



Universidad Central "Marta Abreu" Las Villas

Facultad de Psicología

Departamento de Psicología

Trabajo de Diploma presentado en opción al Título Licenciatura en Psicología

“Evaluación de un Programa de Intervención Psicológica para
el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes
universitarios”.

Autora: Mileidys García Morera

Tutoras: MSc. Lismary Pedraza Durán

DraC. Osana Molerio Pérez

“Año 55 de la Revolución”

Santa Clara, 2013

Exergo

“Empieza donde puedas, con lo que puedas; empieza donde estás, pero empieza; nunca esperes una situación perfecta para empezar”.

Ernest F. Schumacher.

Dedicatoria

A mi mamá primeramente, por ser la mejor madre del mundo y haberme dado siempre los mejores ejemplos.

A mi papá, porque se que te sientes muy orgulloso de mí.

A mis hermanos, Rosbe, Julio y Mily por estar siempre a mi lado.

A mis abuelos por su cariño y ternura.

A Yusdy por regalarme durante 9 años un amor desmedido e incondicional.

A Ismy, Dani y Yadie por haberme permitido entrar a su familia y ocupar un lugar tan especial.

A todos mis amigos por haberme apoyado durante estos años.

En fin, a todas aquellas personas que siempre creyeron en mí y me alentaron cuando pensé que no podía.

Agradecimientos

A mi tutora Lisma, por haberme permitido contar con su guía inspiradora. Hoy le digo “Gracias”, por ser la persona admirable que es, por no dejarme caer y depositar en mí toda su confianza.

A la profe Osana y al profe Boris, por brindar todos sus conocimientos, empeño y sabiduría no solo para este trabajo, sino a lo largo de toda mi formación.

A mi equipo de trabajo Yenni y Rosi porque sin su apoyo saben que no lo hubiese logrado.

A toda mi familia por estar a mi lado en las buenas y en las malas, en especial a mi mami porque siempre ha sido fuente de apoyo, motivación y sabios consejos.

A mis amigas Yannita, Anisbel y Yamila por aceptarme tal como soy y alentarme durante todos estos años. Ustedes saben: “las quiero mucho”.

A ti Yusdy porque a pesar de los traspiés que nos puso la vida, siempre estuviste ahí para reír o llorar a mi lado, soportando mis caprichos e incitándome a seguir.

A Ismy y Dani por ser tan especiales conmigo y haber permanecido junto a mí. Los quiero mucho.

A Liudmila y Osvaldito por poder contar con su amistad y apoyo incondicional.

A Tays, Fundora y las muchachitas de la Biblioteca del CUFB por apoyarme desde el principio con mi trabajo y haberme acogido tan cariñosamente.

A la profe Marta del Pedagógico “Félix Varela”, gracias por ayudarme también.

A ustedes muchachos, que me permitieron entrar a sus vidas y confiaron en que podría ayudarlos. Aunque no nos veamos, siempre los llevaré en mi pensamiento.

En fin, a todos los que creyeron en mí, “Gracias de todo corazón”. Los quiero.

Resumen

La investigación persigue evaluar un Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes universitarios del CUFB de la UCLV y la Universidad de Ciencias Pedagógicas “Félix Varela”, en la provincia de Villa Clara. Se desarrolló en el período comprendido entre febrero y mayo del 2013, asumiendo un paradigma mixto de investigación, el cual quedó estructurado en cuatro etapas. En la primera etapa se realizó un estudio exploratorio - descriptivo de los componentes del autocontrol de consumo tabáquico; quedando conformada la muestra por 14 estudiantes. Se empleó un sistema de técnicas que fueron evaluadas cualitativa y cuantitativamente. Los resultados evidenciaron que dentro de la muestra existen 9 fumadores regulares ligeros, 2 moderados y los 3 restantes son severos, valorando como positiva la posibilidad que le brinda en el Programa para el logro de la cesación. Durante la segunda etapa, se procedió a la implementación del Programa mediante 10 sesiones grupales 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. En esta misma etapa se procede al análisis del proceso de las sesiones y del progreso individual de los casos; evidenciándose que 7 estudiantes cesaron en el consumo y dos 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: *tabaquismo, intervención psicológica, autocontrol del consumo.*

Abstract

The investigation pursues to evaluate Psychological Intervention's Program for the Self-control of the consume of tobacco in university students of her CUFB UCLV and Pedagogic Sciences Félix Varela's university, in the provinces of Villa Clara. He developed in the period once was understood among February and the 2013, May assuming a mixed paradigm fact-finding, which got structured in four stages. He accomplished an exploratory study in the first stage - descriptive of the components of the consumption self-control of tobacco; getting shaped he shows her for 14 students. He used a techniques system that they were evaluated qualitative and quantitatively. They evidenced the aftermaths that 9 regular smokers exist inside the sign light, 2 moderate and the 3 remainders are severe, appraising as positive print the possibility that he offers him in the program for the cessation's achievement. during the second best stage, proceeded to him to the intervening program's implementation 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 7 students suspended in the consumption and two reduced it considerably. In a third moment, the program's effectiveness is evaluated and finally, the in need aftermath's tracking is evaluated. Finally they offer conclusions and valid recommendations.

key words: *tobacco addiction, psychological intervention, the consumption's self-control.*

Índice

Introducción	¡Error! Marcador no definido.
Capítulo 1. Fundamentación Teórica.....	5
Epígrafe 1. Consideraciones generales sobre el tabaquismo como problema de salud. Su definición, diagnóstico y clasificación.....	5
1.1 Particularidades de la percepción de riesgo asociada al tabaquismo.	7
1.2 La cesación tabáquica: términos asociados al proceso.....	10
Epígrafe 2. Alternativas en el tratamiento del tabaquismo.....	12
2.1 Psicoterapia integrativa y tabaquismo..	15
2.1.1 Un Modelo Teórico para la cesación tabáquica: Proceso de Adopción de Precauciones.....	16
2.1.2 Modelo General Preventivo-Interventivo del Autocontrol..	19
Capítulo 2. Fundamentación Metodológica.....	21
2.1 Diseño de la investigación	21
2.2 Concepción metodológica.....	22
2.3 Etapas de la investigación	22
2.4 ETAPA I	23
2.4.1 Tipo de estudio	23
2.4.2 Selección y descripción de la muestra.....	24
2.4.3 Descripción de las técnicas empleadas.....	26
2.4.4 Procedimientos.....	29
2.4.5 Procesamiento de los datos	29
2.5 ETAPA II	29

2.5.1 Selección y descripción de la muestra.....	30
2.5.2 Descripción de las técnicas empleadas.....	30
2.5.3 Procedimientos.....	31
2.5.4 Operacionalización de la variable	32
2.5.4 Procesamiento de los datos	36
2.6 ETAPA III.....	37
2.7 ETAPA IV.....	37
2.7.1 Descripción de las técnicas empleadas	37
2.7.2 Procesamiento de los datos	37
2.8 Principios éticos que rigen la investigación.	37
Capítulo 3. Análisis de los Resultados.....	39
3.1 Análisis de resultados: ETAPA I	39
3.2 Análisis de resultados: ETAPA II.....	42
3.2.1 Análisis por sesiones del Programa: Evaluación del proceso.	43
3.2.2 Estudios de caso: evaluación del progreso.....	57
3.3 Análisis de resultados: ETAPA III - evaluación de resultados.....	65
3.4 Análisis de resultados: ETAPA IV - Evaluación del seguimiento.....	66
Conclusiones.....	68
Recomendaciones	69
Referencias bibliográficas.....	70
Anexos	78

Introducción

Resulta cada vez más importante prevenir, intervenir y comprender la relevancia que poseen las enfermedades crónicas, teniendo en cuenta que el impacto de las mismas se evidencia en ascenso sostenido en numerosos países desarrollados y subdesarrollados (OMS, 2010). En este sentido, la drogodependencia se ha convertido en una de las problemáticas de mayor preocupación por su aumento durante los últimos años, manifestándose en una amplia gama de problemas de salud, sociales y económicos, además de un significativo impacto familiar (Moral y Fernández, 1998).

Autores como 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”.

En este sentido, el tabaco es una de las drogas legales a las que se le ha prestado mayor atención por el alcance que tiene en la humanidad, distinguida actualmente por una fuerte tendencia al consumismo. Son destacables los efectos nefastos que produce en la al ser humano, considerándose como detonador o agravante en la aparición de disímiles trastornos (Hernández, 2012).

Hoy día, el consumo de tabaco es reconocido en el mundo como una de las principales causas evitables de muertes prematuras y de enfermedades. El humo que emiten los cigarrillos contiene más de 4.000 sustancias con propiedades tóxicas, irritantes, mutágenas y carcinogénicas que van produciendo un efecto acumulativo que conduce a un deterioro de la salud. La nicotina que contienen los cigarros producen adicción y obliga a los fumadores a mantener el consumo de tabaco y de esta forma, suprimir o evitar los síntomas derivados del descenso de los niveles de nicotina en el organismo (Illanes, 2007).

Datos emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) describen que el tabaco es responsable del 33% de los cánceres en los hombres y del 10% en las mujeres; del 80% de la víctimas de infarto de miocardio menores de 45 años mientras que, entre 80.000 y 100.000 jóvenes de todo el mundo se convierten en adictos al tabaco diariamente. Asimismo, las

estadísticas refieren que 4 de cada 5 fumadores empezaron a serlo antes de los 18 años; que los hijos de padres fumadores tienen más probabilidades de convertirse en adictos al tabaco y que la tasa de inicio del consumo durante la adolescencia presenta un marcado gradiente social.

El fenómeno del tabaquismo afecta a diferentes grupos etarios, sin embargo resultados expuestos por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD, 2008), señalan que el consumo de sustancias psicoactivas se inicia en los jóvenes cada vez más tempranamente, tornándose así más vulnerables. De este modo, la tendencia a la búsqueda de nuevas sensaciones, representa uno de los principales motivadores de consumo, tanto de cigarrillos como de otras drogas; al igual que la curiosidad por la experimentación y la conducta impulsiva, las cuales constituyen factores que determinan la iniciación al consumo. Por otro lado, se reconoce el papel del estrés y las emociones negativas como potenciadores del mismo, en tanto algunos jóvenes lo asocian a una vía de escape ante situaciones conflictivas.

Otro de los factores que han favorecido la expansión del hábito, han sido la difusión de mitos sobre los hipotéticos beneficios del tabaco y el poco o nulo control que poseen los fumadores para decidir sobre su consumo; propiedades que indudablemente no posee, pero que han ayudado a disfrazar o cuando menos minimizar, el alcance de sus efectos nocivos para la salud (Córdoba y Samitier, 2009).

En este sentido, mientras más joven se inician en el hábito, más probabilidades existen de sufrir enfermedades y morir como consecuencia de ellas. La evidencia científica acumulada indica que 1 de cada 2 fumadores regulares va a morir a consecuencia del tabaco, perdiendo un promedio de diez años de vida (Illanes, 2007).

Por tal motivo, el contexto universitario puede ser considerado como una oportunidad desarrolladora, a la vez que pudiera constituir un ambiente potencialmente generador de “amenazas o riesgos de salud” tales como el propio tabaquismo, cuestión que nos sitúa ante la necesidad de emprender acciones de promoción y/o prevención por una universidad saludable (Herrera, Molerio, Nieves, Otero y Quintana, 2008).

Al respecto, nuestro país prioriza programas de prevención en los Centros de Educación Superior (CES), coordinados por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y el Ministerio de Educación

Superior (MES). Entre ellos se destaca el Programa para la Prevención y Control del Tabaquismo (2010), el cual se plantea como objetivo general reducir la prevalencia del tabaquismo activo y pasivo en la población cubana y el consumo de productos del tabaco, con énfasis en el sector de la salud y la educación, durante el periodo comprendido entre los años 2010-2015.

La Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas (UCLV) se destaca por su potencial investigativo entorno a la temática del tabaquismo. Dentro de los antecedentes de nuestra investigación se destacan estudios comparativos de fumadores y no fumadores, dirigidos a determinar los factores de riesgo asociados al tabaquismo en estudiantes de dicha enseñanza (Hernández, 2011; Álvarez, 2012); el Diseño de un Programa Psicoeducativo para la Prevención del Tabaquismo, (Álvarez, 2012); el Diseño un Programa de Intervención Psicológica para la Cesación Tabáquica (Hernández, 2012) y la Evaluación de la Efectividad de un Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes universitarios (Cárdenas, 2013). Esta última, nos ha proporcionado el soporte metodológico e instrumental necesario para la implementación de un programa de intervención psicológica, a partir de los resultados presentados en el pilotaje realizado.

Los elementos antes expuestos evidencian la pertinencia de encaminar acciones de intervención en el contexto universitario. En este sentido, nos planteamos el siguiente problema de investigación: *¿En qué medida resulta efectivo un Programa de intervención psicológica para el autocontrol del consumo tabáquico en estudiantes universitarios fumadores del CUFB de la UCLV y la Universidad de Ciencias Pedagógicas “Félix Varela”?*

Para darle respuesta a la problemática nos proponemos los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Evaluar el Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes universitarios.

Objetivos específicos:

- Describir los indicadores del autocontrol de consumo tabáquico en los estudiantes universitarios fumadores objeto de estudio.
- Implementar el Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes universitarios.
- Determinar los indicadores de los juicios de valor del Programa mediante su evaluación.

El valor teórico del estudio radica en la revisión bibliográfica actualizada sobre el tema, donde se intentan delimitar categorías como percepción de riesgo, autocontrol del consumo y cesación tabáquica; 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 él se integran recursos y técnicas articulados desde una concepción lógico-metodológica que contribuye a adecuar la percepción de riesgo asociada al tabaquismo, fortalecer habilidades para el control del consumo y consecuentemente, el logro de la cesación.

Desde el punto de vista práctico, el Programa propuesto constituiría un servicio para los profesionales vinculados al Centro de Bienestar Universitario de la propia UCLV. Además, se considera una propuesta pertinente para especialistas en Psicología de otros CES del territorio y el país, como alternativa de tratamiento ante la Estrategia de “Centro de Trabajo Libre de Humo de Tabaco” propuesta por el MES el pasado 18 de febrero de 2013.

El informe de investigación consta de tres Capítulos, Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía 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 cuantitativa de los mismos. Se realiza un análisis por las diferentes etapas: 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. Consideraciones generales sobre el tabaquismo como problema de salud. Su definición, diagnóstico y clasificación.

El tabaquismo es considerado un problema grave de Salud Pública. Es catalogado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) como una epidemia global en los países desarrollados y comienza a serlo en los países en vías de desarrollo, origina muertes a temprana edad en fumadores tanto regulares como pasivos, causando invalidez de la población productiva y el deterioro de la calidad de vida. Asimismo, causa afectaciones a todos los grupos étnicos, sin limitaciones en cuanto a género, edad, estrato sociocultural o religión; con notables consecuencias físicas, psicológicas, económicas y sociales (Suárez y Campo, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), reporta que cada día mueren en el mundo cerca de 14,000 personas por alguna de las múltiples enfermedades asociadas con el tabaquismo. Al mismo tiempo, el tabaquismo es considerado como una causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte prematura. Lo anterior se justifica si tenemos en cuenta el consumismo que predomina a nivel mundial, así como los daños provocados por éste a la salud como detonador y/o agravante en la aparición de disímiles trastornos.

La bibliografía científica refiere que la estructura del cigarro contiene tóxicos que provocan inflamación, irritación, sofocación y carcinogénesis. La nicotina se reconoce como una de las sustancias con mayor poder adictivo, su consumo repetido produce alteraciones en el sistema nervioso central; estas modificaciones brindan propiedades placenteras que se relacionan con la activación de la dopamina, la que a continuación actúa por sí misma como un potente reforzador neurotransmisor.

Teniendo en cuenta lo anterior, en la última edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), se clasifica 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; citado en Álvarez, Hernández, Molerio, Pedraza y Rodríguez, 2012). Los índices de consumo 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 de 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, entre otros)
No fumador	Persona que nunca ha fumado

Fuente: Tabaquismo. Finlay Revista Científica Médica de Cienfuegos. El ABC en el manejo de algunas enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo (Espinosa y Roca, 2007; citado en Hernández, 2012).

Asimismo, de acuerdo al nivel de disposición al cambio para dejar de fumar, se destacan los aportes del modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1983), citado en Hernández (2012).

Los fumadores pueden ser clasificados en uno de los siguientes estadios:

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

- Fase de mantenimiento: está marcada porque la persona se mantiene sin fumar durante 6 meses. Un año después de dejar de fumar se convierte en exfumador.

1.1 Particularidades en la percepción de riesgo del tabaquismo.

El consumo de tabaco es una de las causas de mortalidad prematura e incapacidad que puede ser prevenible, más importantes en la actualidad. Los efectos del tabaquismo sobre la salud son muchos, tanto a corto como a largo plazo, principalmente cuando se empieza a fumar a muy corta edad. Por ello, resulta impostergable la necesidad de fortalecer cada vez más las acciones que, desde nuestra ciencia psicológica se suceden en la lucha contra este mal epidemiológico, en el cual se ha convertido el tabaquismo.

Al respecto, 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 Álvares, 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 de vista, 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).

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).

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, Beck (1999) menciona que la persona evalúa 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.

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; puestos 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 sí solos explican el comportamiento o una acción protectora (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003).

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).

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 asumiéndose 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, 2008).

1.2 La cesación tabáquica: términos asociados al proceso.

Con relación al tema existe todo un arsenal de categorías que están relacionadas con el proceso para dejar de fumar; este objetivo se logra fundamentalmente mediante las diferentes propuestas terapéuticas diseñadas para ello. Por tanto, la cesación del consumo de tabaco debe ser valorado como un proceso al que se denomina “deshabitación tabáquica”. El empleo de este último término, deriva de la distinción que en el abordaje de la dependencia de la heroína se hizo entre desintoxicación y deshabitación, para señalar con ello que, el tratamiento iba más allá de aliviar la sintomatología de abstinencia. Desde el “Documento de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España” del Observatorio para la Prevención del Tabaquismo, editado por el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, se habla de tratamientos para dejar de fumar (Camarelles et al., 2008). Siendo más correcto hablar de tratamiento del tabaquismo que de deshabitación.

Precisamente este proceso de abandonar el hábito no es nada fácil, donde la fuerza de la dependencia nicotínica producida por el consumo de cigarrillos se debe a varios factores (González, 2000):

1. la nicotina produce múltiples efectos de reforzamiento positivo (ej., mejorar la concentración, el estado de ánimo, disminuye la ira y el peso)

2. después de una inhalación la nicotina tarda menos de 10 segundos en llegar al cerebro, produciéndose un efecto de la sustancia casi instantáneo a su ingestión.
3. el fumador puede modular, por la forma en que fuma el cigarrillo, la dosis de nicotina que necesita
4. la conducta de fumar se realiza repetidamente (por ejemplo, un fumador de un paquete de cigarrillos se administra nicotina aproximadamente unas 200 veces al día)
5. múltiples señales que provocan la conducta de fumar se fueron previamente asociando a la misma por procesos de condicionamiento.

En relación con dichos factores podemos decir que “dependencia”, “adicción” o “trastorno adictivo” son términos que tienden a emplearse indistintamente. Ellos hacen referencia a una alteración de la conducta que se caracteriza por la disminución del control sobre el consumo de una determinada sustancia. Los esfuerzos que se realizan por reducir o eliminar la auto-administración de la misma fracasan reiteradamente, percibiéndose en circunstancias precisas una especie de necesidad o compulsión hacia su consumo (American Psychiatric Association, 2000; Ayesta et al., 2008; Hughes, 2006; O’Brien et al., 2006). A partir de lo anterior, asumimos el término de cesación tabáquica, la que se define como un acto consciente, responsable y auto-determinado de dejar de fumar.

Cuando durante el proceso de cesación, ocurren recaídas como afrontamiento a los síntomas de abstinencia, las mismas suelen venir precipitadas o desencadenadas por consumos puntuales que sería lo que se denominan situaciones de alto riesgo. Cada persona tiene las suyas y habitualmente se derivan de la presencia de estímulos, inicialmente neutros, que han quedado condicionados al consumo (Ayesta et al., 2008; West, 2006).

Este síndrome de abstinencia de la nicotina suele presentar una serie de síntomas característicos para esta sustancia. Dichos síntomas comienzan al cabo de unas pocas horas (2-12 horas) y alcanzan su punto álgido a las 24-48 horas de dejar de fumar. La mayoría de ellos duran un promedio de cuatro semanas, pero la sensación de necesidad de nicotina (craving) pueden durar 6 meses o más. Dichos síntomas varían de uno a otro fumador, entre los mismos podemos evidenciar la ansiedad, irritabilidad o ira, impaciencia, dificultad en la concentración, depresión,

aumento del apetito, insomnio, dolores de cabeza y problemas del intestino o estómago (DSM-IV, 1995; citado en Hernández, 2012).

Epígrafe 2. Alternativas en el tratamiento del tabaquismo.

Como se evidencia hasta el momento, el abandonar el hábito es una decisión de gran trascendencia para un fumador por los beneficios físicos, psicológicos y sociales que le supone. Sin embargo, del 70% de los fumadores que quieren dejar de serlo, solo el 10% de los que lo intentan lo consiguen cada año, influyendo para ello la dependencia nicotínica. En este sentido, los recursos que debemos emplear para conseguir éxito (dejar de fumar), van a guardar estrecha relación con el grado de dependencia nicotínica (Jiménez et al., 2010).

En la actualidad contamos con un gran número de alternativas terapéuticas para dejar de fumar. Alrededor de los años 50 los tratamientos pioneros del tabaquismo 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.

Se denominan programas de Tratamiento Multicomponente a aquellos que están basados en tres fases (preparación, abandono y mantenimiento), así como los programas que utilizan distintas técnicas o estrategias en las distintas fases. El tratamiento va dirigido a todas las variables

(biológicas, antecedentes, consecuentes, aspectos biográficos de comportamiento y prevención de recaídas) que condicionan la conducta de fumar (Costa et al., 2008; citado en Jiménez et al., 2010).

Moreno (2004) nos presenta como fundamento teórico los ingredientes terapéuticos y el contenido detallado de las sesiones del “Programa para Dejar de Fumar del Ayuntamiento de Madrid”; programa psicológico multicomponente de carácter clínico y con formato grupal. El mismo está basado en la teoría del aprendizaje social e incluye fundamentalmente técnicas cognitivo-conductuales, aunque en algunas ocasiones se aplica con medicación específica (parches, chicles de nicotina o bupropión).

En los resultados de la experiencia revisada, Moreno (2004) se plantea la generalización de este Programa en los 14 Centros Municipales de Salud del Ayuntamiento de Madrid, abarcando una muestra de más de 1.599 fumadores. Asimismo, se muestran tasas de abstinencia a los tres meses de 59,66%, a los seis meses de 50,47% y al año de 41,9%, tasas elevadas que probablemente pudieran reflejar el cuidado con que los autores del programa han vinculado la selección y aplicación de las técnicas psicológicas a un modelo teórico psicológico sólido sobre la conducta de fumar. Autores como García Vera y Sanz, se preocupan por examinar, mediante un diseño cuasi-experimental, si la terapia de exposición a estímulos y contextos relacionados con la conducta de fumar aumenta la efectividad de dicho Programa, que en definitiva la selección adecuada de dichas técnicas cognitivo-conductuales es lo que determinan en gran medida tal efectividad.

Otro de los programas que ha demostrado altas tasas de abstinencia al año de seguimiento fue el “Programa para dejar de fumar” diseñado por Becoña (2001). El mismo era un programa de autoayuda implementado mediante el correo postal, consiguiendo llegar a más de 4.500 fumadores durante los últimos 11 años. Los resultados muestran tasas de abstinencia importantes, aún cuando fueron menores que el programa multicomponente anteriormente abordado. No obstante, los costos fueron mucho menores y con un mayor alcance (Becoña, 2004).

Al respecto, resaltan los llamados programas de tratamiento psicológico a distancia, aplicados a través del teléfono e Internet. En el caso del tratamiento a distancia mediante el teléfono, las

tasas de abstinencia que se han conseguido a los 6 meses han sido igualmente elevadas (54,5%), similares a las tasas obtenidas con un tratamiento psicológico clínico grupal. Por tanto, los resultados presentados demuestran que los tratamientos psicológicos para dejar de fumar a distancia no sólo son eficaces, sino también tremendamente eficientes, ya que pueden llegar a un número muy grande de fumadores con costes muy pequeños (Fletes, Sánchez, Quesada, Carreras y Maldonado, 2005).

Mencionar además el “Programa de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)” para dejar de fumar a través de Internet. Este es un programa de intervención psicológica que ha seguido las recomendaciones contenidas en la guía clínica para el tratamiento del tabaquismo de Fiore et al. (2000, 2008) y que aplicado a través de Internet, ha empleado técnicas terapéuticas de probada eficacia en el “Programa para dejar de fumar” de Becoña y Vázquez (1998) y de Abrams et al. (2003); ambos en formato presencial. Se han obtenido datos que sugieren que en estos tratamientos on-line con un formato clínico, a partir de cuatro sesiones, las posibilidades de abstinencia aumentan un 66% frente a tres o menos sesiones (Seidman et al., 2010).

Otra de las opciones de programas encaminados al logro de la cesación tabáquica lo constituye el “Programa de formación en técnicas de conducción de grupos de psicoterapia breve para la deshabituación al tabaco”. El protocolo de intervención que se propone, contempla una posibilidad de aplicación flexible según los niveles de formación requeridos de acuerdo con tres puntos: 1) Introducción a los principios básicos de la dinámica de grupo y de la terapia grupal para la deshabituación al tabaco; 2) Entrenamiento en Técnicas de Modificación de Conductas desde una perspectiva Cognitivo-Conductual integradas en un modelo de Terapia Grupal Multicomponente; 3) Consideraciones para su aplicación de acuerdo con la población foco de intervención, profesionales implicados y contexto de aplicación (Garzón, 2006).

