



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE GRADO

Propuesta de Intervención Psicosocial sobre Tabaquismo en
mujeres embarazadas

Alumno

Aitor Pérez Ojeda

NIA: 690111

Director

Pablo Usán Supervía

Universidad de Zaragoza

Grado en Psicología

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Año académico: 2016-2017

Teruel. Convocatoria de diciembre



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

"Dejar de fumar es fácil. Yo ya lo dejé unas cien veces." Frase atribuida a Mark Twain
(1835-1910).

Índice

Justificación teórica.....	1
Objetivos.....	4
Metodología.....	4
Participantes y beneficiarios.....	5
Instrumentos.....	6
Procedimiento.....	6
Sesiones.....	7
Recursos.....	12
Evaluación.....	13
Resultados esperados.....	14
Conclusiones.....	14
Referencias.....	16
Anexos.....	19

Resumen

Según la OMS (2015), el tabaco es el culpable de la muerte de más de 7 millones de personas al año. El tabaquismo debe ser comprendido como una enfermedad de carácter crónico y, por lo tanto, las recaídas forman parte del mismo proceso de cesación. Esta propuesta pretende ayudar a mujeres embarazadas a elaborar un plan; asesorarle en la modificación de su entorno impulsor de la conducta adictiva y buscar el apoyo social necesario. Así pues, la pretensión es que el sujeto adquiera una deshabitación tabáquica. Debido a los graves riesgos del tabaquismo para las mujeres embarazadas y el feto (abortos espontáneos, retraso fetal...), centramos esta propuesta en ella. Este programa consta de 7 sesiones previas al cese del consumo de tabaco y 5 sesiones de seguimiento más. Es un ensayo clínico, de carácter longitudinal y con un muestreo aleatorio simple. Con el fin de evaluar la eficacia de la propuesta se dividirán en dos grupos (control y experimental). Al finalizar el programa se espera que el sujeto, al menos, adquiera las herramientas y el conocimiento adecuado y suficiente para seguir en el proceso de cesación total y permanente del consumo tabáquico.

Palabras clave: fumar, dejar de fumar, enfermedad, crónico, mujeres embarazadas

Abstract

According to the WHO (World Health Organization, 2015), smoking is the cause of more than 7 million deaths every year. Smoking should be understood as a chronic disease and, therefore, relapses should be considered as part of the same cessation process. The aim of this project is to help the subject develop a plan; advising on the modification of the subject's environment that drives addictive behavior and seeking the necessary social support. Thus, the aspiration is to make the subject acquire a smoking cessation. We focus this proposal on pregnant women because of the serious risks of smoking to them (miscarriage, fetal delay...). This program is based of 7 sessions which are placed before quitting smoking and 5 more after this. It's a clinical and longitudinal test with a random sample simple. In order to evaluate the effectiveness of the proposal, the project will be divided into two groups: control and experimenting. At the end of the program it is expected that the subject at least acquires the tools and the adequate and sufficient knowledge to continue in the process of total and permanent cessation of smoking.

Keywords: smoke, quitting smoking, disease, chronic, pregnant women

Justificación teórica

Según la Organización Mundial de la salud (OMS, 2015), el tabaco mata a más de 7 millones de personas al año, de las cuales más de 6 millones son consumidores directos y alrededor de 890.000 son no fumadores expuestos al humo ajeno. El consumo de tabaco e incluso "la exposición pasiva a él" lo convierte en el factor causal más relevante de enfermedad evitable y muerte prematura en los países desarrollados.

