partir de todo ello se realiza una valoración en cuanto a la estabilidad de los resultados del programa, verificando los que aún mantenían la cesación o la reducción del consumo según el caso.

2.7 Operacionalización de la variable.

1. Variable Independiente:

- ❖ **Programa de intervención psicológica para el autocontrol del consumo tabáquico:** Sistema de acciones dirigidas a la disminución y/o eliminación del consumo de tabaco mediante la adecuación de la percepción de riesgo asociada al mismo y la estimulación de la capacidad de autocontrol sobre la cesación del consumo.

2. Variable Dependiente:

- ❖ **Autocontrol del consumo:** Proceso mediante el cual el individuo promueve metas más abstractas y distantes tanto en sus juicios, como en sus decisiones y conducta, aun cuando entren en conflicto con metas concretas e inmediatas (como el consumo tabáquico). Para optimizar el análisis del efecto causado por la variable independiente se consideró segmentarla en las siguientes dimensiones.

2.1 Percepción de riesgo: Competencia del individuo de reconocer los daños, consecuencias, severidad del tabaquismo y el grado de vulnerabilidad ante este. Sus componentes para el caso del tabaquismo son:

- ❖ **Nivel de conocimiento:** Conocimientos que el fumador posee sobre el tabaquismo como fenómeno global y las manifestaciones del mismo en su comportamiento.
- ❖ **Vulnerabilidad percibida ante el riesgo:** Reconocimiento de la susceptibilidad individual ante el riesgo a partir de la valoración que se hace de las consecuencias, costos y beneficios del consumo.
- ❖ **Naturaleza de la motivación:** Se refiere a las fuentes que originan las razones del sujeto para llevar a cabo el comportamiento de consumo y/o cesación.
 - Intrínseca: Las razones del sujeto para implementar el comportamiento de abandono emergen de la propia esencia salutogénica de la cesación.
 - Extrínseca: Las razones del sujeto para implementar el comportamiento de abandono se derivan de aspectos secundarios a la cesación, fuentes externas que pudieran movilizar solo de forma temporal el comportamiento.
- ❖ **Estadío motivacional:** Motivaciones experimentadas por el fumador en relación al abandono o no del consumo tabáquico, estructuradas a partir de la identificación del conflicto.
 - Balance decisonal: el sujeto identifica un conflicto entre el consumo tabáquico y sus metas a largo plazo. A pesar de experimentar motivaciones contrapuestas se decide conscientemente abandonar el consumo.
 - Discrepante: el sujeto identifica el conflicto motivacional e incluso ha intentado en alguna ocasión dejar de fumar, pero continua consumiendo.
 - Ambivalente: aunque se vivencian sentimientos y pensamientos conflictivos sobre seguir fumando o cesar, no se ha elaborado adecuadamente la identificación del conflicto.
 - Resistente: El sujeto no identifica un conflicto entre el consumo y sus metas a largo plazo, decide ignorar sus consecuencias nocivas y mantenerlo.

❖ **Estadíos de cambio:** Niveles de intencionalidad por los que transita el sujeto durante el proceso de abandono del consumo tabáquico:

1. Pre-contemplación: el sujeto no se plantea dejar de fumar en los próximos 6 meses.
2. Contemplación: el sujeto se plantea dejar de fumar en los próximos 6 meses.
3. Preparación: el sujeto está dispuesto a hacer un intento serio de abandono y hace planes específicos que fija para los siguientes 30 días.
4. Decisión: el fumador manifiesta su decisión autodeterminada de abandonar el consumo de nicotina en el presente, realiza esfuerzos para lograrlo a partir de sus propios recursos salutogénicos, la búsqueda de apoyo social y/o la búsqueda de ayuda profesional.
5. Acción: el fumador deja de consumir y pone en práctica los planes preparados, para lo cual busca ayuda especializada, de amigos y/o familiares, o a partir de la activación de sus recursos y habilidades actuales. Esta fase continúa hasta 6 meses después de la fecha de abandono.

2.2 Habilidades en el control del consumo: Recursos que facilitan el grado de éxito en el logro de la reducción del consumo o la cesación tabáquica.

- ❖ **Afrontamiento a la cesación:** expresa las soluciones efectivas a las demandas que supone la cesación (síntomas de abstinencia, craving, situaciones de riesgo para la recaída, etc.) partiendo de una evaluación de las mismas así como de las posibilidades y limitaciones que tiene el sujeto para afrontarlas.
- ❖ **Autoeficacia percibida para la cesación:** creencia del sujeto acerca de poseer o no las habilidades necesarias para afrontar la cesación y evitar recaídas.

2.3 Expresión conductual: Es el resultado de la articulación de los componentes anteriores, definiendo la expresión en el comportamiento de los recursos, habilidades y condiciones necesarias para la cesación tabáquica o la disminución del consumo. Sus indicadores son:

- ❖ **Cesación Tabáquica:** proceso autodeterminado que conduce al abandono del consumo tabáquico y su mantenimiento.
- ❖ **Disminución del consumo:** reducción sustancial (a partir del 50%) del consumo diario de cigarros.
- ❖ **Mantenimiento del consumo:** el consumo de cigarros se mantiene en niveles iguales o similares (menos del 50%).

3. Variables de Control: circunstancias externas que pueden afectar el resultado del estudio, pero que no van a ser manipuladas por los investigadores, por lo que debe garantizarse que no varíen durante el estudio (Martín, 2008).

- ❖ **Debut de enfermedades médicas y/o alteraciones psicopatológicas:** Eventos vitales que suponen un efecto directo sobre la salud y las limitaciones que imponen en la vida de las personas.
- ❖ **Investigador:** Se conoce que las características personales y la motivación del investigador hacia el estudio pueden interferir en los resultados de la investigación (Martín, 2008). El control se realizó asignando el mismo investigador a lo largo de la intervención, quien debía cumplir las siguientes características: 5to año de la carrera de Psicología, índice académico igual o superior a 4.50 puntos y haber recibido entrenamiento previo a la intervención.

4. Variables aleatorias: La integraron variables que pueden cambiar aleatoriamente dentro de los distintos niveles de la variable dependiente y, aunque deben dejarse fluctuar (Martín, 2008), su efecto sobre el resultado fue controlado por los investigadores.

- ❖ **Eventos vitales:** Referidos a eventos o experiencias de gran significación en la vida de las personas, como divorcios, duelos, pérdida de la carrera, etc.

Tabla 3. Operacionalización de la variable dependiente e instrumentos para su evaluación.

				Instrumentos para su evaluación	Rango
Autocontrol	Percepción de riesgo	Nivel de conocimiento	Inadecuado; Parcialmente adecuado y Adecuado	Cuestionario de percepción de riesgo	4-20
		Vulnerabilidad percibida	Inadecuada; Parcialmente adecuada y Adecuada	Cuestionario de percepción de riesgo	4-20
		Naturaleza de la motivación	Extrínseca e Intrínseca	Entrevista Estructurada Cuestionario de percepción de riesgo	1-5
		Estadio motivacional	Resistente; Ambivalente Discrepante y Balance decisional	Cuestionario de percepción de riesgo	4-20
		Estadio de cambio	Pre- contemplación; Contemplación Preparación; Decisión Acción y Mantenimiento	Cuestionario de percepción de riesgo Cuestionario de estadios de cambio (Prochaska y DiClemente, 1983)	4-8
		Habilidades para el control del consumo	Autoeficacia percibida Afrontamiento a la cesación	Escala de confianza en situaciones de fumar Entrevista Estructurada	13-130 3-3
	Expresión conductual	Cesación Reducción Mantenimiento	Entrevista Estructurada	3-3	
			Entrevista Estructurada	3-3	
			Entrevista Estructurada	3-3	

Fuente: Trabajo de diploma. Evaluación del Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes universitarios (Núñez, Pedraza y Molerio, 2013).

2.8 Procesamiento de los datos.

El procesamiento de los datos se realizó según los criterios propios para la calificación e interpretación de cada técnica aplicada. Los resultados arrojados fueron analizados cualitativa y cuantitativamente, ajustándose a los beneficios del paradigma de investigación mixto. Para una mayor confiabilidad de los resultados, desde la perspectiva cuantitativa, los datos obtenidos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 20.0 para Windows, realizándose análisis de frecuencia de cada una de las categorías correspondientes a las variables. Empleándose también el test no paramétrico de Wilcoxon para muestras relacionadas, el cual nos permite conocer si existieron diferencias significativas entre las aplicaciones antes y después de la implementación del Programa.

2.9 Principios éticos que rigen la investigación.

Los principios éticos de nuestra ciencia psicológica se tuvieron en cuenta durante todo el proceso investigativo. En un primer momento se les explicó a los sujetos los objetivos y el alcance del estudio, obteniéndose así, el consentimiento de los mismos para participar en el programa. Durante el desarrollo del mismo se proporcionó a cada participante, de acuerdo a las características de cada etapa, toda la información necesaria. Además, se tuvo en cuenta el respeto a la individualidad de cada uno de ellos, confidencialidad de la información obtenida, escucha atenta y apoyo incondicional en todo momento.

Capítulo III. Análisis de los resultados.

En este capítulo se presentan los principales resultados obtenidos, los cuales serán organizados a partir de las etapas que contempla el Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del consumo tabáquico.

3.1 Análisis de resultados: Etapa I.

En esta etapa la investigación estuvo orientada a explorar los datos generales de los sujetos y los componentes del autocontrol del consumo, entre los que se encuentran la percepción de riesgo y los factores de riesgo que poseen en torno al tabaquismo, aspectos generales referentes al comportamiento de consumo como: el nivel de dependencia a la nicotina, razones por las que fuman, motivos asociados a la decisión de cesar en el consumo, entre otros. Para ello se emplearon un conjunto de técnicas de recogida de información, las cuales arrojaron los resultados que la Sesión 0 expone a continuación:

Se realizó una entrevista estructurada inicial a los estudiantes con el objetivo de informarles sobre los fines de la experiencia investigativa y obtener su consentimiento informado para participar en la misma. Lo cual nos permitió realizar una caracterización general de los participantes, precisando cuestiones relacionadas con el comportamiento de consumo de tabaco y sus expectativas con relación al Programa.

En este sentido, la muestra estuvo compuesta por 9 estudiantes fumadores, 7 del sexo masculino y 2 del femenino, de ellos 4 estudiaban la carrera de Ingeniería Química, 3 estudiaban Ingeniería Industrial y 2 Licenciatura en Alimentos, todos pertenecientes al primer año de dichas carreras, con edades comprendidas entre 18 y 20 años. De ellos 8 son solteros, excepto uno que mantiene una unión consensual. En cuanto a los padecimientos de enfermedades crónicas se pudo apreciar que 2 presenta trastornos alérgicos, uno de ellos padece de hipertensión arterial esencial, otro de asma bronquial de grado I y el resto presenta un adecuado estado de salud. Esta información demuestra que en el caso de hipertensión el tabaquismo constituye un factor de riesgo.

Algunos de los motivos que los estudiantes manifiestan que influyeron en la iniciación del consumo tabáquico fueron la influencia social por parte de sus amigos, padres y el estrés académico. Asimismo, entre los motivos que poseen para el abandono del hábito, se destacan motivaciones de carácter extrínseco e intrínseco, tales como el respeto a la opinión de la familia y la pareja en relación al hábito y también los beneficios para su salud y el no querer depender de nada.

Al indagar sobre la percepción que consideran posee la familia y el grupo de amigos en relación al cigarro, expresaron en torno al primero de ellos que constituye una conducta la cual rechazan por no ser bien vista en los jóvenes, por su toxicidad y los daños que provoca, a pesar de que existen otros fumadores en los miembros de la familia. En relación a la percepción del grupo de amigos ocurre todo lo contrario, pues en su mayoría son fumadores también, por tanto aunque reconocen los riesgos no rechazan la conducta de fumar. En relación a los años de consumo, uno de ellos llevaba entre 6 y 10 años consumiendo, 7 entre 1 y 5 años y solo uno lo hace desde hace menos de un año.

Al abordar otros indicadores relacionados con el comportamiento de consumo tabáquico, se evidenció que 5 de los estudiantes consumen hasta 10 cigarros diariamente (fumadores regulares leves), 3 llegan a consumir hasta 20 diariamente (fumadores regulares moderados) y solo uno de ellos entre 20 y 30 cigarros (gran fumador regular). Por otra parte, aun cuando el 100% de los estudiantes señala que ha tenido intentos previos de dejar fumar solo se han apoyado en el método de reducción del consumo sin emplear otras alternativas y no han tenido éxito de esta manera. Sin embargo consideran la terapia grupal como una opción viable.

Mediante un análisis de frecuencia se obtuvo que el 88.9 % de los estudiantes, están pensando dejar de fumar desde hace más de un año, principalmente por motivos de salud, mientras que el 100% considera que cuenta con las condiciones para dejar de fumar, valorando como positiva la posibilidad que le brinda en el Programa para el logro de la cesación.

En relación a los resultados obtenidos en el Cuestionario sobre percepción de riesgo del tabaquismo se pudo apreciar que en los ítems referidos al nivel de conocimiento el 88.9% de la muestra poseía un adecuado conocimiento acerca de

las causas y consecuencias indeseadas del tabaquismo y solo el 11.1% restante poseía un conocimiento parcialmente adecuado de las mismas. Asimismo, se evidencia que un 55.6% de la muestra se percibe vulnerable ante el riesgo del consumo, partiendo de valoraciones entorno a las consecuencias, costos y beneficios del mismo. Mientras que en el análisis del componente estadio motivacional, el 77.8% de los estudiantes vivencian un conflicto entre el placer que le provoca fumar y el reconocimiento de los efectos dañinos del hábito, ubicándose en los estadios ambivalente y discrepante.

Se aplicó también la Escala de evaluación de Estadios de Cambio de Prochaska y DiClemente (1983), con el objetivo de conocer el grado de motivación e intención de los sujetos ante el abandono del cigarro. Al analizar los resultados se evidenciaba que el 66.7% de los estudiantes se ha planteado dejar de fumar en los próximos 30 días, ubicándose en la etapa de contemplación, mientras que el 33.3% de estos estudiantes ha decidido de manera autodeterminada dejar de fumar con inmediatez, encontrándose en el estadio de preparación para la acción. Estos estadios de cambio son los deseados para que los estudiantes se integren al Programa, de modo que si no existe intención para, no se moviliza el comportamiento en función de modificar estilos de comportamientos más o menos saludables.

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 las cuales fuman se destacan: "fumar me resulta placentero y me relaja" con un 88.9%; "me doy perfecta cuenta de cuando no estoy fumando" y "siento un deseo imperioso de fumar cuando no lo he podido hacerlo durante un tiempo" con un 77.8%; "fumo cuando me enfado" y "un bajo estado de ánimo, los problemas y las preocupaciones me motivan a fumar" representado por un 55.6 %; "fumo por tristeza o incomodidad", "fumo para darme un respiro", "me apetece más un cigarro en situaciones de relajación y confort emocional" y "parte del placer de fumar me lo proporciona ver las volutas de humo que provoco" en un 44.4 %. Sin embargo en los restantes indicadores, no se expresan distinciones representativas ("nunca" y "raras veces"). En los casos que se destacan, se

demuestra que la mayoría de los sujetos reconocen como razones para fumar, creencias erróneas asociadas al tabaco.

De igual manera, se aplicó el Cuestionario de Fagerstrom con el objetivo de identificar el grado de dependencia a la nicotina en los fumadores. A partir del análisis realizado se evidenciaba que un 55.6% de los estudiantes investigados consumían al día entre 1 y 10 cigarros aproximadamente, clasificados como fumadores regulares leves. En este sentido, el 33.3% referían consumir entre 11 y 20 cigarros al día, por lo que se ubicaban en la clasificación de fumadores regulares moderados. Por último, solo un estudiante manifestaba consumir entre 21 y 30 cigarros diariamente, siendo considerado como un gran fumador regular.

Con relación a otros ítems, al solicitarles que identificaran a cuál cigarro preferían no renunciar, la generalidad de las respuestas (77.8%) se orientan a cualquier otro del resto del día, antes que al primero de la mañana (22.2%); lo cual indica que los primeros cigarros del día no son imprescindibles para estos fumadores particularmente. Lo cual se constataba en sus respuestas a la pregunta de cuanto se demoran una vez que se levantan para fumar su primer cigarro, en la cual el 66.7% de los estudiantes reconocen que una vez despiertos tardan más de una hora en fumar; es decir que en el momento de poner en práctica estrategias de autocontrol, a su consideración, en la mañana pueden que sean más efectivas. Resulta favorable que el 77.8% señale que no les resulta difícil dejar de fumar en lugares donde está prohibido, lo cual evidencia cómo los estudiantes son capaces de autocontrolarse ante normas sociales.