En nuestro país, resalta como uno de los programas de mayor valía el Programa Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, contempla los lineamientos, propósitos, metas, estrategias y acciones de nuestro sistema de salud respecto al tema, indicando un soporte legal para proteger la salud del fumador y del no fumador. En esencia presenta un enfoque de promoción de salud, ofreciendo las condiciones necesarias para que reciban tratamiento y rehabilitación las personas que lo soliciten (Suárez y Campos, 2010).

Otra experiencia desarrollada en nuestro contexto ha sido el “Centro para dejar de fumar”, propuesto por el Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, creado en 1992 como Centro de Referencia Nacional. También se ha utilizado la digitopuntura, acupuntura, hipnosis y la homeopatía (Suárez y Campos, 2010).

De igual forma, se han realizado diversas investigaciones sobre el tema, destacándose los trabajos del Dr. Ricardo González (2005) sobre la influencia de los medios masivos de comunicación; al igual que la Dra. Nery Suárez (2010), quien expone resultados relacionados con el consumo de cigarrillos en los profesionales de la salud.

De manera general, estos son algunos ejemplos de investigaciones relacionadas con el tema en cuestión, tanto en el ámbito internacional como nacional, en esta lucha incansable contra la epidemia del tabaquismo.

2.1 Psicoterapia integrativa y tabaquismo.

En un intento de sobreponerse a la adicción de la nicotina, y por consiguiente abandonar de una vez y por todas el hábito de fumar, además de las alternativas psicológicas anteriormente expuestas que hoy se ponen a disposición de la población fumadora, la Psicoterapia Integrativa nos da la posibilidad de abordar el fenómeno desde diferentes perspectivas, y así obtener resultados satisfactorios en el tratamiento del tabaquismo.

La Psicoterapia Integrativa (PI) es definida como la combinación de conceptos e intervenciones procedentes de más de un enfoque psicoterapéutico (Stricker, & Gold, 2006). Al respecto, Norcross (2005) refiere que la PI se origina primariamente de la insatisfacción con las escuelas psicoterapéuticas unidimensionales, traspasando sus fronteras para comprender cómo cada enfoque puede aportar al proceso terapéutico global. De esta forma, la PI busca maximizar su eficacia, eficiencia y aplicabilidad en contextos diversos.

Es importante establecer una diferenciación entre la corriente integracionista en psicoterapia y el eclecticismo, debido a que en muchas ocasiones son tratados como sinónimos, pero realmente tienen repercusiones distintas. En función de ello debe destacarse que el terapeuta *ecléctico* no necesariamente tiene que poseer una base teórica que le permita comprender el origen y alcance de las técnicas que utiliza. La selección de herramientas por parte de los terapeutas eclécticos

está en su eficacia, utilizan una técnica específica porque conocen que funciona (Goldfried, Pachankis, & Bell, 2005).

Por otro lado, el terapeuta integracionista está interesado en comprender el *por qué* del cambio en el paciente, mientras el eclecticismo se orienta, principalmente en lograr el cambio, el integracionista busca además de ese objetivo comprender las razones por las cuales las situaciones y experiencias se modifican (Norcross & Goldfried, 2005).

Actualmente, las prácticas integracionistas cobran cada vez más fuerza, sobre todo porque la PI busca encontrar el valor de cada sistema psicoterapéutico y ajustarlo a las demandas de cada situación particular. De esta forma se concluye que la PI no es la mera utilización de técnicas procedentes de distintos enfoques o escuelas psicológicas, más bien 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.

2.1.1 Un Modelo Teórico para la cesación tabáquica: Proceso de Adopción de Precauciones.

Como ya hemos tratado, el cigarro es una sustancia legal cuyo uso puede convertirse en un hábito que pone en peligro la salud de quien lo consume y de las personas que le rodean. Pero a pesar de que en su mayoría conocen los riesgos, se les dificulta dejar esta adicción pues la nicotina genera dependencia física y psicológica entre los fumadores como ya habíamos visto (Rodríguez y Londoño, 2010).

Estas características del problema hacen necesaria una intervención multinivel para tratar 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, Edgerton, Teutsch, Marion, Miller, Genevro, et al, 2007).

Desde la psicología de la salud se han formulado diversos modelos preventivos, entre ellos se encuentran los Modelos Teóricos 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 tabáquica (Pérez, DiClemente & Carbonari, 1996;

citado en Rodríguez y Londoño, 2010). La experiencia ha demostrado que el MTT, a pesar de poseer una importante limitación teórica y epistemológica, es exitoso en la prevención del consumo de cigarro ya que asume el cambio como un proceso y reafirma la necesidad de dar atención individualizada a las personas que desean cambiar; por tal razón se comparte la concepción de Prochaska y DiClemente (1983) con relación al nivel de disposición que deben poseer los fumadores para dejar de fumar expuesta en el primer epígrafe.

Por su parte el PAP cuenta con una sólida validez teórica y empírica; a su vez es un modelo de etapas con las mismas ventajas y podría tener un alto nivel de efectividad en la cesación del consumo de cigarro, así como lo ha mostrado en otros problemas de salud (Weinstein & Lyon, 1998; Weinstein & Sandman, 2002).

El PAP, modelo desarrollado por Weinstein, cuestiona la forma como una persona adopta una precaución (Londoño, 2007). Asume que se reduce un riesgo cuando la persona tiene una motivación para hacerlo. Por tanto, 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. El modelo asume el cambio de conducta como un proceso de siete etapas (Weinstein et al, 1998, citado en Rodríguez y Londoño, 2010).

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 de este modelo es el hecho de asumir que en cada etapa se debe recibir un tratamiento especial para lograr avanzar a 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, de la población a la que se dirige y de las barreras que se deben superar (Herzog & Abrams, 1999; DiClemente, Prochaska, Fairhurst & Velicer, 1991; Prochaska, Velicer, DiClemente & Fava, 1988; Segan, Borland & Greenwood, 2004; Suman, Meyer, Rumpf, Hannover, Hapix & John, 2005; Perz, DiClemente & Carbonari, 1996).

El Modelo del PAP presenta una creciente aceptación por tener la capacidad de facilitar la planificación de intervenciones dependiendo de la etapa de cambio en que estén clasificados los individuos (Cabrera, 2001). Esta forma de tratamiento facilita tener en cuenta las características particulares de la población objeto, que en el caso de esta investigación son los estudiantes universitarios.

Por ser el PAP uno de los modelos más predictivos, es decir, que además de lo anteriormente abordado toma en cuenta otros elementos claves para la prevención como son la severidad, la

susceptibilidad personal, la percepción de costos y beneficios, la motivación, el balance decisional, las barreras de cada etapa y la recaída (Rodríguez y Londoño, 2010).

A partir de lo antes expuesto, lo asumimos como modelo teórico conductor de nuestra investigación para el logro de la cesación del consumo de cigarro en un grupo estudiantes universitarios, y así disminuir la prevalencia de este consumo dentro de dicho contexto.

2.1.2 Modelo General Preventivo-Interventivo del Autocontrol.

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), el cual fue explicado en el acápite anterior y tomado como modelo teórico para el logro del autocontrol del consumo tabáquico. En el PAP, la categoría autocontrol adquiere gran connotación, sobre todo a partir de la sexta etapa que propone, donde se expone que en este momento del proceso se pasa de la intención a la acción y comienza el cambio real. Por ello el sujeto deberá estar centrado en el control de las situaciones generadoras de recaídas.

La conceptualización del autocontrol ha tenido una larga evolución. Trasciende la mera inhibición de impulsos ad hoc (Fujita, 2011) para pasar a ser considerado como el proceso a través del cual las personas promueven sus metas autorreguladoras más distantes y abstractas, cuando entran en conflicto con otras más concretas e inmediatas (Fujita, 2011; Hofmann & Kotabe, 2012; Rodriguez-Martín, 2013).

En este sentido, 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 actúa como fuerza movilizadora del comportamiento. De acuerdo con Hofmann et al (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.

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.

La identificación y toma de conciencia sobre este conflicto motivacional es uno de los aspectos más relevantes a considerar en las intervenciones para el desarrollo del autocontrol. Partiendo de esta base se edifica la dimensión motivacional del autocontrol, al estructurar alrededor del conflicto la fuerte intención de afrontar el deseo (Houben, Havermans, & Wiers, 2010; Wiers, Rinck, Kordts, Houben & Strack, 2010). La intención es considerada un plan consciente para la ejecución de una conducta, que captura la motivación del individuo para llevarla a cabo (Conner & Armitage, 1998), su impacto es considerable tanto en conductas generales (Armitage & Conner, 2001), como en aquellas relacionadas con la salud (McEachan, et al., 2011). Dada la propia 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 (Holton, 2009; Fishbach, Zhang, & Trope, 2010). En este sentido, consideramos que las etapas del proceso de autocontrol descritas hasta el momento guardan estrecha relación con la categoría percepción de riesgo, la cual ya ha sido expuesta anteriormente por su particular relevancia en las adicciones.

La intención tiene esencial importancia como se ha venido analizando. Por tanto, su ausencia o inadecuada estructuración conduce a fallos en el autocontrol, aún 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.

Capítulo 2.

Fundamentación

Metodológica

2.1 Diseño de la investigación

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

La metodología de evaluación de programas establece diferentes juicios valorativos sobre el mismo. 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. El presente estudio abarca la evaluación de la efectividad del programa, a partir de los indicadores propuestos para los juicios antes señalados (Ver Anexo 1).

- **Pertinencia:** medida en la cual un programa responde a necesidades concretas de la población.
- **Suficiencia:** cuando las acciones establecidas pueden ser suficientes y adecuadas para conseguir los propósitos que se persiguen.
- **Progreso (formativa o de proceso):** 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 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.

2.2 Concepción metodológica.

El paradigma que sustenta nuestra investigación es mixto. Este enfoque nos brinda la posibilidad de recoger, analizar y vincular datos cualitativos y cuantitativos, utilizando ambas visiones para responder al problema de investigación. Permite además, lograr una perspectiva más precisa del fenómeno en estudio brindando una percepción holística y completa de este (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2006). Teniendo en cuenta las características abordadas, consideramos que este enfoque se traduce en “mayor amplitud, profundidad, diversidad, riqueza interpretativa y sentido de entendimiento” (Hernández et al., 2006).

2.3 Etapas de la investigación

En correspondencia con los objetivos científicos propuestos, la investigación quedó estructurada 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 del 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 de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico. Durante su implementación, se efectuó la evaluación de la coherencia interna de las sesiones a partir de la pertinencia, suficiencia y el proceso de las mismas, mediante el logro de los objetivos y congruencia de las técnicas empleadas. Asimismo, se realizó una evaluación del progreso alcanzado por los estudiantes, una vez introducida la variable independiente.

Etapa III: Evaluación final.

Se lleva a cabo al finalizar la intervención para evaluar la efectividad del programa. Se propone integrar los resultados derivados de los Autorregistros confeccionados por el propio sujeto y el Modelo evolutivo de los estudiantes. Se incorporan 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. Finalmente se procede a la evaluación integral de la efectividad 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 estructurada final.

2.4 ETAPA I: Evaluación inicial.

La etapa se caracteriza por una amplia y actualizada revisión bibliográfica, lográndose determinar investigaciones recientes que validan en nuestro medio instrumentos para la evaluación psicológica de los fumadores (Hernández, 2012) (Carrasco y Pérez, 2013): Cuestionario “Razones para fumar”, Cuestionario de estadíos de cambio de Prochaska y Diclemente (1983), Escala de síntomas de abstinencia a la nicotina, Test sobre dependencia a la nicotina de Fargerstorm y Escala de confianza en situaciones de fumar de Baer y Linchtenstein (1988). Los cuestionarios fueron aplicados a un total de 500 personas fumadoras procedentes de las provincias centrales: Villa Clara, Cienfuegos, Santi Spiritus, Ciego de Ávila y Camagüey, utilizándose la prueba estadística de Alpha de Crombach, con resultados significativos. Asimismo, las autoras (Carrasco y Pérez, 2013) diseñan y validan un Cuestionario de percepción de riesgo y de Cesación tabáquica.

Con el fin de conformar el diagnóstico psicológico de los estudiantes fumadores se aplican los instrumentos antes mencionados y otras técnicas, como son: la revisión de documentos oficiales y la entrevista psicológica.

2.4.1 Tipo de estudio.

Se realizó un estudio exploratorio – descriptivo puesto que los mismos buscan especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidad o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. (Madrigal, 2006, citado en Balsa y Barreira, 2008). Se contemplan de manera independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver, aunque pueden integrar las

mediciones de cada una para describir cómo se manifiesta un fenómeno de interés (Cárdenas, 2011; citado en Hernández, 2012).

2.4.2 Selección y descripción de la muestra.

La presente investigación se desarrolla en dos centros universitarios: la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas (UCLV), específicamente en el campus del Colegio Universitario de Formación Básica “Abel Santamaría Cuadrado” (CUFB); y la Universidad de Ciencias Pedagógicas “Félix Varela”, en el período comprendido entre febrero y mayo de 2013.

Luego de analizar los datos registrados en el informe estadístico de la Comisión Universitaria de Prevención de la UCLV, se pudo constatar que la mayor incidencia de la problemática del tabaquismo se ubica en las carreras de Ciencias Técnicas. Considerando la importancia de intervenir tempranamente, se decide realizar la investigación con los estudiantes de primer año de dichas carreras, los cuales radican en el CUFB. La población universitaria ubicada en este centro, está integrada por un total de 730 estudiantes de 1er año, pertenecientes a 9 carreras de ingenierías. De ellos, el 67,5% son del sexo masculino (493 estudiantes) y el 32,5% del femenino (237estudiantes).

Tabla 2. Población estudiantil universitaria del CUFB. Universidad UCLV. Curso escolar 2012 – 2013.

Carreras	Masculino	Femenino	Total
	No.	No.	No.
Eléctrica	84	6	90
Informática	25	9	34
Ingeniería civil	62	45	107
Industrial	60	111	171
Hidráulica	45	19	64
Automática	42	5	47
Telecomunicaciones	51	15	66
Mecánica	109	10	119
Química	15	17	32
Total	493	237	730

Fuente: Matricula oficial población estudiantil universitaria del CUFB. Universidad Central Marta Abreu de Las Villas. Curso escolar 2012 – 2013.

La población de fumadores regulares en el CUFB es de 61 estudiantes. Una vez divulgada la propuesta del Programa, manifestaron su consentimiento para participar en el mismo 8 estudiantes,

quedando así conformado el subgrupo #1. En este caso todos pertenecientes al sexo masculino y con edades comprendidas entre 19 y 20 años.

Por su parte, la Universidad de Ciencias Pedagógicas comparte la necesidad de intervenir tempranamente en la prevención y tratamiento del tabaquismo, sobre todo en las especialidades de Matemática y Lenguas Extranjeras, las cuales muestran la mayor prevalencia e incidencia de estudiantes fumadores. La información es presentada en el informe emitido por el Departamento de Trabajo Educativo, como parte del diagnóstico de salud realizado en la universidad.

La población universitaria de 1er año que se ubica en el Pedagógico cuenta con un total de 185 estudiantes, que cursan 10 carreras. De ellos el 48,1% son del sexo masculino (89 estudiantes) y el 51,9% del femenino (96 estudiantes).

Tabla 3. Población estudiantil universitaria del primer año de la Universidad de Ciencias Pedagógicas. Curso escolar diurno 2012 – 2013.

Carreras	Masculino	Femenino	Total
	No.	No.	No.
Pedagogía-Psicología	8	10	18
Informática-Laboral	10	9	19
Español	9	11	20
Marxismo-Historia	10	8	18
Lenguas Extranjeras	7	10	17
Matemática	8	12	20
Biología-Geografía	10	10	20
Biología-Química	10	8	18
Educación Especial	7	12	19
Logopedia	10	6	16
Total	89	96	185

Fuente: Matricula oficial población estudiantil universitaria de la Universidad de Ciencias Pedagógicas “Félix Varela”. Curso escolar 2012 – 2013.

Del total de estudiantes que cursan el primer año 15 son fumadores regulares. De ellos, desearon participar en la investigación un total de 6 estudiantes, quedando constituido el subgrupo #2 para la implementación del Programa. El rango de edad osciló entre 19 y 20 años, mientras que en relación al sexo, 2 pertenecen al sexo femenino y 4 al masculino.

Los criterios empleados para la selección de la muestra fueron:

Criterios de inclusión:

- Estudiantes fumadores pertenecientes al primer año de las carreras del CUFB de la UCLV y la Universidad de Ciencias Pedagógicas.
- Estudiantes que sean fumadores regulares.
- Estudiantes con disposición para participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes universitarios que no desearan participar en la investigación.

Criterios de salida:

- Estudiantes que expresen el deseo o la necesidad de salir del estudio.

2.4.3 Descripción de las técnicas empleadas.

Con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos de la investigación se emplean las siguientes técnicas:

- Revisión de documentos oficiales.
- La entrevista psicológica.
- Cuestionario de percepción de riesgo del tabaquismo.
- Cuestionario de “Razones para fumar”.
- Cuestionario de estadíos de cambio de Prochaska y Diclemente (1983).
- Cuestionario de dependencia a la nicotina de Fargerstorm (1978).
- Escala de síntomas de abstinencia a la nicotina.
- Cuestionario de confianza en situaciones de fumar (Baer y Lichenstein, 1988).

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 CUFB y la Universidad de Ciencias Pedagógicas. Los documentos revisados fueron los siguientes: informes acerca del diagnóstico de salud (2012-2013) realizado por el Departamento de Trabajo Educativo y 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 en ambos centros universitarios.

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 3).

Cuestionario de percepción de riesgo: 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. Persigue como objetivo explorar la percepción de riesgo que poseen los jóvenes universitarios sobre el tabaquismo, sus causas, riesgos y consecuencias (Anexo 4).

Cuestionario “Razones para fumar”: El cuestionario fue diseñado con el objetivo de identificar las razones por las cuales fuman los sujetos. La técnica ofrece diferentes escalas de los motivos por los que fuman las personas; a las cuales se llega mediante una sumatoria. 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. (Anexo 5).

Test 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 6 preguntas que permite conocer el nivel de dependencia a la nicotina. La escala de Fagerstrom es la escala más frecuentemente utilizada para valorar la dependencia (Fagerstrom 1978). Consiste en una serie de ítems que se refieren al comportamiento dependiente del tabaco. La

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

Evaluación de estadios 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. La técnica consta de 4 ítems con respuestas de sí o no. Existen cinco estadios de cese del hábito: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento, ya descritos previamente (Prochaska y DiClemente, 1983; Prochaska et al. 1985). Estos estadios pueden darse varias veces en el mismo fumador ya que habitualmente se producen recaídas y varios intentos para volver a dejar el tabaco de forma repetida, incluso muchos de ellos lo han intentado varias veces antes de poder dejarlo (Anexo 7).

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 0 al 3 (0- Mucho. 1-Bastante. 2-A veces. 3- Nunca), aquellos síntomas o sensaciones que se le ofrecen en la técnica y las cuales haya notado durante la última semana (Anexo 8).

Escala de confianza ante situaciones de fumar: Este instrumento fue desarrollado por Conditte 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 abstinentes en aquellas situaciones en las que tiene más probabilidad de fumar. La misma consta de 14 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 Cronbach= 0.8078) La misma persigue evaluar la autoeficacia que percibe la persona de estar abstinentes (Anexo 9).

2.4.4 Procedimientos.

Para comenzar la investigación se establecieron las coordinaciones necesarias con la dirección de las instituciones implicadas en el proceso, dando a conocer los objetivos y particularidades de la misma. De esta forma se obtuvo el consentimiento y se procedió a la revisión de los documentos, lo cual permitió la obtención de información sobre los estudiantes fumadores. Luego, se presentó la propuesta a los estudiantes, identificándose aquellos que contaban con los criterios de inclusión para participar en el Programa. Posteriormente se tuvo un primer contacto, constituyendo la Sesión 0 del Programa, en la cual se aplicaron los instrumentos descritos con anterioridad.

2.4.5 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 por el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 16.0 para Windows, realizándose análisis de frecuencia de cada una de las categorías correspondientes a las variables para la elaboración de tablas y gráficos, así como para la discusión de las mismas.

2.5 ETAPA II: Implementación del Programa.

Una vez realizado el diagnóstico inicial, se procede a la implementación del “Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes universitarios”, diseñado por Cárdenas (2013) (Anexo 16). El Programa se aplicó de manera grupal, en un período de 5 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 realizó en 2 subgrupos cuya conformación osciló entre 6 y 8 integrantes. Desde el punto de vista lógico – metodológico, el Programa comprendió técnicas informativas,

cognitivo-conductuales, reflexivo-vivenciales, de desactivación psicofisiológica y otras como la agenda terapéutica y el modelo evolutivo del paciente.

2.5.1 Selección y descripción de la muestra.

En el caso del CUFB, la muestra estuvo conformada por 8 estudiantes fumadores, de los cuales se tuvo una mortalidad de 3 estudiantes durante la 4ta sesión aproximadamente. Por tanto, el subgrupo #1 estuvo integrado por 5 participantes, lográndose con ellos un trabajo sistemático a lo largo de todas las sesiones del Programa.

La muestra de la Universidad de Ciencias Pedagógicas contó con la participación de 6 estudiantes fumadores, de los cuales se tuvo una mortalidad de 2 a la altura de la 3era – 4ta sesión. El subgrupo #2 quedó conformado por 4 alumnos que se mantuvieron de manera constante en el Programa hasta su culminación.

Los criterios empleados para la selección de la muestra fueron:

Criterios de inclusión:

- Estudiantes pertenecientes al primer año de las carreras del CUFB y la Universidad de Ciencias Pedagógicas.
- Estudiantes que quisieran dejar de fumar en los próximos 30 días.
- Consentimiento informado de los estudiantes.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes fumadores que no desearan participar en la investigación.

Criterios de salida:

- Estudiantes fumadores que expresen el deseo o la necesidad de salir del estudio.

2.5.2 Descripción de las técnicas empleadas

En la medida que se aplicaba el programa se iba evaluando mediante las siguientes técnicas:

- Agenda Terapéutica.
- Modelo evolutivo del paciente.

Agenda Terapéutica: Constituye un material eficaz en la evaluación del nivel de progreso de cada uno de los participantes, puesto que uno de sus componentes es el “Autorregistro”. El mismo se enfoca en el control del comportamiento de consumo, haciendo énfasis en su frecuencia, el grado de control de la dependencia, la presencia de síntomas de abstinencia y el manejo de los precipitantes del mismo. Además, consta de otras secciones como son la “Lista de motivos” y “Otros apuntes”, que en definitiva nos ofrecen también información acertada sobre los parámetros de la conducta de fumar, así como de las condiciones en que ocurre, factores movilizados del comportamiento adictivo y las consecuencias que le siguen. En la primera sesión del Programa se le entrega la agenda a los participantes, enfatizando en su significación. Se les explica cómo llenarla y se les pide que la traigan a cada sesión de manera que se va obteniendo como resultado un gráfico sobre la tendencia de cambio en el comportamiento de consumo en la medida que avanzan las sesiones. Se resalta la necesidad de que sean autocríticos y sinceros. El análisis se realiza de forma cualitativa en función del nivel de cambios que pueden aparecer en el comportamiento de consumo del sujeto (Anexo 17).

Modelo evolutivo del paciente: Es un Modelo que le permite al terapeuta realizar un seguimiento evolutivo del paciente durante la implementación del Programa. Es llenado de manera sistemática al concluir cada sesión a partir de la observación y el registro del desarrollo de la misma. Su análisis se realiza de forma cualitativa (Anexo 10).

Cuestionario de satisfacción del usuario del Programa de intervención psicológica: Es una técnica elaborada por la autora para los fines investigativos que permite explorar los niveles de satisfacción que sobre la experiencia vivencian los estudiantes que participaron en el Programa, precisando su valoración sobre el aporte de las técnicas empleadas en el mismo. Su calificación se realiza de forma cualitativa aunque a nivel grupal se realiza el análisis cuantitativo de frecuencias con vistas al perfeccionamiento del mismo (Anexo 11).

2.5.3 Procedimientos.

A partir del diagnóstico previamente realizado se comienza con la implementación del Programa. En la primera sesión quedan establecidos las normas y horarios que guiarán los siguientes encuentros. Una vez que finalizaba cada sesión se realiza una valoración de la misma, así como el

análisis evolutivo de cada uno de los participantes apoyándonos en el método 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).

2.5.4 Operacionalización de las variables.

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 tabáquico: Proceso mediante el cual el individuo promueve metas más abstractas y distantes tanto en sus juicios, como en sus decisiones y conducta, aún 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; sobre lo cual se configuran mecanismos de autocontrol para asumir comportamientos saludables. 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.
- **Estadio motivacional:** Motivaciones experimentadas por el fumador en relación al abandono o no del consumo tabáquico.
 - Balance decisional: Experimentan motivaciones contrapuestas ya que encuentran beneficios y costos en ambas partes del conflicto, pero decide conscientemente abandonar el consumo.
 - Discrepante: El sujeto presenta conflictos entre uno o varios inconvenientes de dejar de fumar y los valores personales del fumador. Cuanto más fuerte es el conflicto, más potente suele ser la motivación para el cambio. El sujeto ha intentado en alguna ocasión dejar de fumar.
 - Ambivalente: El sujeto tiene sentimientos y pensamientos conflictivos simultáneos sobre seguir fumando o dejar de fumar, pero no logra dejarlo de hacer.
 - Resistente: El sujeto prefiere ignorar las consecuencias nocivas del consumo y decide mantenerlo.
- **Estadios de cambio:** Niveles de intencionalidad por los que transita el sujeto durante el proceso de abandono del consumo tabáquico:
 - Pre-contemplación: el sujeto no se plantea dejar de fumar en los próximos 6 meses.
 - Contemplación: el sujeto se plantea dejar de fumar en los próximos 6 meses.
 - Preparación: el sujeto está dispuesto a hacer un intento serio de abandono y hace planes específicos que fija para los siguientes 30 días.
 - 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.