Las campañas publicitarias agresivas de las industrias tabacaleras, además de aumentar sus ventas, tuvieron gran relevancia en la sociedad y su concepto del cigarrillo. Se asociaron al consumo de tabaco valores socialmente reconocidos como la madurez y la libertad e independencia que, por ende, se popularizó masivamente hasta tal punto de normalizar su consumo. Paulatinamente, tras muchos años, está surgiendo una concienciación del perjuicio que ocasiona el tabaco tanto a consumidores como a consumidores pasivos. La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2017), afirma que inhalar el aire contaminado por el humo del tabaco incrementa el riesgo cardiovascular y enfermedades de pulmón. La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) detectó en 2002 la presencia de 69 agentes cancerígenos en el aire contaminado. Tras esto, se ha aumentado la lucha contra él y la movilización de diversos sectores tanto institucionales como sociales, de campañas de prevención y legislaciones como la Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010, en España. Dicha ley, extendió la prohibición de fumar en cualquier espacio público de uso colectivo, en locales abiertos al ciudadano siempre y cuando no estén al aire libre.

Se ha comprobado que la implementación de imágenes en las cajetillas reduce drásticamente su consumo, la prohibición de fumar en espacios públicos también. Pero, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, en su artículo 13 establece que una prohibición total de la publicidad del tabaco reduciría su consumo. En cambio, con una prohibición parcial el efecto se reduciría e incluso se anularía. Actualmente, se ha conseguido reducir el número de fumadores y se ha instalado la conciencia colectiva en la sociedad de la idea de que el tabaco es altamente perjudicial para la salud.

Se realizó un cuestionario de carácter transversal anónimo con 150 participantes desde la plataforma de formularios de Google compartido a través de redes sociales en los que se sacaron los resultados siguientes: un 47% consumían tabaco, al menos esporádicamente; de ese 47%, el 61% había intentado abandonar su consumo y había fracasado. Además, se les preguntó acerca de su percepción sobre la magnitud perjudicial que tenía el tabaco frente a otras drogas como la cocaína, cannabis, LSD y

alcohol, ordenándolos del 1 (mayor) al 5 (menor) según fuese más perjudicial. De esos 150 sujetos, el 25% consideró que el tabaco era menos perjudicial, equiparable al alcohol (25%) y al cannabis (25%) que la cocaína y el LSD. Finalmente, cabe destacar, que entre los sujetos consumidores de tabaco puntuaron un 82% en comparación del 75% de la muestra total. A partir de todos estos datos, podemos concluir de que existe una problemática que, a pesar de todos los esfuerzos preventivos, sigue sin ser suficientemente visible para la sociedad. Sin olvidar que la gran mayoría de recursos se centran en la prevención del tabaquismo pero ¿qué hay de los que son consumidores?

Innumerables evidencias científicas han aparecido en la historia reciente, instrumentos de detección y diagnóstico, fármacos y tratamientos psicológicos para los trastornos por abuso de sustancias han contribuido a aportar una mejora inestimable al avance tanto en su conocimiento como en la eficacia de sus resultados. Técnicas como la auto-observación, relajación, reducción gradual de la ingesta de nicotina, manejo y contrato de contingencias, control de estímulos y autocontrol y procedimientos aversivos como fumar rápido, retención del humor, shock eléctrico han sido utilizados en la práctica clínica como métodos para el cese del consumo de tabaco (Aizpiri et al., 2002).

Debemos entender el tabaquismo como un trastorno adictivo de carácter crónico, en el cual las recaídas forman parte del proceso activo, según propone el Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente (1982), para el abandono de su consumo. La nicotina, como sustancia adictiva comparte las mismas características que otras drogas (tolerancia, dependencia física y psicológica y aparición de síntomas frente a la abstinencia). Solo una minoría de los consumidores logra una abstinencia total y permanente en su primer intento de cesación. La mayoría de ellos, retoman el consumo durante muchos años y generalmente, pasan por múltiples periodos de remisión y recaída. Aunque la mayoría de recaídas son al principio del proceso (Hughes, Keely y Naud, 2004), también ocurren recaídas meses o incluso años después (Piasecki, Fiore y McCarthy, 2002). El hecho de no apreciar la naturaleza crónica de la dependencia del tabaco puede impedir la evaluación y el tratamiento sistemáticos de los usuarios de tabaco a lo largo del tiempo. Si se reconoce su cronicidad, el personal sanitario comprenderá mejor la naturaleza recurrente del trastorno y la necesidad de una atención continua y no aguda.