Con la aplicación de la Escala de Síntomas de Abstinencia se evalúan los síntomas más frecuentes que presentan los fumadores ante períodos prolongados de cese del consumo, o ante intervalos de tiempo prolongados entre un cigarro y otro. Dentro de la información obtenida se evidenció que los síntomas que con mayor frecuencia vivencian son el deseo de un cigarro, la ansiedad o el temor y la impaciencia e intranquilidad, todos con un 55.6% de prevalencia. Sin embargo, los síntomas menos vivenciados fueron el hambre excesiva, el insomnio, la somnolencia y la depresión representando también al 55.6% de la muestra. Los restantes síntomas se observan con índices no tan significativos (“raras veces”),

destacándose: dolores de cabeza (22.2%), dificultad para concentrarse, aumento del apetito, problemas de intestino o estómago y la irritabilidad (11.1%) respectivamente. Dichas manifestaciones emocionales, demuestran la importancia de proveer de herramientas y habilidades para el autocontrol del consumo, a aquellos fumadores interesados en lograr la cesación.

El análisis de otra de las técnicas fue el Cuestionario de Confianza en Situaciones de Fumar, donde se evidenciaron en la mayoría de los ítems elevados niveles de resistencia ante el deseo de fumar, destacándose situaciones como: si ingiriera bebidas alcohólicas y si me sintiera tenso (77.8%), si alguien me ofreciera un cigarro (66.7%), si me sintiera nervioso, si quisiera sentarme cómodamente y disfrutar de un cigarro y si me sintiera ansioso (55.6%), lo que denota confianza en sí mismos y una actitud positiva ante el cambio.

3.2 Análisis de resultados: Etapa II.

Luego de concluir la etapa diagnóstica se procedió a la implementación del Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en un grupo integrado por 9 estudiantes procedentes de diferentes municipios de la provincia de Camagüey, pertenecientes al primer año de las carreras de Ingeniería Química, Ingeniería Industrial y Licenciatura en Alimentos, de la Universidad: Ignacio Agramonte y Loynaz.

Los resultados de las sesiones de trabajo grupal nos permitirán evaluar la pertinencia, suficiencia, eficacia y eficiencia de los resultados obtenidos, a partir de la evaluación de la coherencia interna que se establece entre los objetivos generales de cada uno de los encuentros, el sistema de actividades empleados y sus objetivos, respectivamente. Luego, se realizará la evaluación individual de los casos, lo cual contribuirá a un análisis pormenorizado del progreso de los estudiantes.

3.2.1 Análisis por sesiones del programa: evaluación del proceso.

Sesión 1

Al implementarse la primera sesión del programa, asistieron los nueve estudiantes fumadores que fueron seleccionados teniendo en cuenta los criterios de inclusión y los resultados arrojados en el diagnóstico inicial realizado. Se pudo apreciar que los participantes se encontraban motivados y ansiosos por la actividad. Durante el desarrollo de la misma se mostraron con gran interés ante las indicaciones que se realizaban, estando atentos y a la expectativa de todo lo que ocurría. La técnica de presentación empleada fue: “La pelota”; la misma resultó de gran relevancia para la realización de las siguientes actividades. Puesto que favoreció el establecimiento de un clima de confianza entre la terapeuta y los miembros del grupo, permitiendo que estos expresaran con libertad sus expectativas con respecto al programa.

Mediante la técnica de planificación: “Brainstorming” (Lluvia de ideas) se establecieron las normas de funcionamiento y de trabajo en el grupo, destacándose el respeto a la individualidad de cada uno de los participantes. Se llegó al consenso entre todos que se trabajaría en dos frecuencias semanales, específicamente los lunes y jueves de cada semana, con una flexibilidad en el horario el cual se determinaría en las sesiones previas al próximo encuentro. El mismo dependería de las actividades docentes que tuviesen los estudiantes los días de los encuentros. Se estableció además el compromiso de los mismos a mantener una adecuada asistencia y puntualidad en cada actividad. Este compromiso realizado serviría como indicador a la hora de determinar en qué medida cada miembro del grupo es responsable y consecuente con su propio tratamiento.

Luego se procedió a realizar la técnica “Mitos y Realidades” asociados al tabaquismo, la misma constituyó un momento importante de la sesión. Se pudo determinar que algunos estudiantes tenían altos niveles de conocimiento acerca del tabaquismo, mientras que otros compartían la idea de que el cigarro les servía para afrontar el estrés académico de las pruebas y evaluaciones. En este sentido fue necesario realizar un análisis para desmitificar esta idea, el cual logró su objetivo pues los estudiantes comprendieron la realidad de su aparente relajación al fumar, expresándolo en sus reflexiones: *“yo nunca pensé que el efecto de la nicotina era tan fuerte como para engañar mi mente y hacerme sentir estresado*

solo para seguir fumando”, “de verdad que pensar que fumar nos quita el estrés de la escuela y las clases es una ilusión, que nos hace sentir la nicotina”.

Con el objetivo de seguir sistematizando los conocimientos en relación a las consecuencias negativas del hábito tabáquico y los beneficios que trae consigo la cesación del mismo, se proyectó el video “El peor de los asesinos”. El material audiovisual los motivó mucho, captando toda su atención y generando al concluir una serie de interesantes preguntas ávidas de conocimientos respecto al tema. Seguidamente se llevó a cabo un debate dinámico en el cual tuvieron una participación activa y un alto grado de protagonismo. Los estudiantes expresaron comentarios positivos en relación al material proyectado, al respecto referían: *“nunca nos habían puesto nada tan interesante y menos sobre este tema”, “oye, de verdad que yo no sabía muchas cosas de las que dijeron ahí, que bueno estaba ese video”.* Consideramos que la sistematización lograda, permitió elevar el nivel de conocimientos de los estudiantes en relación al tabaquismo y motivarlos para la realización de las actividades que se llevarían a cabo posteriormente.

Buscando profundizar en los elementos abordados durante el desarrollo de las actividades realizadas hasta ese momento, se les entregó a cada uno de los estudiantes un ejemplar del tríptico “Apaga y Vamos”. A continuación se distribuyó la agenda terapéutica enfatizando en la importancia de la tarea del Autorregistro. El mismo facilitaría a cada estudiante un mejor conocimiento de las rutinas relacionadas con su hábito, en aspectos como la frecuencia, el horario, el lugar en el que fuman, actividad que realiza y las sensaciones que experimenta antes y después de fumar. Además, se le pide que para reforzar su decisión de dejar de fumar, completen una lista de motivos que forma parte de una de las secciones de la agenda. Por último se negoció con los estudiantes la disminución paulatina de la cantidad de consumo habitual de cigarros, resaltando la idea de que aun cuando será un proceso complejo, se requiere de decisión personal para lograr erradicar su adicción.

Para concluir el encuentro se realizó la técnica de cierre “Cómo llegué y cómo me voy”, la misma nos permitió evaluar la sesión como enriquecedora y productiva, a

partir de algunas verbalizaciones realizadas por los estudiantes, los cuales referían: *“al principio estaba un poco nerviosa pero a medida que la actividad iba avanzando más cómoda me sentía y más segura de que quiero dejar el cigarro”, “he querido dejar de fumar, pero no me atrevía a dar el paso, hoy entendí que con la ayuda de ustedes estoy seguro que lo dejo”, “llegué con muchas expectativas y me voy más que satisfecho”*. Antes de despedirnos se recordó la fecha y el horario de la próxima sesión.

Para ir evaluando el progreso y el proceso del programa se llenaron las primeras notas en el Modelo Evolutivo de cada estudiante. De manera general durante el desarrollo de la sesión se reflejaron adecuadas relaciones interpersonales, manifestándose en la confianza y comodidad para expresar sus opiniones. Además se evidenció que en los miembros del grupo existe disposición para el cambio, demostrado en sus reflexiones con respecto a su hábito.

Sesión 2

La sesión comenzó con la técnica “Venta de cosas absurdas” en la cual se logró activar a los miembros del grupo, potenciando en ellos un mayor nivel de expectativas y motivación con las actividades a desarrollar en el encuentro. A continuación se procedió a revisar las tareas terapéuticas, en especial el Autorregistro, el cual nos permitiría realizar el análisis funcional de la conducta de fumar en cada estudiante. Esta actividad no fue desarrollada por todos, pues de los nueve participantes solo siete la realizaron. Se logró que los estudiantes reconocieran las situaciones precipitadoras del consumo, en las que les resulta más difícil controlarse y los horarios en que más fuman, en este sentido referían: *“cuando estoy nerviosa me dan muchas ganas de fumar y el cigarro que siempre tengo que fumarme es por el mediodía después de almorzar”, “yo me levanto por la mañana y después que tomo café o desayuno tengo que fumarme un cigarro y cuando salgo a fiestas siempre fumo cantidad”, “nunca he podido dejar de fumarme un cigarro después que como, eso es religioso”, “yo fumo más cuando estoy estresado por las pruebas o por algún problema”*.

En un segundo momento de la sesión se realizó la técnica “Las tres sillas”, con el objetivo de determinar vivencias asociadas al consumo tabáquico y la disposición

para el cambio. En este sentido se logró que los miembros del grupo reflexionaran en torno a lo que conocían del cigarro, cómo se sentían respecto al hábito y como se proyectaban en un futuro sin él. A través de un intercambio de opiniones se logró incentivar en muchos de ellos un mayor compromiso con el proceso de cambio. Con relación a esto, algunos de los criterios referidos fueron: *“hace una semana no pensé tener la fuerza para dejarlo, pero hoy me siento dispuesto a olvidarme hasta de su nombre”, “me ha causado tantos ratos de placer que me va a costar mucho estar sin él”, “sé cuánto daño causa a la salud y cuantas muertes provoca por eso mi futuro sin el cigarro será mucho mejor”, “sé que es una de las cosas que más tipos de cáncer provoca”, “mi vida sin el cigarro será pura y saludable”.*

Luego, cada miembro del grupo debían elaborar una lista de recursos personales para dejar de fumar, algunos de los mencionados fueron: sus familias, la salud, el apoyo que recibían por parte de su pareja, compañeros del grupo y de los profesores que estaban al tanto de sus progresos con el programa. En vistas a que la decisión de dejar de fumar iba cobrando mayor voluntad e intencionalidad, se aprovechó la ocasión para reforzar la idea del “sí se puede” dando paso a la negociación del día “D” (día para dejar de fumar). En este sentido una parte de los miembros del grupo estaba dispuesta a comenzar cuanto antes el proceso de abandono del cigarro, pero el resto consideraba que todavía era muy pronto para dejar completamente el cigarro y no consideraban sentirse preparados todavía. A pesar de las diferentes opiniones se decidió someterlo a votación, declarándose la próxima sesión como el día “D”.

En la búsqueda del reforzamiento de la toma de decisión para la cesación del consumo de cigarrillos, se orientan las tareas terapéuticas. Dentro de ellas se encontraban una serie de herramientas para la reducción gradual del consumo hasta la fecha de la próxima sesión, destacándose el control estimular. Se le explica a los estudiantes que partiendo del conocimiento que poseen de su comportamiento de consumo (alcanzado mediante el análisis del Autorregistro), cada uno debía definir aquellas situaciones precipitadoras en las cuales les resultaba más fácil restringir el consumo, entonces debían intentar eliminarlo y en caso de resultarles difícil, debían retrasarlo al menos 10 minutos.

También se les orientó realizar la técnica aversiva de retener el humo del cigarro, la cual es muy efectiva por las sensaciones desagradables que genera, pues logra que se deje de fumar en ese momento y no se desee hacerlo hasta pasado un tiempo prudencial, de esta manera contribuiríamos a la disminución consumo. Otra de las tareas orientadas fue la realización de una carta de despedida al cigarro, la que serviría para estimular la cesación tabáquica mediante la escritura emocional y de esta forma reforzar la decisión de dejar de fumar y prepararlos para el día “D”.

En vistas a concluir la sesión fue empleada la técnica “Las Dianas”, en la cual se les pedía a los miembros del grupo que se situaran en una diana teniendo en cuenta tres elementos: me fue útil, me hizo pensar, lo disfruté. Los estudiantes expresaron un elevado nivel de satisfacción en relación a las actividades desarrolladas durante la sesión, ubicándose próximos al centro en las tres opciones. Es válido destacar que durante el desarrollo de las actividades los participantes se mantuvieron motivados, se relacionaron adecuadamente entre sí, siendode capaces de reflexionar sobre las cuestiones abordadas durante el encuentro. De esta manera mostraron en alguna medida su disposición para el cambio y sus deseos de esforzarse al máximo para cesar su consumo.

Sesión 3

Es importante mencionar que a partir de esta sesión el grupo terapéutico continúa sus actividades solo con siete miembros de los nueve que comenzaron inicialmente. Los otros dos decidieron abandonar el proceso por voluntad propia, acotando que no se sentían preparados para abandonar el consumo de cigarros durante los meses siguientes. A pesar de mostrar en el diagnóstico inicial reunir los requisitos necesarios para participar en el Programa. Pues ambos se encontraban en el estadio de cambio de preparación para la acción y uno de ellos había intentado abandonar el consumo en el último año.

Se comenzaron las actividades de la sesión con la técnica “El detalle que faltaba”, lo que permitió crear un clima agradable y divertido. A continuación se procedió a la revisión de las tareas terapéuticas. Comprobándose durante este momento que algunos miembros del grupo habían puesto en práctica tanto la técnica

aversiva como la del control estimular, obteniéndose el resultado esperado: *“qué asco me dio tener el humo concentrado en la garganta, me dieron ganas de vomitar y después no pude seguir fumándome el cigarro lo tuve que votar”, “cuando esperaba 10 minutos para fumarme el cigarro me ponía a hacer otras cosas o a conversar y se me olvidaba por un momento, llegando a pasarme más de dos horas sin fumar”*. Por otro lado al revisar la tarea de la carta de despedida al cigarro se apreciaba el compromiso de los participantes con el programa y con su tratamiento, pues de los siete estudiantes que asistieron seis de ellos la redactaron (Anexo 21). A pesar de no ser redacciones muy extensas se evidenciaban en ellas los sentimientos que alguna vez los unieron al cigarro y las proyecciones de una vida futura sin este hábito.

Al concluir con la revisión de esta tarea, se procedió a la proyección del video “Un final inesperado”. El material generó un debate intenso y profundo, pues los testimonios de pacientes con enfermedades terminales producto del consumo de cigarro causaron gran impacto. Evidenciándose en las expresiones extraverbales de los miembros del grupo durante la observación del mismo. Por lo cual se considera que se lograron los objetivos que se perseguían con la proyección del material, alcanzando altos niveles de sensibilización. Lo que a su vez propició que comentaran a sus compañeros casos similares de los que habían escuchado e incluso conocido directamente.

A partir de este momento, consideramos pertinente realizar un balance de las sesiones realizadas para concretar los resultados obtenidos en cada uno de los participantes. Con ello se buscaba destacar los miembros que a consideración del grupo se encontraban preparados para el abandono del cigarro. Mientras que en el caso de los demás, se podía apreciar que si seguían evolucionando como hasta el momento, podrían enfrentarse también al proceso, pero igual podían intentarlo en esta ocasión.

Dentro de las herramientas que se le brindan para iniciarse en la cesación del consumo, se comenzó con la técnica de desactivación psicofisiológica, respiración diafragmática para el control de los síntomas de abstinencia. El ejercicio se realizó en varias repeticiones, con el fin de que los todos logran

aprenderla para poder realizarla correctamente y lograr un nivel de relajación adecuado. Se recomendó realizarla varias veces al día, especialmente en los momentos en que sintiesen el deseo de fumar. Para facilitar su aprendizaje se le entregó a cada sujeto un manual del entrenamiento.

Luego se procedió a la orientación de las tareas terapéuticas, siendo la más importante el dejar de fumar, acuerdo que fue tomado por el grupo desde la sesión anterior. Con el objetivo de lograr el mantenimiento de la cesación se les facilitó una guía de autoayuda con recursos para el control de los síntomas de abstinencia. Además se le recomendó el entrenamiento sistemático del ejercicio de respiración diafragmática (antes de levantarse y dormir, ante situaciones estresantes, ante deseos de fumar, entre otras situaciones).

Finalmente se concluyó con la técnica “La telaraña”, la cual nos permitió determinar el elevado nivel de satisfacción de los miembros del grupo. Los mismos concluían la sesión decididos a enfrentarse al abandono del cigarro, con mucha motivación y fuerza de voluntad.

Sesión 4

Los principales objetivos que se persiguieron en esta sesión estaban centrados en verificar el mantenimiento de la cesación tabáquica en los estudiantes y el control de los síntomas de abstinencia, estimulando recursos personales en este proceso. En vistas a lograr estos propósitos se coordinó para esta sesión el encuentro con un exfumador. Intencionando que fuese una persona significativa para los estudiantes se invita al Dr. Ricardo González Gutiérrez, exfumador desde hace 20 años. El mismo es profesor de grandes méritos y experiencia en la Facultad de Química; además es muy querido y respetado por todos los estudiantes.