- **Acción:** el fumador deja de fumar 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 (Martin, 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 (Martin, 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 4.75 puntos y haber recibido entrenamiento previo a la intervención.

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

- Nivel de dependencia a la nicotina: alteración de la conducta caracterizada por la disminución de control sobre el consumo de nicotina, percibiéndose en circunstancias precisas una especie de necesidad o compulsión hacia su consumo que cobra expresión a nivel biológico, psicológico y sociocultural.
- 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 4: Operacionalización de la variable dependiente e instrumentos para su evaluación.

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

Fuente: Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes universitarios (Cárdenas, 2013).

2.5.4 Procesamiento de los datos.

En esta segunda etapa el procesamiento de los datos se realiza fundamentalmente, desde la perspectiva cualitativa, a partir del análisis por sesiones y el uso del método estudio de caso en la evaluación del progreso de los estudiantes.

2.6 ETAPA III. Evaluación final.

Se llevó a cabo al finalizar la intervención para evaluar la efectividad del programa. Se procede a integrar los resultados derivados fundamentalmente, de los Autorregistros referidos en la Agenda Terapéutica, el Modelo evolutivo del paciente y el Cuestionario de Satisfacción de usuario. Esto nos permitió la evaluación integral de la efectividad del Programa considerando los criterios previamente establecidos.

2.7 ETAPA IV. Seguimiento evolutivo.

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. Se realizaron dos encuentros con estas características: uno a los 15 días y otro al mes de haber culminado la aplicación del Programa, empleándose la entrevista psicológica estructurada final (Anexo 12).

2.7.1 Descripción de las técnicas empleadas

Entrevista estructurada final: Es una técnica elaborada por la autora para los fines investigativos del estudio que permite reforzar los logros alcanzados, identificar posibles recaídas, así como ofrecer nuevos niveles de ayuda a los estudiantes. Se pretende evaluar el seguimiento de los sujetos una vez concluido el programa, valorando la estabilidad de los resultados. El análisis se realiza de forma cualitativa, aunque se pueden efectuar análisis de frecuencia.

2.7.2 Procesamiento de los datos.

En esta cuarta etapa el procesamiento de los datos se realiza fundamentalmente, desde la perspectiva cualitativa.

2.8 Principios éticos que rigen la investigación.

A lo largo de toda la investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos de nuestra ciencia. En este sentido, se les explicó a los sujetos participantes los objetivos y el alcance del estudio, obteniéndose así, el consentimiento de los mismos para participar. 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 del proceso investigativo.

Capítulo 3. Análisis de Resultados

En este capítulo se presentan los principales resultados obtenidos, a partir del problema científico y los objetivos que rigen la investigación. Los mismos se organizan guiados por las 4 etapas que contempla el estudio.

3.1 Análisis de los resultados de la Etapa I.

En este momento la investigación estuvo orientada a explorar los datos generales de los sujetos y los componentes del autocontrol del consumo, así como aspectos generales del comportamiento de consumo como el nivel de dependencia a la nicotina, entre otros. Para ello se emplearon en la **Sesión 0**, un conjunto de técnicas de recogida de información, las cuales arrojaron los siguientes resultados:

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. Además, nos permitió realizar una caracterización general de los participantes, precisando cuestiones relacionadas con su estado de salud mental, el comportamiento de consumo de tabaco y sus expectativas con relación al Programa.

La muestra estuvo compuesta por 14 estudiantes fumadores, 11 del sexo masculino y 3 del femenino, de ellos 8 pertenecientes al primer año de la carrera de Ingeniería Industrial del CUFB y 6 pertenecientes a la Universidad de Ciencias Pedagógicas, de los cuales 2 estudian Matemática y 4 Lenguas Extranjeras. Las edades están comprendidas entre 19 y 20 años; mientras que 12 son solteros y 2 mantienen una unión consensual. En cuanto al padecimiento de enfermedades crónicas, 2 de ellos presentan asma bronquial tipo II y uno sufre de trastornos alérgicos.

A partir de la exploración de los motivos que los estudiantes identifican como las principales influencias en la iniciación del consumo tabáquico podemos mencionar el estrés académico al cual se han visto sometidos en múltiples ocasiones (85,7%); y la influencia social por parte de sus parejas y amigos (78,5%). Asimismo, entre las motivaciones para el abandono del hábito se encuentran los beneficios para su salud (64,3%), el amor a su familia (57,1%) y el no querer depender de nada (50%).

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 su toxicidad y los daños que provoca sobre todo a esta temprana edad, 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, 13 llevan entre 1 y 5 años consumiendo 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 3 de los estudiantes consumen entre 25 y 30 cigarros diariamente (fumadores regulares severos), otros 2 hasta 20 cigarros (fumadores regulares moderados) y los 9 restante fuman hasta 10 cigarros al día (fumadores regulares leves). Por otra parte, aun cuando el 100% de los estudiantes señala que ha tenido intentos previos para abandonar el cigarro, los mismos no han tenido éxito y el método en el cual se han apoyado es la reducción del consumo sin valorar otras alternativas. Al respecto consideran la terapia grupal como una opción viable y novedosa, sobre todo porque les brinda ayuda psicológica.

Mediante un análisis de frecuencia se obtuvo que el 64,3% de los estudiantes, piensan dejar de fumar desde hace más de un año, por motivos de salud fundamentalmente. Al explorar la etapa de **estadio de cambio** en la que se encuentran, 6 de ellos manifestaron que sí podrían abandonar el hábito inmediatamente (estadio acción) y los restantes 8 se proyectan hacia los próximos 30 días (estadio de preparación); y en cuanto a si consideran que cuentan con los recursos y condiciones para dejar de fumar, el 71,4% considera que sí y el restante 28,6%, cuestiona sus habilidades.

En relación a los resultados obtenidos en el **Cuestionario sobre percepción de riesgo del tabaquismo** se pudo apreciar que en los ítems referidos al componente informativo-valorativo existe un elevado conocimiento acerca de las causas y consecuencias indeseadas del tabaquismo en un 64,3% de la muestra total, y el 35,7% restante consta de un conocimiento parcialmente adecuado de las mismas. Asimismo, se evidencia que un 78,6% de la muestra total se percibe vulnerable ante el riesgo del consumo, partiendo de valoraciones entorno a las consecuencias, costos y beneficios del mismo.

En cuanto al componente afectivo-motivacional, el 100% de los estudiantes vivencian un conflicto entre el placer que le provoca fumar y el reconocimiento de los efectos dañinos del hábito. Además se destacan motivaciones de carácter extrínseco e intrínseco asociadas a la decisión de dejar de fumar, destacándose el respeto y la opinión de la familia en relación al hábito así como los valores personales que se ven comprometidos con esta adicción.

De manera general se puede afirmar que el 65% de los estudiantes poseen una adecuada percepción de riesgo en torno al tabaquismo, mientras que el 35% restante manifiesta niveles parcialmente adecuados.

Con el objetivo de determinar los principales motivos asociados al hábito tabáquico en los jóvenes se aplicó el **Cuestionario “Razones para fumar”**; evidenciándose entre las principales motivaciones para fumar: “fumar es placentero y me relaja” (100%), “un bajo estado de ánimo, los problemas y las preocupaciones me motivan a fumar” (92,9%), “deseo mucho fumar cuando no lo he podido hacer durante un tiempo” (85,7%), “fumo por tristeza o incomodidad” (78,6%), “me percato fácilmente si llevo un rato sin fumar” (78,6%), “fumo cuando me enfado” (71,4%) y me apetece más un cigarro en situaciones de relajación y confort emocional” (71,4%). En los restantes indicadores, no se expresan distinciones representativas.

Otras de las pruebas aplicadas fue el **Test de Fagerstrom** con el objetivo de identificar el grado de dependencia a la nicotina en los fumadores. A partir del análisis realizado, se evidencia que el 21,4% de los estudiantes investigados consumen al día entre 21 y 30 cigarros aproximadamente, el 14,3% entre 10 y 20 cigarros, mientras que el 64,3%, quienes representa la mayoría, no exceden el consumo de 10 cigarros diarios.

Con relación a otros ítems, el 43% reconoce que una vez despiertos solo tardan 5 minutos en fumar el primer cigarro y el 36% demora un poco más (entre 6 y 30 minutos). La mayoría de los casos prefieren renunciar a cualquier otro cigarro que no sea el primero de la mañana, lo cual indica un elevado nivel de dependencia a la nicotina si tenemos en cuenta los síntomas de abstinencia que se presentan una vez que transcurren las horas de la noche. Sin embargo, luego de este primer cigarro, el 85,7% refiere que siente mayor necesidad de fumar durante el transcurso del día. Además, resulta favorable que el 57,1% manifieste que no les resulta difícil dejar de fumar en lugares donde está prohibido, evidenciándose cómo los estudiantes son capaces de autocontrolarse ante las normas

pautadas por la sociedad.

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 (92,8%), la ansiedad (92,9%), el aumento del apetito (92,9%) y la impaciencia (90%). Sin embargo, los síntomas menos vivenciados fueron el hambre excesiva, el insomnio y problemas del intestino, representando menos del 30% de la muestra. Los restantes síntomas se observan con índices no tan significativos, como son la irritabilidad (42,9%), dificultad para concentrarse (42,9%), dolores de cabeza (35,7%) y sentirse deprimido (28,6%) respectivamente.

Por su parte, la **Escala de evaluación de estadios de cambio de Prochaska y DiClemente** (1983), se aplicó con el objetivo de conocer el grado de motivación e intención de los sujetos ante el abandono del cigarro, confirmando así algunas informaciones abordadas también desde la entrevista inicial.

Al explorar si tendrían la intención de abandonar el hábito inmediatamente, el índice de respuestas positivas representó el 42,9% de la muestra y el 57,1 se lo propondría durante los próximos 30 días, lo cual evidencia que el 100% de los estudiantes se encuentran en un estadio de cambio deseado para que los estudiantes se integren al Programa, teniendo en cuenta que si no existe intención de autocontrolar el consumo, no se moviliza el comportamiento en función de modificar estilos de comportamientos más o menos saludables.

Finalmente, otra de las técnicas aplicadas fue el **Cuestionario de confianza ante situaciones de fumar**. En este sentido, se evidenció en la mayoría de los ítems elevados niveles de resistencia ante el deseo de fumar, destacándose situaciones como: si ingiriera bebidas alcohólicas (72%), sentarme cómodamente y disfrutar un cigarro (58%), si me ofrecieran un cigarro (50 %) y si me sintiera nervioso (43%), lo cual denota confianza en sí mismo y una actitud positiva ante el cambio.

3.2 Análisis de resultados: Etapa II

Una vez concluida la etapa diagnóstica se procedió a la implementación del Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en 2 subgrupos de trabajo. El subgrupo #1 integrado por 8 estudiantes del primer año de Ingeniería Industrial del CUFB y el

subgrupo #2 conformado por 6 estudiantes del primer año de las especialidades de Matemática y Lenguas Extranjeras respectivamente, de la Universidad de Ciencias Pedagógicas “Félix Varela”.

No se observan diferencias significativas en cuanto a las variables sociodemográficas, físicas y/o psicológicas en los subgrupos de trabajo. Esto justifica la manera de presentar los resultados como un grupo único, aunque en algunos momentos se hace referencia a elementos distintivos de algún subgrupo.

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.

Sesión 1.

El subgrupo #1 contó con la asistencia de los 8 estudiantes fumadores interesados en abandonar el hábito. Lo mismo ocurrió con el subgrupo #2, asistiendo los 6 jóvenes fumadores diagnosticados durante la primera etapa de la investigación. Desde el comienzo se logró un ambiente agradable, observándose el interés de cada uno de los participantes por las indicaciones brindadas en el encuentro.

Luego de las presentaciones, la cual permitió que ambos grupos recién formados ganaran en confianza además de desinhibirse ante la presencia de la coordinadora; mediante una lluvia de ideas se nivelaron las expectativas con respecto al programa, las cuales se enfocaron fundamentalmente en el deseo y la motivación porque el mismo les ayudara a dejar de fumar. En torno a esta idea se enfatiza en la importancia de una participación activa, sistemática y responsable sobre el tratamiento, lográndose establecer un sistema de normas y acuerdos mutuos en cada subgrupo que guiarían el proceso organizadamente, tales como:

- Los encuentros se realizarían con una frecuencia de dos veces por semana, de ser posible los lunes y jueves (subgrupo #1) y martes y viernes (subgrupo #2).

- Los horarios se mantendrían: lunes a la 1:30 pm. y el jueves a las 5:00 pm. (subgrupo #1) y martes a la 1:30pm. y viernes a las 11:30am. (subgrupo #2). Los mismos deberán ser respetados.
- El local deberá contar con buena iluminación y ventilación, mobiliario para sentarse en círculo y una computadora o televisor con DVD.
- Se respetarían los criterios y opiniones de cada uno, brindándose apoyo durante todo el proceso.

La técnica “Mitos y realidades”, constituyó un momento esencial de la sesión. La misma nos permitió un acercamiento al nivel de conocimientos que entorno al tabaquismo poseen los estudiantes. Aún cuando las respuestas en su mayoría fueron adecuadas, durante el intercambio se desmistifican ideas erróneas aportando información científica actualizada.

Seguidamente, se proyectó el video “El peor de los asesinos”. A continuación se estableció el debate, lográndose sistematizar las consecuencias negativas del hábito y los beneficios de la cesación. Fue evidente que los estudiantes quedaron sorprendidos, sobre todo con las consecuencias del tabaquismo en el comportamiento sexual de los jóvenes, *“¿de verdad eso puede ocurrir a nuestra edad?”*, *“me doy cuenta que no vale la pena arriesgarse por tan poco”* y *“me gustó mucho el video, ojalá todos los jóvenes tuvieran la posibilidad de verlo”*.

Con el fin de lograr una sistematización del conocimiento, se le entregó a cada uno de los estudiantes el tríptico “Apaga y Vamos”, el cual contiene de manera sintética los elementos tratados durante encuentro. Asimismo, se les concedió la agenda terapéutica explicándoles cómo debía ser empleada y la importancia particular del autorregistro como primera tarea terapéutica. El mismo les facilitaría una mejor comprensión de su conducta adictiva, en aspectos tales como la frecuencia de consumo, el grado de control de la dependencia, la presencia de síntomas de abstinencia y el manejo de los precipitantes del mismo. La segunda tarea constituyó la lista de motivos, contenida también en la agenda y que les aportaría en la concientización de las motivaciones para dejar el hábito, estimulando así tal decisión. Finalmente, se negocia con los estudiantes la disminución paulatina de la cantidad de consumo habitual, resaltando la idea de que aún cuando será un proceso complejo este es el primer paso en el camino hacia la cesación.

Para cerrar la sesión se realizó la técnica “Cómo llegué y cómo me voy”, la cual nos permitió evaluar la actividad como provechosa en ambos subgrupos, a partir de verbalizaciones como *“llegué*

motivado y me voy muy interesado en el tema” y “llegué sin saber si de verdad esto sería una oportunidad para dejar el hábito y me voy convencido de que lo será”.

A modo de conclusión, podemos referir que se observó una buena cohesión grupal en los dos subgrupos de trabajo. En el caso del #1 sobre todo porque la totalidad de los participantes además de pertenecer a la misma carrera (Ingeniería Industrial) se consideran “buenos amigos”. Asimismo, se logró una adecuada comunicación entre los estudiantes y el coordinador durante el proceso interventivo. Una vez que se concluye la sesión, se registra en el Modelo evolutivo de cada uno de los participantes el progreso manifiesto.

Sesión 2.

El comienzo de la sesión fue muy interactivo lográndose la activación en ambos subgrupos mediante la técnica “Venta de cosas absurdas”. Luego se procedió a la revisión de las tareas terapéuticas, en especial el autorregistro y la lista de motivos, los cuales nos permitieron realizar el análisis funcional de la conducta de fumar en los estudiantes. En este sentido, el 100% de ellos redujo el nivel de consumo, es decir, en el subgrupo #1 lograron disminuir 4 alumnos 3 cigarros, 3 lograron disminuir 2 y uno de los casos cesó de manera definitiva, encontrándose en abstinencia desde hacía un día al momento del encuentro.

Asimismo, en el subgrupo #2 los 6 estudiantes consiguieron disminuir entre 1 y 4 cigarros respectivamente. Además, se logra que los estudiantes reconocieran las situaciones precipitadoras del consumo, las que les resulta más difícil autocontrolarse y horarios en que más fuman.

A continuación se realiza la técnica “Las tres sillas”, la cual logra suscitar en los participantes vivencias asociadas al consumo de cigarro, reforzando la decisión de lograr el autocontrol del mismo. Se obtuvieron resultados favorables puesto que se consigue que todos los estudiantes alcanzaran niveles reflexivos altos entorno al cigarro, a cómo se sentían con respecto a él y la proyección de imaginarse exfumadores en un futuro cercano. Algunos de los criterios expresados fueron: *“aunque siempre me ha acompañado, se que es dañino, que provoca muchas enfermedades e incluso nos puede causar la muerte”, “a veces siento desprecio por él, pero luego siento la necesidad incontrolable de encenderlo” y “me veo mucho mejor, más saludable, libre, con dinero en los bolsillos y sin ataduras de ningún tipo”.*

Durante el intercambio en ambos subgrupos, los estudiantes abordaron experiencias sobre algunos casos cercanos de víctimas de las consecuencias del tabaquismo, lográndose una mayor implicación afectiva que estimuló aún más su motivación para abandonar el hábito. La relación terapéutica ganó en confianza y seguridad.

Una vez que los miembros de ambos subgrupos pasaban por la última silla, se realizaba la lista de recursos personales para dejar de fumar. Al respecto se identificaron entre los principales recursos la familia, su salud, los profesores que los motivan a abandonar el cigarro, el apoyo entre los propios miembros del grupo y de los demás compañeros de cuarto, la posibilidad de realizar actividades deportivas, comer y pensar en todos los beneficios que tendrán. A partir de la misma, uno de los participantes del segundo subgrupo nos sorprende con la decisión de cesar el consumo, refiriendo *“no correré más riesgos, yo puedo dejarlo desde este momento”*.

Ante tales afirmaciones se va evidenciando en los fumadores una mayor intencionalidad en la decisión de abandonar el hábito, lo cual es aprovechado por la coordinadora para reforzar la idea de “sí se puede” y negociar el día D (día para dejar de fumar). Con excepción del estudiante que ya había cesado (del subgrupo #1) y el que recién tomaba la decisión (del subgrupo #2), la precisión del día D causó preocupación en algunos de los participantes, agregando que quizás era muy pronto para el abandono total puesto que temían recaer. Ante tales manifestaciones, la coordinadora estimula los recursos personológicos de los participantes y resalta la ayuda terapéutica que se le brindaría durante el Programa para la cesación definitiva.

Con el objetivo de preparar a los estudiantes para la cesación, se les orientan las tareas terapéuticas como alternativas para la reducción de la nicotina. Las técnicas ofrecidas fueron “la retención del humo” y “el control estimular”. En un primer momento se les explica su procedimiento, y en el caso de esta última se resalta la importancia del autorregistro para el conocimiento del análisis funcional de la conducta del hábito y de aquellas situaciones precipitadoras del consumo. Lo anterior, les permitiría eliminar, o al menos atrasar, el consumo de cigarro en los espacios y momentos regulares.

La última de las tareas fue la realización de una carta de despedida al cigarro para estimular la cesación tabáquica mediante la escritura emocional, esto reforzaría su decisión y motivación, en particular porque la experiencia fue considerada novedosa e interesante por ambos subgrupos. Debemos mencionar que al estudiante que cesó (del subgrupo #1), se le ofrece ayuda individual,

estimulándolo hacia un afrontamiento eficaz ante las situaciones precipitadoras del consumo, evitando así la recaída.

Para finalizar el encuentro fue empleada la técnica “Las Dianas” donde se les pedía a los estudiantes que se situaran en una diana teniendo en cuenta tres elementos: me fue útil, me hizo pensar, lo disfruté. Los mismos fueron capaces de expresar un elevado nivel de satisfacción ubicándose próximos al centro en los tres momentos. Haciendo un análisis general de la sesión, la consideramos provechosa dándose cumplimiento a los objetivos propuestos en los 2 subgrupos de trabajo.

Sesión 3

“El detalle que faltaba” fue la técnica que inició la sesión, propiciando un clima agradable para iniciar el encuentro en ambos subgrupos. Luego se dio paso a la revisión de las tareas terapéuticas. Al respecto, los estudiantes afirmaron que habían puesto en práctica las técnicas de retención del humo y el control estimular, agregando que ciertamente eran efectivas. Tres de los participantes del subgrupo #1 prefirieron practicar con mayor frecuencia el control estimular logrando aplazar o eliminar el consumo, puesto que refirieron que retener el humo les fue demasiado desagradable llegando incluso, a vomitar. En el caso del subgrupo #2 todos expresan haber practicado ambas técnicas, lo cual les ha permitido seguir reduciendo su nivel de consumo y en el caso particular del que decidió cesar, no había recaído pero vivenciaba varios síntomas de abstinencia. Asimismo, se le dedicó unos minutos al monitoreo del autorregistro, en el cual estaba recogido la reducción gradual del consumo y las verbalizaciones de los estudiantes respecto a las sensaciones desagradables experimentadas.

La lectura de las cartas de despedida al cigarro fue un momento crucial en el encuentro (Anexo 13). Aún cuando todos no cumplieron con la tarea y las cartas escritas no fueron extensas, todos tuvieron la oportunidad de leer la suya, resaltando los motivos de su decisión y el deseo de eliminar el cigarro de sus vidas. Fue una lectura cargada de emociones, donde se demuestra que han ganado en dominio del comportamiento tabáquico así como en autoeficacia percibida para el logro de los objetivos de la cesación. Consideramos que los 2 subgrupos han realizado un trabajo cohesionado, disciplinado en cuanto al cumplimiento de las tareas recomendadas, y de ayuda mutua.

Después de haber dedicado gran parte del tiempo a la revisión de esta actividad pasamos a la proyección del video “Un final inesperado”. Al igual que el video anterior, este tuvo aceptación e impacto. Consideramos que la técnica es factible ya que el empleo de audiovisuales que aborden realidades problemáticas, logran captar la atención de los jóvenes y sensibilizarlos, en este caso, con el proceso de cambio en el que están inmersos.

Durante el intercambio se destaca el incremento logrado del nivel de conocimiento relacionado con el tabaquismo; la adecuación de la percepción de los riesgos a partir de una mayor percepción de vulnerabilidad por parte de los estudiantes; así como la puesta en práctica de herramientas para la reducción gradual del consumo que los ha venido preparando para el momento de abandono. A modo de síntesis, estos y otros elementos se les presentan a los estudiantes con el propósito de reforzar la confianza en sí mismos reconociendo los avances logrados, y por tanto, la posibilidad real para abandonar el consumo.

Posteriormente se les introduce y entrena en técnicas de desactivación psicofisiológica para el control de los síntomas de abstinencia, específicamente en la respiración diafragmática. Su entrenamiento se realizó en varias repeticiones, con el fin de que los estudiantes la aprendieran y pudieran realizarla correctamente, logrando niveles de relajación adecuados. De esta forma, se recomienda que el ejercicio se realice varias veces al día, especialmente en los momentos en que sientan el deseo de fumar. Para facilitar su aprendizaje se le entrega a cada sujeto un manual del entrenamiento.

Seguidamente se procedió a la orientación de las tareas terapéuticas. La más relevante la constituía el propio hecho de dejar de fumar, acuerdo tomado por ambos subgrupos desde la sesión anterior. En este sentido no solo era importante el abandono sino el mantenimiento de la cesación. Para ello se les facilitó una guía de autoayuda con recursos para el control de los síntomas de abstinencia y se recomendó el entrenamiento sistemático del ejercicio de respiración diafragmática (antes de levantarse y dormir, ante situaciones estresantes, ante deseos de fumar, entre otras situaciones).

Se concluyó con la técnica “La telaraña”. La misma nos permitió determinar el elevado nivel de satisfacción de los estudiantes en cada subgrupo, los cuales concluían la sesión motivados y decididos a enfrentar el proceso de abstinencia que sabían, era inevitable. Durante ambos encuentros

se cumplen todos los objetivos planteados, evaluándose de satisfactoria, sobre todo porque se evidencia un progreso en los participantes.

Sesión 4

Para iniciar el encuentro dimos paso a la técnica “Caramelos de colores”. La misma, además de activar a los 2 subgrupos, permitió al terapeuta realizar un análisis de cómo se habían sentido hasta el momento, qué había cambiado y qué les preocupaba con respecto al abandono del cigarro; dudas que fueron clarificadas.

La sesión no contó con la asistencia de los 8 estudiantes como habitualmente había ocurrido en el subgrupo #1. Tampoco ocurrió así en el subgrupo #2, participando solo 4 jóvenes. Cuando se comienza a explorar el por qué de las ausencias, los participantes refieren la presión que tenían ante los exámenes y que al parecer estos no habían logrado cesar, lo cual les hizo desalentarse y desistir una vez más en la intención de abandonar el hábito, aunque aseguran que se mantienen con un nivel de consumo menor al habitual. Lo anterior nos permitió declarar una mortalidad de 3 estudiantes en el primer subgrupo y 2 en el segundo.