Esta propuesta de programa de intervención psicosocial está basada en la guía "Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update" (US Department of Health

and Human Services, 2008) la cual da a conocer como el sujeto puede identificar su adicción, modificar su conducta frente a ella y a su vez desarrollar habilidades y estrategias para hacer frente y controlar situaciones difíciles. Se pretende ofrecer la información y el material necesario tanto para el cese del consumo de tabaco como para el mantenimiento del mismo; identificar los estadios de proceso de cambio, según el Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente (MT), ayudarle a elaborar un plan; guiarle en una propuesta de modificación de su entorno proclive a las recaídas e informar junto al sujeto a su entorno más cercano de su decisión y solicitar el apoyo necesario. Se tiene en cuenta el número e intensidad de las sesiones, es decir, el tiempo de contacto entre el profesional y el paciente. Las intervenciones más simples (consejería breve), normalmente practicadas en Atención Primaria, son menos eficaces pero logran mayor cobertura poblacional (Russell, Wilson, Baker y Tylor, 1979). Aún así, en esta propuesta se considera oportuno realizar intervenciones más intensivas, las cuales requieren más tiempo, en las que se comprueban mayor eficacia pero de menor alcance poblacional. Lancaster y Stead, 2004; Simon, Carmodyt, Hudes, Snyder y Murray, 2003.

Estudios como los de Hill, Schoenbach y Kleinbaum (1994) y Ward, Klesges Zbikowski, Bliss y Garvey (1997), avalan que existe mayor dificultad para las mujeres que para los hombres a la hora de dejar de fumar frente a los mismos programas. Probablemente se deba a que la nicotina afecta de forma diferente a las mujeres que a los hombres ya que su metabolismo, distribución y eliminación por el organismo son diferentes. Las mujeres tienden a experimentar el síndrome de privación de manera más frecuente y a mostrar menos autoeficacia a la hora de abandonar el consumo de sustancias. Si bien, no son todas las dificultades para el género femenino, el soporte de la familia, amigos y otras redes de apoyo social favorece un manejo del estrés y a promover mayores cambios de actitud frente a los hombres (Kim et al., 2011).

Debido a los graves riesgos del tabaquismo para las mujeres embarazadas y el feto, centraremos esta propuesta de intervención en ellas. Se ha demostrado que el tabaquismo en las embarazadas produce resultados adversos fetales, como abortos espontáneos, retraso fetal, partos prematuros e incluso mortinatos. Incluso se ha vinculado a trastornos cognitivos y emocionales en los niños (US Department of Health and Human Services, 2006). Según Campbell, Sanson-Fisher y Walsh (2001), es prioridad la evaluación del estado de uso del tabaco del sujeto. La estigmatización que existe contra el tabaco en esta población específica aumenta el potencial de engaño. El

uso de instrumentos fisiológicos debería ser una obligación. Aún así, un gran número de mujeres están motivadas al cese del consumo, así pues, los profesionales sanitarios deben reforzar su motivación y aumentar los conocimientos previos de la madre sobre los riesgos que existen para la salud del feto (Walsh Lowe y Hopkins, 2001).

Es esencial resaltar la importancia que tiene un aumento de recursos para prevenir e intervenir ante esta población específica y su problemática. Incluso para las mujeres que han conseguido el cese del tabaco durante más de 6 meses durante el embarazo obtienen una tasa alta de recaída en el periodo post-parto (DiClemente, Dolan y Windsor, 2000). Estudios como los de Mark, Koplan, Hogue y Dalmat (1990) evidencian una relación de costo-efectividad bastante buena: por cada dólar gastado se ahorrarían 3.31 dólares. Finalmente, El US Department of Health and Human Services (USDHHS, 1990) afirma que se podría prevenir un 20% de partos de bajo peso al nacer si se eliminase el tabaquismo durante el embarazo.