El encuentro comenzó con realización de la técnica “Los caramelos de colores”; en la que participó también el Dr. Ricardo. Mediante la misma se hizo un análisis de cómo se habían sentido los estudiantes hasta el momento, qué había cambiado y qué les preocupaba con respecto al abandono del cigarro. En el desarrollo de la técnica se evidenciaron entre los participantes emociones

positivas, constituyendo un espacio vivencial para todos, en este sentido se escucharon opiniones como: *“estoy muy complacida con los logros que he alcanzado en esta última semana pues nunca pensé que podría resistir tanto al dejar el cigarro y quiero agradecer a nuestra psicóloga y a mis compañeros del grupo porque sin ustedes no lo hubiera logrado”, “admito que no he podido dejar de fumar pero si estoy fumando menos de la mitad de cigarros que fumaba antes y pienso que a pesar de todo he tenido un gran logro porque nunca antes había llegado a fumar tan poco”, “yo fumaba pocos cigarros al día pero como soy asmática siempre me daba mucha falta de aire por las noches, pero en la semana que llevo sin fumar he notado que he mejorado un poco y eso me pone muy contenta porque me da más fuerza para seguir sin fumar”.*

A continuación se dió paso a la revisión de las tareas terapéuticas donde los participantes manifestaron quiénes habían cesado el consumo de cigarros y quiénes no. De los 7 estudiantes del grupo 4 de ellos se mantenían cesando, mientras que uno declaró haber recaído en una ocasión. Los otros 2 estudiantes no habían cesado su consumo pero manifestaron estar disminuyendo el número de cigarros diarios. Expresaron que todavía no podían renunciar al primer cigarro de la mañana, tampoco a los de las comidas, ni al de luego de tener relaciones sexuales con su pareja. Estas declaraciones ponían de manifiesto que no existía una homogeneidad entre los estudiantes a la hora de abandonar el hábito. Demostrando que existían diferencias en cada uno de ellos, con relación a la implicación en el proceso terapéutico.

Luego se procedió al intercambio con el exfumador, el mismo emitió su testimonio de cómo dejó de fumar y los sentimientos y situaciones asociados al proceso. A través de anécdotas y sonrisas fluyó el debate en el cual se hacía evidente que la experiencia estaba siendo muy agradable para ambas partes. En el Dr. Ricardo se percibía sinceridad y transparencia en sus palabras, lo que permitió que su testimonio impactara a los estudiantes. De esta manera los participantes se sintieron en confianza para preguntar sobre los síntomas de abstinencia y qué había hecho para afrontarlos. Al concluir el intercambio le agradecemos al doctor su presencia y aporte en la sesión, el cual antes de retirarse transmitió palabras de aliento a todos los estudiantes. Con esta actividad se logró resaltar los beneficios

de la cesación, así como estimular la autoconfianza en los estudiantes, quienes demostraban estar complacidos con la misma.

La sesión de trabajo continuó poniendo en práctica la primera parte del ejercicio de relajación muscular de Jacobson, durante unos 25 minutos aproximadamente. Se trabajó específicamente con los brazos, manos, área facial, el cuello y los hombros. Mediante la observación realizada se pudo apreciar que los participantes lograron concentración en el ejercicio. Sin embargo es válido destacar que en el área facial les resultó más difícil la disminución de la contracción muscular.

El ejercicio terminó con adecuadas manifestaciones de bienestar por parte de los miembros del grupo, lo que dió paso a la entrega a cada uno, de un ejemplar del Manual de Entrenamiento de los Ejercicios de Relajación. Se les orientó como tarea terapéutica practicar solamente esta primera parte, además de los ejercicios de respiración y el cumplimiento de la guía de autoayuda. Con ello se perseguía mantener la cesación de aquellos que la habían logrado y estimular al resto a sumarse al grupo de exfumadores. Concluyendo la sesión se le orientó a los participantes que escribieran en un papelógrafo la palabra con la cual calificarían el encuentro, destacándose entre ellas: *“reflexiva, relajante, voluntad, ánimo y motivación”*. Lo que permite emitir una evaluación positiva de la sesión, calificándola como satisfactoria y productiva.

Sesión 5:

Comenzamos la sesión con la técnica “La cola de la serpiente”, la cual permitió gestar un clima sociopsicológico favorable. Se logró motivar a los participantes para la dinámica grupal, siendo un momento agradable y divertido. Este inicio constituyó un momento importante de la sesión, pues permitió activar a los estudiantes y centrarnos en los objetivos del encuentro.

Seguidamente comenzamos con la revisión de las tareas terapéuticas, las cuales estaban dirigidas a realización de la primera parte de los ejercicios de relajación. En este sentido se obtuvieron experiencias positivas por parte de los estudiantes, quienes expresaron: *“hice el ejercicio en mi cuarto por la noche cuando me dieron*

deseos de fumarme un cigarro y me sentí tan bien cuando termine que no llegue a fumar”, *“cuando termine de hacer la relajación me sentí tan calmado, tan tranquilo, que al rato me quede dormido”*. En cuanto al monitoreo del autorregistro, se constató que cuatro de los estudiantes continuaban cesando, mientras que los otros tres seguían disminuyendo el consumo de cigarros. Lo cual reflejaba una adecuada implicación en el proceso de cambio.

La sesión continuó con la técnica “Solución de problemas”. Se empleó una situación relacionada con determinadas circunstancias de la vida cotidiana que podían convertirse en situaciones elicitoras de consumo. En el análisis realizado se arribaron a conclusiones muy interesantes y oportunas. Destacaron que el cigarro nunca debía constituir la solución a ningún problema por muy grave que fuese, sino que sería generador de muchos otros. Además, se sistematizaron los aprendizajes obtenidos en muchas de las posibles alternativas. Las mismas estuvieron relacionadas con las herramientas que los estudiantes contaban hasta el momento: ejercicios de respiración, de relajación, ingerir líquidos constantemente, entre otras.

A continuación se procedió a realizar la práctica de la segunda parte de los ejercicios de relajación muscular de Jacobson: la relajación del pecho, del estómago y el vientre, durante otros 25 minutos. Las experiencias fueron satisfactorias, pues durante la práctica del ejercicio en varios participantes se reflejaban expresiones faciales positivas. Este momento resultó satisfactorio para los estudiantes, quienes manifestaron vivenciar sensaciones placenteras durante el ejercicio.

Para concluir el encuentro se orienta generalizar la técnica de solución de problemas a situaciones reales de su vida cotidiana. En vistas a desarrollar habilidades en las que el hábito fumar no sería una opción. Además, se indica incluir en la práctica de la relajación los ejercicios nuevos. En el cierre de la sesión los estudiantes brindaron palabras de aliento al compañero del lado, destacándose frases como: *“sigue así y llegarás a la meta”, “no te dejes caer tu puedes y nosotros confiamos en ti”, “no dejes que un vicio domine tu vida”, “vive*

para contarlo y no para que otros lo cuenten por ti". De esta forma se logró estimular la autoeficacia mediante el grupo como dispositivo para el cambio.

Durante el desarrollo de las actividades se pudo apreciar, cómo la mayoría de los estudiantes se manifestaban motivados y con voluntad de seguir esforzándose. Lo que constituía un indicio de la activación de recursos propios para enfrentar las recaídas, y así lograr un mayor autocontrol de los síntomas de abstinencia.

Sesión 6

La técnica de activación que se empleó para iniciar la sesión fue "La enredadera", mediante la misma se alcanzó un clima agradable, interactivo y dinámico entre los miembros del grupo. Luego se procedió a monitorear la realización de las tareas terapéuticas, apreciándose que se mantenían cesando cuatro estudiantes; mientras que los tres restantes mantenían su disminución del consumo. En este sentido uno de ellos estaba fumando de 4 a 5 cigarrillos al día, otro consumía de 2 a 3 diarios y se destacó en el grupo la actitud de un estudiante que había logrado llegar al consumo diario de solo un cigarrillo. En cuanto al entrenamiento en los ejercicios de relajación, manifestaban que continuaban realizándolos con mayor frecuencia, principalmente en los momentos en que tenían deseos de fumar o se sentían estresados por alguna situación.

La sesión continúa con la técnica "Regalo de apoyo y confianza", donde se hicieron evidentes los logros alcanzados por cada estudiante hasta el momento. En el caso de unos se destacaba el haber llegado a la meta de la cesación y en otros el logro de la reducción significativa del consumo de cigarrillos. El desarrollo de esta técnica constituyó un momento reflexivo-vivencial, donde se empleaba una vez más al grupo para estimular la autoeficacia en los estudiantes.

Seguidamente se procedió a realizar la última parte de los ejercicios de relajación de Jacobson: en este caso incluyendo las caderas, los muslos y las pantorrillas, continuando con una relajación completa de todo el cuerpo. En esta ocasión se alcanzó en varios miembros del grupo un alto nivel de relajación, evidenciándose en sus verbalizaciones: *"que bien me siento no tengo deseos de pararme de*

aquí”, “en estos momentos me gustaría acostarme a dormir”, “sentí que mi cuerpo flotaba y que no podía ni controlar mis movimientos”.

Al terminar los ejercicios de relajación se dio paso a los momentos finales del encuentro, donde se reforzaron los logros alcanzados por los miembros del grupo hasta ese momento. Se les recomendó continuar con el entrenamiento de los ejercicios de relajación, esta vez de una forma más completa. De manera que se empleara como recurso en el afrontamiento de los síntomas de abstinencia y a las posibles situaciones elicitoras de consumo de cigarrillos. En los minutos finales del encuentro cerramos con la frase reflexiva: “El verdadero ganador es aquel que cree en él mismo, cuando más nadie lo hace”. La misma tuvo gran aceptación por el significado que encierra, motivando a los estudiantes a abandonar el encuentro reflexionando de manera individual.

Se debe destacar que en esta sesión las técnicas centrales tuvieron un gran impacto. Lográndose potenciar a un mayor nivel la disposición para el cambio de actitud frente al tabaquismo, especialmente en aquellos estudiantes que todavía no habían alcanzado la cesación. Antes de despedirnos se les orienta a los estudiantes continuar practicando los ejercicios de relajación, con el objetivo de consolidar el entrenamiento en estrategias de desactivación psicofisiológica.

Sesión 7:

Esta sesión se inicia con la técnica “Adivina el refrán”. Se dividió el grupo en dos equipos uno de cuatro integrantes y otro de tres. Seguidamente se dramatizaron refranes resultando muy divertido. Luego de este momento se procedió a la revisión de las tareas terapéuticas, donde los estudiantes manifestaron su satisfacción con la relajación completa: *”yo hice la relajación por la tarde en mi casa y me dormí tan profundo que mi mamá me tuvo que ir a despertar para que comiera”, “la última vez que hice el ejercicio me sentí como nunca, es la vez que más me he relajado”, “yo hice la relajación antes de ponerme a estudiar Física y sin mentirles caballero, las fórmulas se me pegaron más rápido que otras veces”.*

Cuando se realizó el análisis de la fase de mantenimiento se destaca la cesación del estudiante que hasta el momento se mantenía fumando un solo cigarrillo.

Mientras que los cuatro estudiantes que habían cesado anteriormente continuaban en esta condición. Por otro lado los dos restantes seguían disminuyendo paulatinamente su consumo de cigarrillos.

Continuamos el encuentro con la técnica “Sin quebrarse”, mediante la cual se perseguía el objetivo de fortalecer el autocontrol y los recursos personales de afrontamiento a la cesación en los estudiantes. En el desarrollo de la misma los participantes reflexionaron y manifestaron que existen diferencias individuales en cada uno de ellos a la hora de desprenderse del consumo. Algunos manifestaban que les resulta más difícil desprenderse y renunciar a determinados cigarrillos que a otros. Se logró un profundo nivel de análisis entre todos, culminando el debate con las verbalizaciones de un estudiante que había emergido como líder y vocero del grupo en las primeras sesiones del programa: *“a pesar que todos somos fumadores, tenemos formas de actuar y de resolver los problemas diferentes pero eso no significa que juntos no podamos llegar a la meta y ser capaces de mantenernos sin fumar aun cuando el programa termine”*.

Seguidamente se procedió a realizar la técnica central “Juego de roles”, en la cual los participantes realizaron dramatizaciones donde reflejaron su vida en los próximos cinco años, teniendo en cuenta el mantenimiento de la cesación. Es válido destacar que en cada interpretación hubo creatividad, pero sobre todo compromiso, pues todos reflejaban una vida sin el consumo del cigarrillo, aun en las situaciones más adversas y complicadas. El desarrollo de esta técnica constituyó un momento importante, pues reafirmó en cada estudiante la necesidad de ser fuertes en el abandono de su hábito tabáquico para tener una vida próspera y saludable. Por lo que se considera que de una manera auténtica se reafirmó la necesidad de la cesación y con ello la prevención de recaídas.

Luego de la técnica central se orientaron las tareas terapéuticas, donde se les pidió a los estudiantes continuar con el mantenimiento de la cesación o reducción del consumo. Para ello debían emplear los aprendizajes obtenidos en todas las sesiones implementadas, pidiéndoles además que realizaran una reflexión individual sobre las temáticas abordadas en la sesión.

Concluyendo el encuentro realizamos un “PNI”, lo que permitió comprobar la calidad de la sesión. Se pudieron apreciar a través de lo referido por los estudiantes, los logros terapéuticos alcanzados hasta el momento, con una evolución cada vez más favorable de los estudiantes vinculados a la terapia. De manera general, en esta sesión de trabajo se logró a través de las distintas actividades planificadas preparar a los estudiantes para la prevención de recaídas, mediante la práctica de sus recursos personales.

Sesión 8

El encuentro se inició con la técnica “La canasta revuelta”, en el desarrollo de la misma participamos todos, lográndose activar al grupo para las actividades posteriores. Seguidamente se procedió a la revisión de las tareas terapéuticas, donde los estudiantes pusieron ejemplos de situaciones que les habían ocurrido durante los días previos al encuentro. Abordando aspectos sobre el empleo de los aprendizajes adquiridos para sobreponerse a las mismas. También hicieron alusión a las herramientas que utilizaron para afrontar los síntomas de abstinencia.

Continuamos con la técnica “Un dilema para afrontar”, buscando fortalecer aún más los estilos de afrontamiento en la prevención de recaídas. En el desarrollo de la actividad se reafirma la decisión de continuar con la cesación en unos estudiantes y en otros la lucha por mantener la disminución del consumo hasta lograr la cesación. En este sentido manifestaban que emplearían diversos modos de afrontamiento ante los síntomas de abstinencia; destacándose: el apoyo social, el autocontrol, el distanciamiento, la evitación, la confrontación, entre otros. Este ejercicio requirió de mucha reflexión por parte de los estudiantes. Por este motivo se les orientó llevar a la práctica los estilos de afrontamientos abordados en la sesión, que les permitirían evitar recaídas ante situaciones precipitadoras.

Con el desarrollo de esta técnica se preparó de alguna manera a los estudiantes para el próximo encuentro. En el mismo se presentarán los posibles estímulos desencadenantes de las recaídas, mediante la técnica “Exposición en vivo”. Concluimos el encuentro con estas orientaciones precisas y cerramos la sesión con un aplauso. Esta técnica permitió la estimulación, motivación y compromiso

de los estudiantes con el proceso terapéutico, resaltándose los logros obtenidos hasta el momento. De manera general el desarrollo de esta sesión se destacó por el énfasis en las estrategias de afrontamiento y el fortalecimiento del autocontrol en el abandono del cigarro.

Sesión 9

En la sesión anterior se les había comentado a los estudiantes las particularidades que tendría este encuentro, por lo que al reunirnos para comenzar la actividad se pudieron apreciar las motivaciones y expectativas de los mismos. Antes de dar paso a la técnica central se dedicó un espacio a la revisión de las tareas orientadas. Al respecto los estudiantes planteaban que habían meditado en todo lo ocurrido y aprendido en el encuentro anterior, especialmente en lo que sucedería en este.

Con gran entusiasmo y expectativas se dio inicio a la técnica “Exposición en vivo”. Antes de llegar al lugar en el cual transcurriría la actividad reflexionamos sobre la importancia que tendría la actividad, pues la misma requería poner en práctica todos los conocimientos obtenidos hasta el momento. Para desarrollar la misma nos trasladamos de la Universidad de Camagüey hasta el Café Ciudad ubicado en el parque Agramonte, el cual estaba rodeado de estímulos. En esta área existían una serie de establecimientos como La casa del vino, La casa del tabaco, restaurantes, heladerías y tiendas en las cuales se ofertaban entre otras cosas cigarrillos. Además por ser un lugar público había muchas personas fumando.

Nosotros comenzamos nuestra actividad tomándonos un café mientras conversábamos sobre las pruebas que estaban teniendo en esos momentos, las asignaturas que les resultaban más difíciles de estudiar y los preparativos que estaban realizando para los Juegos Taínos en la Universidad. A continuación decidimos tomarnos un helado mientras realizábamos un balance sobre todo lo ocurrido en la salida. Los criterios expresados reafirmaron lo positiva y necesaria que fue la actividad: *“al principio me sentí nerviosa cuando vi que estábamos frente a la casa del tabaco y vi toda esa gente alrededor fumando y comprando cigarrillos, pero me dije por dentro yo puedo sentirme bien y divertirme sin tener que fumar y así lo hice”, “debo reconocer que estoy sorprendido conmigo, pues*

aunque soy de los que todavía no ha dejado el cigarro, compartiendo con ustedes me sentí tan bien y tan distraído que no me paso por la cabeza fumar a pesar de que pasaba tanta gente con cigarros en la mano". Luego de estas reflexiones se hizo énfasis en la importancia de continuar con el empleo de los recursos personales y las estrategias psicológicas que tenían a su disposición, para poder afrontar situaciones similares.