En la revisión de las tareas encomendadas se confirma que de los 5 estudiantes del subgrupo #1, el que había cesado desde la primera sesión continuaba abstinentes; de los restantes, 3 habían cesado también y 1 lo intentó, recayendo pero a su vez se mantiene con un consumo de solo 2 cigarros. Por otro lado, de los 4 jóvenes del segundo subgrupo que continúan en el Programa, 3 se encontraban abstinentes y el restante no logra cesar, planteándose para luego que finalizara la presente sesión. Se dedica un tiempo a resaltar nuevamente la importancia de la cesación y el mantenimiento. Además, se exploran los síntomas de abstinencia que se encontraban experimentando los que habían cesado y el cómo estaban afrontando dichos síntomas para evitar las recaídas, a partir de los recursos y estrategias personalógicas. Se resalta que a pesar de que el desanimarse es normal en procesos como este, la razón más importante para persistir en él es lograr el autocontrol del consumo y con ello, la cesación.

Se monitorea el entrenamiento realizado del ejercicio de respiración y los resultados obtenidos. Los miembros de ambos subgrupos refieren que la técnica es muy fácil de emplear, por ello la realizan no solo cuando experimentan el deseo de fumar sino cuando están inquietos por otras razones.

Además, consideran que la guía de autoayuda ofrecida fue un apoyo importante en el afrontamiento de los síntomas de abstinencia, catalogándola como un material didáctico, fácil de leer y con consejos muy eficaces.

A continuación se les informa que el encuentro sería muy especial, pues se contaría con la presencia de una invitada que les permitiría compartir su experiencia personal como exfumadora desde hace 8 años. Se resalta la idea de aprovechar al máximo el intercambio, desinhibiéndose ante su presencia y aclarar así todas las dudas que tuviesen. Vale señalar que la invitada fue previamente preparada por la coordinadora para que encaminara su intercambio en entorno a los motivos por los cuales comenzó a fumar, años de consumo, motivos por los cuales decidió abandonarlo, experiencias sobre el proceso de abstinencia, mejoras percibidas a su salud, y potencialidades con las cuáles cuentan los miembros del grupo para abandonar el hábito, según su criterio.

Al principio del intercambio, los estudiantes se encontraban un poco inhibidos, pero después el debate fue fluyendo y se podía apreciar, atendiendo a los criterios compartidos, cómo para ambas partes la experiencia estaba siendo agradable y productiva. Una vez retirada la invitada, se constató el impacto positivo del encuentro en los participantes por la satisfacción expresada. Consideramos que este tipo de técnica, logra una implicación emocional que estimula la autoconfianza en el proceso que se está llevando a cabo.

Acto seguido, se pone en práctica en los 2 subgrupos de trabajo la primera parte del Entrenamiento de Relajación Muscular de Jacobson, durante 26 minutos aproximadamente. Se trabajó específicamente con los grupos musculares de los brazos, manos, área facial, el cuello y los hombros. Mediante la observación realizada se pudo apreciar que los participantes lograron cierto grado de concentración en el ejercicio y con esto la relajación, sin embargo es válido destacar que con respecto al área facial les resultó más difícil la disminución de la contracción muscular. Al socializar la experiencia los estudiantes referían haber disfrutado realmente el momento, algo que para ellos era novedoso, afirmando que ciertamente se relajaron, las mayores preocupaciones residían en lograrlo por si solos.

De esta forma, se les entrega a cada estudiante un ejemplar del Manual de Entrenamiento de los Ejercicios de Relajación, orientándoles como tarea terapéutica, practicar solamente esta primera parte, además del ejercicio de respiración y el cumplimiento de la guía de autoayuda; con el objetivo

de que los que cesaron se mantengan y que los estudiantes que redujeron el consumo, logran abandonarlo finalmente. Así, cada uno de los participantes pasó a escribir en un papelógrafo la palabra con la cual calificarían el encuentro, entre las que resaltaron: relajante, sorprendente, motivado y útil. Ante tales afirmaciones todos los objetivos propuestos para la sesión se cumplen, evaluándose esta como satisfactoria en ambos subgrupos.

Sesión 5

La sesión se inició con la técnica “La cola de la serpiente”, momento entretenido que fue aprovechado para lograr activar a los subgrupos y enfocar a cada uno en los objetivos del encuentro.

Luego pasamos al monitoreo de la tarea terapéutica orientada, la cual se refería a la práctica del ejercicio de desactivación psicofisiológica aprendido. En este sentido, los participantes expresan haberla practicado al menos 2 veces diariamente, coincidiendo en su efectividad. En cuanto al seguimiento del consumo, se constata que en el subgrupo #1 continúan en abstinencia 4 estudiantes y el otro aunque no decae en su intención de cesar se mantiene en 2 cigarros. Mientras, los 3 jóvenes del segundo subgrupo se mantienen sin recaer; sin embargo el miembro (DA) que se lo había propuesto en la pasada sesión, logra el cese por solo 2 días, recayendo al no lograr un afrontamiento efectivo ante los síntomas de abstinencia y situaciones precipitadoras del consumo, lo que lo hace retroceder a 4 cigarros.

A continuación se utilizó la técnica de trabajo en grupo “Solución de problemas”. La situación empleada guardaba relación con el contexto universitario y las presiones que a menudo se ven sometidos. Varias fueron las alternativas que surgieron en ambos subgrupos, arribando a la conclusión de que el cigarro no constituía una solución, por el contrario, solo sumaría otros problemas, ya sean de salud, económicos o de otra índole; además, muchas de las posibles alternativas estuvieron relacionadas con las herramientas con que contaban hasta el momento: ejercicios de respiración, de relajación, tomar agua constantemente, entre otras.

Seguidamente, se realiza la práctica de la segunda parte de los ejercicios de relajación muscular de Jacobson: relajación del pecho, estómago y vientre, durante otros 26 minutos. Aquí las experiencias fueron igual de satisfactorias que en el encuentro anterior.

Al finalizar se orienta llevar a la vida cotidiana el empleo de la técnica de solución de problemas, con el objetivo de desarrollar habilidades en las que una opción no sería retomar el hábito, y esto les reforzaría el autocontrol ante la tentativa de fumar; además, incluir en la práctica de la relajación los ejercicios nuevos. Como parte del cierre de la sesión se les pide a los estudiantes que brinden una palabra de aliento al compañero del lado, entre estas se destacaron algunas frases: *“yo sé que lo lograrás”, “no podemos recaer”* y *“que no se diga, el cigarro no puede más que nosotros”*.

De manera general, durante el desarrollo de la sesión en los 2 subgrupos se pudo observar que todos los estudiantes se mostraron más tranquilos, concentrados y motivados en las diferentes actividades. Lo anterior es una muestra de que han ganado en autocontrol de los síntomas de abstinencia, afrontando de manera eficiente las circunstancias precipitadoras de las recaídas; en este sentido, todos persisten en que podrán lograrlo, lo cual evidencia que han ganado en autoeficacia también.

Sesión 6

Se comienza la sesión con la técnica “La enredadera”, la misma fue interactiva y dinámica, lográndose un clima afable en los subgrupos. Seguidamente se procedió a monitorear la realización de las tareas terapéuticas, que en el primer subgrupo los 4 estudiantes se mantienen en cesación, aunque uno de ellos confesó haber tenido una recaída durante una fiesta con sus amigos, pero luego retomó el proceso de abandono; el otro se mantiene fumando 2 cigarros diarios. En el caso del subgrupo #2 se mantienen 3 miembros en cesación y el cuarto consumiendo 4 cigarros. En cuanto al entrenamiento en los ejercicios de relajación, refieren haber incrementado un poco, fundamentalmente porque les ayuda a relajarse antes de los exámenes y controlar los síntomas de abstinencia.

Después de esta actividad, se toma un tiempo en cada subgrupo para estimular la decisión de permanecer sin fumar, se resaltan los logros alcanzados por todos y la necesidad de seguir apoyándose unos a otros, sobre todo al compañero que aún no ha logrado cesar. Luego continuamos con la técnica “regalo de apoyo y confianza”, donde las frases ofrecidas giraron entorno a estimular la decisión de dejar de fumar o permanecer sin hacerlo, tales como: *“tu sabes que eres mi mejor amigo, te felicito por haber dejado de fumar tan rápido, eres un gran apoyo para mí”, “estoy seguro que si te lo propones con más fuerza, al final lo lograrás, mucha suerte, vale la pena intentarlo”, “estoy muy contento de contar con tu amistad, gracias por alentarme cuando pensé que*

no podía”. Este momento fue emotivo y alentador para todos, donde los estudiantes quedaron muy satisfechos con los mensajes. Después, se dio paso a la última parte de los ejercicios de relajación de Jacobson: relajándose los grupos musculares de caderas, muslos y pantorrillas, seguida de una relajación completa de todo el cuerpo. A partir de este momento se logró en cada uno de los miembros de los subgrupos el mayor nivel de relajación experimentado hasta el momento, de modo que algunas de las reflexiones fueron: “nada se compara con este momento, hay tanta paz y tranquilidad que parece que flotara”, “cuando lo hago solo no es igual, aquí me concentro solo en el sonido de su voz y pierdo la noción del tiempo”, “es como soñar despierto”.

Al concluir la sesión se recomienda como tarea terapéutica continuar con el entrenamiento de los ejercicios de relajación, esta vez de una forma más completa, con el objetivo de seguir estimulando el autocontrol del consumo ante la abstinencia y los estímulos ambientales desencadenantes de una recaída. Por último, para potenciar la percepción de autoeficacia cerramos con la frase reflexiva: “El verdadero ganador es aquel que cree en el mismo, cuando más nadie lo hace”, la misma tuvo gran aceptación por el significado que encierra, además de sentirse alagados.

Se precisa destacar, que en ambos subgrupos de trabajo se evalúa la sesión como satisfactoria. Lográndose el cumplimiento de los objetivos de la misma, sobre todo el reforzamiento de los logros alcanzados por los miembros y la consolidación del aprendizaje de las técnicas de desactivación psicofisiológicas.

Sesión 7

Se inició con la técnica “Adivina el refrán”, para lo cual fue necesario dividir a cada subgrupo en dos partes y de manera muy divertida comenzaron a dramatizar refranes. Esto permitió pasar un rato muy agradable y fortalecer aún más la unidad entre los estudiantes. Luego se monitorean las tareas terapéuticas, donde los estudiantes afirman haber practicado la relajación completa y sentirse muy a gusto siempre que la realizan. No se refieren recaídas en ninguno de los subgrupos en esta fase de mantenimiento, incluso se destaca que de los 2 participantes del Programa que no han logrado cesar, el del subgrupo #2 (DA) logró disminuir el consumo de otro cigarro, evidenciándose un incremento de la intención hacia la cesación.

Posteriormente, con el objetivo de que los estudiantes fortalecieran su autocontrol y los recursos personales de afrontamiento a la cesación, se dio lugar a la técnica “Sin quebrarse”. Aquí los participantes de ambos subgrupos reflexionaron y lograron llegar a la conclusión que se pretendía con la actividad. Concientizando que aunque son fumadores difieren en muchas cosas, como pueden ser las propias características del consumo de cada cual y hasta la manera de afrontar las diferentes situaciones que se le presentan, mediante la activación de los recursos y estrategias personales.

Después de este momento se continúa con la técnica central “Juego de roles”, donde los participantes a través de dramatizaciones deberían reflejar su vida en los próximos cinco años. Lo importante de esta actividad, es que en las actuaciones de ambos subgrupos se destaca reiteradamente la ausencia de este hábito en sus vidas futuras, agregando los beneficios que tendrían para su salud, el desempeño estudiantil y la calidad de las relaciones interpersonales a corto y a largo plazo. Además, constituyó un momento ameno y divertido que logra reforzar las estrategias y recursos personales para la cesación.

Como tareas terapéuticas se orienta el mantenimiento de la cesación o abandono del hábito tabáquico, poniendo en práctica los aprendizajes de encuentros anteriores; además, de manera general se recomendó la reflexión individual sobre las temáticas abordadas en la sesión. Para cerrar lo hicimos a partir de un “PNI” en ambos subgrupos, algunas de las opiniones fueron: positivo “para mí personalmente”, “los encuentros”, “la ayuda de la psicóloga”, “dejé de fumar”; negativo “nada” e interesante “como nos ayudamos en el grupo”, “todo lo que aprendimos”. De esta forma concluye el encuentro valorándolo de excelente por el cumplimiento de todas las tareas propuestas en el mismo.

Sesión 8

Con el objetivo de activar y motivar a los subgrupos de trabajo nos apoyamos en la técnica “La canasta revuelta”. Mediante la misma se alcanzaron niveles óptimos de activación que dieron paso a la revisión de las tareas terapéuticas. Se evidencia el cumplimiento de las mismas, haciéndose referencia a la transferencia de los aprendizajes a situaciones de la vida cotidiana y al empleo de las herramientas para afrontar los síntomas de abstinencia.

Seguidamente se realiza un viaje imaginario mediante la técnica “Un dilema que afrontar”. En la misma cada uno de los miembros se vería ante obstáculos (tentativas para fumar) que deberían sobrepasar mediante el uso de diversas estrategias de afrontamiento. Esto permitió que los

estudiantes que se encontraban en abstinencia reafirmaran su intención en mantener la cesación y los que aún no lo habían logrado ratificaran el deseo de abandonar el hábito. Entre los modos de afrontamiento que más se destacaron fueron: el apoyo social, el autocontrol, el distanciamiento, la evitación y confrontación.

El ejercicio transcurrió de una manera amena y organizada. Además de reforzar los recursos y modos de afrontamiento en los estudiantes, constituye una preparación para el próximo encuentro, donde a partir de la “exposición en vivo” se encontrarán ante estímulos precipitadores de las recaídas y deberán demostrar cuánto han ganado en autocontrol del consumo.

Para dar cierre a la sesión y reforzar lo trabajado, en ambos subgrupos se da lectura a una pequeña fábula cuya moraleja es que: *cada obstáculo puede estar disfrazando una oportunidad, tanto para ayudar a los demás como para ayudarse a sí mismo.*

Finalmente, se resaltan los logros obtenidos hasta el momento, se dan orientaciones precisas para el próximo encuentro y se evalúa la sesión en ambos subgrupos de provechosa por los avances manifiestos en todos los miembros.

Sesión 9

Desde el comienzo de la sesión en los 2 subgrupos se pudo apreciar cómo los participantes se encontraban motivados por las características del encuentro. Esta vez pasamos directamente a la revisión de las tareas orientadas, donde aseguran haber reflexionado y aplicado lo trabajado en el encuentro anterior, aunque seguimos contando en cada uno de los subgrupos con un miembro que no ha logrado el autocontrol del consumo de cigarrillos.

Para la “exposición en vivo” en ambos subgrupos se realiza el mismo recorrido. En el caso del subgrupo #1 el recorrido comenzó a las 2:00 pm. del lunes desde su centro de estudio el CUFB hasta el parque “Leoncio Vidal” de Santa Clara y el subgrupo #2 comenzó a las 1:00pm. del martes desde la Universidad de Ciencias Pedagógicas hasta llegar al parque igualmente. Al llegar a este nos encontramos ante un sinnúmero de estímulos, debido a que es un lugar céntrico transitado por muchas personas y rodeado de varias instituciones recreativas y de disfrute. Como criterio grupal se decidió primero visitar el “Café Literario”, en este lugar estuvimos conversando y disfrutando de unos ricos cafés alrededor de media hora y luego nos trasladamos hacia el “Daiquirí” donde

compartimos algunos tragos ofertados por el centro. Aquí demoramos alrededor de dos horas y media, donde se aprovecha por parte de la coordinadora para explorar las vivencias que iban experimentando los jóvenes ante tales estímulos, como son: beber café, tomar bebidas alcohólicas, pasar por el lado de personas fumando, entre otros.

Ciertamente aunque ninguno de los participantes de los 2 subgrupos recayó en aquellas circunstancias precipitadoras, refieren que: “la verdad es que cuando tomé café me dieron tremendas ganas de encender uno, pero pensé rápidamente que el deseo pasaría y así fue”, “el alcohol y el cigarro van de la mano, pero el estar en grupo y conversando hizo que me olvidará de ello”, “creo que el deseo siempre regresará, pero si uno está convencido de que puede controlarlo no habrá problema”. Seguidamente se orienta la importancia de continuar con el empleo de los recursos y estrategias personales, así como las herramientas psicológicas que ha puesto a su disposición el Programa, para poder afrontar situaciones como estas en la vida cotidiana.

Por último, nos despedimos con la técnica “Los termómetros”, explorándose el nivel de satisfacción de los estudiantes en ambos subgrupos con la sesión, sus estados emocionales antes de comenzar el encuentro y después de haberlo terminado. En este sentido los resultados fueron muy positivos, pues la temperatura reflejada en una escala de 1 a 5 (el máximo), marcaba en la mayoría de 4 a 5 un antes y de 5 en adelante en un después, lo que evalúa satisfactoriamente la actividad.

Sesión 10

Se comenzó en los 2 subgrupos con la técnica “Contando historias con los pies”, momento muy agradable que brevemente permitió generar el clima apropiado para adentrarnos en los objetivos del encuentro.

Como técnica de caldeoamiento se utilizó “El escaparate”, donde se aportaron criterios muy interesantes en las diferentes secciones, es decir, tanto en ropa para guardar, para arreglar como en la de botar. Este momento fue uno de los más importantes en ambos subgrupos, lográndose la sistematización de los contenidos tratados en el Programa. Se evidencia cómo los estudiantes se han apropiado realmente de dichos aprendizajes, lo cual les permite ponerlos en práctica en su vida cotidiana (Anexo 14).

Sucesivamente se dio paso a “La noticia”, de la cual surgieron aportaciones muy creativas e interesantes (Anexo 15). Todos los participantes del Programa dejaron plasmada en sus mensajes su satisfacción con el Programa, la relación terapéutica mantenida y el deseo de que otros fumadores tuvieran también la oportunidad de tener a su alcance una alternativa como esta. Se aprovecha el momento en cada subgrupo para recapitular de alguna manera las enseñanzas que obtuvieron durante todo el proceso interventivo.

Finalmente, se coordinaron las sesiones de seguimiento con ambos subgrupos de trabajo, donde se resaltó su importancia y valor terapéutico. Luego con el fin de estimular la aplicación de los aprendizajes adquiridos en su vida diaria concluye el encuentro con la reflexión “la piedra”, la cual encierra la enseñanza de que en la vida van a aparecer muchos obstáculos que pudiesen disfrazar una oportunidad, por ello hay que proponerse afrontarlos de la mejor manera posible, para no solo ayudarnos a nosotros mismos sino también a los demás.

A modo de conclusión general, se pudo apreciar una buena cohesión en los 2 subgrupos donde se intervino. Se mantuvieron buenas relaciones entre los participantes, así como con la terapeuta, contribuyendo en gran medida al cumplimiento de sus expectativas con respecto al Programa: lograr el autocontrol del consumo total (7 estudiantes) o disminución significativa del consumo en los 2 que restan (2-3cigarros por día).

3.2.2 Estudios de caso: evaluación del progreso de los estudiantes.

JL: Estudiante que cursa el primer año de la carrera de Ingeniería Industrial en el CUFB de la UCLV, clasificándose de acuerdo al consumo como un fumador regular ligero. El mismo se encuentra desde el comienzo del Programa en un estadio motivacional de balance decisional; el cual se interpreta como la experimentación de motivaciones contrapuestas en cuanto a los beneficios y costos que implica el conflicto (dejar de fumar), pero aún así este sujeto decide conscientemente abandonar el consumo desde la primera sesión. En relación con esto se manifiesta en un estadio de cambio de acción, dejando de fumar inmediatamente, poniendo en práctica sus recursos y habilidades personales y apoyándose tanto en el grupo como en la ayuda especializada de la terapeuta. Lo anterior se corresponde con afirmaciones, tales como: *“ya no me hacía falta el cigarro y no dejaré que me siga dominando”*. Se resaltan motivaciones intrínsecas y extrínsecas que movilizaban su comportamiento hacia el autocontrol del consumo, como son: mejorar su salud,

miedo a la muerte y sobre todo por su familia, la cual no tenía conocimiento de este comportamiento de riesgo. Por lo tanto, desde el comienzo de la terapia mostró niveles altos de motivación, asegurando que, *“esta vez sí quiero dejar de fumar”*. Durante las sesiones desarrolladas para incrementar los conocimientos acerca del tabaquismo, aporta reflexiones de marcada importancia para el debate grupal. Partiendo de sus valoraciones entorno a las consecuencias, costos y beneficios del mismo, evidencia no solo un adecuado nivel de conocimiento sino una vulnerabilidad percibida ante los riesgos que corría. Lo mismo ocurrió ante las técnicas de sensibilización, las cuales estimulan el mantenimiento de su intención hacia la cesación. Teniendo en cuenta que cesa el consumo tempranamente, fue preciso brindarle atención individualizada para un mejor afrontamiento de los síntomas de abstinencia, experimentando con mayor frecuencia: aumento del apetito e intranquilidad. Como estrategias y recursos que empleó para evitar la recaída, se encuentran: evitar un poco las fiestas en los primeros días de abstinencia, no vender cigarrillos (porque antes lo hacía), comer caramelos y pensar en no fallarle ni a su salud, ni a su familia y ni a la psicóloga. JL mantuvo siempre buenas relaciones interpersonales con los miembros del grupo, incluso resalta no solo como líder en el logro de la cesación, sino como organizador y guía dentro de la grupalidad, además de lograr una excelente relación terapéutica. Podemos decir que, tuvo un progreso rápido entorno al autocontrol del consumo, lo cual se expresó en cesación y su mantenimiento, sobre todo por su implicación en la realización de las técnicas sugeridas y motivación por el proceso desde el comienzo de este.

JA: Estudiante que cursa el primer año de la carrera de Ingeniería Industrial en el CUFB. El mismo se considera como un fumador regular ligero, ya que su nivel de consumo no sobrepasaba los 10 cigarrillos diariamente. Desde el comienzo de la intervención se mostró motivado, pero a la vez dudaba de la alternativa que se le estaba presentando, pues la terapia psicológica nunca la había empleado en sus intentos de abandonar el hábito de fumar, los cuales resultaron fallidos. Lo anterior se refleja en el estadio motivacional y el estadio de cambio presentes en el estudiante, siendo en el primer caso discrepante y en el segundo de preparación respectivamente. Entre los motivos más importantes para integrarse al programa se encuentran: su salud y su mamá, la cual sufre actualmente de afectaciones en el pulmón asociadas al tabaquismo. Lo anterior ha permitido que JA vivencia tempranamente las consecuencias del consumo de tabaco, sobre todo en una figura representativa para él como es el caso de su madre. Esto hace que en sus valoraciones de los costos y beneficios acerca del tabaquismo se manifieste muy vulnerable ante los riesgos a los que está

expuesto. En el estudiante se aprecia una disminución paulatina del consumo, constatándose mediante el autorregistro una eliminación 1 a 2 cigarros hasta la tercera sesión, momento en que se negocia el día “D” y cesa en el consumo. JA tuvo una evolución favorable en el transcurso de las sesiones, donde mantuvo una conducta disciplinada en cuanto a la realización de las técnicas orientadas. Él mismo afirma la práctica y efectividad de las mismas ya que le permitieron fortalecer su intención de abandonar el hábito y ganar en confianza, tanto de sí mismo como en el Programa. Debemos señalar que luego de 8 días de abstinencia presentó una recaída, la cual estuvo asociada a una salida con las amistades donde no pudo contener los deseos de fumar, pero al otro día retomó el proceso de abandono hasta que finaliza el programa, experimentando sentimientos de culpa por haber “*sido débil*”. Posterior a la experiencia de recaída, se intenciona desde la grupalidad e individualmente, la normalidad de las recaídas en el proceso y el fortalecimiento para ello, de las estrategias de afrontamiento enfatizando en el autocontrol para que evitase recaer nuevamente. Entre los síntomas que más experimentó se encuentran: somnolencia, desconcentración y ansiedad. Los recursos y estrategias personales que mayormente puso en práctica fueron: no pasar por al lado de las personas fumando, pedirle a sus amistades que no le brindaran cigarros y pensar en su mamá. Mantuvo siempre buenas relaciones interpersonales con los miembros del grupo y con la coordinadora, apoyándose en ellos durante todo el proceso interventivo.

DD: Cursa el primer año de la carrera de Ingeniería Industrial en el CUFB. El mismo por su nivel de consumo se considera un fumador regular ligero, fumándose hasta 10 cigarros diariamente. Al comienzo del proceso se encontraba en estadio de cambio de preparación, planteándose hacer un intento serio de abandono del hábito, durante los próximos 30 días. A pesar de ello no se encontraba muy motivado, ya que aunque sí tenía la intención de cambio, dudaba de sus posibilidades reales para afrontar la cesación, pensamientos estos basados en frustraciones obtenidas a partir de intentar el cese tabáquico. Con el avance de las sesiones su motivación fue incrementando, movido por motivos intrínsecos y extrínsecos como son: el mejoramiento de su salud, no querer depender de nada y mejorar económicamente; donde contó con el apoyo del terapeuta y de todos los miembros de grupo. Lo anterior se evidencia en expresiones como: “*dejar de fumar es la mejor opción*”, “*esta vez me gustaría lograrlo*”. En su reducción progresiva a la altura de la tercera sesión, que era la acordada para el cese grupal se encontraba consumiendo 3 cigarros, y aunque se comprometió en cesar ese día con el resto, no lo logró, sino que redujo otro cigarro. Desde los inicios se destacaba por su participación en los debates sobre las consecuencias del tabaquismo, permitiéndole esto

elegir su percepción de riesgo hacia el mismo. En este caso en particular las técnicas del “control estimular” y “la de respiración”, las adopta como fundamentales a lo largo de todo el proceso. Aunque DD no logró cesar sí tuvo esta notable disminución, reconociéndolo como un gran logro tanto por él como sus compañeros. Podemos decir que el periodo de exámenes para este estudiante constituyó un obstáculo en su evolución hacia la cesación, además de no alcanzar una autoeficacia percibida total que le permitiera una mayor confianza en sus habilidades para el control del consumo. DD asistió a la totalidad de los encuentros, practicó las técnicas enseñadas, recibió orientaciones individualizadas por parte de la terapeuta en pos de fomentar el autocontrol y su autoeficacia, así como todo el apoyo del grupo. Se mantuvo hasta el final del Programa consumiendo 2 cigarros, uno por la mañana y otro por la tarde.