Objetivos

El objetivo principal de esta propuesta de intervención es, desde una perspectiva psicológica, la deshabituación tabáquica y, por ende, la no dependencia al consumo de tabaco. Para la consecución de tal objetivo, la propuesta cuenta con una serie de objetivos específicos:

- Romper barreras y creencias erróneas que impidan el avance en el proceso de cambio.
- Identificar los motivos para el cese del consumo y promover su autoeficacia.
- Identificar las situaciones, actitudes, pensamientos y factores de riesgo que propician al sujeto a consumir y prepararse y anticiparse a ellos.
- Promover el apoyo social interno y externo necesario al sujeto.
- Entender que el tabaquismo es una enfermedad crónica y que las recaídas forman parte del proceso.
- Entender qué síntomas pueden aparecer tras el cese del consumo.

De este modo, la hipótesis del programa será que el cumplimiento de estos objetivos específicos reducirá el grado de dependencia hacia la nicotina.

Metodología

La presente propuesta es un ensayo clínico que pretende evaluar la eficacia de dicho tratamiento. Como estudio experimental, se pretende comprobar qué grado de dependencia se tiene a la nicotina tras intervenir activamente en el proceso. Es un diseño de carácter longitudinal, con un muestreo aleatorio simple, en el que se evaluará el grado de dependencia nicotínica antes, durante y al finalizar el programa.

Participantes y beneficiarios

Criterios de inclusión:

- Mujer embarazada.
- Mayor de edad.
- Consumo de <20 cigarrillos por día.
- En etapa de “Preparación”.
- Puntuación en Test de Fagerström (1991) menor de 7.

Criterios de exclusión:

- Trastornos mentales severos que impliquen dualidad.
- Presentar otras adicciones activas

Grupo experimental: constituido por 10 participantes que cumplan los criterios de inclusión, que formen parte de clases pre-parto, escogidas al azar, a las cuales se le aplicará el programa propuesto.

Grupo control: constituido por 10 participantes que cumplan los criterios de inclusión, que formen parte de clases pre-parto, escogidas al azar, a las cuales no se le aplicará ningún programa de intervención.

Se han establecido esta serie de criterios para evitar cualquier variable contaminadora. Consumir más de 20 cigarrillos al día y/o puntuar >7 en el Test de Fagerström (1991) puede considerarse como alta dependencia a la nicotina. Al igual que en el caso de que existiera una patología dual: sería contraproducente prescindir de una intervención farmacológica que podría ser necesaria. Según Becoña y Cortés (2011) un sujeto consumidor habitual de tabaco que no presente una patología dual probablemente puede seguir las instrucciones del terapeuta y beneficiarse de una intervención en el contexto de un programa. En cambio, para un usuario con patología dual, los estresores pueden impactar de una manera sustancial y provocar ciertas dificultades que en otro sujeto no influiría.

Por lo tanto, los principales beneficiarios de este programa son mujeres embarazadas y habituales consumidoras de tabaco escogidas en los centros de

preparación al parto (descritos en 'Procedimiento'). Aún así, no serán las únicas beneficiadas ya que también repercutirá directamente en la salud del feto e indirectamente a todas las personas en el contexto donde realice dicho consumo, tanto a personas cercanas a su entorno, como no. Además, un cese de dicha sustancia aportaría una reducción considerable en el gasto público invertido en promoción y prevención del tabaquismo, además de fomentar que en entornos más cercanos se aumente la motivación al cambio de algún posible consumidor.

Instrumentos

- Breve cuestionario: primer cuestionario para recabar datos personales de las posibles candidatas a participar en el programa como nombre y apellidos; edad; si es consumidora de tabaco o no; cantidad de cigarrillos diarios; tiempo de embarazo; si existe trastorno/patología/enfermedad diagnosticada e interés en participar, o no, en el programa de intervención psicosocial en tabaquismo y si la respuesta es afirmativa, el teléfono de contacto.