Para finalizar el encuentro se aplicó la técnica "Los termómetros", mediante la cual se buscaba conocer el nivel de satisfacción de los estudiantes con la sesión y sus estados emocionales antes y después del encuentro. En este sentido los resultados fueron satisfactorios, pues la temperatura reflejada en los termómetros demostraba altos niveles de satisfacción al comenzar como al culminar la actividad. Teniendo en cuenta que el termómetro tenía una escala de valores del 1 al 5, donde el 1 expresaba el nivel más bajo y el 5 el nivel más alto. Los estudiantes marcaron en su mayoría del 4 al 5 al comenzar y 5 al terminar, lo cual permite evaluar el encuentro como satisfactorio y productivo.

Sesión 10

La sesión se inició con el desarrollo de la técnica "Contando historias con los pies". La misma constituyó un momento muy divertido, propiciando un adecuado clima sociopsicológico para adentrarnos en los objetivos del encuentro. Se empleó seguidamente la técnica de caldeamiento "El escaparate", mediante la cual los estudiantes emitieron criterios muy interesantes, tanto en la ropa para guardar, para arreglar, como en la de botar (Anexo 22). Con los criterios expuestos en esta técnica se sistematizaron los contenidos abordados a lo largo del Programa, donde se podía apreciar la transferencia de estos aprendizajes a la vida cotidiana de los estudiantes.

A continuación se dió paso a la técnica "La noticia", para el desarrollo de la actividad se dividió el grupo en dos dúos y un trio. Los participantes haciendo uso de su imaginación y creatividad fueron capaces de transmitir mensajes muy sugerentes relacionados con el tabaquismo (Anexo 23). En los mismos reflejaron sus vivencias, logros y aprendizajes a lo largo del Programa; constituyendo de esta manera un momento agradable y de retroalimentación para el grupo.

Por último se coordinaron los encuentros de seguimiento y el terapeuta culmina la sesión de trabajo con la entrega a cada miembro del grupo de una tarjeta que contenía la frase: “la persona que verdaderamente tiene carácter no ve obstáculos, sino retos; domina sus impulsos para ser dueño de su voluntad: conserva amistades y relaciones por los valores que trasmite; encuentra alegría en lo que hace sin conformarse con ser feliz a través de los placeres pasajeros”. Los invita a reflexionar individualmente sobre el significado que contiene la misma y de esta manera se cerró la última sesión de trabajo grupal del Programa. En los momentos finales los estudiantes se acercaron a la terapeuta y demostraron su agradecimiento por la ayuda brindada durante el transcurso del Programa.

De manera general se pudo apreciar que durante todo el proceso se logró una cohesión entre los miembros del grupo. En este sentido se establecieron adecuadas relaciones interpersonales entre todos, factor que facilitó el logro de sus objetivos personales: dejar de fumar en el caso de 5 estudiantes y la disminución del consumo en los dos restantes. Además se evidenció en las últimas cuatro sesiones, una mayor estabilidad en los participantes, demostrándose en la motivación y el interés en emplear las estrategias psicológicas brindadas.

3.2.2 Estudios de caso: evaluación del progreso.

LGT: Muestra motivación y entusiasmo durante todo el proceso de trabajo en el Programa, teniendo un 100% de asistencia y puntualidad a las sesiones. Esta estudiante mantiene una relación consensuada y su pareja no fuma, lo cual contribuyó en gran medida a que reflexionara y se decidiera a participar en el programa. Siendo esta una de sus motivaciones para abandonar el hábito, respecto a esto refería: *“al principio quise dejar de fumar porque mi novio no le gustaba este vicio, pero hoy lo hago más que nada por mí”*. Posee al igual que la mayoría un adecuado conocimiento sobre el tabaquismo, destacándose desde la primera sesión por sus criterios reflexivos.

A través del autorregistro y sus verbalizaciones se evidenciaba que iba alcanzando paulatinamente la disminución del consumo. De fumarse diariamente de 11 a 20 cigarrillos (fumadora regular moderada), había llegado a consumir para la

cuarta sesión de 3 a 4 (fumadora regular leve). Para alcanzar estos avances con rapidez LGT se apoyaba de recursos salutogénicos como la práctica de ejercicios aeróbicos, la toma constante de líquidos y sobre todo la realización de las técnicas de relajación y aversivas enseñadas durante las sesiones, refiriendo en este sentido: *“cada vez que hago ejercicios termino muy cansada y para sentirme mejor hago la relajación y esto me distrae mucho y no pienso en fumar, pero cuando los deseos son muy grandes hago la técnica de retener el humo y como me da tanto asco no sigo fumando”*.

De esta forma continuó con una evolución favorable para el logro del objetivo terapéutico, manteniendo cierta estabilidad en las sesiones posteriores. Lo que le permitió mayor implicación en el proceso de cambio, logrando además transferir a situaciones de su vida cotidiana los aprendizajes obtenidos; evidenciándose en uno de sus comentarios: *“yo había intentado dejar de fumar en muchas ocasiones pero nunca me pude resistir a fumarme un cigarro después de estar con mi novio, pero gracias a lo que aprendí aquí ahora en vez de fumar hago mi ejercicio de relajación con mi novio pues yo se lo enseñé y no siento la necesidad de fumar”*. Siguiendo esta línea de trabajo y esfuerzo LGT alcanzó el objetivo terapéutico al cesar por completo su consumo.

De manera general en el comportamiento de los componentes del autocontrol del consumo en LGT se evidenciaba que luego de la implementación del programa en esta estudiante hubo una adecuación de la percepción de riesgo. Específicamente en el movimiento de los estadios motivacional y de cambio pues en el caso del primero, antes se encontraba en el estadio discrepante y después se movió hacia el balance decisional. Mientras que en el caso del segundo comenzó el programa en un estadio de preparación para la acción y luego llegó a ubicarse en el estadio acción. Lo cual se evidencia en el componente expresión conductual pues alcanza la cesación definitiva del consumo de cigarrillos. Estos logros se sustentan debido al enriquecimiento de las Habilidades para el Control del Consumo, demostrándolo en la efectividad de respuestas de afrontamiento y el incremento de la autoeficacia percibida.

Estos resultados fueron constatados en las entrevistas de seguimiento realizadas, en las que se evidenciaba que LGT a pesar de presentar síntomas de abstinencia como irritabilidad, dolores de cabeza y aumento del apetito no tuvo ninguna recaída.

RPR: Fue uno de los que mostró menor nivel de conocimientos sobre el tabaquismo en las primeras sesiones de trabajo, con respecto a sus compañeros. Inicialmente poseía creencias erróneas sobre el tabaquismo y sus efectos, las cuales estaban condicionadas por mitos populares. Sin embargo se mostró atento y receptivo a todo lo que se le explicaba para desmitificar aquellos elementos erróneos que conocía.

En la negociación del día “D” (día para dejar de fumar), fue uno de los estudiantes que manifestó que todavía era muy pronto para abandonar el hábito totalmente, pues no se sentía preparado. Después de este encuentro RPR se ausentó a dos sesiones de trabajo, específicamente a la tercera y la cuarta, las cuales estaban relacionadas con el cumplimiento del día “D”. Por este motivo solo tuvo un promedio de asistencia y puntualidad de un 80%. Se incorpora en el quinto encuentro y al finalizar el mismo pidió la palabra y dirigiéndose a todos expresó: *“yo quiero explicarles que yo falté a los otros encuentros porque cuando se habló de dejar de fumar definitivo me dió miedo no poder hacerlo y quedar mal con la profesora y con ustedes porque yo llevo mucho tiempo fumando y la vez que intenté dejarlo no pude, pero si ustedes me ayudan yo prometo esforzarme el doble”*. Estas palabras promovieron en el grupo mensajes de apoyo, que le devolvieron a RPR la confianza y la voluntad para implicarse más en su proceso de cambio.

A partir de ese momento RPR se fue implicando cada vez más en el proceso terapéutico, lo que se evidenciaba en su autorregistro ya que iba logrando una reducción paulatina de su consumo habitual. Inicialmente consumía de 21 a 30 cigarrillos diarios (gran fumador regular) y logró disminuirlo de 4 a 5 convirtiéndose en un fumador regular leve. A pesar de la evolución progresiva que fue alcanzando en las sesiones desarrolladas posteriormente no logró llegar a la cesación de su consumo.

De manera general en el comportamiento de los componentes del autocontrol del consumo en RPR se evidenciaba que luego de la implementación del programa en este estudiante hubo una adecuación de la percepción de riesgo. Específicamente en el movimiento de los estadios motivacional y de cambio. En el caso del primero se ubica en el estadio motivacional discrepante porque a pesar de estar evidenciando el conflicto continuaba fumando, aunque en menor cantidad. Mientras que en el caso del segundo comenzó el programa en un estadio de contemplación y luego llegó a ubicarse en el estadio decisión. Lo cual se evidencia en el componente expresión conductual pues logra disminuir a más de la mitad su consumo inicial de cigarrillos. Esta evolución se sustenta gracias al enriquecimiento de las Habilidades para el Control del Consumo, lo cual demuestra en la efectividad de respuestas de afrontamiento y el incremento de la autoeficacia percibida.

En las entrevistas de seguimiento realizadas, se evidenciaba que RPR mantenía los logros alcanzados durante la implementación del programa, pues continuaba con la disminución del consumo de cigarrillos.

AAM: Se mostró muy motivado por la terapia desde el comienzo del programa, lo cual se mantuvo durante todo el proceso. Se destacó en el grupo expresando criterios de gran implicación reflexiva. Al iniciar el programa AAM se encontraba en el estadio de cambio de preparación, estando dispuesto a hacer un intento serio de abandono en las primeras semanas del programa, cumpliéndolo al abandonar su consumo a partir del tercer encuentro.

Al poco tiempo de abandonar el consumo, comenzaron a aparecer los síntomas de abstinencia y a pesar del nivel de disposición para el cambio de actitud frente al tabaquismo, vivenció una recaída cuando asistió a una fiesta con sus amigos. No obstante, fue capaz de reconocer lo ocurrido frente al grupo. Se comprometió a realizar un esfuerzo mayor para cesar definitivamente su consumo antes de la culminación del programa. Dentro de las estrategias más empleadas por AAM en el abandono del consumo se encontraban: evitar estar cerca de un fumador y no frecuentar lugares en los que habitualmente se reunía con los amigos y fumaba.

La actividad que causó mayor conmoción e impacto en AAM fue la proyección del video "Un final inesperado". Pues este estudiante vivió de cerca una experiencia similar a uno de los casos que aparecían en el video, ya que su abuelo había muerto de un enfisema pulmonar cuando él tenía 17 años. Desde ese momento había realizado muchos intentos por abandonar el cigarro pero no había tenido éxito. En esta ocasión realizó comentarios de gran profundidad, logrando implicar y hacer reflexionar al resto del grupo.

Para el manejo del autocontrol en el afrontamiento de los síntomas de abstinencia, requirió en algunos momentos de terapia individualizada a parte de la recibida durante las sesiones habituales del programa. Las mismas se realizaron en 4 ocasiones luego de concluir las sesiones grupales. En ellas se le brindaba apoyo emocional y se le encomendaban tareas en vistas a potenciar sus recursos personales para el logro de la cesación. En este sentido tuvo una evolución favorable, pues a medida que iban avanzando las sesiones de trabajo grupal AAM empleaba en la práctica de manera adecuada las técnicas de desactivación psicofisiológica. Lo que contribuyó al fortalecimiento de su autoconfianza para lograr el objetivo terapéutico.

La asistencia a las sesiones de AAM fue de un 100% y mantuvo durante su periodo de consumo un buen uso del autorregistro y de su agenda terapéutica de manera general. En ella hacía alusión en diferentes momentos, a los motivos por los cuales dejaba de fumar; cumpliendo su objetivo de mantener la cesación total del hábito. Además este estudiante se destacó por constituir un soporte para todos, siendo uno de los que más palabras de apoyo y aliento le brindó al grupo.

De manera general en el comportamiento de los componentes del autocontrol del consumo en AAM se evidenciaba que luego de la implementación del programa en este estudiante hubo una adecuación de la percepción de riesgo. Específicamente en el movimiento de los estadios motivacional y de cambio pues en el caso del primero, antes se encontraba en el estadio ambivalente y después se movió hacia el balance decisional. Mientras que en el caso del segundo comenzó el programa en un estadio de preparación para la acción y luego llegó a ubicarse en el estadio acción. Lo cual se evidencia en el componente expresión

conductual pues alcanza la cesación definitiva del consumo de cigarrillos. Estos logros se sustentan debido al enriquecimiento de las Habilidades para el Control del Consumo, demostrándolo en la efectividad de respuestas de afrontamiento y el incremento de la autoeficacia percibida.

En las entrevistas de seguimiento realizadas, se evidenciaba que AAM mantenía los logros alcanzados durante la implementación del programa, continuando con su cesación. A pesar de ello presentaba síntomas de abstinencia como irritabilidad, dolores de cabeza frecuentes y deseos de fumar. En este sentido fue necesario un encuentro de atención individualizada, con el objetivo de reforzar el mantenimiento de la cesación.

YFC: Se destacó desde los inicios del programa por sus criterios reflexivos sobre las consecuencias del tabaquismo. Inicialmente se encontraba en el estadio de cambio de preparación, proponiéndose dejar de fumar en los próximos 30 días. Durante todo el proceso mantuvo adecuadas relaciones con sus compañeros del grupo y se mostró motivada en cada una de las sesiones desarrolladas. Mantuvo un 100% de asistencia y puntualidad a lo largo del programa. Participaba activamente en las actividades que se realizaban en cada una de las sesiones y emitía criterios pertinentes y de gran valor reflexivo.

YFC es una fumadora que padece de asma bronquial de grado I y en los últimos 6 meses había tenido un número considerable de episodios respiratorios. Esta razón constituyó una de sus motivaciones principales para participar en el programa y abandonar el consumo tabáquico. En todo momento mantuvo una adecuada implicación en el proceso de cambio. Evidenciándose en su autorregistro, pues de un consumo diario de hasta 10 cigarrillos (fumadora regular leve), logró reducirlo rápidamente de 2 a 3, luego llegó a fumar uno solo hasta que logró cumplir con el objetivo terapéutico y cesó completamente su consumo.

En relación a las estrategias que empleó para mantener su cesación y afrontar los síntomas de abstinencia refería: *“de todo lo que aprendí aquí, las técnicas que más me gustaron y que más me ayudaron fueron la de relajación que siempre la hacía cuando tenía deseos de fumar o estaba estresada y la de respiración que*

no solo me ayudó para no sentir deseos de fumar, sino que como soy asmática también me ayudó con mis faltas de aire”.

Es válido reconocer que esta estudiante fue una de las que más se destacó en las sesiones donde se realizaron los entrenamientos de los ejercicios de respiración diafragmática y de relajación muscular progresiva de Jacobson. Siendo estas técnicas las que más resultados satisfactorios han logrado en los miembros del grupo. Debemos destacar que a pesar de presentar síntomas de abstinencia YFC logró fortalecer sus estilos de afrontamiento. De esta manera alcanzó el objetivo terapéutico al cesar por completo su consumo y no haber recaído en ninguna ocasión en el difícil proceso de abstinencia. Lo cual se constató en las entrevistas de seguimiento realizadas, donde ratificaba el mantenimiento de la cesación.

De manera general en el comportamiento de los componentes del autocontrol del consumo en YFC se evidenciaba que luego de la implementación del programa en esta estudiante hubo una adecuación de la percepción de riesgo. Específicamente en el movimiento de los estadios motivacional y de cambio pues en el caso del primero, antes se encontraba en el estadio ambivalente y después se movió hacia el balance decisional. Mientras que en el caso del segundo comenzó el programa en un estadio de preparación para la acción y luego llegó a ubicarse en el estadio acción. Lo cual se evidencia en el componente expresión conductual pues alcanza la cesación definitiva del consumo de cigarrillos. Estos logros se sustentan debido al enriquecimiento de las Habilidades para el Control del Consumo, demostrándolo en la efectividad de respuestas de afrontamiento y el incremento de la autoeficacia percibida.

JRH: Mantuvo durante todo el proceso adecuadas relaciones afectivas con los demás miembros del grupo, destacándose por su carisma. Se hizo evidente que sus características personalógicas facilitaron que fuera muy querido por sus compañeros, lo que constituyó un recurso que fue empleado para el afrontamiento de las recaídas. Puesto que JRH tenía la capacidad de motivar al grupo e incitarlos a esforzarse en todo momento.