RG: Cursa el primer año de la carrera de Ingeniería Industrial en el CUFB de la UCLV. Este estudiante era uno de los de mayor consumo en este subgrupo #1 de trabajo, el cual se fumaba hasta 20 cigarros diarios, constituyendo un fumador moderado. Desde el comienzo de la terapia siempre se mostró muy motivado por la misma, refiriendo como principales motivos intrínsecos y extrínsecos para dejar de fumar, su salud y su pareja. Lo anterior lo sitúa en un estadio motivacional discrepante y en el estadio de cambio de preparación. Posee al igual que los demás adecuados conocimientos sobre el tabaquismo, destacándose desde la primera sesión por sus magníficas reflexiones, demostrando siempre una participación activa y responsable en el proceso de cambio. Además, este joven resaltó desde la grupalidad por su entusiasmo y carisma, lo cual permitió el disfrute de momentos muy agradables durante el proceso interventivo. Durante las técnicas de sensibilización, se observó en él una real implicación afectiva, repercutiendo positivamente en el proceso hacia el logro de un autocontrol del consumo tabáquico. Con el avance de la terapia se pudo apreciar su esfuerzo por lograr un nivel de relajación adecuado durante la realización de los ejercicios de desactivación psicofisiológica, en cuanto a esto refirió: *“Nunca antes había experimentado algo como esto, no solo me relajo yo, sino que mi novia lo realiza conmigo también”*. RG tuvo un 100% de participación en las sesiones del programa, luego de una progresiva reducción del consumo, logró cesar a partir del tercer encuentro y no presentó ninguna recaída. Durante la abstinencia, los síntomas que con más intensidad experimentó fueron: deseo de un cigarro, aumento del apetito y la ansiedad. Es importante resaltar que en su caso además del trabajo grupal y las técnicas que se le brindaron fue importante el apoyo de su pareja durante todo el

proceso. También se destacó en el encuentro con el exfumador, mostrando gran interés por su historia y realizando varias preguntas que estimularon su actitud hacia el cambio.

DG: Cursa el primer año de la carrera de Ingeniería Industrial en CUFB. Este estudiante se incorpora a la terapia en la segunda sesión, mostrando gran motivación por participar en el Programa, encontrándose en estado motivacional discrepante y se propone dejar de fumar en los próximos 30 días (estado de cambio de preparación). Se considera un fumador ligero, pues su nivel de consumo no sobrepasaba los 10 cigarrillos, lo cual queda evidenciado en el autorregistro que esta cifra fue disminuyendo paulatinamente, logrando cumplir con el compromiso grupal de cesar a partir de la tercera sesión. DG desde el comienzo mantuvo buenas relaciones con sus compañeros, así como el cumplimiento disciplinado de las orientaciones de la coordinadora. Desde los inicios se destaca por sus criterios reflexivos sobre las consecuencias y costos del tabaquismo, denotando una acertada valoración de los riesgos del mismo. Evalúa las técnicas del “control estimular” y la “retención del humo” como excelentes, las cuales no conocía y le ayudaron a disminuir sin tener retroceso en la terapia, con respecto a esto expresó: *“En los intentos anteriores de dejar de fumar comencé a disminuir también, pero al final retrocedía y seguía fumando la misma cantidad; estas técnicas que aprendí son excelentes ayudándome a reducir cada vez más”*. Los síntomas que mayormente experimentó a partir de las 24 horas de abstinencia fueron: aumento del apetito, ansiedad y dificultad para concentrarse. Para ello, se apoyó en estrategias y recursos personales como: evitar pasar por los grupos que estuvieran fumando, andar con un pomito de agua para tomar cada vez que le diera deseo de fumar, comer caramelos y pedir la colaboración de sus amistades para que no le brindaran cigarrillos. En cuanto a las técnicas de desactivación psicofisiológicas, agrega haberlas utilizado bastante, sobre todo durante la etapa de exámenes, un periodo tensionante donde tuvo que poner en práctica todo lo aprendido y así evitar recaer. La exposición en vivo para él fue una gran prueba, reconociendo que aunque logró autocontrolarse la bebida le provocó fuertes ganas de encender un cigarrillo. Podemos decir que, este estudiante tuvo un progreso favorable, que por su implicación y motivación con el proceso logró el autocontrol ante el consumo tabáquico.

FM: Estudiante que cursa el primer año de la carrera de Lenguas Extranjeras en la Universidad de Ciencias Pedagógicas. El mismo era el mayor fumador dentro del subgrupo #2 de trabajo, consumiendo aproximadamente 30 cigarrillos diarios, lo que se considera como un fumador regular severo. Este joven evidenció desde el comienzo altos niveles de motivación, depositando gran

confianza en esta alternativa, sobre todo porque además de contar con ayuda psicológica, su novia que es fumadora también participaría junto a él de la experiencia. Como otras de las motivaciones intrínsecas que guiaban su intención fueron los beneficios para su salud, la cual se estaba viendo afectada por los recurrentes catarros y esto le comenzaba a preocupar; y no tener finalmente esta gran atadura en su vida. Es por ello que FM se encuentra en un estadio motivacional de balance decisional, decidiendo de manera consciente abandonar el consumo próximamente. El mismo fue líder en el logro del autocontrol del consumo en el segundo subgrupo, sorprendiéndonos con la decisión de cesar definitivamente luego de la sesión #2 (estadio de cambio acción). Agrega que, aunque disminuir era un método efectivo, y más aún con la utilización de las técnicas recomendadas, él prefería ser radical y demostrar que: *“no seguiré siendo un esclavo del maldito cigarro”*. Resaltó desde el comienzo por contar con adecuados y profundos conocimientos entorno al tabaquismo, reconociendo en sus intervenciones no solo las consecuencias sino también los beneficios que obtendrían todos una vez logrado el autocontrol frente al consumo de tabaco. Este sujeto participó en el 100% de las sesiones grupales, se le brindó ayuda individualizada para que tuviera un afrontamiento efectivo ante los síntomas de abstinencia, de los cuales podemos mencionar como los más recurrentes: fuerte apetito, ansiedad, somnolencia y problemas del estómago. FM resultó ser un joven muy extrovertido, lo cual fue muy útil en el trabajo grupal para estimular a los demás en su actitud ante el cambio. Al finalizar el proceso interventivo, refiere: *“no fue fácil pero le gané”*, demostrando que puso todo su empeño y recursos personales en el logro de la cesación.

LG: Cursa el primer año de la carrera de Lenguas Extranjeras en la Universidad de Ciencias Pedagógicas. Es una fumadora ligera, pues su nivel de consumo no excedía de los 10 cigarros diarios. Esta joven se integró al grupo muy motivada tanto intrínseca como extrínsecamente, sobre todo por los beneficios que el Programa le traería para su salud y su vida de pareja, siendo FM un apoyo e incentivo muy importante en su intención de abandonar el hábito. Se encuentra en un estadio motivacional discrepante y en estadio de cambio de preparación, proponiéndose abandonar el consumo en los próximos 30 días. En el transcurso de las sesiones queda evidenciado en el autorregistro que la cifra de 10 cigarros fue disminuyendo paulatinamente, donde describe que la técnica del “control estimular” es la que más utiliza en su empeño. A la altura de la sesión #3 que era la acordada como el día “D”, cumple con el compromiso grupal de cesar, apoyada por su novio, el resto del grupo y la terapeuta. Realiza un adecuado afrontamiento de los síntomas de abstinencia

(dolor de cabeza, desconcentración y aumento del apetito), donde además de apoyarse en recursos personológicos como son la perseverancia y el entusiasmo que la caracterizan, practicó reiteradamente los ejercicios de respiración y relajación, obteniendo resultados satisfactorios. LG tuvo una participación en el 100% de los encuentros, donde ganó sobretodo en autoeficacia, evidenciándose en su favorable progreso y logro definitivo del autocontrol del consumo tabáquico, no manifestándose recaídas hasta el final del proceso interventivo. Esta estudiante mantuvo siempre buenas relaciones con sus compañeros y una excelente relación terapéutica.

NR: Estudiante que cursa el primer año de la carrera de Matemáticas en la Universidad de Ciencias Pedagógicas. El mismo es considerado como un fumador regular ligero, ya que no excede el consumo de los 10 cigarros diarios. Comienza motivado intrínseca y extrínsecamente por la terapia, sobretodo incitado por su profesor y familia, además de los beneficios que reconoce que dejar de fumar le traería en el orden salutogénico y para su imagen como futuro profesional de la Pedagogía. Por ello se proyecta el cese tabáquico durante los próximos 30 días (estadio de cambio preparación) y se manifiesta en el estadio motivacional balance decisional, pues a pesar de las motivaciones contrapuestas del conflicto (dejar de fumar) decide conscientemente abandonar el consumo. Desde los inicios se destacaba por sus criterios reflexivos sobre las consecuencias del tabaquismo, denotando una acertada valoración y vulnerabilidad ante los riesgos del mismo. Evalúa las técnicas del “control estimular” y la “retención del humo” como excelentes, las cuales no conocía y le ayudaron a disminuir sin tener retroceso en este sentido, refiriendo que: *“retener el humo es súper desagradable, no tuve que realizarla tantas veces para que ciertamente me alejara del cigarro”*. Tuvo un 100% de asistencia a las sesiones, haciendo un buen uso del autorregistro y de su agenda terapéutica de manera general, donde en diferentes momentos de la terapia hace alusión a los motivos por los cuales dejaba de fumar y donde se describe la disminución progresiva de su consumo, así como las experiencias anteriormente expuestas asociadas a la misma. A la altura del día “D”, consensuado para la tercera sesión fue capaz de cesar con el resto de sus compañeros. Aunque no flaqueó ni un instante en su intención de dejar de fumar, a la semana de haber cesado asiste a la celebración del cumpleaños de su mejor amigo, donde bebió demasiado y no logró autocontrolarse ante los deseos de fumar. Con grandes sentimientos de culpa y frustración al día siguiente aprovechando la resaca y el malestar que sentía retoma el proceso de abandono del hábito. Destaca la práctica de los ejercicios de respiración y relajación como esenciales para afrontar los síntomas de abstinencia (ansiedad, aumento del apetito, desconcentración y problemas del

estómago), que luego del incidente de haber recaído se hicieron más agudos, con respecto a esto refiere: *“los ejercicios respiratorios son muy fáciles y los realizaba cada vez que podía, sobre todo en los 10 minutos entre turnos”*. NR mantuvo siempre buenas relaciones con sus compañeros, los cuales le dieron mucho apoyo ante su recaída, que a pesar de la misma logró el autocontrol del consumo, no evidenciándose ningún otro retroceso hasta el fin del Programa.

DA: Estudiante que cursa el primer año de la carrera de Lenguas Extranjeras en la Universidad de Ciencias Pedagógicas. Por su nivel de consumo se considera una fumadora moderada, no superando los 20 cigarros diarios. Desde el comienzo de la experiencia se muestra muy motivada, sobre todo porque en los intentos anteriores de abandonar el hábito nunca había recibido atención profesional. Dentro de los principales motivos (intrínsecos y extrínsecos) que movilizan su actitud hacia el cambio son: los beneficios para su salud, ya que es asmática y sabe le está afectando, y los continuos consejos de su abuela, la cual es una persona muy significativa en su vida además de ser una exfumadora. DA se encuentra en el estadio de cambio de preparación, trazándose planes de dejar de fumar en los próximos 30 días. Durante las sesiones desarrolladas para incrementar los conocimientos acerca del tabaquismo, aportó criterios de gran valor para el debate grupal y compartió la experiencia de su abuela (exfumadora), lo cual sirvió para estimular la intención hacia la cesación en todo el grupo. En este caso en particular aunque dice haber utilizado las técnicas para que le ayudaran en la reducción del consumo, en el autorregistro de su libreta terapéutica se evidencia una reducción gradual pero lenta, lo cual hace que a la altura del día “D” se encontrara consumiendo 5 cigarros y no lograra el cese. Por esta razón además del trabajo grupal se dan orientaciones individuales por parte de la coordinadora para fortalecer su autoconfianza en pos de estimular las habilidades para el control del consumo tabáquico. Después de la cuarta sesión logra cesar por 2 días, pero por los continuos síntomas como la ansiedad, desconcentración, somnolencia y dolores de cabeza recae manteniéndose con un consumo de 4 cigarros que al final del Programa pudo disminuir a 3. En el encuentro con el exfumador tuvo una participación destacada, compartiendo con la misma lo difícil que se le estaba haciendo el proceso. Lo mismo ocurrió durante la exposición en vivo, donde a pesar que refiere que tomar café le provoca grandes deseos de fumar, pudo autocontrolarse al igual que el resto del grupo y no hacerlo. Debemos reconocer en DA que aunque no logró eliminar el consumo total de cigarros, sí constituye un logro el haber disminuido y participado en el 100% de los encuentros del Programa, los cuales le brindaron un arsenal de técnicas y fortalecieron sus recursos personales.

3.3 Análisis de resultados de la Etapa III: Evaluación de resultados.

La implementación del Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en estudiantes universitarios, se desarrolló de acuerdo a las etapas y actividades concebidas a partir de un diseño del Programa original realizado por Cárdenas (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 percepción de riesgo, habilidades para el control del consumo y la expresión del autocontrol, lo que permitió garantizar la pertinencia del mismo.

Se logró un clima socio-psicológico favorable de confianza, respeto y empatía entre los miembros del grupo y la coordinadora, sustentando una excelente relación terapéutica, que influyó positivamente durante el desempeño de la investigación; resultando esencial en el logro de los objetivos, la combinación de su función orientadora y mediadora de todo el proceso. Además, el diseño lógico-metodológico del Programa consta de la combinación de técnicas informativas, reflexivo - vivenciales, cognitivo - conductuales y de desactivación psicofisiológica que en definitiva fomentaron, a partir del trabajo grupal, una nueva actitud hacia el abandono del cigarro y el interés por incorporar dichas técnicas a su vida cotidiana. La motivación por las actividades quedó expresada no sólo en la asistencia, sino también en la participación en cada una de las técnicas trabajadas, incrementándose la calidad de sus reflexiones y las habilidades para el control del consumo. Lo anterior demuestra la suficiencia del Programa implementado.

Como parte del progreso evidenciado en el análisis por sesiones, uno de los resultados obtenidos fue el incremento del nivel de conocimiento acerca del tabaquismo, acentuando en sus consecuencias y los beneficios que para la salud tendría el abandono de este hábito. Elemento necesario para lograr un mayor compromiso del estudiante con el proceso de autocontrol del consumo. Los participantes manifestaron satisfacción con el Programa, específicamente con los nuevos aprendizajes a través de las diferentes técnicas utilizadas; lo que condujo al cumplimiento de las expectativas planteadas por los mismos al inicio de la investigación. También se logró satisfacción con el terapeuta y el trabajo en grupo.

Por otro lado, el reconocimiento de la influencia de los factores externos en el proceso de abstinencia, permitió que los estudiantes concientizaran la necesidad de autocontrolarse ante estas

situaciones precipitadoras de posibles recaídas. Es por ello, que la apropiación de recursos para el afrontamiento condicionó una expresión conductual más adaptada, así como una percepción adecuada de las posibilidades reales de los sujetos.

En la valoración general de la experiencia por parte de los estudiantes, se destaca que gracias a la calidad y eficiencia de los recursos empleados, se logró incrementar el nivel de responsabilidad individual para con su salud y con el propio tratamiento. Esto permitió, que los mismos adoptaran una actitud de disposición al cambio orientada a superar la adicción tabáquica. Se reducen en el transcurso progresivo de las sesiones los niveles de dependencia a la nicotina tanto en su componente fisiológico como psicológico, obteniéndose resultados reales de la investigación tales como: en 7 estudiantes el logro del autocontrol del consumo tabáquico y en los 2 restantes, una reducción considerable del mismo. Todos 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 de la etapa IV: Evaluación del seguimiento.

A partir de la primera reevaluación del proceso (a los 15 días de haber concluido la intervención) se obtuvieron resultados satisfactorios, verificándose el mantenimiento de los resultados alcanzados en la expresión del autocontrol del consumo en la Etapa II. Para ello se aplicó una entrevista estructurada. De los 7 estudiantes que lograron cesar el consumo tabáquico, todos se mantenían en abstinencia sin reportar recaídas, manifestando criterios como: *“reconozco que he tenido que salir corriendo en más de una ocasión para no coger ni una cachadita”* y *“en los momentos más estresantes, como son los exámenes el deseo de fumar se hace más fuerte, pero yo aplico las técnicas aprendidas, que hoy puedo asegurar forman parte de mi modo de actuar”*. Lo anterior evidencia un afrontamiento efectivo ante las situaciones precipitadoras de recaídas, que ha propiciado el mantenimiento del autocontrol del consumo tabáquico.

En el caso de los estudiantes que lograron una reducción del consumo inicial, se verifica un mantenimiento de los resultados alcanzados una vez culminada la Etapa II; uno de los estudiantes continúa consumiendo entre uno y tres cigarros y el otro, no excede los 2 cigarros por día. Este último manifestó: *“quisiera cesar definitivamente, pero todavía no puedo desprenderme de ese cigarro al levantarme y el de después de comida”*. Esto demuestra como todavía persisten en una

intención de cambio, además de referir la práctica de las técnicas aprendidas que los mantiene sin un mayor consumo.

Quince días después, es decir, al mes de haber concluido el tratamiento psicológico, se reevalúa nuevamente a los estudiantes vinculados a la experiencia obteniendo resultados similares a los de la evaluación anterior. Los 7 estudiantes que habían cesado, se mantenían también en esta oportunidad sin recaídas en ninguno de los casos. Es significativo en ellos que aunque han logrado autocontrolarse, le ha sido difícil afrontar situaciones precipitadoras como son los exámenes e ingerir bebidas alcohólicas sin recaer en hábito.

En el caso de los estudiantes que habían logrado una reducción del consumo, el sujeto que se mantenía en 3 cigarros logró reducirlos a 2, lo cual es evidencia de mayores habilidades en el control del mismo. El otro estudiante mantiene la misma cantidad descrita en la reevaluación anterior lo cual indica un progreso lento, pero posible para el logro del autocontrol del consumo tabáquico, manteniéndose motivado en su intención de cambio.

Conclusiones

- Los componentes del Autocontrol del Consumo se expresan en los estudiantes objeto de estudio, a partir de una adecuada percepción de riesgo en el 65% de los mismos, mientras que el 35% restante manifiesta niveles parcialmente adecuados. Asimismo, el reconocimiento de la necesidad de emplear habilidades de control ante situaciones precipitadoras del consumo.
- Se implementa un Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico, en el cual se combinan técnicas informativas, reflexivo – vivenciales, cognitivo – conductuales y de desactivación psicofisiológica; resultando efectivo en tanto permitió el incremento del autocontrol del consumo tabáquico en los estudiantes universitarios.
- El Programa resultó efectivo permitiendo la adecuación de la percepción de riesgo a partir de la estimulación de habilidades para el control del consumo, mediante la movilización consciente de la autoeficacia percibida y el afrontamiento a las situaciones precipitadoras del mismo. En tanto, contribuyó a la expresión conductual del autocontrol, ya que: 7 estudiantes cesaron y los 2 restantes disminuyeron considerablemente el consumo (2-3 cigarros diarios).
- En la evaluación del seguimiento se obtuvieron resultados satisfactorios, pues se constató el mantenimiento de los resultados obtenidos al finalizar la intervención, 7 estudiantes continuaban cesando y 2 con una disminución del consumo tabáquico.

Recomendaciones

- Tomando en cuenta la prevalencia e incidencia del fenómeno del tabaquismo en los CES, se precisa continuar realizando investigaciones entorno a la problemática, que propicien una mejor comprensión de la configuración del autocontrol del consumo tabáquico en estudiantes universitarios.
- Hacer extensiva la implementación del Programa en aquellas universidades que cuenten con personal capacitado 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 investigativas y extensionistas del Centro de Bienestar Universitario de la Universidad Central de Las Villas, como parte de una tesis doctoral.

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.
- Almeida, I. G., P.; Iraurgi, I. (2011) *Concepto y evaluación del craving de tabaco: una revisión del estado de la cuestión*. 11.
- 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.
- Armas, N. B., Varona, P., Noval, R. d. l., Dueñas, A., Castillo, A. & Pijuan, M. (2002). *Tabaquismo y sus características en médicos y enfermeras del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular Retrieved from <http://www.indexmedico.com>*.
- Arnedillo, M. G., H. (2000.). Factores asociados al éxito en programas para dejar de fumar. *Adicciones* 12, 329-341.
- Arrivillaga M., Salazar I.S. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*. Vol. 34. No. 4.
- Barragán, L. G., J.; Medina, M.E.; Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependiente de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud mental* 28, 61-71.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencia*. Madrid, Ministerio del interior: 477.
- 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.

Beltrán, A. L.(2003). *La Percepción del Riesgo del hábito de fumar, algo más que información. Sus implicaciones didácticas*. Recuperado de <http://www.monografias.com>.

Cabrera, G. (2001). Etapas de cambio en consumidores de cigarrillos en Zarzal, Colombia, 1999. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*. 19, 2, 33-42.

Camarelles, S. (2008). *Documento de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España” del Observatorio para la Prevención del Tabaquismo*. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.

Córdoba, R. S., E (2009). *50 mitos del tabaco*. San Francisco: Artes Gráficas.

Córdoba, R. & Samitier, C. (2005). Cuestiones ético-legales en la consulta de medicina de familia. Actitudes éticas en el tratamiento del tabaquismo. *Atencion Primaria*. 2005; 36(2):100-3.

De la Torre, C & Godoy, A (2004). Diferencias individuales en las atribuciones causales de los adolescentes y su influencia en el componente afectivo. *Revista Interamericana de Psicología*. 38 (2) 217-224.

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.

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.

- Fernández, E. V., J.R.; Córdoba, R (2006). Lecciones aprendidas en el control del tabaquismo en España. *Salud Pública México* 48, 148-154.
- Flórez, L. (2002). El proceso de adopción de precauciones en la promoción de salud. *Revista argentina clínica psicológica* 11, 23-33.
- Fletes A., Sánchez R., Quesada, O., Carreras L., y Maldonado, P. (2005). Tratamientos psicológicos a distancia para dejar de fumar. *Revista Internacional On-line* 8, 29.
- Fujita, K. (2008). Seeing the forest beyond the trees: A construal level approach to self-control. *Social and Personality Psychology Compass*, 2, 1475–1496.
- Garzón, C. (2006). Programa de formación en técnicas de conducción de grupos de psicoterapia breve para la deshabitación al tabaco. *Revista Internacional On-line* 5, 38.
- 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.
- Grau, A. J. (2011). *Evaluación evolutiva de la salud percibida según las etapas del cambio del Modelo Transteórico en el tabaquismo*. Departamento de psicología. Girona: Universidad de Girona.
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). *Where are the commonalities among the therapeutic common factors? Professional Psychology: Research and Practice* 21, 372–378.
- Guevara, G. H., H.; Flores, T. (2001). Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes. *Revista de investigación en psicología*. 4, 13.
- Hernández, R., Collado, C. F. & Lucio, P. B. (2006). *Metodología de la investigación* (sexta ed.). México: Mc Graw Hill.
- 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, 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.
- Herrero, F. J. M., J.J. (2004). Tratamientos combinados del tabaquismo: psicológicos y farmacológicos. *Adicciones* 16, 287-320.
- Hofmann & Kotabe (2012). A General Model of Preventive and Interventive Self-Control. *Social and Personality Psychology Compass*.
- 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.
- Jurado, R. L. (2009). Técnicas para la instauración y/o disminución de conductas. *Revista digital* 45, 10.
- Lazarus, A. A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, 21, 415-416.
- López, García. (2004). *Tabaco*. Recuperado de: <http://www.zonadiet.com>.
- Luengo, M. A. R., E.; Gómez, J.A. (2001). *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas*. Santiago de Compostela: Editorial Compostela.
- 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. (2004). *Programa para el Autocontrol Emocional de pacientes con Hipertensión Arterial Esencial*. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, Santa Clara.