- Cuestionario "Detección fase de cambio": para identificar de manera sencilla en qué fase del proceso se encuentra la persona fumadora se le preguntará “¿Está pensando seriamente dejar de fumar?” y entre las respuestas que podrá escoger serán “Sí, en los próximos 30 días (Preparación); “Sí, en los próximos 6 meses” (Contemplación) o “Sí, pero en más de 6 meses/No me lo planteo”.

- Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina (FTND; Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991). Consta de 6 ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta rápidas. Sirve para evaluar el grado de dependencia a la nicotina existente por quién lo realiza. Para conocer las preguntas y las diferentes puntuaciones es preciso acudir al anexo 1.

- Historial de consumo tabáquico: además de saber cuántos cigarrillos consume diariamente es preciso completar su historial con datos como cuánto tiempo lleva siendo consumidora habitual y si existen previos intentos de cesación y cómo fueron.

- Autorregistro cualitativo (ver anexo 2): a partir de esta técnica el sujeto aprende a detectar, evaluar y valorar en qué momentos desea fumar; qué pensamientos le genera la conducta de fumar y su intensidad. Así pues, permitirá que aprenda a anticiparse y a modificar progresivamente sus respuestas; introducir modificaciones y mejorar gradualmente pensamientos y actitudes que impulsan su consumo por otros más saludables.

Procedimiento

La selección de participantes en el programa se llevará a cabo accediendo a centros de preparación al parto como “Llevadona” y “Marcela Mas”, ambos ubicados en Barcelona, en los que se sondeará en sus clases la existencia de posibles candidatas a participar en el programa que sean fumadoras y cumplan los criterios de inclusión anteriormente indicados en el apartado “Participantes”. Esta primera criba se realizará a partir del 'Breve cuestionario' explicado en el apartado de 'Instrumentos'. Si cumple los requisitos establecidos, se procederá a evaluar a través del Test de Fagerström (ver anexo 1) para conocer su nivel de dependencia y el cuestionario "Detección fase de cambio”, ambos explicados en el apartado anterior. Por lo tanto, el criterio final de inclusión será si están dentro de la fase de ‘Preparación’, según el MT de Prochaska y Diclemente (1982) y su grado de dependencia a la nicotina. Al obtener 20 sujetos, aleatoriamente se seleccionará a 10 para el grupo experimental y 10 para el grupo control.

Sesiones

Como se ha mencionado en la justificación teórica, la estructura de las sesiones está basada en una guía llamada "Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update" (US Department of Health and Human Services, 2008). Dicha revisión, considera que una exitosa intervención siempre debe forjarse a través de los cinco pasos principales, los cuales son "las 5A's": Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Acompañar (Ask, Advise, Assess, Assist and Arrange). En nuestra propuesta, utilizaremos las 3 últimas A's como pilar de referencia.

El programa se compone de 7 sesiones previas al cese del consumo de tabaco y 5 sesiones de seguimiento más tras dicho cese. Como todas las participantes están identificadas en la fase de 'Preparación' significa que cada una de ellas se propone dejar el tabaco en treinta días o menos. Por lo tanto, el calendario está prefijado en cuatro semanas, en las que se pretende establecer dos sesiones por semana. Aún así, es prioritario individualizar cada caso y no es requisito indispensable la cantidad de sesiones semanales pero sí el orden de las mismas. La duración de las sesiones será de 45' siempre abriendo un espacio de 10' al final de la sesión, para resolver cualquiera tipo de duda que manifieste la participante. En cuanto al lugar donde se imparte el programa es en una sala acondicionada en la que se necesita todo el material expuesto en el apartado 'Recursos'. A continuación (Tabla 1), el cronograma de las sesiones:

Sesión	Contenido	Duración
1	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del psicólogo - Complimentar historial de consumo para obtener la mayor cantidad de datos posibles para elaborar el plan - Descripción del programa y cómo plantear las siguientes sesiones. - Espacio abierto a preguntas y dudas 	55'
2	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer plan y fecha para el cese del tabaco - Fumar: riesgos para la salud - "Creencias erróneas y barreras" - Espacio abierto a preguntas y dudas 	55'
3	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista Motivacional (EM): autoeficacia y motivación - Espacio abierto a preguntas y dudas 	40'
4	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar apoyos y dificultades que encontrará cuando deje de fumar - Trabajo sobre el autorregistro cualitativo - Espacio abierto a preguntas y dudas 	55'
5	<ul style="list-style-type: none"> - Entender el tabaco como enfermedad crónica - "Las recaídas forman parte del proceso" - Espacio abierto a preguntas y dudas 	55'
6	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer normas y crear espacios sin humo - Contrato para dejar de fumar - Espacio abierto a preguntas y dudas 	30'
7	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es el síndrome de abstinencia? - Cómo afrontar los primeros días tras el cese - Explicación "La cajita Motiva" - Control de estímulos - Espacio abierto a preguntas y dudas 	
8	Seguimiento: 1ª semana	30'
9	Seguimiento: 2ª semana	
10	Seguimiento: 1r mes	
11	Seguimiento: 6º mes	

12	Seguimiento: 1º año	
----	---------------------	--

Tabla 1. Cronograma de las sesiones

Sesión 1: Presentación

Objetivo: Entender cómo funciona el proceso de la intervención propuesta.

A pesar de haber realizado la criba y seleccionado a los sujetos es preciso efectuar entrevistas clínicas estructuradas y analizar su historia de consumo de tabaco, es decir, cuánto tiempo lleva siendo fumadora; si existe algún intento de cesación anterior, cuánto tiempo duró y si existe cualquier otro consumo de sustancias, sin olvidar las ilegales. Será preciso que lleve un control de su peso y su presión arterial al igual que sus hábitos higiénico-dietéticos como su alimentación, defecación, sueño o actividad física, ya que son vitales para su proceso de deshabituación y posibles futuras recaídas. Se le aconsejará que este proceso sea supervisado por su médico general. Después de esta evaluación inicial, le explicaremos el proceso que seguirá esta propuesta de cese del consumo de tabaco basándose en la cronología de las sesiones y cómo lo hará el profesional junto al participante, ofreciendo espacio para el diálogo y las respuestas que solicite el sujeto. Finalmente, se le pedirá que durante la semana siguiente registre cualitativamente el motivo, la intensidad del deseo y los pensamientos previos al consumo tras la previa explicación de cómo usarlo (ver anexo 2).

Sesión 2: Creencias

Objetivo: Romper barreras y creencias erróneas que impidan el avance en el proceso de cambio.

Se pretende que a través de la verbalización del sujeto de la fijación de una fecha y a preparar, en conjunto, un plan para dejar de fumar en los próximos 30 días, se dé el primer paso para acceder a la fase de 'Acción', es decir, el cese permanente del tabaco. Cabe destacar que se debe elegir con sumo cuidado la fecha, que sea un día especial y evitar situaciones, épocas estresantes o difíciles, con la premisa de que aún así "nunca es el momento perfecto". Seguidamente, exploraremos su grado de motivación y los motivos al cambio que tiene. Se promoverá la autoeficacia del participante a partir de un aporte de información real sobre el tabaquismo, como qué riesgos y perjuicios hay en la salud hacia el consumidor, su bebé y a los que expone a su alrededor y el proceso de cesación. Abriendo un espacio a preguntas dará la oportunidad al sujeto de poder despejar creencias erróneas y barreras que impidan su avance (ver anexo 3). Si el sujeto parece no tener ningún tipo de duda, pregunta o iniciativa, por nuestra parte

propondremos empezar la actividad con las frases más cotidianas que suele expresar cualquier fumador y que son erróneas, las cuales podemos ver en el anexo 3. Como tarea, se le pedirá evitar ciertas situaciones que favorecen el consumo de tabaco para así promover ciertas actitudes de deshabitación, como por ejemplo el momento de café y cigarrillo después de comer.