JRH fumaba desde hace cinco años y mantenía un consumo de 11 a 20 cigarros diarios (fumador regular moderado). Mostró una participación activa y responsable en el proceso de cambio. A medida que la terapia avanzaba se apreciaba su esfuerzo por lograr un nivel de relajación adecuado durante la realización de los ejercicios de desactivación psicofisiológica. Se empeñaba por cumplir a cabalidad todas las orientaciones que se realizaban en aras de la cesación y el autocontrol ante los síntomas de abstinencia.

Tuvo un 100% de asistencia y puntualidad durante todo el trabajo grupal. En la búsqueda de alcanzar el objetivo terapéutico comenzó con una disminución paulatina de su consumo habitual hasta cesar definitivamente en la séptima sesión de trabajo, ese día refirió: *“me costó trabajo dejarlo pero si yo había podido llegar hasta aquí sabía que solo era cuestión de tiempo dejar mi vicio completo, además yo no los podía decepcionar a ustedes que tanto han confiado en mí”*. Al llegar a este punto se hizo evidente que JRH necesitó hacer un gran esfuerzo para mantener la cesación y controlar los síntomas de abstinencia, pero logró mantenerse firme en todo momento.

Es válido destacar la actitud asumida por JRH en la actividad de Exposición en vivo, pues fue uno de los que más autocontrol demostró, expresando al respecto: *“a pesar de que yo en lugares como estos siempre fumaba pude contener mis deseos y centrarme en las cosas positivas como en el rato tan rico que estaba pasando con ustedes y no volví a pensar más en el cigarro”*.

De manera general en el comportamiento de los componentes del autocontrol del consumo en JRH se evidenciaba que luego de la implementación del programa en este estudiante hubo una adecuación de la percepción de riesgo. Específicamente en el movimiento de los estadios motivacional y de cambio pues en el caso del primero, antes se encontraba en el estadio discrepante y después se movió hacia el balance decisional. Mientras que en el caso del segundo comenzó el programa en un estadio de preparación para la acción y luego llegó a ubicarse en el estadio acción. Lo cual se evidencia en el componente expresión conductual pues alcanza la cesación definitiva del consumo de cigarros. Estos logros se sustentan debido al enriquecimiento de las Habilidades para el Control

del Consumo, demostrándolo en la efectividad de respuestas de afrontamiento y el incremento de la autoeficacia percibida.

En las entrevistas de seguimiento realizadas JRH continuaba cesando sin haber tenido recaídas y mostrando tener un adecuado control ante los síntomas de abstinencia y las situaciones elicitoras de consumo.

JLM: Mantuvo un 90% de asistencia y puntualidad a las sesiones de trabajo grupal, faltando a la sesión donde se comenzaba con el día “D”(día para dejar de fumar). Cuando se incorpora al trabajo grupal expresa: *“me daba pena venir porque no había podido dejar de fumar, pero estoy aquí porque si quiero desprenderme del cigarro”*. Mostrando de esta manera una renovación de su compromiso con la terapia. A pesar de los esfuerzos que realizó desde ese momento y la motivación que manifestaba en cada actividad, no logró abandonar totalmente el consumo. Sin embargo logro disminuirlo paulatinamente, donde con un consumo diario de 11 a 20 cigarros (fumador regular moderado) llegó a mantenerse fumando de 2 a 3(fumador regular leve). En este sentido se ubica en el estadio motivacional discrepante. Las principales estrategias que empleó para lograr disminuir su consumo fueron: desprenderse de todos aquellos elementos y estímulos que le incitaban a fumar y realizar los ejercicios de relajación cuando tenía deseos de fumar. Demostrando de esta manera su implicación en el proceso de cambio.

JLM al comienzo del trabajo grupal se mostraba muy tímido, a pesar de relacionarse bien con sus compañeros le costaba trabajo expresar sus opiniones y criterios frente a todos. Sin embargo es válido destacar que en el transcurso de las sesiones fue adquiriendo cada vez más seguridad y confianza en sí mismo. Lo que contribuyó a que comenzara a compartir sus criterios y reflexiones, las cuales eran siempre muy aceptados por los demás miembros del grupo. En este sentido se puede citar como ejemplo lo que expresó en la última sesión de trabajo, específicamente en la técnica de caldeamiento “El escaparate”, en la parte de ropa para guardar: *“guardaría de esta experiencia todo lo que he aprendido para seguir intentando dejar de fumar por completo, pero también guardaré como un tesoro la amistad y el apoyo que ustedes me dieron todo este tiempo”*. Estas

palabras fueron acogidas con agradecimiento por los miembros del grupo quienes lo manifestaron con un aplauso.

De manera general en el comportamiento de los componentes del autocontrol del consumo en JLM se evidenciaba que luego de la implementación del programa en este estudiante hubo una adecuación de la percepción de riesgo. Específicamente en el movimiento de los estadios motivacional y de cambio. En el caso del primero se ubica en el estadio motivacional discrepante porque a pesar de estar evidenciando el conflicto continuaba fumando, aunque en menor cantidad. Mientras que en el caso del segundo comenzó el programa en un estadio de contemplación y luego llegó a ubicarse en el estadio decisión. Lo cual se evidencia en el componente expresión conductual pues logra disminuir a más de la mitad su consumo inicial de cigarros. Esta evolución se sustenta gracias al enriquecimiento de las Habilidades para el Control del Consumo, lo cual demuestra en la efectividad de respuestas de afrontamiento y el incremento de la autoeficacia percibida.

En las entrevistas de seguimiento realizadas JLM continuaba con la reducción del consumo mediante el empleo de los distintos recursos psicológicos potenciados durante la intervención. Acercándose cada vez más a la cesación de manera definitiva, pues expresaba que algunos días se fumaba un solo cigarro.

CRV: Desde el comienzo de las sesiones de trabajo demostró poseer un adecuado conocimiento sobre las consecuencias del tabaquismo. Mantuvo relaciones adecuadas con los demás miembros del grupo y una elevada motivación durante las sesiones de trabajo, teniendo un 100 % de asistencia y puntualidad. Durante el transcurso del Programa logró una reducción considerable del consumo habitual. Inicialmente se encontraba en la clasificación de fumador regular leve, consumiendo entre uno 1 y 10 cigarros al día, llegando hasta 6, luego 3 y por último uno solo hasta que alcanzó la cesación definitiva.

Para alcanzar el logro del objetivo terapéutico mantuvo una evolución favorable hasta llegar a cesar su consumo. Con el objetivo de mantener la misma desplegó todo su empeño en las técnicas de desactivación psicofisiológica y en las reflexivo-vivenciales. En el control de los síntomas de abstinencia empleó

herramientas como la práctica de ejercicios físicos, especialmente correr y jugar fútbol, además de ingerir líquidos con frecuencia.

Se debe reconocer que CRV se destacó en la actividad del encuentro con un exfumador. Haciendo uso de sus adecuados conocimientos sobre el tabaquismo y sus consecuencias, realizó preguntas muy pertinentes referidas a los métodos efectivos para afrontar los síntomas de abstinencia y el empleo de estrategias eficaces en las situaciones de la vida cotidiana desencadenantes de recaídas. En este sentido recibió respuestas acertadas por parte del exfumador invitado, el Dr. Ricardo, quien además lo felicitó por sus intervenciones y le brindó palabras de apoyo para que continuase en el mantenimiento de su cesación. Como agradecimiento CRV expresó: *“quisiera agradecerle profesor por sus consejos y decirle que me gustó mucho su visita porque usted siempre ha sido para mí un ejemplo como persona y profesional, pero ahora lo tendré como guía en mi camino a dejar el cigarro”*. De esta manera realizó un compromiso público en frente de todos reafirmando su voluntad y decisión con el proceso de cambio.

De manera general en el comportamiento de los componentes del autocontrol del consumo en CRV se evidenciaba que luego de la implementación del programa en este estudiante hubo una adecuación de la percepción de riesgo. Específicamente en el movimiento de los estadios motivacional y de cambio pues en el caso del primero, antes se encontraba en el estadio discrepante y después se movió hacia el balance decisional. Mientras que en el caso del segundo comenzó el programa en un estadio de preparación para la acción y luego llegó a ubicarse en el estadio acción. Lo cual se evidencia en el componente expresión conductual pues alcanza la cesación definitiva del consumo de cigarrillos. Estos logros se sustentan debido al enriquecimiento de las Habilidades para el Control del Consumo, demostrándolo en la efectividad de respuestas de afrontamiento y el incremento de la autoeficacia percibida.

En las entrevistas de seguimiento realizadas CRV continuaba con el mantenimiento de la cesación. Expresando que podía afrontar los síntomas de abstinencia mediante el empleo de los distintos recursos psicológicos potenciados durante la intervención.

3.3 Análisis de resultados: Etapa III

La implementación del Programa para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes universitarios, se desarrolló teniendo en cuenta cada una de las etapas y actividades concebidas en el Programa original diseñado por Cárdenas, Pedraza y Molerio (2013). La aplicación se desplegó a partir de un diagnóstico inicial de los jóvenes fumadores que toma en consideración los componentes del autocontrol del consumo tabáquico, tales como la percepción de riesgo, habilidades para el control del consumo y la expresión del autocontrol, lo que permitió garantizar la pertinencia del mismo.

Además mostró efectividad en la modificación favorable de la variable dependiente autocontrol del consumo. De forma más específica se apreció que aun cuando los participantes tenían un elevado nivel de conocimiento sobre el tabaquismo, se percibían vulnerables ante el riesgo que el mismo constituye y las motivaciones para dejar de fumar eran esencialmente intrínsecas pues se derivaban de la propia esencia salutogénica de la cesación. De esta manera en estos indicadores no se apreciaron diferencias significativas tras la introducción de la variable independiente (Nivel de conocimiento $p=0.243$; Vulnerabilidad percibida $p=0.186$; Naturaleza de la motivación $p=0.085$). Dichas variables no resultaron afectadas pues, en la evaluación de la línea base, ya mostraban índices altos ($m=4.44$; $m=4.57$; $m=4.25$ respectivamente).

Sin embargo el componente percepción de riesgo experimentaba un desbalance en los indicadores Estadio Motivacional (Em.) y Estadio de Cambio (Ec.). En el caso del primero predominaba, esencialmente, el Em. discrepante, observándose las mayores puntuaciones medias de la escala ($m=4.00$). Pues aun identificando un conflicto motivacional en relación al hábito tabáquico y haberse propuesto, al menos en una ocasión anterior, el abandono del consumo, decidieron continuarlo. En relación al segundo predominó la intención de iniciar la cesación dentro de un mes, es decir, el Ec. Preparación ($m=4.56$).

Luego de la aplicación del programa se apreció un movimiento hacia el Em. balance decisional (antes $m=3.33$ y después $m=5$), dado que en el conflicto de motivos en relación al consumo jerarquizan la opción de la cesación. Mostrando

de esta forma que en el indicador Estadio Motivacional existieron diferencias significativas inferiores a 0.05 posterior a la aplicación de la variable independiente ($p=.017$) (Ver gráfico 1) (Anexo 16). Lo anterior se complementa con una mayor estructuración en las intenciones de abandonar el consumo predominando como Ec. la acción (antes $m=2.25$ y después $m=5$), en el cual también existieron diferencias significativas ($p=.015$) (Ver gráfico 2) (Anexo 17). Estos elementos resaltan el ajuste del componente Percepción de Riesgo de los participantes al finalizar el programa.

Previo a la introducción de la variable independiente, el afrontamiento de los participantes a las demandas que supone la cesación era prácticamente inefectivo ($m=2.11$) y predominaban niveles medios de autoeficacia percibida ($m=3.66$). Al respecto, tras la aplicación del programa, se visualizó el crecimiento en la efectividad de las soluciones a demandas propias del abandono del hábito tabáquico ($m=4.56$), denotando la posibilidad de un mayor control sobre situaciones elicitoras de consumo y síntomas de abstinencia (Ver gráfico 3) (Anexo 18). Lo anterior se complementa con un aumento de la percepción sobre la capacidad individual para afrontar la cesación y mantenerla. Ello determina un enriquecimiento de los recursos que facilitan el grado de éxito en el logro de la cesación tabáquica, patentizando el ajuste alcanzado para el componente Habilidades para el control del consumo, el cual experimentó diferencias significativas ($p=.018$) al concluir la implementación de la variable independiente.

Como resultado de la articulación de los componentes anteriores, se evidencian mejorías significativas en el componente Expresión conductual del Autocontrol (Ver gráfico 4) (Anexo 19). En el cual existieron cambios significativos tras la introducción de la variable independiente ya que, aun cuando los consumos iniciales oscilaban entre 10 y 30 cigarros, el 75% de los participantes logró la cesación tabáquica. El restante 25% mostró una reducción a menos de la mitad del consumo inicial (antes: 30 y después: 5; antes: 15 y después: 3 respectivamente).

Los elementos expuestos anteriormente evidencian que el diseño lógico-metodológico del Programa, el trabajo en grupo y la combinación de técnicas

informativas, reflexivo - vivenciales, cognitivo - conductuales y de desactivación psicofisiológica; resultan suficientes para garantizar el logro de los objetivos del mismo. Lo que permite demostrar la suficiencia del Programa implementado.

En el progreso evidenciado en el análisis por sesiones, se obtuvieron como principales resultados el desarrollo en los estudiantes de recursos personales que potenciaran el empleo de habilidades y estrategias de afrontamiento efectivas en el mantenimiento de la cesación y el control de los síntomas de abstinencia, así como el logro de la adecuación de la percepción de riesgo del tabaquismo. Elemento necesario para lograr un mayor compromiso del estudiante con el proceso de autocontrol del consumo.

En la valoración general de la experiencia por parte de los sujetos, se destaca la satisfacción con el Programa, específicamente en la calidad de los recursos empleados, lo cual permitió incrementar el nivel de responsabilidad individual para con su salud y con el propio tratamiento. Lo cual condujo al cumplimiento de las expectativas planteadas por los mismos al inicio de la investigación, la satisfacción con el terapeuta y el trabajo en grupo.

De esta manera, el protagonismo asumido por los participantes ante los cambios alcanzados favorecen el logro de los objetivos de la investigación. Lográndose reducir en el transcurso progresivo de las sesiones los niveles de dependencia a la nicotina tanto en su componente fisiológico como psicológico. De esta manera los elementos expuestos avalan la efectividad, eficacia y eficiencia del Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del consumo tabáquico en estudiantes universitarios.

3.4 Análisis de resultados: Etapa IV.

Los resultados obtenidos en esta etapa fueron satisfactorios. Durante la primera y segunda reevaluación del proceso (a los 15 días y al mes de haber concluido la intervención). Se constató mediante la aplicación de una entrevista estructurada (Anexo 15), que existía un mantenimiento de los resultados obtenidos en la Etapa II. Puesto que los cinco estudiantes que habían cesado el consumo tabáquico

(representando el 71.4% de la muestra), se mantenían en esta condición sin haber tenido recaídas.

En el caso de los dos estudiantes que lograron una reducción del consumo inicial (representado por el 28.6% de la muestra), se verifica un mantenimiento de los resultados alcanzados una vez culminada la Etapa II. Uno de los estudiantes consume entre uno y tres cigarrillos diarios y el otro, entre cuatro y cinco, ubicándose ambos casos en la clasificación de fumadores regulares leves. En este sentido uno de los estudiantes manifestó: *“aunque para mí ha sido difícil porque muchas veces me siento mal, yo sigo esforzándome y haciendo todo lo que aprendí para dejar el cigarrillo y sé que lo voy a lograr pronto porque casi siempre me fumo uno solo en el día”*. En este caso se demuestra cómo el estudiante, mediante el empleo de los distintos recursos psicológicos potenciados durante la intervención, se va acercando cada vez más a la cesación de manera definitiva a pesar del afrontamiento a los síntomas de abstinencia.

Con relación a los principales síntomas de abstinencia vivenciados durante el tiempo transcurrido desde el último encuentro, los estudiantes referían en algunos casos el dolor de cabeza, el aumento del apetito y la irritabilidad. Sin embargo manifestaban que para enfrentar los mismos empleaban las herramientas aprendidas a lo largo del programa, en especial los ejercicios de respiración diafragmática y de relajación muscular progresiva de Jacobson. De esta manera el 71.5% de los estudiantes manifestaban que alcanzaban un alto grado de control sobre los síntomas de abstinencia. Solo en el caso de un estudiante fue necesaria la atención individualizada, pues uno de los síntomas de abstinencia que presentaba era el deseo de fumar, lo que atentaba contra la cesación alcanzada. En este sentido se realizó una sesión individual con él para reforzar el mantenimiento de la cesación.

Por otro lado consideraban que las principales situaciones elicitoras de consumo a las que se tenían que enfrentar eran: la influencia de amistades fumadoras y las situaciones desencadenantes de estrés, ejemplo de ello era la proximidad de las pruebas finales del semestre y la entrega de proyectos de curso. No obstante se evidenció que la mayoría presentaba altos niveles de

autocontrol ante estas situaciones, pues el 85.7% de los estudiantes se ubicó entre los valores más altos presentados en la escala de las entrevistas de seguimiento. Además el 71.4% de los estudiantes consideraban que las respuestas que empleaban para dar solución a este tipo de situaciones tenían un alto grado de efectividad.