- Molerio, O. P., L.; Hernández, D.; González, R.; Hernández, Y.; Álvarez, R.; Rodríguez, Y. (2012). *Tabaquismo: la enfermedad del siglo XXI*. Monografía, 14.
- Molina, J. M. (2011). Efectividad de los programas de deshabituación tabáquica para enfermos mentales graves. *AETSA* 39, 106-114.
- Montero, V.A. (2010). *Holismo Planetario en la Web*. <http://salud.kioskea.net>
- Morales, Z. E. (2009). *Evaluación de los sesgos atencionales en fumadores a través de las etapas del Modelo Transteórico del cambio*. Departamento de psicología. Huelva: Universidad de Huelva.
- Moreno, J.J. (2004). Tratamientos combinados del tabaquismo: psicológicos y farmacológicos. *Adicciones*, vol. 16, supl. 2.
- Muñoz, M. A. (2007). *Mecanismos motivacionales del craving: ansia por el tabaco*. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Granada: Universidad de Granada.
- Norcross, J. C. (2005). The psychotherapist's own psychotherapy: Educating and developing psychologists. *American Psychologist*, 60, 840–850.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2. ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Karpik, 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.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima revisión de la clasificación Internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descriptores clínicos y puntos para el diagnóstico. (CIE- 10)*. Madrid: Meditor.
- 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). *Historia del tabaco. Difusión mundial*. Recuperado de: <http://dejardefumar.org.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. (2010). *Género y tabaco: la promoción del tabaco dirigida a las mujeres*. 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). *Riesgo para la salud de los jóvenes*. Recuperado de: <http://www.who.int.es>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Diez datos sobre el género y el tabaco*. Recuperado de: <http://www.who.int.es>
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Tres mediciones fundamentales para revitalizar el control del tabaquismo en Las Américas*. Washington: Autor.
- Quesada, M. C., J.M.; Sánchez, L. (2002). Recaída en el abandono del consumo del tabaco: una revisión. *Adicciones* 14(1), 65-78.
- Prochaska, J.O. & Diclemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-chance of smoking: Toward and integrative model of chance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Regueira, G. Suárez, N. & Jakimczuk, S. (2010) *Estrategias para el control del tabaco con perspectiva de género en América Latina* (vol. 52). México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Rodríguez, I. L., C. (2010). El Proceso de Adopción de Precauciones en la prevención secundaria del consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios. *Acta colombiana de psicología* 13, 79-90.

- Rodríguez, G.; Gil, J.; García, E. (2002). *Metodología de la investigación cualitativa*. Santiago de Cuba: Oriente.
- Rodríguez, I. & Londoño, C. (2010). El Proceso de Adopción de Precauciones en la Prevención Secundaria del Consumo de Cigarrillos en Estudiantes Universitarios. *Acta colombiana de Psicología*, 13 (1), 79-90.
- Rubinstein, J. (1967). *Principios de psicología general*. La Habana: Editora Revolucionaria.
- Secades, R. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema* 9(2), 259-270.
- Stricker, G., & Gold, J. (Eds.). (2006). *Casebook of psychotherapy integration*. Washington, DC: *American Psychological Association*, 1587–1594.
- 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>.
- Tanguí, B. (2006). *Cómo vencer al tabaquismo*. La Habana: Científico – Técnica
- Tirapu, U. L., N.; Lorea, I. (2003). Sobre las recaídas, la mentira y la falta de voluntad de los adictos. *Adicciones* 15(1), 7-16.
- Torres, J.A, Rubén, M., Bayarre, H., Garriga, E., Pría, M.C., Gran, M., et al. (2004). *Informática médica. Bioestadística* (Vol. 2). La Habana: Ciencias Médica.
- Treviño, L., García, M., Saiz, P., Bousoño & Bobes, J (2004). La nicotina como droga. *Monografía Tabaco*. 16 (2) 143-153.
- Valenzuela, M. L. L., M.M.; Valencia, M.J. (2001). Dependencia a la nicotina, disposición al cambio y confianza situacional en estudiantes pre-universitarios. *Adicciones* 9.
- 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.

World Health Organization, (2008). *Report on the global tobacco epidemic, 2008: warning about the dangers of tobacco*. Recuperado de: <http://www.who.int.es>

World Health Organization, (2010). *Tobacco Fact sheet N°339*. Switzerland. Recuperado de: <http://www.who.int.es>

World Health Organization, (2011). *Report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco*. Recuperado de: <http://www.who.int.es>

Yagüe, C. C., M.I (2008). Programa de Deshabitación tabáquica para internos y trabajadores de un centro penitenciario. *Revista Española Sanid Penit* 10,57-64.

Zabert, G. C., J.M.; 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 efectividad del Programa

Juicios de valor del Programa	Indicadores para la evaluación del Programa
Pertinencia	<ul style="list-style-type: none">- El Programa responde a una necesidad del Sistema Nacional de Salud Pública.- El Programa responde a las prioridades del Programa Nacional de prevención y tratamiento del tabaquismo.- 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 estudiantes 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.

	<ul style="list-style-type: none">- 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 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 de los estudiantes fumadores.

Yo _____, estudiante de primer año de la carrera de _____, luego de conocer los objetivos de la investigación, otorgo mi consentimiento para participar en la misma, la cual será llevada a cabo por la estudiante Mileidys García Morera 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

Entrevista Estructurada Inicial.

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 cigarrillos _____Cambio de actividad _____Medicación

_____Terapia psicológica _____Terapias alternativas _____Combinaciones

Especificar_____

9- Cuanto tiempo estuvo abstinentes _____

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 4

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 5

Cuestionario “Razones para fumar”

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

- A. Fumo para mantenerme alerta.
- B. Tener un cigarrillo entre los dedos forma parte del placer de fumarlo.
- C. Fumar me resulta placentero y me relaja.
- D. Enciendo un cigarrillo cuando me enfado por algo.
- E. 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 6

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 7

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

¿Está pensando seriamente en dejar de fumar?

- Si, inmediatamente.
- Si, dentro de los próximos 30 días.
- Sí, dentro de los próximos 6 meses.
- No, aún no he decidido.
- No quisiera dejar de fumar.

Anexo 8

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 9

Cuestionario de confianza en situaciones de fumar (Baer y Lichenstein, 1988)

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 11

Cuestionario de usuarios del “Programa para el Autocontrol del consumo tabáquico en estudiantes universitarios”

Estimado colega:

Una vez concluido el Programa de intervención para el Autocontrol del consumo 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?

Muchas gracias

Anexo 12

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 cigarros 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?
8. ____1 ____2 ____3 ____4 ____5
8. ¿Cómo se siente en ese momento?
9. ¿Te consideras en condiciones de mantener los progresos alcanzados?

Anexo 13

“Cartas de despedida al cigarro”

Carta #1 “Para mi gran amigo”

Amigo:

Hace una semana tomé una decisión, hoy sin dudas la mejor que he hecho. Espero que me puedas disculpar pero tu tiempo a mi lado se acabó, aunque debo confesarte que no fue solo mi intención, sino la de una profesora muy atrevida que me hizo ver que era lo mejor. Pero se que al final comprenderás porque sabes que eres malo, me haces daño, y te contaré una historia breve para que entiendas aún más el por qué de mi decisión: Hace algún tiempo vi a un gran amigo por tu culpa perder la vida, mi padre también fumaba y se enfermó, al final no me importaba pero con el paso del tiempo comenzaste a hacerme daño a mí también. El juego de futbol por ejemplo, que es una de mis pasiones ya me cuesta trabajo tener un buen rendimiento, pues por tu culpa me fatigo y me canso con facilidad; además soy asmático y haz hecho que el catarro tampoco quiera alejarse de mí. Por eso y por muchas razones más te alejo para siempre de mi lado, saludos y hasta nunca.

Carta #2

Querido cigarro:

Te escribo en este momento con un poco de preocupación e inquietud. En las semanas anteriores conocí a una persona que marcó una pauta en mi vida, fue ella la causante de nuestra ruptura. Pero en el fondo le agradezco, su esfuerzo y su reiterada insistencia porque ha logrado en pocos días lo que yo en dos años no había tenido la fuerza de voluntad para decidir. Pero no te preocupes en otra vida nos vemos, no de la manera que piensas y te doy un consejo: “Las personas que escojas para tu adicción, asegúrate de que ella no esté cerca porque pasará lo mismo”. La forma empírica de estas sesiones ha logrado un cierto avance, me siento más pulcro, porque en mi oficio debo ser así. Te digo adiós y esta vez es para siempre, solo me haz causado problemas a mi salud y a los que me rodean. Se despide de ti una persona que se arrepiente de haberte conocido, chao.

Carta #3

Cigarro:

A ti que en los momentos de estrés y placer me haz acompañado. A ti que haz sido capaz de estar en los momentos más alegres y tristes. A ti, que después de todo este tiempo por fin te dejo solo y abandonado para siempre. Se que me pedirás una respuesta, pero tú mejor que nadie sabes que te dejo porque eres un mal hábito, por no ayudarme, por arruinar mi vida y mi bolsillo, por tomar a las personas que amo y destruirlas con tu humo, y sobre todo por mi salud. Hoy lloras y sufres pero yo río y gozo porque ya no eres parte de mi vida, y aún con todos los síntomas de abstinencia que comienzo a sentir me siento feliz. Hoy estoy seguro que no eres más que un recuerdo de mi pasado y ahí te vas a quedar sin ser llamado nunca más. Más que una carta, la convierto en tu epitafio, y sin más preámbulo mi más sentido pésame, y espero que te mantengas ahí: ¡muerto!, y como nunca más te veré te digo adiós, porque adiós se dice cuando es para siempre.

PD: RIP and never come back.

PD: Gracias Mileidys por incitarme a luchar y gracias a mi novia también por ello.

Carta #4

Fiel compañero:

Después que leas esta carta espero no llamarte nunca más así, porque la realidad es que aunque me haz acompañado por varios años, lo haz hecho por puro interés, por arruinarme la vida, por enfermarme. En el tiempo que haz pasado junto a mí, me haz absorbido, me haz contaminado mis pulmones, boca, estómago, cerebro, corazón, etc. Pero dice el refrán y la psicóloga también que más vale tarde que nunca, y es lo que voy a hacer. Tú te vas a quedar solo, al igual que mi fosforera, ahí, apagado, encerrado en tu caja sin manera alguna de verme, igual que el reo que es llevado a la prisión de por vida, tú serás dirigido a la omisión de por vida también. Ahora me siento mejor, hasta respiro mejor, y aunque se que no será fácil, no creas que estoy desvalido, aún conservo mis fuerzas y tengo el apoyo de la psicóloga y de mis compañeros. Se despide de ti alguien que dejo que estuvieras a su lado por demasiado tiempo, y hoy rompe todo tipo de alianza o relación contigo. Espero no verte nunca más en mis labios.

Anexo 14

Verbalizaciones de la técnica: “El escaparate”

- **Ropa para guardar:** *“guardaría la maravillosa experiencia que todos hemos vivido, el esfuerzo de todos nosotros y el de la psicóloga, toda la información que adquirimos, todos los materiales importantes que nos brindaron: la guía de autoayuda, los manuales, la agenda terapéutica y los videos”.*
- **Ropa para arreglar:** *“arreglaría abandonar el cigarro completamente, las recaídas que tuve, el consumo de café y bebidas alcohólicas que me dan deseos de fumar, poner más empeño en los ejercicios de relajación y confiar mucho más en mí”.*
- **Ropa para botar:** *“botaría la fosforera, los motivos por los cuales fumaba, las personas que fuman a mi alrededor y los cigarros por supuesto”.*

Anexo 15

Verbalizaciones de la técnica: “La noticia”

Noticia 1: “Por parte del Ministerio de Salud Pública se le informa a todos los jóvenes fumadores que han intentado dejar de fumar y no lo han logrado, que se han puesto a su disposición medios y un Programa especial dirigido por la psicóloga Mileidys para que continúen en su lucha contra el maldito hábito. No lo desaprovechen y acudan rápido”.

Noticia 2: “En la vida todo se puede lograr, nada es imposible, el tabaquismo es dañino y puede llegar a matar. Por esto no desperdicies la oportunidad que hoy se te está brindando. Participa en la campaña para dejar de fumar que Cuba te ofrece. Si te embullas tendrás la oportunidad de ser atendido por la psicóloga Mileidys, ella te ayudará”.

Noticia 3: “A usted fumador, que vive preso del perjudicial hábito de fumar, no lo piense dos veces y deshágase del maldito. Para ello la psicóloga Mileidys con su lema ¡Apaga y Vamos! te propone el Programa más efectivo del mundo, no lo dejes para mañana y llama al teléfono 555666”.

Noticia 4: “El tabaco es una droga que produce enfermedades severas, por eso todos los fumadores que deseen abandonar el hábito de fumar comuníquense con la dirección del Ministerio de Salud Pública. Este sin demora los remitirá con la psicóloga Mileidys a cargo de un Programa especial para todos aquellos que quieran desprenderse de tal vicio”.

Anexo 16

El Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo Tabáquico en jóvenes universitarios (Cárdenas, 2013).

JUSTIFICACIÓN

Actualmente existen en todo el mundo cerca de mil 100 millones de fumadores, de ellos en el presente año 2013 morirán alrededor 1.2 millones, cantidad que se preveé aumente a más de 8 millones para el año 2020 (Organización Mundial de la Salud, 2012). Los decesos a causa del humo de tabaco ajeno ascienden a 600 mil, constituyendo el 31% menores de edad (González, 2013). 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).

Más allá de sus propiedades bioquímicas y fisiológicas de actuación sobre el organismo humano, en torno al cigarro se estructuran mitos y rituales de consumo entre otros procesos de naturaleza psicosocial, configurándose un estilo de comportamiento y un acto complejísimo el tabaquismo (Zaldívar, 1990). El cual se define como una “enfermedad adictiva crónica no transmisible que produce dependencia física y psicológica, causando graves consecuencias para la salud” (OMS, 1992).

Pensar, diseñar e implementar acciones interventivas para población joven constituye en la actualidad una premisa fundamental. Resultan alarmante las edades cada vez más tempranas en las que se inicia el consumo del tabaco, se estima que el 90% de los fumadores del orbe comenzó antes de los 19 años. En nuestro país esta cifra desciende al período comprendido entre los 12 y 16 años de edad en el 40% de los fumadores (Álvarez, 2012). En el caso particular de los jóvenes que cursan estudios universitarios existen evidencias que avalan esta etapa como propicia para la iniciación, consolidación o aumento del consumo tabáquico.

Se parte de considerar la gran exigencia intelectual, ansiedad y estrés académico que supone la integración a la educación superior (Luccioli, Negri, Piña, Herrera 2004), acompañado de creencias erróneas que relacionan la capacidad de concentración, rendimiento y productividad con el tabaco (Fernández, 2009). De esta forma, si bien el contexto universitario puede ser considerado como una oportunidad desarrolladora, también puede constituir un escenario “amenazante o de riesgos para la salud” (Nieves, Molerio, Herrera, Otero & Quintana, 2008).

El Programa de Intervención Psicológica para el Autocontrol del Consumo permite dar respuesta una compleja problemática de salud, contribuyendo al incremento de la calidad de vida de los estudiantes universitarios. El mismo supone un proceder terapéutico disponible y apropiado para estimular la cesación temprana del hábito tabáquico, sustentando la concepción de las Universidades como instituciones educativas, no solo centradas en la formación profesional, sino como espacios de formación, desarrollo y salud (Nieves, Molerio y Herrera, 2008).

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Promover la disminución o eliminación del consumo de tabaco mediante la adecuación de la percepción de riesgo asociada al mismo y el autocontrol sobre la cesación del consumo.

Objetivos Específicos:

- Adecuar la percepción de riesgo de los estudiantes universitarios fumadores sobre el tabaquismo.
- Brindar recursos y herramientas a los estudiantes para el autocontrol del consumo tabáquico.
- Estimular mecanismos salutogénicos que propicien la cesación o disminución tabáquica en los fumadores.
- Potenciar el mantenimiento de la decisión de abandono del consumo.
- Fomentar la participación activa y responsable de los estudiantes en el cuidado de la salud individual y colectiva.
- Promover la acción y apoyo grupal como agente facilitador del cambio.

BENEFICIARIOS.

- Directos: Se identifican como beneficiarios directos del Programa de Intervención Psicológica para Cesación Tabáquica los estudiantes universitarios fumadores que se vinculen al mismo.
- Indirectos: Familiares, compañeros de grupo y de residencia estudiantil de los estudiantes universitarios fumadores. Comunidad universitaria ante la posibilidad de acceder a este servicio asistencial. Profesionales especializados en la atención al tabaquismo en estudiantes universitarios.

LÍMITES.

- De espacio: El Programa ha sido concebido para ser desarrollado por personal capacitado en los Centros de Educación Superior.
- De tiempo: Puede ser implementado a partir de la conformación inicial del grupo.
 - Duración máxima: 5 semanas con dos frecuencias semanales.
 - Duración de las sesiones: no más de 90 minutos.

RECURSOS.

- Materiales: Su selección se ha realizado tomando en consideración un costo mínimo, atendiendo a la disponibilidad de recursos existentes en las universidades cubanas.
 - Local con adecuadas condiciones de iluminación, ventilación y con la cantidad de sillas necesarias de acuerdo al tamaño del grupo.
 - Protocolos de las técnicas psicológicas concebidas para la evaluación.
 - Agenda Terapéutica, tríptico y manuales individuales.
 - Computadora o en su defecto un TV con video, para la proyección de videos educativos y grabación de la relajación.
- Humanos: Se distingue como recurso humano principal el terapeuta o facilitador. Se requiere de dos profesionales que conformarán el equipo terapéutico. Ambos deben tener formación en Psicología y conocimientos básicos en técnicas grupales.

DISEÑO LÓGICO – METODOLÓGICO.

Se intenciona la intervención psicológica basada en el trabajo grupal por las posibilidades que el mismo brinda como agente de cambio. El espacio grupal está concebido como una construcción sociopsicológica que se percibe a través de su propia dinámica, siendo un lugar propicio para el

logro de transformaciones. Se realizarán dinámicas grupales, aplicando diferentes técnicas para cumplir los objetivos propuestos.

Las tres primeras sesiones del programa están orientadas fundamentalmente a la conformación del grupo, estimulando su motivación y compromiso de vincularse al Programa. Como elemento esencial, se persigue la adecuación de la percepción de riesgo de los sujetos en torno al tabaquismo; promoviendo la necesidad y disposición para el cambio, traducida en una intención real para dejar de fumar ejecutada a partir del tercer encuentro. Paralelamente se dota al estudiante de algunos recursos psicoeducativos que faciliten el manejo de la abstinencia: desmitificación de creencias erróneas en torno al tabaquismo, tríptico informativo, videos educativos, análisis funcional de su propia conducta adictiva, entrenamiento en respiración, guía de autoayuda.

A partir de la cuarta sesión, en principio los sujetos se deben encontrar abstinentes. En este sentido se refuerza el mantenimiento de la decisión de abandono, intencionando la prevención de recaídas y el incremento de las percepciones de autoeficacia para la cesación. Asimismo, se facilita el aprendizaje de técnicas y herramientas que los estudiantes puedan incorporar para un afrontamiento efectivo de la cesación: entrenamiento en relajación muscular progresiva, control estimular, entrenamiento en solución de problemas, exposición en vivo, entre otras.

La décima sesión se utiliza para dar cierre a la experiencia terapéutica y pactar los encuentros de seguimiento. Independientemente de dar conclusión al Programa, quienes necesiten la continuidad de la asistencia profesional podrán solicitarla. Se facilitarán números de líneas de autoayuda y contacto con el terapeuta.

En cada sesión se enfatiza el papel activo y responsable de los sujetos en el cambio individual. Los logros que los estudiantes van alcanzando en la medida que las sesiones avanzan, se convierten en elementos mediatizadores que sirven de reforzadores de los cambios que progresivamente van obteniendo e influyen notoriamente en su potencial salutogénico.

Se hace necesario precisar que el Programa concede especial relevancia a los espacios inter-sesiones, comprendiendo los mismos como vitales para que los estudiantes generalicen a su vida cotidiana los aprendizajes logrados en los encuentros grupales, destacando el protagonismo de los sujetos ante el cambio.

Además, es destacable que se ofrece, como forma alternativa, la posibilidad de apoyo terapéutico individualizado a aquellos casos en los que se haga necesario, ya sea por solicitud del paciente o por decisión del terapeuta.

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS DEL PROGRAMA.

- **Informativa:** El nivel de información que un sujeto posee en relación al tabaquismo y el ajuste a la realidad de la misma, repercute en la configuración de la percepción de riesgo al respecto y el afrontamiento que asume ante el mismo. Esta estrategia persigue adecuar el nivel de información que poseen los estudiantes sobre su enfermedad, sus factores de riesgo, signos y síntomas asociados al periodo de abstinencia, así como las particularidades del tratamiento y la necesidad de adherirse al mismo. Consta de recursos como:
 - Tríptico informativo “Apaga y vamos”.
 - Videos educativos “El peor de los asesinos” y “Un final inesperado”.
 - Discusión grupal “Mitos y realidades”.
- **Reflexivo-vivencial:** Los contenidos experienciales o vivenciales constituyen herramientas imprescindibles para lograr sensibilizar a las personas. Tomándolos como punto de referencia se pretende estimular la reflexión consciente de los sujetos en un modo más personalizado que favorezca la generalización de las experiencias de aprendizaje. Para ello se crean situaciones simbólicas donde los participantes se involucran, reaccionan y adoptan actitudes espontáneas:
 - Discusiones grupales.
 - Lista de motivos.
 - Juego de roles.
 - Escritura emocional.
 - Dilemas a afrontar.
- **Cognitivo-conductual:** Los significados personales juegan un papel determinante en la activación y ejecución de cada respuesta conductual (Vindel, 2003 citado por Molerio, 2004). Siendo así, esta estrategia pretende mediante variables de tipo cognitivo modificar la activación y la respuesta conductual. Conviene destacar el valor de estos procedimientos en el manejo y control de la conducta adictiva, no solo en el orden restaurativo sino además preventivo.
 - Análisis funcional de la conducta.
 - Guía de autoayuda.

- Control estimular.
- Entrenamiento en solución de problemas.
- Exposición en vivo.
- Desactivación psicofisiológica: La estrategia parte de considerar que el estrés y las emociones displacenteras que supone la abstinencia, implican un nivel de activación fisiológica que puede llegar a desencadenar disfunciones orgánicas. Por ello, su objetivo es esencialmente lograr el proceso inverso, la desactivación psicofisiológica. Se concibe como un aprendizaje complejo en el que el individuo forma parte activa en el diseño de su entrenamiento. En este caso se ha empleado una combinación de dos tipos de estrategias de inducción de relajación, ellas son:
 - Entrenamiento en respiración diafragmática.
 - Entrenamiento en relajación muscular progresiva.
- Mantenimiento y generalización: Se llevan a cabo desde el inicio de la implementación del programa con el objetivo de garantizar la estabilidad de los logros alcanzados por los estudiantes y facilitar que generalicen la experiencia a las demás esferas de su vida. Meichembaun (1987) ha señalado la importancia de que el cliente conozca los cambios que ha experimentado y que atribuya éstos a sí mismo, más que al terapeuta. Para ello se usan recursos como:
 - Descentralizar la figura del terapeuta.
 - Transferir el protagonismo de los logros a los estudiantes.
 - Orientación de tareas terapéuticas
 - Listado de alternativas y recursos personales.

ETAPAS DEL PROGRAMA.

Etapa I. Evaluación inicial

Esta etapa se dirige a realizar la caracterización psicológica de los estudiantes fumadores que se integran al programa. Para ello se propone apoyarse en las propuestas del sistema de técnicas para la evaluación que se refieren en el Anexo 1. Esta etapa se desarrolla en una sesión individual con los siguientes objetivos:

- Conocer el estadio motivacional de los sujetos para vincularse al Programa.
- Determinar aspectos relevantes del comportamiento de consumo.

- Caracterizar la percepción de riesgo de los sujetos sobre el tabaquismo.
- Identificar recursos salutogénicos y habilidades para el autocontrol del consumo.
- Explorar características generales de personalidad.
- Elaborar una línea base de las medidas de la cesación tabáquica que serán tomadas como referencia para valorar el impacto de los resultados.

Etapa II. Implementación del Programa

- Frecuencia: Se recomiendan dos frecuencias semanales, aunque este particular debe negociarse con el grupo.
- Duración: 10 sesiones de aproximadamente 90 minutos cada una.
- Contenido de las sesiones: El presente manual ofrece una guía más menos estructurada para las actividades por sesiones. No obstante, siempre que se respeten las pautas de su diseño lógico-metodológico, estas pueden ser ajustadas de manera reflexiva a las necesidades del grupo.

Etapa III- Evaluación final

Al finalizar la intervención para se propone integrar los resultados derivados de una nueva aplicación de los instrumentos utilizados en la Etapa I, los autorregistros diarios, el modelo evolutivo del paciente y una entrevista de seguimiento. Finalmente se procede a la evaluación integral de la efectividad del Programa considerando los criterios propuestos por Fernández-Ballesteros (1996).

Etapa IV- Seguimiento evolutivo

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

SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

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

- *Evaluación de necesidades:* Corresponde con la Etapa inicial del Programa, en la cual se realiza una evaluación del nivel de conocimientos, la percepción de riesgo y el comportamiento de consumo del paciente. Igualmente se exploran síntomas de abstinencia, nivel de dependencia y las etapas de los estadios de cambio en la cual se ubica. Se emplea el sistema de técnicos anteriormente descrito.
- *Evaluación del progreso:* Es importante la evaluación del facilitador o facilitadores de la evolución de cada paciente en cuanto a los indicadores del autocontrol del consumo mediante los registros de sus expresiones y la observación participante. En este sentido, cobra valor la respuesta de los sujetos a las situaciones problemáticas planteadas, la autenticidad de las mismas, etc. Al finalizar cada sesión se registran los indicadores del modelo evolutivo del paciente (Anexo 1).
- *Evaluación del proceso:* Al concluir cada una de las sesiones se evalúa el cumplimiento de los objetivos de la misma para cada sujeto y a nivel grupal. Para ello en el cierre de las sesiones están concebidas acciones o técnicas indirectas dirigidas a que el propio paciente autoevalúe la calidad de la misma y de su aprendizaje. Al finalizar el facilitador realiza un análisis reflexivo sobre la sesión para evaluar los procedimientos y tareas relacionados con la estrategia.
- *Evaluación de resultados:* Se realiza en la etapa final del programa mediante la comparación de los resultados pre y post experimentales. En esta etapa, es muy importante realizar la evaluación general desde los propios criterios de efectividad del Programa.
- *Evaluación de impacto:* Se realiza durante los encuentros de seguimiento que se programan de mutuo acuerdo con los sujetos con el objetivo de evaluar la estabilidad de los resultados alcanzados.