Sesión 3: Entrevista Motivacional

Objetivo: Identificar los motivos para el cese del consumo y promover su autoeficacia.

La entrevista motivacional (EM) (Miller y Rollnick, 2002) tiene la función de aumentar la motivación y la autoeficacia del sujeto. En esta entrevista se incide sobre la importancia (motivo) que tiene para ella dejar de fumar y la confianza que tiene en ella misma para dejarlo (autoeficacia) e incidir en esos aspectos, todo ello, en un clima de empatía y cordialidad, evitando toda clase de juicios. Es un método especialmente útil en los sujetos que presentan ambivalencia. La EM incluye diversas estrategias diseñadas para ayudar a los pacientes a resolver la ambivalencia sobre tal cambio (Hettema, Steele y Miller, 2005) y cómo proceder (ver anexo 4).

Sesión 4: Autorregistro

Objetivo: Identificar las situaciones, actitudes, pensamientos y factores de riesgo que propician al sujeto a consumir y prepararse y anticiparse a ellos.

Esta sesión pretende discernir entre los apoyos y las dificultades que encontraría en su entorno en el momento del cese del consumo. El autorregistro cualitativo que se le pidió al sujeto rellenar en la primera sesión servirá de apoyo para poder anticiparse a ellos. Después de distinguir estas dos partes, se procederá al asesoramiento de resolución de los problemas que haya identificado. Será elemento clave apoyarnos en experiencias previas sobre intentos de abandono fracasados, apuntados en su historial de consumo, recogido en la primera sesión. La anticipación a esas dificultades o a esos desencadenantes, como evitando ciertas rutinas, ayudará a poder superarlo la próxima vez con éxito. La presencia o no, de fumadores en la familia, será otro elemento importante para predecir el éxito del cese. El abandono es más difícil frente a otros fumadores en la familia. El sujeto deberá animar a éstos a su cese junto a él o a no fumar en su presencia. Para finalizar, la tarea que se le encomendará será escribir en tarjetas pequeñas, cada motivo que tenga para el cese del consumo. Se explicará la función de esta lista en la sesión 7.

Sesión 5: Recaídas

Objetivo: Entender que el tabaquismo es una enfermedad crónica y que las recaídas forman parte del proceso.

Esta sesión se trabajará solo sobre las recaídas ya que es un tema muy importante al ser una etapa más del proceso de cambio, ya explicado anteriormente. El profesional debe hacer entender a la fumadora que es una persona adicta a la nicotina y que padece una enfermedad llamada tabaquismo. Se preparará al sujeto para entender que es una enfermedad crónica y que existe la posibilidad de recaída y que cada intento ha aumentado su probabilidad de abandonarlo totalmente. Además de recordarle de que, esta vez, ha acudido a un profesional sanitario y que cuenta con un tratamiento eficaz. Será buen momento para resolver cualquier tipo de dudas del tipo que sea, tanto creencias erróneas como cualquier parte del proceso, como el mantenimiento del cese. Además, la entrega de un manual de autoayuda será beneficioso para el sujeto. En este caso, el libro "Es fácil dejar de fumar si sabes cómo" (Carr, 1985) será el escogido para potenciar el grado de motivación hacia el cambio del sujeto.

Sesión 6: Apoyo social

Objetivo: Promover el apoyo social interno y externo necesario al sujeto.