En sentido general, se constató mediante las evaluaciones de seguimiento, que en los estudiantes se mantenían los progresos significativos alcanzados durante la implementación del Programa. Lo cual estaba siendo sostenido por el alto compromiso de estos con su proceso de cambio, lo que les facilitaba tener una constancia de trabajo en aras de la cesación definitiva del consumo de cigarrillos. Además las técnicas y herramientas adquiridas durante el trabajo grupal les permitieron fortalecer sus recursos personales a la hora de afrontar los síntomas de abstinencia y las situaciones elicitoras de consumo. Es válido destacar que los elementos expuestos con anterioridad en el presente capítulo, evidencian que el Programa implementado alcanzó en sus usuarios resultados significativos en el logro del autocontrol del consumo tabáquico.

Conclusiones

- ❖ Los componentes del Autocontrol del Consumo se expresan en la mayoría de los estudiantes, a partir de un adecuado nivel de conocimiento en relación a las consecuencias del tabaquismo y el reconocimiento de la necesidad de emplear habilidades de control ante situaciones precipitadoras del consumo.
- ❖ Se implementa el Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico, en un grupo conformado por 7 estudiantes de la Universidad de Camagüey. El mismo contaba con un diseño lógico – metodológico, en el cual se combinaron técnicas informativas, reflexivo – vivenciales, cognitivo – conductuales y de desactivación psicofisiológica; logrando un clima socio-psicológico favorable para el desarrollo de la investigación.
- ❖ El progreso alcanzado por los participantes durante la implementación del programa, se evidencia en el desarrollo de recursos personales que potenciaron el empleo de habilidades y estrategias de afrontamiento efectivas en el mantenimiento de la cesación y el control de los síntomas de abstinencia. Así como una adecuación de la percepción de riesgo del tabaquismo en los indicadores estadio motivacional y de cambio, elementos que favorecieron un mayor compromiso en los estudiantes con el proceso de autocontrol del consumo.
- ❖ Durante el transcurso del Programa se logra la cesación de 5 de los participantes y la reducción en los 2 casos restantes. El mantenimiento de estos resultados fueron confirmados en las evaluaciones de seguimiento. Además en la valoración general de la experiencia se destacaron altos niveles de motivación y satisfacción con el programa.
- ❖ El Programa resultó efectivo y eficaz en tanto adecuó la Percepción de Riesgo, expresándose una evolución favorable en los estadios motivacional y de cambio. Además, se apreció un enriquecimiento de las Habilidades para el Control del Consumo, mostrado en la efectividad de respuestas de afrontamiento y el incremento de la autoeficacia percibida. En cuanto a la expresión conductual del autocontrol se aprecian mejorías, sustentadas en la reducción progresiva de los niveles de dependencia a la nicotina tanto en su componente fisiológico como psicológico.

Recomendaciones

- ❖ Teniendo en cuenta la prevalencia e incidencia del tabaquismo en los CES, se recomienda continuar realizando investigaciones de similar carácter, que propicien una mejor comprensión de la configuración del autocontrol del consumo tabáquico en estudiantes universitarios.
- ❖ Generalizar la implementación del Programa en aquellas universidades que cuenten con facilitadores capacitados en el tratamiento del tabaquismo, con el objetivo de contribuir desde este contexto a la formación, desarrollo y salud de los jóvenes.
- ❖ Continuar desarrollando la presente línea de investigación, la cual responde a las prioridades de investigativas y extensionistas del Centro de Bienestar Universitario de la Universidad Central de Las Villas, como parte de una tesis doctoral.
- ❖ Extender la implementación del Programa a otras Facultades de la Universidad de Camagüey, atendiendo a los posibles facilitadores existentes en el centro, los cuales pudieran ser capacitados en el tratamiento del tabaquismo; así como al alto número de fumadores identificados.

Referencias Bibliográficas

- Agrelo, A. M. (2011). Sistematización de intervenciones psicoterapéuticas. La percepción de cambio del paciente adicto en función de las intervenciones del terapeuta. UCES 15(1): 15-54.
- Alonso, A. (2006). *Estudio de casos*. La Habana: Félix Varela.
- Álvarez, R. (2012). *Propuesta de un Programa Psicoeducativo para prevenir el tabaquismo en la Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas*. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.
- American Psychiatric Association (APA). (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (D.S.M IV). Washington, DC: APA.
- Ariza, C. N., M. (2004). La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Adicciones* 16: 20.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencia*. Madrid, Ministerio del interior: 477.
- Becoña, E. (2003). El tratamiento psicológico de adicción a la nicotina. *Papeles del Psicólogo*. 85, 48-69.
- Becoña, E. (2004). Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones* 16: 237-263.
- Becoña, E. (2004). Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar 1388. Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, E. (2006). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid.
- Benítez, D. (2013). *El cáncer es la mayor causa de muerte en Cuba teniendo al tabaquismo como principal factor de riesgo*. Recuperado de: <http://www.ecured.cu>

- Cárdenas, R. (2013). *Evaluación del Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol de Consumo Tabáquico en estudiantes universitarios*. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.
- Espinosa, A. D. & Roca, A. A. (2007). El ABC en el manejo de algunas enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo. *Tabaquismo. Finlay Revista Científica Médica de Cienfuegos*. 10, 0864-4357.
- Fariñas, L. (2014) *No al tabaquismo*. Recuperado de: <http://www.granma.cu>
- Fernández - Ballesteros, R. (1994). *Evaluación conductual hoy: Un enfoque para el cambio en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, A. R., B. (1997). *La perspectiva integradora en psicoterapia: una reflexión desde la práctica pública*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios.
- Fernández, E. (2011). *La tipología del fumador como determinante de las opciones terapéuticas para dejar de fumar: estudio analítico del cuestionario "Reasons for smoking scale"*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Fishbach, A., Zhang, Y., & Trope, Y. (2010). Counteractive evaluation: Asymmetric shifts in the implicit value of conflicting motivations. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46, 29–38.
- Fujita, K. (2011) On Conceptualizing Self-Control as More Than the Effortful Inhibition of Impulses. *Personality and Social Psychology Review*, 15. DOI 0.1177/1088868311411165.
- Flórez, L. (2003). El proceso de adopción de precauciones en la promoción de salud. *Revista argentina de psicología* 11, 23-33.
- García, M., Lozano, M. & Valencia, M.J (2011) Dependencia a la nicotina, disposición al cambio y confianza situacional en estudiantes preuniversitarios. *Psicología.com*. Recuperado de <http://hd.han.dle.net/10401/3967>.

- García, M. (2013). *Evaluación de un Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes universitarios*. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.
- González, R (2000) *Clínica y Terapéutica de las adicciones para el médico general*.
- González, R. (2011). *"Vida sin Humo": Software Educativo para potenciar la prevención del tabaquismo en la Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas*. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.
- González, R. (2013). *El tabaquismo y la falacia del arenque rojo*. Recuperado de: <http://medicablogs.diariomedico.com>
- Hernández, R. (2006). *Metodología de la investigación* (Vol. 1). La Habana: Ciencias Médicas.
- Hernández, R. (2006). *Metodología de la investigación* (Vol. 2). La Habana: Ciencias Médicas.
- Hernández, R., Collado, C. F. & Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la investigación* (sexta ed.). México: Mc Graw Hill.
- Hernández, D. (2011). *Factores de riesgo asociados al tabaquismo en los estudiantes de la Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas*. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.
- Hernández, Y. (2012). *Diseño de un Programa de intervención psicológica para el tratamiento del tabaquismo en estudiantes universitarios*. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.
- Hernández, A., Ramos, A. y Gassiot, C. (2013). *Impacto de la coexistencia de la EPOC/tabaquismo en la evolución de una cohorte de pacientes con carcinoma pulmonar*. Recuperado de [http:// www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
- Herrero, F. J. M., J.J. (2004). *Tratamientos combinados del tabaquismo: psicológicos y farmacológicos*. *Adicciones* 16, 287-320.

- Hofmann, W., Friese, M., & Roefs, A. (2009). Three ways to resist temptation: The independent contributions of executive attention, inhibitory control, and affect regulation to the impulse control of eating behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45, 431–435.
- Hofmann, W & Kotabe, H. (2012) A General Model of Preventive and Interventive Self-Control. *Social and Personality Psychology Compass*, 6 (10): 707–722.
- Hofmann, W., Baumeister, R. F., Förster, G., & Vohs, K. D. (2012). Everyday temptations: An experience sampling study on desire, conflict, and self-control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 1318–1335.
- Jiménez, C.A.; Planchuelo, M.A; Solano, S.; Fernández, B.; Hernández, J.; Almonacid, V.; Álvarez, F.J.; Oña, S.; Esteban, P. (2010). Programas de tratamientos combinados para dejar de fumar. *Adicciones* 19.
- Kavanagh, D. J., Andrade, J., & May, J. (2005). Imaginary relish and exquisite torture: The elaborated intrusion theory of desire. *Psychological Review*, 112, 446–467.
- López, García. (2004). *Tabaco*. Recuperado de: <http://www.zonadiet.com>.
- Martín, D.W. (2008). *Psicología experimental* (7ma ed.). México DF: CENGAGE LEARNING.
- Míguez, M. C. B., E. (2003). Tratamiento de la adicción a la nicotina en una persona fumadora de puros. *Adicciones* 15(1), 39-49.
- Míguez, H.A. (2004) *Tipos de dependencia al tabaco en jóvenes: percepción del riesgo y motivación para el cambio*. Ciudad de Buenos Aires.
- Molerio, O. P., L.; Hernández, D.; González, R.; Hernández, Y.; Álvarez, R.; Rodríguez, Y. (2012). *Tabaquismo: la enfermedad del siglo XXI*. Monografía, 14.
- Montero, V.A. (2010). Holismo Planetario en la Web. <http://salud.kioskea.net>

- 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*; 30(1):52-58.
- Morales, Z. E. (2010). *Evaluación de los sesgos atencionales en fumadores a través de las etapas del Modelo Transteórico del cambio*. Departamento de psicología. Huelva: Universidad de Huelva.
- Niaura, R. y Abrams, D.B. (2002). Smoking cessation: Progress, priorities, and prospectus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 494-509.
- Nieves, Z., Molerio, O., Herrera, L. F., Otero, I., y Quintana, M. (2008). *La universidad un contexto de formación, desarrollo y salud*. La Habana: Ministerio de Educación Superior. ENPSES.
- Norcross, J. C., Karpiak, C. P., & Lister, K. M. (2005). What's an integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 61.
- Novoa-Gómez, M., Barreto, I. & Silva, L.M. (2012) Consumo de cigarrillos y prácticas culturales en contextos universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44, 97-110.
- Núñez, Y. (2013). *Evaluación del Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes universitarios*. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Recuperado de: <http://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud. (2010) *¿Por qué el tabaco es una prioridad de Salud Pública?* Recuperado de: <http://www.who.int.es>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Historia del tabaco. Difusión mundial*. Recuperado de: <http://dejardefumar.org.es>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Riesgo para la salud de los jóvenes*. Recuperado de: <http://www.who.int.es>

- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Tabaco y fumadores pasivos*. Recuperado de <http://www.zonadiet.com>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Tabaco: la epidemia del siglo*. Recuperado de <http://dejardefumar.org.es>
- Organización Mundial de la Salud. (2013) *Informe OMS sobre epidemia mundial de tabaquismo, 2013*. Recuperado de: <http://www.who.int.es>
- Organización Mundial de la Salud, (2014) *Aspectos económicos de la lucha contra el tabaco*. Recuperado de: <http://www.who.int.es>
- Organización Panamericana de la Salud, (2013). *Informe sobre el Control de Tabaco para la Región de las Américas*. Recuperado de: <http://www.who.int.es>
- Organización Panamericana de la Salud, (2014). *Control del tabaco*. Recuperado de: <http://www.paho.org>
- Orleans, C.T. & Slade, J. (Eds.) (1993). *Nicotine addiction. Principles and management*. Nueva York: Oxford University Press.
- Petrowski, A. (1988). *Psicología general*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- 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, 309-395.
- Quirantes, A. (2014). *Las caras feas del tabaquismo*. Recuperado de: <http://www.cubahora.cu>
- Quirantes, A. (2014). *El tabaco ante la ley*. Recuperado de: <http://www.cubahora.cu>
- 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.

- Rodríguez, Y. (2014). *Las cinco principales causas de muerte de jóvenes en Cuba*. Recuperado de: <http://www.soycuba.cu/noticia>
- Rosabal, A. (2014). *Apostar por la vida y no por el cigarro*. Recuperado de: <http://www.cubahora.cu>
- Rubinstein, J. (1967). *Principios de psicología general*. La Habana: Editora Revolucionaria.
- Sánchez, L. (2004). El fumador pasivo. *Monografía tabaco*, 16(0214 - 4840).
- Schwartz, J.L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Stricker, G., & Gold, J. (Eds.). (2006). *Casebook of psychotherapy integration*.
- Suárez, N. (2004). *Estudio sobre consumo, precio y comercialización de los productos manufacturados del tabaco en Cuba*.
- 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>.
- Suárez, N. (2010). *Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba*. Extraído el 10 de junio de 2011 desde: <http://scielo.sld.cu>
- Tanguí, B. (2006). *Cómo vencer al tabaquismo*. La Habana: Científico – Técnica.
- Torres, D. (2014). *Chile posee el mayor consumo de cigarros del continente*. Recuperado de: <http://radio.uchile.cl>
- Treviño, L., García, M., Saiz, P., Bousoño & Bobes, J (2004). La nicotina como droga. *Monografía Tabaco*. 16 (2) 143-153.
- Weinstein, N. & Lyon, J. (1998). Experimental evidence for stages of health behavior change: the precaution adoption process model applied to home radon testing. *Health Psychology*. 17 (5) 445-453.

- Weinstein, N.D., Sandman, P.M., & Blalock, S.J. (2008). *The precaution adoption process model*. In Glanz, K., Rimer, B.K., & Viswanath, K. (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4th ed.) (pp. 123-147). San Francisco, CA: John Wiley & Sons, Inc.
- World Health Organization, (2011). *Report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco*. Recuperado de: <http://www.who.int.es>
- World Health Organization, (2012). *Technical resource for country implementation of who framework convention on tobacco control*. Recuperado de: <http://www.who.int.es>
- World Health Organization, (2012). *Tobacco control in practice*. Recuperado de: <http://www.who.int.es>
- World Health Organization, (2012). *Who global report: Mortality attributable to tobacco*. Recuperado de: <http://www.who.int.es>
- Zabert, G. C.; Neumol, M.C.; Ponciano, G. (2010). Reflexiones sobre oportunidades de intervención en tabaquismo en Latinoamérica. *Salud Pública México* 52, 283-287.
- Zaldívar, D. (1990). *Estrategia para el control, disminución y cesación del hábito tabáquico*. La Habana: Pueblo y Educación.

Anexos

Anexo 1

Criterios de Evaluación del Programa.

Juicios de Valor	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.- El Programa responde a las prioridades del Ministerio de Educación Superior (MES).- 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 estudiantes 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 2

Consentimiento informado

Yo _____, estudiante de primer año de la carrera de _____ perteneciente a la Universidad Ignacio Agramonte y Loynaz de la provincia de Camagüey, luego de conocer los objetivos y particularidades de la investigación, otorgo mi consentimiento para participar en la misma, la cual será llevada a cabo por la estudiante Adilen Sosa Álvarez del quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología del Centro de Estudios Superiores Universidad Central " Marta Abreu " de Las Villas.

Durante el estudio, la estudiante garantiza respeto y se compromete a mantener absoluta discreción y confidencialidad con cualquier información obtenida, cumpliendo así con las exigencias éticas del profesional de la Psicología.

Se hace necesario que conozca que nos sería de gran ayuda su cooperación y de ante mano le agradecemos por toda la colaboración que pueda ser brindada.

Firma de Investigador

Firma del Investigado

Anexo 3

Tabla 5. Prevalencia actual del consumo tabáquico en la provincia de Camagüey.

Dispensarización de Tabaquismo: Provincia de Camagüey (2013)			
Municipios.	Incidencia.	Prevalencia.	Porcentaje (%)
Céspedes	32	1750	9,0%
Esmeralda	236	3929	16,2%
S. Cubitas	0	1717	11,8%
Minas	21	3939	12,9%
Nuevitas	10	7568	14,9%
Guáimaro	3	5057	15,7%
Sibanicú	0	5433	22,2%
Camagüey	402	33494	12,2%
Florida	0	7788	13,1%
Vertientes	2	4867	11,5%
Jimaguayú	0	1424	8,8%
Najasa	0	667	5,4%
SCS	1	4333	11,9%
Provincia	707	81966	12,8%

Fuente: Tablas de dispensarización general del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología de Camagüey (año 2013).

Anexo 4

Tabla 6. Matrícula de la Facultad de Química (Curso Regular Diurno 2013-2014).