SISTEMA DE ACTIVIDADES POR SESIONES.

Sesión 1.

Objetivos:

- Propiciar el establecimiento de un clima de confianza en el grupo.
- Coordinar el sistema y normas del trabajo en grupo.
- Adecuar las expectativas de los sujetos.
- Estimular la participación activa y responsable del estudiante sobre su tratamiento.

- Desmitificar creencias en relación al consumo de cigarrros.
- Negociar la disminución de la nicotina y alquitrán o la abstinencia.
- Potenciar el conocimiento de las particularidades del hábito tabáquico en cada sujeto.

Actividades:

- Técnica de presentación: “La pelota”.
- Técnica de planificación: “Brainstorming” (Lluvia de ideas).
- Técnicas centrales:
 - “Mitos y realidades”.
 - Debate del Video Educativo “El peor de los asesinos”
- Entrega del Tríptico 1: “Apaga y Vamos”.
- Entrega de la Agenda Terapéutica.
- Orientación de las tareas terapéuticas.
- Técnica de cierre: “Cómo llegué y cómo me voy”.

La pelota.

Objetivos:

- Establecer presentaciones en el grupo.
- Propiciar la interacción entre los miembros del grupo.
- Facilitar niveles de activación óptimos para el trabajo en grupo.

Procedimiento:

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

Brainstorming.

Objetivos:

- Elaborar las normas del funcionamiento del grupo de forma creativa y sin restricciones.
- Coordinar el sistema de trabajo.
- Adecuar las expectativas de los sujetos.
- Estimular la participación activa y responsable del estudiante sobre su tratamiento.

Procedimiento:

El coordinador le pide a los miembros del grupo que declaren sus expectativas con respecto al programa y comienzan a exponerse todas las ideas sin restricciones. Luego de este proceso creativo se valoran de forma más crítica las opiniones aportadas ajustando en este proceso las expectativas de los sujetos. En un segundo momento, se reinicia el proceso y se establece el sistema y las normas de trabajo en grupo, determinando horarios, local y frecuencia de las sesiones. Al concluir se les presenta a los miembros del grupo la próxima técnica.

Mitos y realidades.

Objetivos:

- Desmitificar creencias erróneas en relación al consumo tabáquico.
- Incrementar el nivel de conocimiento relacionado con el tabaquismo.
- Promover la discusión entre los miembros del grupo.

Procedimiento:

El coordinador distribuye, a modo de rifa, una serie de tarjetas con enunciados relacionados con el tabaquismo. Luego de unos minutos de análisis individual, se debate en el grupo si el enunciado expresa un mito o realidad relacionado con el hábito, argumentando la decisión. Avanzado el debate, el coordinador va acotando aspectos relevantes y novedosos de cada enunciado abordado, dando cierre a las ideas del grupo y desmitificando las creencias erróneas que puedan existir al respecto.

Materiales:

- Tarjetas con enunciados sobre el tabaquismo.

Debate del video educativo: “El cigarro, el peor de los asesinos”.

Objetivos:

- Sistematizar los conocimientos sobre la repercusión negativa de un estilo de vida asociado al tabaco.
- Destacar los beneficios de la cesación tabáquica.
- Reforzar la decisión de mantenerse vinculado al programa.

Procedimiento:

Se proyecta el video “El cigarro, el peor de los asesinos”, con una duración aproximada de tres minutos. El mismo aborda temáticas relacionadas con los daños que el tabaquismo genera a la

salud humana, las razones para dejar de fumar, los beneficios que la cesación supone, etc. Luego, mediante un intercambio breve, se acotan aquellos aspectos novedosos y de relevancia que permitan sensibilizar a los miembros del grupo con la permanencia en el programa, contribuyendo a la adecuación de su percepción de riesgo y a la sistematización de los conocimientos abordados en la técnica anterior.

Guía para el debate:

- ¿Qué les resultó más interesante del video proyectado?
- ¿Están en desacuerdo con algo de lo expuesto en el mismo?
- ¿Les ha ocurrido algo de lo mencionado a ustedes?
- ¿Tienen alguna duda que quisieran aclarar sobre lo visto?
- ¿Cómo valoran los beneficios abordados respecto a la cesación tabáquica?
- ¿Conocen alguna persona que haya sido víctima de los efectos nocivos del tabaquismo que pueda compartir al grupo?
- Alguna reflexión que quisieran compartir con el grupo.
- ¿Consideran entonces que sea necesario e inminente el cambio?

Materiales:

- Proyector.
- Video “El cigarro, el peor de los asesinos”.

Entrega del Tríptico “Apaga y Vamos”.

Objetivo:

- Profundizar los conocimientos adquiridos en la sesión.

Procedimiento:

Se distribuye a cada miembro del grupo un ejemplar del Tríptico “Apaga y Vamos” el cual sintetiza las informaciones relevantes abordadas en la sesión, puntualizando los beneficios de la cesación y su importancia.

Orientación de las tareas terapéuticas.

- **Entrega de la Agenda Terapéutica.**

1. Autorregistro.

Objetivos:

- Realizar el análisis funcional de la conducta.
- Potenciar el autoconocimiento del hábito tabáquico.

- Proponer la reducción gradual de nicotina y alquitrán.

Procedimiento:

En la agenda terapéutica se encuentran ubicados los protocolos del autorregistro diario del consumo, en el cual deberán recoger una serie de datos que les permitirá tener un mayor conocimiento sobre las particularidades de su hábito. El coordinador deberá destacar al grupo la importancia de esta técnica para facilitar la autorregulación del hábito tabáquico. Se precisa que el autorregistro se mantendrá como tarea terapéutica en todas las sesiones, aprovechándose, a medida que avanza el Programa, para estimular los logros alcanzados en la reducción del consumo tabáquico.

Conjuntamente a esta actividad, se les alentará a que comiencen una disminución gradual del consumo diario de cigarrillos, atendiendo a las facilidades que esta alternativa reporta ante la carencia de tratamientos farmacológicos alternativos.

2. Lista de motivos.

Objetivos:

- Concientizar las motivaciones para dejar de fumar.
- Identificar la naturaleza de la motivación para la cesación tabáquica.
- Reforzar la decisión de dejar de fumar.

Procedimiento:

Esta plantilla se encuentra incluida en la agenda terapéutica. Para la realización de esta tarea se le entrega a cada miembro del grupo una plantilla que incluye dos columnas. En una el sujeto deberá registrar los motivos por los que fuma y en la otra los motivos por los cuales desea dejar de fumar. Además, la tarea supone un momento de análisis y reflexión sobre ambos listados. Los estudiantes se podrán apoyar en estas listas de motivos en los momentos que tengan deseos de fumar y de igual forma, se podrán dirigir al autorregistro.

Cómo llegué y cómo me voy.

Objetivos:

- Valorar las vivencias de los miembros del grupo durante el transcurso de la sesión.
- Identificar la disposición para el cambio.
- Evaluar los resultados de la sesión.

Procedimiento:

El coordinador debe pedir al grupo que cada uno exprese ante todos los presentes sus experiencias individuales respecto al tema abordado, si lograron ganar en claridad en lo referente a los mitos y juicios erróneos que existían en torno al tabaquismo, y por último cuáles aprendizajes tuvieron lugar en el encuentro, a través de las frases “Cómo llegué y cómo me voy”. A partir de estas los sujetos podrán expresar sus vivencias más significativas, cómo se sintieron durante la sesión de trabajo y se podrá verificar si se cumplieron sus expectativas en relación al Programa. Al finalizar, el coordinador debe hacer un resumen de lo expresado, enfatizando los logros alcanzados.

Sesión 2.

Objetivos:

- Monitorear las tareas terapéuticas orientadas en la sesión anterior.
- Realizar el análisis funcional de la conducta de fumar.
- Brindar herramientas para la reducción gradual del consumo.
- Reforzar la toma de decisión para dejar de fumar.
- Estimular las percepciones de autoeficacia para la cesación.
- Negociar el día “D”.

Actividades:

- Técnica de inicio: “Venta de cosas absurdas”.
- Revisión de las tareas terapéuticas.
- Técnicas centrales:
 - “Las tres sillas”.
 - “Listado de recursos y alternativas personales para dejar de fumar”.
 - “Negociación del día D”.
- Orientación de las tareas terapéuticas.
- Técnica de cierre: “Las dianas”.

Venta de cosas absurdas.

Objetivo:

- Lograr la activación y desinhibición de los miembros del grupo.

Procedimiento:

Cada integrante deberá pasar al centro del grupo y, durante un minuto, tendrá que proponer la venta de un objeto absurdo argumentando características a su favor.

Materiales:

- Tarjetas con objetos absurdos, por ejemplo, baberos para jirafas, peine para calvos, etc.

Revisión de las tareas terapéuticas.

Objetivos:

- Evaluar la realización de la actividad.
- Resaltar la importancia del cumplimiento de las tareas.
- Realizar el análisis funcional de la conducta.

Procedimiento:

Antes de dar inicio a las actividades de la sesión, se procede a la revisión de las tareas terapéuticas orientadas, específicamente el Autorregistro. El coordinador pide que de forma voluntaria los sujetos expongan como llevaron a cabo la actividad sugerida. Por otra parte, si los participantes no cumplieron con la actividad orientada, el coordinador utilizará la variante de analizar un modelo del Autorregistro elaborado por él.

Una vez que se haya concluido con el análisis funcional de la conducta adictiva de cada uno de los participantes, el coordinador volverá a enfatizar en la importancia que posee la tarea que se realiza para ganar en autocontrol sobre el consumo tabáquico.

Las tres sillas.

Objetivos:

- Indagar acerca del nivel de conocimientos que posee el estudiante sobre el tabaquismo y las particularidades de su hábito.
- Determinar vivencias asociadas al consumo tabáquico.
- Explorar la disposición para la cesación tabáquica.
- Resaltar los efectos positivos del abandono del consumo tabáquico.

Procedimiento:

Al grupo, organizado en círculo, se le añadirán tres sillas vacías en el medio. A continuación se explica que cada silla tiene un valor que será comentado por los participantes al pasar por ellas: ¿Qué sé de ti? ¿Qué siento por ti? y ¿Cómo me veo sin ti? (teniendo como objeto central el cigarro). A partir de los análisis individuales, el coordinador va cerrando las ideas, devolviendo al grupo aquellos aspectos más relevantes que emergieron del tránsito por las sillas.

Listado de recursos y alternativas personales para dejar de fumar.

Objetivos:

- Estimular las percepciones de autoeficacia para la cesación.
- Reforzar la toma de decisión para dejar de fumar.

Procedimiento:

El coordinador retoma el contenido de la última silla (¿cómo me veo sin ti?) como punto de partida para que cada estudiante elabore, como parte de los apuntes de su libreta terapéutica, un listado donde debe identificar sus recursos y alternativas personales para dejar de fumar. En este aparte pueden referirse múltiples opciones que incluyan desde características de personalidad hasta redes de apoyo social que funcionen como ayudas para la cesación. Luego de unos minutos de análisis se socializa con el grupo la experiencia, a la cual el coordinador va dando cierre acotando otros recursos previamente identificados en los miembros del grupo, enfatizando en la posibilidad de autocontrol sobre el consumo y desatacando el Programa como una alternativa viable para el logro de la cesación tabáquica.

Negociación el día “D”.

Objetivos:

- Conciliar con el grupo el día para dejar de fumar.
- Reforzar la toma de decisión para dejar de fumar.
- Promover la cohesión y comprensión entre los miembros del grupo.

Procedimiento:

El coordinador les comunica a todos los miembros del grupo que para complementar el compromiso grupal de la reducción gradual de nicotina y alquitrán, es de suma importancia precisar un día para dejar de fumar; transmitiendo la necesidad de esta determinación, en función de irse preparando para ella.

Orientación de las tareas terapéuticas.

1. Control Estimular.

Objetivo:

- Preparar a los miembros del grupo para la cesación del hábito tabáquico.
- Ofrecer estrategias para la reducción de nicotina.
- Fortalecer el autocontrol del hábito tabáquico.

Procedimiento:

Partiendo del conocimiento logrado mediante el análisis del autorregistro, cada estudiante debe definir aquellas situaciones precipitadoras en las que les resulta más fácil restringir el consumo,

eliminandolo. En el caso de las situaciones que valoren como subjetivamente más difíciles, se les propone retrasar el consumo 10 min.

2. Técnica aversiva: retener el humo.

Objetivo:

- Asociar la práctica de fumar a sensaciones desagradables.

Procedimiento:

El sujeto debe aguantar el humo del cigarro en la boca y garganta durante 30 segundos y al mismo tiempo, seguir respirando por la nariz. Se proponen un promedio de 3 ensayos diarios, cada uno con 5-6 retenciones de humo. Los descansos entre las retenciones de humo son de 30 segundos y entre los ensayos de 5 minutos.

3. Realizar una carta de despedida al cigarro.

Objetivo:

- Estimular la cesación tabáquica mediante la escritura emocional.
- Reforzar la decisión de dejar de fumar.
- Preparar a los sujetos para el día “D”.

Procedimiento:

El coordinador orienta a los estudiantes elaborar una carta de despedida al cigarro, la cual deberán compartir en el próximo encuentro.

Las Dianas.

Objetivos:

- Valorar las vivencias de los miembros del grupo en el transcurso de la sesión.
- Evaluar los resultados de la sesión.

Procedimiento:

Se sitúa frente al grupo un cartel con tres dianas con los títulos: “me hizo pensar”, “fue útil” y “lo disfruté”. Se orienta a los miembros que deben marcar el lugar de la diana que se corresponda con sus valoraciones en cada caso, compartiendo con el resto del grupo los argumentos que tributan a su puntuación.

Materiales:

- Carteles con dianas.
- Plumones.

Sesión 3.

Objetivos:

- Monitorear las tareas terapéuticas orientadas en la sesión anterior.
- Sensibilizar con la necesidad de la cesación del consumo.
- Promover la acción y apoyo grupal como principal agente de cambio.
- Proporcionar técnicas de autocontrol para el proceso de abstinencia.
- Ofrecer estrategias de desactivación psicofisiológica para el control de los síntomas de abstinencia.

Actividades:

- Técnica de inicio: “El detalle que faltaba”.
- Revisión de las tareas terapéuticas.
- Técnicas centrales:
 - Análisis de la “Carta de despedida”.
 - Video Debate “Un final inesperado”.
 - Ejercicios de Respiración Diafragmática.
- Orientación de las tareas terapéuticas.
- Técnica de cierre: “La Telaraña”

El detalle que faltaba.

Objetivo:

- Lograr niveles de activación óptimos para la dinámica.
- Motivar a los sujetos por el trabajo grupal.

Procedimiento:

Se elige a un miembro del grupo y se le pide que observe con mucha atención al resto. La persona elegida sale del salón mientras el resto hace cambios visibles de su apariencia (por ejemplo: cambiarse de mano el reloj, soltarse el pelo, ponerse un lapicero en la oreja, cruzar las piernas, quitarse los espejuelos, etc.). Cuando el miembro elegido regresa al salón trata de descubrir los cambios del grupo.

Revisión de las tareas terapéuticas.

Objetivo:

- Verificar el cumplimiento de las técnicas aversivas y el control estimular.

Procedimiento:

Antes de dar inicio a las actividades de la sesión, se procede a la revisión de las tareas terapéuticas orientadas. El coordinador pide que de forma voluntaria los sujetos expongan cómo llevaron a cabo las actividades sugeridas y qué sintieron.

Análisis de la Carta de despedida.

Objetivos:

- Estimular la reflexión en los miembros del grupo.
- Reforzar la decisión de dejar de fumar.

Procedimiento:

El coordinador estimulará a todos los que deseen a compartir su carta con el resto de sus compañeros. En función de optimizar el análisis grupal el terapeuta se apoyará en una guía para conducir el debate, resaltando en todo momento la decisión de dejar de fumar.

Guía para el debate:

- ¿En qué se inspiraron al hacerlas?
- ¿Cuáles fueron los principales aspectos que quisieron plasmar?
- En función de lo escrito y lo aportado por alguno de sus compañeros, qué otro aspecto quisieran reflejar.
- ¿Qué les aportó la experiencia?

En caso de no contar con la realización de ninguna de las cartas orientadas, el coordinador compartirá algunas ya elaboradas. Se recomienda conformar equipos de 2 ó 3 estudiantes y entregar una carta a cada uno, para que estas sean debatidas entre ellos durante 10 minutos. Una vez preparados se procederá a compartir las ideas esenciales de cada una, entre todos los subgrupos. Para ello el coordinador podrá apoyarse en la guía anterior haciendo protagonistas a los sujetos a partir de su experiencia.

Video Debate “Un final inesperado”.

Objetivos:

- Resaltar los riesgos asociados al consumo tabáquico.
- Sensibilizar con la necesidad de la cesación del consumo.
- Implementar la ejecución del día “D”.

Procedimiento:

Para llevar a cabo la actividad se expondrá el video “Un final inesperado”, en el cual se exponen testimonios de fumadores con enfermedades crónicas, enfatizando en los daños que genera a la salud humana el consumo tabáquico. El video tiene una duración aproximada de 3 minutos. Luego de su proyección se procederá al intercambio pautado en una guía de debate que optimice este proceso. Una vez culminado el mismo se precisa, haciendo un balance de las sesiones anteriores, la puesta en práctica del día “D”.

Guía para el debate:

- ¿Qué fue lo que les pareció más relevante del video proyectado?
- ¿Qué vivencias les genera?
- ¿Conocen algún caso similar que quisieran compartir con el grupo?
- Alguna duda específica que quisieran aclarar sobre lo visto.
- Alguna reflexión que quisieran compartir con el grupo.
- ¿Consideran entonces que sea necesario e inminente el cambio de actitud frente al cigarro?

Ejercicio de Respiración

Objetivo:

- Entrenar a los sujetos en el control de la respiración diafragmática.

Procedimiento:

Inicialmente el coordinador realiza una breve introducción a los participantes sobre las funciones e importancia de la respiración, explicando cómo debe transcurrir idealmente el proceso.

La respiración es esencial para la vida, ella garantiza la incorporación al organismo del oxígeno necesario para el funcionamiento celular. Respirar es un acto que se automatiza, es muy poco probable que nos detengamos a pensar en cómo lo hacemos. No obstante, tener un control sobre nuestra respiración y perfeccionarla reporta grandes beneficios para la salud.

Al estar sometidos a situaciones de estrés (como abandonar el cigarro) una de las primeras reacciones corporales es la aceleración del ritmo respiratorio y consecuentemente el aumento del ritmo cardíaco y la presión sanguínea. Esta activación fisiológica genera una experiencia más intensa de emociones negativas como, por ejemplo, la ansiedad.

El ejercicio que a continuación se ofrece consiste en revertir este proceso. Practicando una respiración adecuada podemos relajarnos, desactivar la ansiedad que genera el deseo intenso de

volver a fumar y hacer frente a los demás síntomas de abstinencia a la nicotina. Para ello se deben seguir los siguientes pasos:

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

Se destaca a los miembros que la práctica sistemática es determinante para obtener buenos resultados, va a permitir que se entrenen en el acto de respirar, siendo poco a poco más efectivo. También aprenderán a descubrir las sensaciones agradables de las que los provee una mejor respiración. Seguidamente se entrega a cada miembro el Manual de Entrenamiento en Respiración.

Orientación de las tareas terapéuticas.

1. Dejar de fumar.

Objetivo:

- Recordar el compromiso grupal de dejar de fumar.
- Implementar la cesación.

Procedimiento:

En este momento de la sesión el coordinador recuerda el compromiso de dejar de fumar y la necesidad de su mantenimiento. También se ofrece la posibilidad de ayuda psicológica individualizada en los casos que así lo requieran. Además se aprovecha este espacio para socializar los datos de contacto de los miembros del grupo, estimulando la comunicación entre ellos durante el tiempo intersesiones, de modo tal que puedan funcionar como una red de apoyo y brindarse ayuda mutua.

2. Estudio de la Guía de Autoayuda.

Objetivos:

- Incorporar recursos para el control de los síntomas de abstinencia y el mantenimiento de la cesación.

Procedimiento:

Seguidamente de establecer el abandono, el coordinador entrega la Guía de Autoayuda para el Control de los Síntomas de Abstinencia. Se orienta a los estudiantes su estudio y puesta en práctica como una herramienta para mantener la cesación.

3. Práctica de los ejercicios de Respiración.

Objetivo:

- Resaltar la importancia del entrenamiento en respiración para el control de los síntomas de abstinencia.

Procedimiento:

Destacando la importancia del entrenamiento en los ejercicios de respiración para que sean realmente efectivos, se orienta ponerlos en práctica por unos minutos cuando, durante el día, aparezcan las ansias de fumar o cualquier otra situación estresante. Además de estas ocasiones puntuales, deberán ejercitarse diariamente al menos 10 minutos en los momentos en los que más relajados puedan estar (al despertarte mientras todavía estás en la cama, al acostarte antes de dormir, etc.).

La telaraña.

Objetivos:

- Evaluar la sesión de trabajo grupal.
- Reforzar el compromiso de abandono.

Procedimiento:

Todos se colocan de pie, en forma de círculo. Se entrega un ovillo de hilo a uno de los participantes el cual debe decir lo más significativo que se lleva o aprendió en la sesión. Cuando termina, sujetando la punta del hilo, lanza el ovillo a otra persona que debe hacer lo mismo. Cuando todos participen y esté formada la telaraña se sigue el proceso inverso para recogerla, esta vez quien tenga el hilo debe decir el compromiso que del encuentro se lleva.

Sesión 4.

Objetivos:

- Analizar el cumplimiento de las tareas terapéuticas orientadas en la sesión anterior.
- Reforzar la decisión de permanecer sin fumar.

- Monitorear la existencia y control de los síntomas de abstinencia.
- Estimular estrategias y recursos personales para afrontar la abstinencia.
- Clarificar dudas sobre el proceso de cesación tabáquica.
- Potenciar la percepción de autoeficacia para la cesación.
- Ofrecer estrategias de desactivación psicofisiológica para el control de los síntomas de abstinencia.

Actividades:

- Técnica de inicio: “Caramelos de colores”
- Revisión de tareas terapéuticas anteriores.
- Técnicas centrales:
 - Intercambio con un ex fumador.
 - Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (I).
- Orientación de tareas terapéuticas.
- Técnica de cierre “Palabras Claves”.

Caramelos de Colores.

Objetivos:

- Preparar a los miembros del grupo para la dinámica de trabajo.
- Debatir sobre la existencia y control de los síntomas de abstinencia.
- Reforzar la decisión de permanecer sin fumar.

Procedimiento:

El coordinador trae al grupo una cesta con caramelos de colores. Si toma de ella un caramelo de color rojo, todos deben cambiarse un puesto a la derecha; si saca uno verde, deben moverse a la izquierda y cuando salga uno amarillo deben cambiarse todos de puesto. Luego, el animador pasa la cesta para que cada participante pueda tomar el que desee, debiendo responder a la pregunta que corresponde al color de caramelo elegido. En función de las respuestas el terapeuta va cerrando las ideas de acuerdo con los objetivos de la técnica.

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

Materiales:

- Cesta con caramelos.

Revisión de las tareas terapéuticas.

Objetivos:

- Verificar el mantenimiento de la cesación tabáquica.
- Constatar la realización de los Ejercicios de Respiración y el empleo de la Guía de Autoayuda.

Procedimiento:

Antes de dar inicio a las actividades planificadas para el encuentro, se procede a la revisión de las tareas terapéuticas dadas en la sesión anterior. El coordinador solicita a los miembros que de manera voluntaria analicen su desempeño en las actividades orientadas.

Intercambio con un ex fumador.

Objetivos:

- Clarificar dudas respecto al proceso de cesación.
- Resaltar los beneficios de la cesación tabáquica.
- Lograr la identificación de los miembros del grupo con un sujeto sano.
- Estimular la autoconfianza en los sujetos de estudio.
- Reforzar la disposición por el abandono definitivo del cigarro.

Procedimiento:

Se invita al trabajo en grupo a un ex fumador, de forma tal que mediante un intercambio con el grupo comparta sus experiencias en relación al abandono del cigarro. Los sujetos y el invitado estarán dispuestos en un círculo. En función de optimizar el intercambio el coordinador realizará al invitado una serie de preguntas y una vez que este último haya terminado, los miembros del grupo podrán clarificar directamente con él las dudas e interrogantes que necesiten. Es muy importante que previo al encuentro el coordinador le explique al invitado los objetivos y propósitos del intercambio.

Guía para el intercambio con el ex fumador.

- Motivos por los cuales comenzó a fumar.
- Años de consumo.
- Motivos por los cuales decidió abandonarlo.
- Experiencias sobre el proceso de abstinencia.
- Mejoras a la salud percibidas por el ex fumador.

- Potencialidades con las cuáles cuentan los miembros del grupo para abandonar el hábito, según su criterio.

Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (I).

Objetivos:

- Ofrecer el entrenamiento en relajación progresiva como recurso para el control de los síntomas de abstinencia.
- Reducir, mediante tensión-distensión, el nivel de activación psicofisiológica de los sujetos.

Procedimiento:

Al finalizar el intercambio con el ex fumador el coordinador explica brevemente que comenzarán a trabajar con ejercicios de relajación, argumentando en qué consisten, los beneficios que estos traen consigo y enfatizando en la importancia del entrenamiento para lograrlo.

Se define que se empleará una modalidad que está compuesta por 3 etapas, que se trabajarán de manera paulatina y progresiva durante las diferentes sesiones. Luego se comienzan a ofrecer las indicaciones posturales para la realización de la técnica y se da paso a las instrucciones contenidas en la Parte I que se centra en la relajación de los músculos de la mano, antebrazo y bíceps.

Al concluir se socializa la experiencia de cada sujeto durante el ejercicio, de manera que descubran los signos de relajación. Además se entrega el Manual de Entrenamiento en Ejercicios de Relajación Progresiva, recomendando que su estudio y práctica sean graduales y paulatinos, guardando correspondencia con los diferentes encuentros en los que se aborda la relajación.

Materiales:

- Grabación de los ejercicios de relajación y reproductor.
- Manual de Entrenamiento en Ejercicios de Relajación.

Orientación de Tareas Terapéuticas.

- Práctica de los Ejercicios de Relajación Muscular Progresiva Parte (I)

Palabras Claves.

Objetivos:

- Sistematizar elementos claves abordados durante el encuentro.
- Evaluar los resultados de la sesión.

Procedimiento:

El coordinador pide a los miembros que escriban, en unas tarjetas, aquellas palabras “claves” para definir la esencia del trabajo realizado en la sesión. Posteriormente se sitúan todas las tarjetas en un papelógrafo, de manera que puedan visualizarse y comentarse todas las opiniones del grupo.

Materiales:

- Tarjetas
- Plumones
- Papelógrafo

Sesión 5.

Objetivos:

- Valorar el cumplimiento de las tareas terapéuticas orientadas en la sesión anterior.
- Reforzar la decisión de permanecer sin fumar.
- Desarrollar habilidades para la solución de problemas cotidianos asociados al hábito de fumar.
- Activar estrategias y recursos personales para afrontar la abstinencia.
- Potenciar habilidades en la relajación muscular.
- Estimular una mayor percepción de autoeficacia para la cesación tabáquica.

Actividades:

- Técnica de inicio: “La Cola de Serpiente”.
- Revisión de la tarea terapéutica.
- Técnica centrales:
 - “Solución de Problemas”.
 - Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (II).
- Orientación de tareas terapéuticas.
- Técnica de cierre: “Palabra de Aliento”.

La Cola de Serpiente.

Objetivos:

- Gestar un clima sociopsicológico favorable para el trabajo en grupo.
- Motivar a los sujetos para la dinámica grupal.

Procedimiento:

El coordinador comienza diciendo una palabra, luego y en el mismo sentido de las manecillas del reloj, cada participante debe decir otra que comience con la última letra de la palabra anterior.

Revisión de la tarea terapéutica.

Objetivo:

- Evaluar el cumplimiento de los ejercicios de relajación muscular progresiva.
- Resaltar la importancia del cumplimiento de la tarea.

Procedimiento:

Antes de dar inicio a las actividades de la sesión, se procede a la revisión de las tareas terapéuticas orientadas. El coordinador pide que de forma voluntaria los sujetos expongan como llevaron a cabo las actividades sugeridas.

Solución de Problemas.

Objetivos:

- Desarrollar habilidades para la solución de problemas cotidianos asociados al hábito de fumar.
- Activar estrategias y recursos personales para afrontar la abstinencia.
- Reforzar la decisión de permanecer sin fumar.

Procedimiento:

Se comienza explicando a los estudiantes los supuestos de la técnica. La misma parte del principio de definir los problemas en términos de situaciones inapropiadas, no como situaciones imposibles. Siempre van a existir situaciones que representen un riesgo para volver a fumar pero lo realmente importante es cómo manejarlas. Siendo así la técnica supone recorrer las etapas que nos ayudan a encontrar una respuesta eficaz a la situación que nos está resultando problemática.

Luego de este momento, se presenta una situación problemática familiar para los miembros del grupo y se les solicita a los estudiantes que ofrezcan algunas posibles soluciones a la misma. Posteriormente se divide al grupo en dos sub-grupos y se les entregan las tarjetas con las etapas de la técnica para que las ordenen según consideren.

Pasados varios minutos se discute en el grupo el orden de las tarjetas, lo cual el facilitador sintetiza explicando las características de cada una de las etapas. A partir de este nuevo conocimiento se pide al grupo que reflexionen nuevamente sobre la situación problemática y sus soluciones. Finalmente cada grupo presenta su análisis y se discute reflexivamente sobre el proceso seguido y las soluciones buscadas.

Materiales:

- Tarjetas con situaciones problemáticas.
- Tarjetas con las etapas de la técnica de solución de problemas.

Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (II).

Objetivos:

- Ofrecer el entrenamiento en relajación progresiva como recurso para el control de los síntomas de abstinencia.
- Reducir, mediante tensión-distensión, el nivel de activación psicofisiológica de los sujetos.

Procedimiento:

El procedimiento es similar a la etapa anterior. Se da inicio explicando a los estudiantes que esta segunda parte se centra en la relajación de los músculos de la cara, nuca, hombros, espalda, pecho, estómago y vientre. Luego se ofrecen las instrucciones correspondientes a la Parte II.

Materiales:

- Grabación de los ejercicios de relajación.
- Reproductor.

Orientación de Tareas Terapéuticas.

1. Generalización de la solución de problemas a situaciones reales de la cotidianidad.

Objetivos:

- Desarrollar habilidades para la solución de problemas cotidianos asociados al hábito de fumar.
- Activar estrategias y recursos personales para afrontar la abstinencia.

El coordinador orienta a los estudiantes que apliquen el procedimiento para solución de problemas, abordado en la sesión, al menos a una situación real de su vida cotidiana que asocien al hábito de fumar.

2. Práctica de los Ejercicios de Relajación Muscular Progresiva Parte (II).

Objetivo:

- Consolidar el entrenamiento en estrategias de desactivación psicofisiológica.

Procedimiento:

En pos de estimular el aprendizaje y entrenamiento en los ejercicios de relajación muscular progresiva, se recomienda a los estudiantes su práctica diaria y sistemática, orientando la concentración en las sensaciones que les genera.

Palabra de Aliento.

Objetivos:

- Dar cierre a la dinámica de trabajo en grupo.
- Motivar a los miembros del grupo para la próxima sesión.
- Estimular las percepciones de autoeficacia para la cesación mediante la acción grupal.

Procedimiento:

Dispuestos en círculo, cada miembro del grupo deberá dedicar una palabra o frase alentadora a su compañero más próximo.

Sesión 6.

Objetivos:

- Estimular la decisión de permanecer sin fumar.
- Reforzar los logros alcanzados por los miembros del grupo.
- Potenciar la percepción de autoeficacia para la cesación tabáquica.
- Consolidar el aprendizaje de estrategias de desactivación psicológica.

Actividades:

- Técnica de inicio: “La Enredadera”.
- Revisión de la tarea terapéutica.
- Técnica central: “Regalo de Apoyo y Confianza”.
- Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (III).
- Orientación de tareas terapéuticas.
- Técnica de cierre: “Frase Reflexiva”.

La Enredadera.

Objetivos:

- Motivar a los miembros del grupo por la sesión de trabajo.
- Favorecer un clima sociopsicológico apropiado para la dinámica grupal.

Procedimiento:

Situados en círculo, los participantes deben obedecer órdenes caprichosas del coordinador sin abandonar el lugar que ocupan: tocar algo de cierto color, juntar la cabeza con la del compañero

de la izquierda, pisar el pie del compañero de la derecha, etc. Cada movimiento realizado debe mantenerse hasta que la postura sea complicada.

Regalo de Apoyo y Confianza.

Objetivos:

- Reafirmar la decisión de mantenerse sin fumar.
- Reforzar los logros alcanzados por los miembros del grupo.
- Potenciar la percepción de autoeficacia para la cesación tabáquica.

Procedimiento:

El coordinador invita a los estudiantes a que escriban un mensaje a cada compañero, que deberá despertar sentimientos positivos respecto a sí mismos y a los logros alcanzados en la cesación. Para ello cada participante llevará en su espalda una hoja de papel en la cual los otros podrán acercarse y escribir. Es importante especificar que el mensaje debe ser breve, su presentación de un modo personal, deberá recoger lo que hayan observado en los marcos del grupo: los mejores momentos de la otra persona, sus éxitos, lo que valoran.

Por último, se comparten en el grupo los mensajes recibidos, socializando la experiencia y estimulando, en cada caso, la autoeficacia percibida para la cesación. Luego se cierra la dinámica pidiendo a cada miembro que en su libreta terapéutica se dedique a sí mismo un mensaje de apoyo y confianza para mantenerse sin fumar.

Materiales:

- Hojas de papel.
- Lápices.
- Alfileres con los cuales sujetar el papel.

Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (III).

Objetivos:

- Reducir el nivel de activación psicofisiológica del paciente mediante ejercicios de tensión-distensión.
- Consolidar los aprendizajes en relajación muscular progresiva.

Procedimiento:

Se explica a los estudiantes que para finalizar el entrenamiento en relajación se realizará la relajación completa en todo el cuerpo. El procedimiento es similar a los empleados en las etapas anteriores. Se trabaja en la consolidación del entrenamiento en la relajación muscular completa.

Materiales:

- Grabación de los ejercicios de relajación.
- Reproductor.

Orientación de Tareas Terapéuticas.

1. Práctica de los Ejercicios de Relajación Muscular Progresiva Completa.

Objetivo:

- Consolidar el entrenamiento en estrategias de desactivación psicofisiológica.

Procedimiento:

En pos de estimular el aprendizaje y entrenamiento en los ejercicios de relajación muscular progresiva, se recomienda a los estudiantes su práctica diaria y sistemática, orientando la concentración en las sensaciones que les genera.

Frase Reflexiva.

- Promover la reflexión individual en los miembros del grupo.

Procedimiento:

Al culminar la sesión de trabajo el coordinador entrega al grupo tarjetas con la frase “el verdadero ganador es aquel que cree en sí mismo, cuando más nadie lo hace”. Luego la comparte en voz alta, incentivando a los estudiantes a reflexionar individualmente.

Materiales:

- Tarjetas con frase reflexiva.

Sesión 7.

Objetivos:

- Monitorear las tareas terapéuticas de la sesión anterior.
- Prevenir la ocurrencia de recaídas.
- Estimular estrategias y recursos personales para afrontar la abstinencia.
- Potenciar la percepción de autoeficacia para la cesación.

Actividades:

- Técnica de inicio: “Adivina el Refrán”.
- Revisión de la tarea terapéutica.
- Técnica de caldeamiento: “Sin Quebrarse”.
- Técnica central: “Juego de Roles”.
- Orientación de tareas terapéuticas.

- Técnica de cierre: “PNI”.

Adivina el Refrán.

Objetivos:

- Crear un clima sociopsicológico apropiado para el trabajo en grupo.
- Desinhibir a los miembros del grupo.

Procedimiento:

Se divide al grupo en parejas. A cada una de ellas, el coordinador les entrega una tarjeta con un refrán que deberán dramatizar de forma tal que el grupo adivine de cuál se trata y pueda enunciarlo.

Materiales:

- Tarjetas con refranes.

Revisión de la tarea terapéutica.

Objetivo:

- Evaluar el cumplimiento de los ejercicios de relajación muscular progresiva.
- Resaltar la importancia del cumplimiento de la tarea.

Procedimiento:

Antes de dar inicio a las actividades de la sesión, se procede a la revisión de las tareas terapéuticas orientadas. El coordinador pide que de forma voluntaria los sujetos expongan como llevaron a cabo las actividades sugeridas.

Sin Quebrarse.

Objetivos:

- Reducir los niveles de activación en los miembros del grupo.
- Estimular la reflexión vivencial en los estudiantes.
- Enfatizar en la posibilidad de la autorregulación del hábito de fumar.
- Reforzar las estrategias y recursos personales para la cesación.

Procedimiento:

El grupo se divide en parejas a las cuales se les entrega un elástico. Se les orienta realizar un “experimento” en el cual deben describir en una hoja de papel las cualidades básicas de su elástico. En un segundo momento deberán estirarlo y describir cuánto ha cambiado. En ambos casos se socializa la experiencia haciendo notar que existen determinadas situaciones estresantes (como dejar de fumar) que actúan sobre nosotros en formas diversas, no todas tienen las mismas

consecuencias y no todos nos enfrentamos a ellas de igual manera. Sin embargo, aunque en formas y cantidades diferentes, al igual que los elásticos todos tenemos la posibilidad de adaptarnos a estas situaciones sin quebrarnos.

Luego se les pide a los miembros del grupo que compartan con su pareja cuáles son esas características, recursos, estrategias con las que cuentan para hacer frente a la cesación tabáquica. Una vez más se socializan las experiencias y se reflexiona en torno a los elementos abordados, reforzando los elementos identificados por los miembros del grupo y la posibilidad de autorregulación del comportamiento adictivo.

Materiales:

- Elásticos de diferentes propiedades.
- Hojas de papel y lápices para las parejas.

Juego de Roles.

Objetivos:

- Reafirmar, en forma vivencial, la posibilidad de autorregulación del hábito tabáquico.
- Prevenir la ocurrencia de recaídas.
- Analizar el impacto del programa, vinculado a las transformaciones en la vida de los sujetos.

Procedimiento:

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

Materiales:

- Tarjetas con el enunciado del juego de roles.

Orientación de Tareas Terapéuticas.

- Reflexión individual sobre las temáticas abordadas en la sesión.

Positivo, Negativo, Interesante.

Objetivos:

- Concluir la sesión de trabajo.

- Compartir las experiencias de los miembros del grupo durante la sesión.

Procedimiento:

Para dar cierre a la sesión de trabajo se les pide a los miembros del grupo que compartan con una palabra aquellos aspectos de la sesión que les resultaron positivos/negativos/interesantes.

Sesión 8:

Objetivos:

- Identificar en cada participante las estrategias de afrontamiento más empleadas en el abandono del cigarro.
- Reflexionar sobre la importancia de las estrategias de afrontamiento para la cesación.
- Brindar nuevos recursos y estrategias de afrontamiento para la cesación.
- Estimular el fortalecimiento del autocontrol ante la cesación en los participantes.

Actividades:

- Revisión de la tarea terapéutica.
- Técnica de inicio: “Canasta Revuelta”.
- Técnica central: “Un dilema que afrontar”.
- Orientación de tareas terapéuticas.
- Técnica de cierre: “Reflexión”.

Revisión de las tareas terapéuticas.

Objetivos:

- Valorar la reflexión individual realizada por los estudiantes sobre las temáticas abordados en la sesión anterior.
- Resaltar la importancia del cumplimiento de la tarea.

Procedimiento:

Antes de dar inicio a las actividades de la sesión, el coordinador pide que de forma voluntaria los sujetos expongan sus reflexiones sobre las temáticas sugeridas.

Canasta Revuelta

Objetivos:

- Motivar a los miembros del grupo para el trabajo.

Procedimiento:

Todos los sujetos se ubican en círculo, sentados en sus sillas. El coordinador, de pie en el centro, debe señalar a cualquier miembro diciéndole ¡Guayaba!, el cual deberá responder diciendo una

preferencia (en cuanto a música, color, actividad, hobbies, etc.) del compañero que se encuentre a su derecha; si le dice ¡Naranja!, debe hacerlo con el de su izquierda. Si el participante se equivoca o demora en responder, pasa al centro y ocupa el lugar del coordinador. En el momento que se diga ¡Canasta revuelta!, todos cambiarán rápidamente de asiento.

Un dilema que afrontar

Objetivos:

- Identificar las diferentes estrategias de afrontamiento de los participantes.
- Enfatizar la necesidad de realizar una evaluación previa que tome en consideración las demandas vs recursos al afrontar situaciones estresantes.

Procedimientos:

Se comenta con el grupo sobre un personaje muy tradicional en nuestros cuentos populares, nos referimos a Pepito. Posteriormente se le propone al grupo que se imaginen que ahora ellos son Pepito y que un buen día a Pepito se le ocurrió darle la vuelta a la ciudad en su nueva bicicleta desde un punto X (propusimos la Universidad Central) hasta llegar a un punto Y (en nuestra experiencia la Plaza del Ché). Se les presenta en el pizarrón o en una pancarta un mapa de las principales avenidas y se les pregunta qué recorrido harían cada uno de ellos. Se les da el tiempo necesario para reflexionar y luego se le da la palabra a cada uno para que vaya describiendo su recorrido. El rol de facilitador es poner obstáculos en la consecución de la meta de manera que la tarea se vuelva difícil y casi imposible. De alguna manera los participantes proyectan en la situación de la técnica sus estrategias de afrontamiento más características.

Finalmente se lleva a reflexiones sobre cómo ante una misma situaciones ellos enfrentaron la tarea de diferentes formas. Luego de estas reflexiones se les entregan tarjetas a los participantes en las que aparecen descritas diversas estrategias de afrontamiento y se les invita al grupo a que cada uno reflexione sobre las que emplea con más frecuencia y sus consecuencias más directas. Se enfatiza en la necesidad de evaluar reflexivamente las demandas de la situación y los recursos para afrontarla antes de tomar una decisión.

Materiales:

- Pizarrón o pancarta con el dibujo del mapa de las avenidas principales.
- Juego de tarjetas donde aparecen descritas las estrategias de afrontamiento.

Reflexión.

Objetivos:

- Reforzar la necesidad de mantener estrategias de afrontamientos efectivas para emplearlas en la vida cotidiana.

Procedimiento:

El coordinador lee ante los miembros del grupo una reflexión y posteriormente todos debaten sus opiniones respecto a la misma.

Hace mucho tiempo, un rey colocó una gran roca obstaculizando un camino. Luego se escondió y miró para ver si alguien quitaba la tremenda piedra. Algunos simplemente la rodearon. Muchos culparon a las autoridades por no mantener los caminos despejados, pero ninguno de ellos hizo nada para sacar la piedra del camino.

Un vecino del pueblo que vivía en el sitio más descampado, pasaba por allí exhausto con un fardo de leña sobre sus hombros y la vio. Se detuvo, luego se aproximó a ella, puso su carga en el piso trabajosamente y trató de mover la roca a un lado del camino. Después de empujar y empujar hasta llegar a fatigarse mucho, con gran esfuerzo, lo logró.

Mientras recogía su fardo de leña, vio una pequeña bolsita en el suelo, justamente donde antes había estado la roca. La bolsita contenía muchas monedas de oro y una nota del mismo rey diciendo que el premio era para la persona que removiera la roca como recompensa por despejar el camino.

El campesino aprendió ese día que cada obstáculo puede estar disfrazando una oportunidad, tanto para ayudar a los demás como para ayudarse a sí mismo.

Sesión 9.

Objetivos:

- Monitorear las tareas terapéuticas de la sesión anterior.
- Generalizar los aprendizajes logrados en el programa a situaciones cotidianas reales.
- Prevenir la ocurrencia de recaídas.
- Actualizar estrategias y recursos personales para afrontar la abstinencia.
- Estimular la percepción de autoeficacia para la cesación.

Actividades:

- Revisión de la tarea terapéutica.
- Técnica central: “Exposición en vivo”.
- Orientación de tareas terapéuticas.
- Técnica de cierre: “Los termómetros”.

Revisión de la tarea terapéutica.

Objetivo:

- Evaluar el entrenamiento en solución de problemas.
- Resaltar la importancia del cumplimiento de la tarea.

Procedimiento:

Antes de dar inicio a las actividades de la sesión, se procede a la revisión de las tareas terapéuticas orientadas. El coordinador pide que de forma voluntaria los sujetos expongan como llevaron a cabo las actividades sugeridas.

Exposición en Vivo.

Objetivos:

- Generalizar los aprendizajes logrados en el programa a situaciones cotidianas reales.
- Activar estrategias y recursos personales para afrontar la abstinencia.
- Estimular la percepción de autoeficacia para la cesación.

Procedimiento:

Se organiza un recorrido fuera del local habitual de trabajo. En este se intenciona la exposición a varios estímulos, de dificultad variable, que los miembros asocian al consumo de cigarrillos (pasar cerca de personas que fumen, comprar café, etc.). Ello dependerá del conocimiento logrado mediante los autorregistros diarios y los debates en el grupo y, además, deberá ajustarse a las posibilidades que ofrece el contexto de aplicación del programa.

Ante la exposición los miembros del grupo deberán actualizar, entre otros recursos, los aprendizajes logrados en el programa para ejercer control sobre estas situaciones. Es preciso que el terapeuta participe de conjunto con los estudiantes en la actividad, con el fin de estimular los progresos logrados y asistir a los miembros del grupo en las situaciones de mayor complejidad.

Una vez terminado el recorrido se facilita un intercambio donde los estudiantes puedan socializar la experiencia en los marcos del grupo. En el mismo pueden ser analizadas sus vivencias durante la exposición, resaltados los principales logros alcanzados y el coordinador puede ofrecer recomendaciones en caso de ser necesario.

Orientación de Tareas Terapéuticas.

- Reflexión individual sobre las temáticas abordadas en la sesión.

Los termómetros.

Objetivos:

- Evaluar la sesión de trabajo.
- Compartir las experiencias de los miembros del grupo durante la sesión.

Procedimiento:

Se entrega a cada participante una tarjeta con dos termómetros. Se les orienta que en cada termómetro deberán marcar el nivel de satisfacción que tenían ANTES de la actividad (1) y DESPUÉS de esta (2). Para ello la escala de valores es del 1 al 5, donde el 1 expresa el nivel más bajo y el 5 el nivel más alto.

Materiales:

- Tarjetas con los termómetros.

Sesión 10.

Objetivos:

- Monitorear las tareas terapéuticas orientadas en la sesión anterior.
- Sistematizar los contenidos tratados en el Programa.
- Valorar el cumplimiento de los objetivos del Programa.
- Acceder a la evaluación que hace el grupo del Programa
- Reforzar la necesidad de continuar aplicando los aprendizajes proporcionados a la vida cotidiana.
- Negociar las sesiones de seguimiento.

Actividades:

- Revisión de la tarea terapéutica.
- Técnica de inicio: “Contar historias con los pies”.
- Técnica de caldeoamiento: “El Escaparate”
- Técnica central: “La Noticia”.
- Negociación de las sesiones de seguimiento.
- Técnica de cierre: “Reflexión”.

Contar historias con los pies.

Objetivos:

- Desarrollar un clima sociopsicológico apropiado para el trabajo grupal.

Procedimiento:

El coordinador distribuye a todos participantes frases que deberán dramatizar contando las historias con sus pies, de forma tal que los demás logren adivinarlas (me resbalé al pisar una

cáscara de plátano; hoy caminando se me pegó un chicle en el zapato; venía por la acera y me embarré con los desechos de un perrito, se me rompieron las dupé; venía con mi mejor caminado y recogí un boniato, la acera se acabó y me caí).

Materiales:

Tarjetas con oraciones.

El Escaparate.

Objetivos:

- Retroalimentar las valoraciones del grupo sobre el Programa.
- Sistematizar los contenidos tratados en el Programa.
- Destacar la necesidad de aplicar los nuevos aprendizajes a la vida cotidiana.

Procedimientos:

En un papelógrafo se grafica un similar a un escaparate de tres divisiones y se le presenta al grupo la demanda de ordenar este escaparate que representa todo el proceso de trabajo juntos. Como pauta de organización se diferencia la “ropa” de acuerdo a tres categorías: sin dificultades o lista para guardar; con algunas limitaciones o la de separar para hacer algunos arreglos e inservible o para botar.

Materiales:

- Papelógrafo y plumones.

La Noticia.

Objetivos:

- Recapitular los aprendizajes logrados con el Programa.
- Valorar el cumplimiento de los objetivos del Programa.

Procedimiento:

Se organiza a los miembros del grupo por tríos o parejas, dependiendo de la cantidad. El coordinador les pide a cada subgrupo que elabore y comparta una “noticia” para la radio o la televisión. La misma deberá estar dirigida a aquellas personas que han considerado dejar de fumar pero no se han decidido.

Negociación de las sesiones de seguimiento.

Objetivos:

- Convenir las frecuencias de las sesiones de seguimiento.
- Actualizar los datos de contacto de los miembros del grupo.

Procedimiento:

El coordinador señala la necesidad de programar algunos encuentros como parte del seguimiento a la evolución que los miembros del grupo han logrado. Se colegia entre todos las frecuencias de estos encuentros y se actualizan aquellos datos de contacto que puedan haber cambiado en el transcurso del programa. Así mismo, se ofrece a los miembros la posibilidad de contactar al coordinador en caso de alguna situación excepcional que demande de ayuda individualizada.

Frase Reflexiva.

- Promover la reflexión individual en los miembros del grupo.
- Reforzar los logros alcanzados por los sujetos.

Procedimiento:

Al culminar la sesión de trabajo el coordinador entrega al grupo tarjetas con 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”. Luego la comparte en voz alta, incentivando a los estudiantes a reflexionar individualmente.

Materiales:

- Tarjetas con frase reflexiva.

Anexo 17

Centro de Bienestar Universitario
Universidad Central Marta Abreu de Las Villas
mail: cbu@uclv.edu.cu
teléfono: 204698



Agenda



Hora: _____
Lugar: _____

¿ Qué estoy haciendo cuando enciendo el cigarro?

¿ Cómo me siento en el momento en que enciendo el cigarro?

¿Qué pienso mientras fumo?

¿ Qué sensaciones me genera fumar?

¿ Cómo me siento después de fumar?

¿Qué pienso después de fumar?

Autoregistro

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 asocia 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 cigarro.

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 cigarro, por ejemplo: al despertar, después de tomar café, estudiando, etc.

Estado emocional en el mto. que enciendes el cigarro, 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: Precise ideas o pensamientos que le vienen a la mente.

Autoregistro