Reporte de Matrícula Actual por Año Académico (Facultad de Química)												
Carreras	Total	Total M	1ro		2do		3ro		4to		5to	
			Total	Total M								
Ciencias Alimentarias(CRD)	106	63	31	26	13	7	26	10	17	12	19	8
Ingeniería Industrial(CRD)	37	21	37	21	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingeniería Química(CRD)	158	103	34	22	53	43	30	15	20	11	21	12
Totales	301	187	102	69	66	50	56	25	37	23	40	20

Fuente: Reporte de Matrícula oficial de la población estudiantil universitaria en la Facultad de Química (Universidad de Camagüey: Ignacio Agramonte y Loynaz - Curso Regular Diurno 2013-2014).

Anexo 5

Entrevista Estructurada.

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____
Estado civil: Soltero___ Unión consensual___ Casado___ Divorciado___
Otro___
Municipio: _____ Provincia: _____
Carrera: _____ Año académico: _____
Estudiante becario: No___ Si___ En este caso: ___ Residencia
estudiantil

Padecimiento de enfermedades crónicas:

___ Hipertensión arterial Esencial ___ No Esencial ___
___ Diabetes mellitus Tipo I ___ Tipo II ___
___ Asma bronquial Grado I ___ Grado II ___ Grado III ___
___ Trastornos alérgicos ___ Otras, cuáles _____

Cantidad de episodios respiratorios que ha tenido durante los últimos 6 meses _____

1-Edad que tenía cuando comenzó a fumar.

Entre 10 y 15 años___ Entre 16 y 21 años___ Entre 22 y 26 años _____

2-Cuál fue la principal influencia asociada al inicio de su consumo.

___ Padres ___ Pareja ___ Profesores ___ Amigos ___ Otras.
Especificar _____

3-Años que lleva consumiendo.

-1 año___ 1 a 5 años___ 6 a 10 años___ +10 años___

4-Existencia de fumadores en su familia.

No___ Si___

5-En caso de ser positiva su respuesta anterior, qué parentesco que tiene con los fumadores.

___ Ambos padres ___ Madre ___ Padre ___ Hermano(a)
___ Otro familiar

6- Modalidad en la que prefiere fumar.

Cigarro___ Tabaco___ Pipa___ Otros___

7- Alguna vez ha intentado dejar de fumar.

Nunca___ Entre 1 y 2 veces___ Entre 3 y 4 veces___ + de 5
veces___

8- Métodos que ha empleado.

___ Reducir el consumo de cigarros ___ Cambio de actividad
___ Medicación
___ Terapia psicológica ___ Terapias alternativas ___ Combinaciones
Especificar _____

9- Cuanto tiempo estuvo abstinerente _____

10- Fecha del último intento _____

11-Motivo de la recaída.

12-Principal motivo para no fumar.

_____Motivos de salud

_____Motivos económicos

_____La presencia de posibles problemas a largo plazo

_____No querer depender de nada

_____Otros

Cuáles _____

13- ¿Cómo valora su autocontrol sobre los síntomas de abstinencia?

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

14- ¿Cómo valora su autocontrol sobre las situaciones elicitoras de consumo?

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

15- ¿Cuán efectivas valora sus respuestas para solucionar estas demandas?

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

Anexo 6

Cuestionario sobre percepción de riesgo del tabaquismo

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
 Facultad _____ Carrera _____ Año de estudio _____

Instrucciones:

Solicitamos su colaboración para responder el siguiente cuestionario con la mayor sinceridad posible. Utilice para ello la escala que a continuación se presenta donde 1 es nunca o totalmente en desacuerdo y, 5 es siempre o totalmente de acuerdo. Sus respuestas resultarán de inestimable valor.

	1	2	3	4	5
1. Poseo información de los efectos dañinos del tabaquismo sobre la salud (cáncer, problemas respiratorios, cardiovasculares, entre otros).					
2. Tengo información de que el cigarro y/o tabaco constituyen drogas.					
3. Me percato de que el tabaquismo tiene un costo que puede afectar mi economía personal y familiar.					
4. Reconozco que el tabaquismo me expone a situaciones que implican un riesgo para mi vida (cáncer de pulmón, disfunción sexual, fatiga, afecciones respiratorias frecuentes).					
5. Reconozco que el tabaquismo puede propiciarme afectaciones estéticas (caída del cabello, manchas en la dentadura y en las uñas, mal olor)					
6. Reconozco que el tabaquismo puede generar rechazo por parte de otros.					
7. Conozco que el fumar puede afectar la salud de quienes me rodean convirtiéndolos en fumadores pasivos.					
8. Reconozco los riesgos a los cuales me expongo por mi adicción al tabaco.					
9. Reconozco los efectos dañinos del tabaquismo pero contradictoriamente siento la necesidad de fumar y decido hacerlo.					
10. Experimento motivaciones contrapuestas y ambivalentes con relación al tabaquismo pero decido seguir fumando.					
11. Algunos efectos del tabaquismo entran en contradicción con mis valores y vivencias por lo que en alguna ocasión me he planteado dejar de fumar.					
12. Me gustaría lograr dejar de fumar porque estoy convencido de los efectos dañinos que el cigarro me provoca en diversas áreas de mi vida personal, familiar y social.					
13. Siento motivación por dejar de fumar y estoy valorando proponérmelo.					
14. Me he planteado dejar de fumar en los próximos 6 meses.					
15. Me he planteado dejar de fumar en los próximos 30 días y estoy haciendo planes y tomando medidas para lograrlo.					
16. He decidido de manera autodeterminada dejar de fumar con inmediatez.					

Anexo 7

Cuestionario “Razones para fumar”

Refiera por cuáles de las razones señaladas a continuación, usted fuma. Utilice para ello la escala que se le presenta donde 1 es Nunca, 2 Raras veces, 3 A veces, 4 Con frecuencia y 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. Enciendo y fumo los cigarrillos de forma automática, sin darme cuenta.
- F. Fumo para estimularme, para mantener un alto nivel de actividad.
- G. Parte del placer de fumar está en los pasos que requiere encender un cigarrillo.
- H. Fumar cigarrillos me produce placer.
- I. Cuando percibo incomodidad o tristeza por alguna razón, enciendo un cigarrillo.
- J. Me doy perfecta cuenta de cuando no estoy fumando.
- K. Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta de que todavía me queda otro por terminar.
- L. Fumo para darme un respiro.
- M. Parte del placer de fumar me lo proporciona ver las volutas de humo que provoco.
- N. Me apetece más un cigarrillo en situaciones de relajación y confort emocional.
- O. Un bajo estado de ánimo, los problemas y las preocupaciones me motivan a fumar.
- P. Siento un deseo imperioso de fumar cuando no he podido hacerlo durante un tiempo.
- Q. Me doy cuenta de que tengo un cigarrillo en la boca y no recuerdo como lo encendí.

Anexo 8

Test de Fagerstrom de dependencia de la nicotina

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

Anexo 9

Escala de síntomas de abstinencia a la nicotina

Instrucciones: De los síntomas y sensaciones siguientes, indique si en la última semana notó alguno de ellos. Utilice una escala donde 1= Nunca, 2= Raras veces, 3= A veces, 4= Con frecuencia y 5= Siempre.

	1	2	3	4	5
Deseo de un cigarrillo.					
Irritabilidad o ira.					
Ansioso o tenso.					
Impaciente.					
Intranquilo.					
Dificultad para concentrarse.					
Deprimido.					
Hambre excesiva.					
Aumento del apetito.					
Insomnio.					
Somnolencia.					
Dolores de cabeza.					
Problemas de intestino o estómago.					

Anexo 10

Evaluación de los Estadios de Cambio de Prochaska y Diclemente.

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

Ninguna. Una o más veces.

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

Sí. No.

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

Sí. No

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

Sí. No

5. No quisiera dejar de fumar.

Anexo 11

Cuestionario de confianza en situaciones de fumar (Baer y Lichenstein)

En la siguiente escala, conteste el grado de resistencia que cree poder oponer al deseo de fumar en las siguientes situaciones. El 10 representa resistencia absoluta (total confianza en que no fumaría). El 0 significa ninguna resistencia (nula confianza en que no fumaría)

Si me sintiera ansioso	1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__
Si quisiera sentarme cómodamente y disfrutar un cigarro	1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__
Si termino una comida o merienda	1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__
Si me sintiera nervioso	1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__
Si quisiera sentirme más atractivo	1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__
Si quisiera relajarme	1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__
Si me sintiera tenso	1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__
Si estuviera bebiendo una bebida alcohólica	1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__
Si viera a otros fumando	1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__
Si alguien me ofreciera un cigarro	1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__
Si quisiera evitar comer algo dulce	1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__
Si quisiera sentirme más maduro o sofisticado	1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__
Si pensara que eso me ayuda a perder peso	1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__

Anexo 12

Agenda terapéutica

(Autorregistro del estudiante)

Centro de Bienestar Universitario
Universidad Central Marta Abreu de Las Villas

mail: cbu@uclv.edu.cu
teléfono: 204698



*Agenda
Apaga y vamos*



Al plantearse dejar de fumar debes saber que pérdidas y que ganancias conlleva este hecho. Nadie ha dejado de fumar cuando consideraba que los motivos para fumar eran más importantes que los motivos para dejarlo. Por tanto, antes de decidir si dejarlo o no hay que pensar en las razones que personalmente te lleven a tomar esta decisión.

1. Piensa en los motivos por los cuales fumas y escríbelos.
2. Considera luego aquellas razones que tienes para dejar de fumar definitivamente y anótalas también. No existe un límite, todo depende del análisis que hagas de ti mismo.
3. Una vez que hayas elaborado tus dos listados tómate un tiempo para reflexionar sobre tus motivaciones. Ponlas imaginariamente en una balanza y decide cuál de los grupos de razones es más importante para ti. No utilices como único criterio la cantidad, valora también la trascendencia que estas tienen en tu vida actual, el impacto de las mismas en tus aspiraciones y proyectos futuros, en la persona que quieres ser.

Si estás comprometido con los motivos que tienes para dejar el cigarro, estás en muy buen camino. Recuerda que la sincera determinación a dejar de fumar es una parte vital del proceso.

Autorregistro

En el proceso de dejar de fumar es muy importante que lleves un registro diario de los cigarrillos que consumes. Ello te permitirá conocer mejor tu hábito e identificar costumbres y situaciones que asocias a este. Esta información te será útil para anticiparlas y evitarlas, y así disminuir con mayor facilidad el consumo y autoevaluar tu progreso.

En esta tarea es importante que recojas aspectos como:

- Hora: Precisa la hora exacta en que enciendes el cigarrillo.
- Lugar: Identifica el lugar preciso. (por ejemplo: casa, trabajo, en un centro nocturno, en una visita a un amigo, en el barrio, etc.)
- Actividad que realizas en el momento que enciendes el cigarrillo. (por ejemplo: al despertar, después de tomar café, estudiando, etc.)
- Estado emocional en el momento que enciendes el cigarrillo. (por ejemplo: estresado, ansioso, deprimido, frustrado, irritado, relajado, feliz, etc.)
- Pensamientos asociados al acto de fumar: Precisa las ideas o pensamientos que te vienen a la mente en ese momento.
- Sensaciones asociadas al acto de fumar: Describe las sensaciones o estados emocionales que experimentas después de fumar.
- Estado general después de fumar. (por ejemplo: igual, mejor o peor)
- Pensamientos después de fumar: Precisa ideas o pensamientos que le vienen a la mente.

Autorregistro

Autorregistro

Día:.....

Hora:.....

Lugar.....

¿Qué estoy haciendo cuando enciendo el cigarro?

.....
.....
.....

¿Cómo me siento en el momento de encenderlo?

.....
.....
.....

¿Qué pienso mientras fumo?

.....
.....
.....

¿Qué sensaciones me genera fumar?

.....
.....
.....

¿Cómo me siento después de fumar?

.....
.....
.....

¿Qué pienso después de fumar?

.....
.....
.....

Autorregistro

Día:.....

Hora:.....

Lugar.....

¿Qué estoy haciendo cuando enciendo el cigarro?

.....
.....
.....

¿Cómo me siento en el momento de encenderlo?

.....
.....
.....

¿Qué pienso mientras fumo?

.....
.....
.....

¿Qué sensaciones me genera fumar?

.....
.....
.....

¿Cómo me siento después de fumar?

.....
.....
.....

¿Qué pienso después de fumar?

.....
.....
.....

Autorregistro

Día:.....

Hora:.....

Lugar.....

¿Qué estoy haciendo cuando enciendo el cigarro?

.....
.....
.....

¿Cómo me siento en el momento de encenderlo?

.....
.....
.....

¿Qué pienso mientras fumo?

.....
.....
.....

¿Qué sensaciones me genera fumar?

.....
.....
.....

¿Cómo me siento después de fumar?

.....
.....
.....

¿Qué pienso después de fumar?

.....
.....
.....

Anexo 14

Cuestionario de usuarios del “Programa para el Autocontrol del Consumo Tabáquico”.

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.					
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?

Anexo 15

Entrevista Estructurada de Seguimiento

Nombre:

Enfermedades de diagnóstico reciente:

1. ¿Cómo se ha sentido durante el tiempo transcurrido desde el último encuentro?

2. ¿Ha ocurrido algún (os) suceso (s) con repercusiones significativas sobre su vida?

3. ¿Cuál o cuáles?

4. ¿Cuántos cigarrillos se encuentra fumando?

5. ¿Ha podido controlar los síntomas de abstinencia?

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

6. ¿Cómo valora su autocontrol sobre las situaciones elicitoras de consumo?

___1 ___2 ___3 ___4 ___5

7. ¿Cuán efectivas valora sus respuestas para solucionar estas demandas?

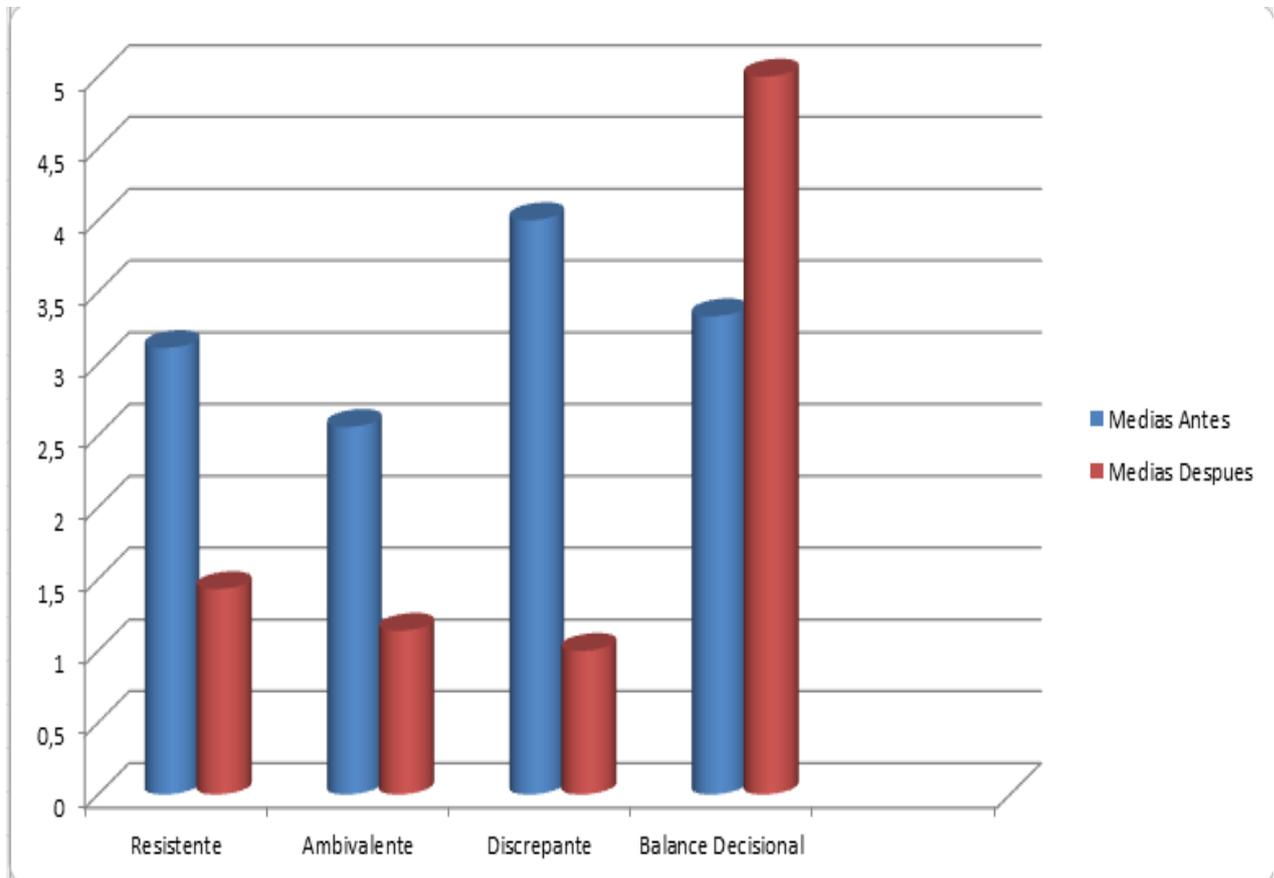
___1 ___2 ___3 ___4 ___5

8. ¿Cómo se siente en ese momento?

9. ¿Te consideras en condiciones de mantener los progresos alcanzados?

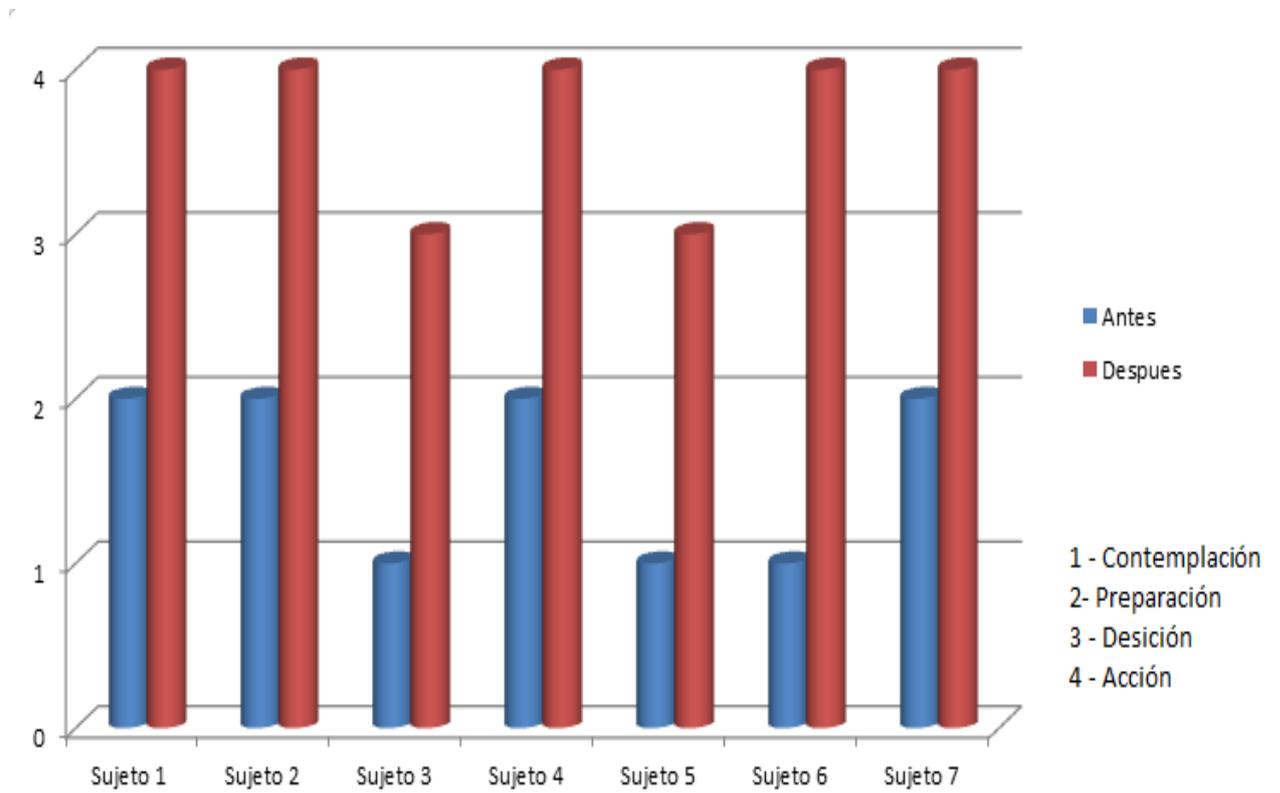
Anexo 16

Gráfico 1: Medias de las variables simples del indicador Estadio Motivacional (Em).



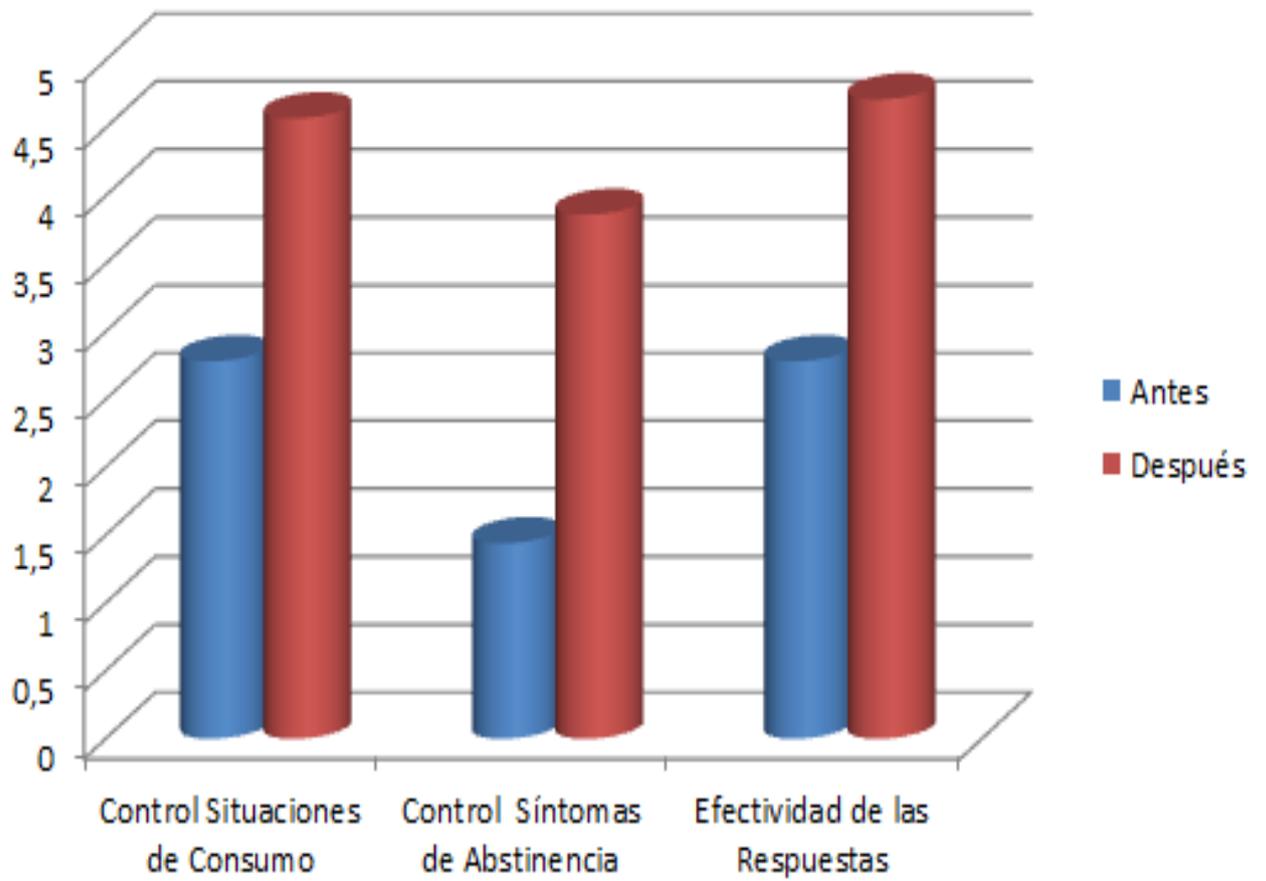
Anexo 17

Gráfico 2: Medias de las variables simples del indicador Estadio de Cambio (Ec).



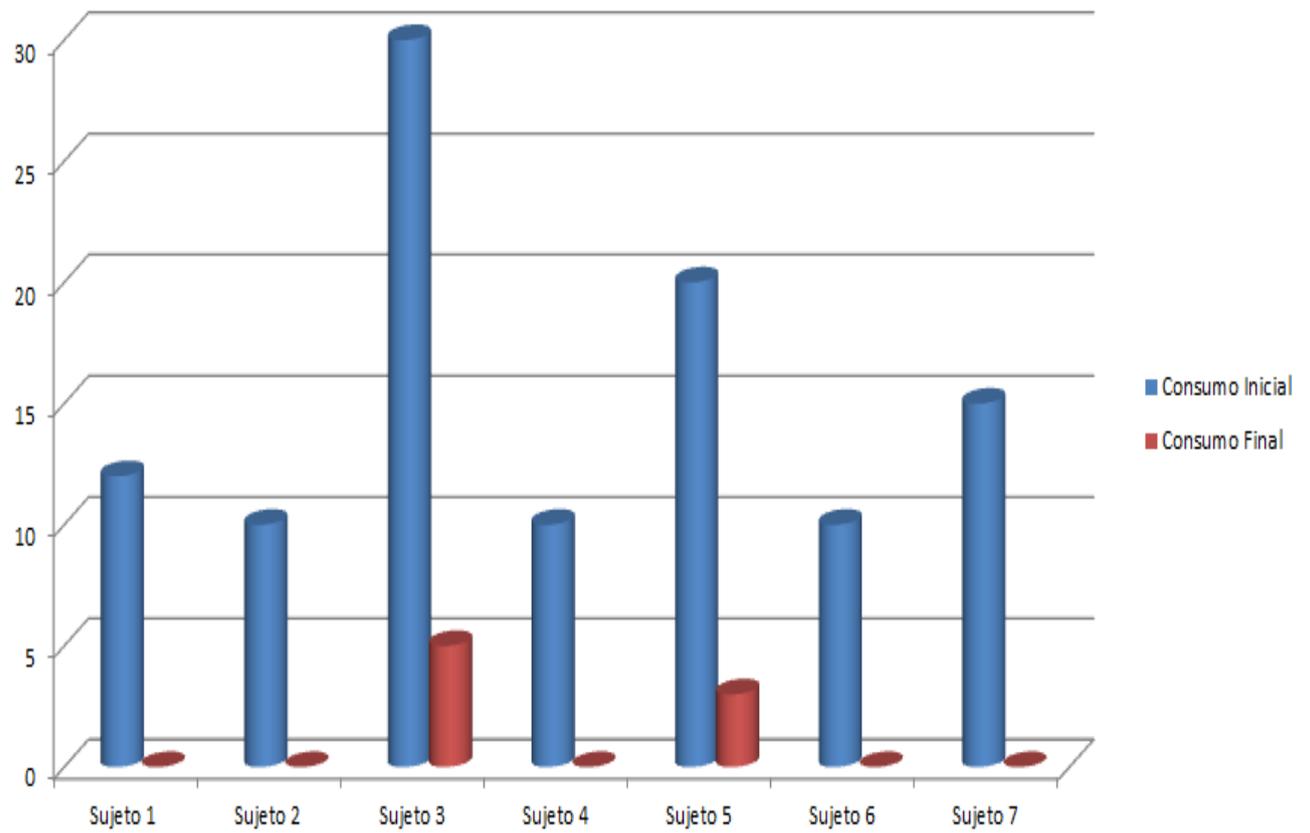
Anexo 18

Gráfico 3: Medias de las variables simples del indicador Afrontamiento (Af).



Anexo 19

Gráfico 4: Expresión conductual del autocontrol del consumo tabáquico.



Anexo 20

Tabla 7: Significación de los cambios obtenidos luego de la aplicación del Programa.

Variable Autocontrol	Indicador	Sig.
Percepción de Riesgo	Nivel de Conocimiento	0.243
	Vulnerabilidad Percibida	0.186
	Naturaleza de la Motivación	0.085
	Estadio Motivacional	0.017
	Estadio de Cambio	0.015
Habilidades para el Control del Consumo	Autoeficacia Percibida	0.018
	Afrontamiento a la Cesación	0.017
Expresión Conductual del Autocontrol del Consumo		0.011

Anexo 21

Cartas de despedida al cigarro

Carta1

Compañero:

Estuviste conmigo en tantos momentos que ya no puedo ni recordar. Aun así nunca imagine que eras traicionero, que me estabas clavando un cuchillo por la espalda y matándome lentamente con tu nicotina. Por tu culpa se alejaron mis novias. Cuando estaba contigo a nadie le gustaba acompañarme por mucho tiempo. Ya ni siquiera los perfumes podían disimular tu presencia. Sé que me va a costar desprenderme de ti porque a pesar de todo has estado conmigo muchos años. Pero como dice el refrán: mejor solo que mal acompañado.

Hasta nunca.

AAM.

Carta 2

Amigo:

Recuerdo la primera vez que nos conocimos. Me pareciste interesante y me llamó la atención lo mucho que le agradabas a mis amigos. Desde ese momento comencé a estar cerca de ti y siempre ibas a donde quiera que yo fuera .Contigo pase muchos ratos de diversión, me relajabas, me hacías creer que me quitabas el estrés. Pero a pesar de que pase años junto a ti, un día me di cuenta que no eras un buen amigo. Solo me deseabas mal, querías que me enfermara, que me obsesionara contigo y no pensara en más nada. Por eso hoy quiero alejarte de mí, porque eres malo. Solo me causarás dolor y sufrimiento. No quiero verte más ni saber de ti.

Olvídame.

LGT.

Carta 3

Querido cigarro:

Mediante esta carta me despido de ti para siempre. Esta vez no será como las demás que me envolviste para que siguiera fumando. Ahora estoy decidido a olvidarme hasta de tu nombre. No quiero saber nada de ti, no solo porque te aprovechaste de mí para que gastara todo mi dinero en ti. Sino porque me robaste tiempo de mi vida y estabas acabando con mi salud. Solo deseo que no vuelvas a cruzar en mi camino. Pues estoy seguro que mi vida sin ti será mejor.

Se despide de ti para siempre.

CRV.

Carta 4

Señor cigarro:

Hoy es un día importante para mí. Voy a dar el paso que no me atrevía a hacer por su culpa. Oficialmente le comunico que a partir de ahora se rompen entre usted y yo todas las relaciones. Estoy decidida a comenzar una vida nueva sin estar atada a ningún vicio y mucho menos al suyo que es letal. Hoy voy a recuperar el tiempo perdido con usted. Quiero vivir sin tener nada que me domine y me recuerde que alguna vez estuvo en mi vida. Yo soy dueña de mí y capaz de controlar mis acciones. Por eso me libero de su veneno mortal y espero que todos los que estén atados a usted también lo hagan.

Espero no verte más.

YFC.

Anexo 22

Verbalizaciones de la técnica: “El escaparate”.

❖ Ropa para guardar:

-“Sin dudas guardaría todo lo que he aprendido para continuar mi lucha por el abandono del cigarro porque sé que me falta poco y pronto voy a lograr dejar de fumar por completo como ustedes”.

-“Guardaré como algo muy preciado todos los momentos que pasé durante estas semanas con ustedes, pues debo reconocer que sin la ayuda de nuestra psicóloga y de mis compañeros nunca hubiera podido dejar de fumar”.

❖ Ropa para arreglar:

-“Quisiera arreglar todas las veces que intenté dejar de fumar y no pude porque mi adicción era más fuerte que mi voluntad”.

-“Arreglaría las veces que no pude aguantar fumarme un cigarro y los días que falté a algunos encuentros por miedo a dejar de fumar, pues ahora comprendo el error que cometí y todo lo que me estaba perdiendo”.

❖ Ropa para botar:

-“Desde este momento boto todo lo que me recuerde al cigarro y todo lo que a mi alrededor tenga que ver con él”.

-“A partir de ahora boto y me desprendo de todas las rutinas que hacía diariamente y que me empujaba a fumar”.

Anexo 23

Verbalizaciones de la técnica: “La noticia”.

Equipo 1

Estamos iniciando la emisión estelar del noticiero nacional de la televisión cubana. Comenzamos con los titulares donde se reporta desde la provincia de Camagüey la realización de un programa psicológico que les permitirá a los estudiantes fumadores de la Universidad “Ignacio Agramonte” abandonar este vicio que tanto afecta a los jóvenes por todo el país. Las acciones se llevan a cabo con varios estudiantes con deseo de dejar de fumar. En las entrevistas realizadas a estos, declaraban que están muy contentos con este programa, el cual nunca se había realizado en la provincia. Se sienten con mucha voluntad y ganas de esforzarse para llegar a la meta y agradecen a la psicóloga que se encuentra al frente de esta actividad por ser el apoyo fundamental para el logro de los objetivos del programa. Bajo el lema de “vida saludable, vida sin humo” nos despedimos hasta el próximo encuentro.

Equipo 2

Muy buenas tardes y bienvenidos a su programa radial Meridiano:

Deseamos comunicarles a la población que en este mes se estará realizando la Jornada de Lucha contra el Tabaquismo. En conmemoración a esta actividad tan importante convocamos a todas aquellas personas que quieran unirse por un ambiente saludable a participar en el programa para la cesación tabáquica que se está realizando en la universidad de Camagüey. Todos los interesados deben estar dispuestos a dejar de fumar completamente. Embúllate y únete al grupo, no lo pienses y actúa, mañana puede ser demasiado tarde. La nicotina absorbe tu vida y la de los que te rodean. No permitas que tu ambiente se contamine.

Quédese con su emisora Radio Cadena Agramonte, pues ya regresamos con más informaciones.