Previamente comentado, a esta sesión deberá acudir su pareja (en el caso de que no tenga, su familiar más allegado o con quien conviva). Se pretende crear una persona de referencia y de apoyo social fundamental para el sujeto durante el proceso de motivación en su intento de abandono. El cual formará parte en esta sesión del plan que se va a crear para el cese del consumo en menos de 30 días. Después, se entrega el contrato de compromiso consigo misma para dejar de fumar (ver anexo 5), el cual firmará tanto la participante como su persona de referencia, que en este caso, será además el testigo. Este contrato es meramente simbólico, aún así, sirve para establecer finalmente el objetivo, concienciarse definitivamente y adquirir el apoyo necesario en este proceso. Por parte del profesional, deberá ofrecer también su apoyo con frases como "Tanto su médico como yo estamos dispuestos a ayudarle en cualquier momento" o "Le recomiendo que siga este tratamiento que le ofrece apoyo continuado, incluso después del día prefijado". Finalmente, aprovechando la compañía, se recomendará crear espacios sin humo en los cuales ellos lo consideren oportuno, como por ejemplo, en el salón.

Sesión 7: Abstinencia

Objetivo: Entender qué síntomas pueden aparecer tras el cese del consumo.

Última sesión antes del día prefijado de cese. El síndrome de abstinencia a la nicotina se manifiesta pocas horas después de dejar de fumar y tiene una duración de aproximadamente 3 semanas. Entender qué procesos, estados puede generarle al sujeto será primordial para rebajar su inseguridad, incertidumbre y estrés. Los síntomas que pueden aparecer y las recomendaciones necesarias que se debe ofrecer al sujeto podemos verlos en (ver anexo 6). Se le ofrecerán varios recursos y pautas para utilizar los primeros días del cese como búsquedas de sustitutos orales: tentempiés bajos en calorías, la eliminación del alcohol y estimulantes, consumo abundante de agua y aumento de la actividad física. Planteamiento de metas como "No, gracias. Estoy dejando de fumar." o manejar la abstinencia con objetivos a corto plazo como "Hoy no voy a fumar". Además, el control de estímulos será prioritario. Retirar ceniceros, mecheros, evitar sentarse en sitios donde suele ser rutina como a la hora de comer o evitar terrazas, o sitios donde esté permitido fumar, en momentos de sociabilidad. Como último ejercicio ("La Cajita Motiva"), se le ofrecerá una cajita. Deberá meter las tarjetas pequeñas que se le pidió que escribiese en la sesión 4 y las guarde dentro. Se le ofrecerá la opción de que cada vez que considere que tiene muchas ganas de retomar el consumo, meta el dinero que se iba a gastar en la cajita y a cambio, saque una tarjetita con uno de los motivos que ella misma escribió y lo lea. Al final de la semana, intercambie de nuevo el dinero por las tarjetitas y que se recompense con algún capricho. Este pequeño ejercicio, reducirá el craving. Evitará la tendencia a elegir una recompensa menor, pero inmediata, frente a una recompensa de mayor magnitud, pero más demorada. Finalmente, recordar las siguientes visitas de seguimiento.

Sesión 8: Seguimiento

Es esencial establecer visitas de seguimiento desde que el sujeto cesa su consumo de tabaco para reforzar la motivación. Las visitas de seguimiento preestablecidas serán tras la primera semana, la segunda, el primer mes, el sexto mes y al primer año.

Objetivo: Promover la abstinencia total del tabaco y prevenir futuras recaídas.

Estas visitas servirán para reforzar conductas que promuevan el mantenimiento del cese del consumo, resolver cualquier duda y además, reforzar la motivación con el protocolo de actuación (ver anexo 7). Esta tabla contiene las actividades a realizar durante las visitas programadas en cada una de las visitas de seguimiento. Además, será

buen momento para controlar cualquier impacto colateral del abandono de tabaco. En el caso de una ganancia de peso considerable, ya que es un motivo importante de recaídas, junto a recomendaciones dietéticas, si lo precisa, se le recomendará acudir a un nutricionista. Cabe añadir que, si ha tenido alguna recaída, se le animará por el intento, se revisará el motivo y valorar cómo afrontarlo en el siguiente intento.

Recursos

Recursos humanos:

- Personal del centro de preparación al parto para la coordinación entre el psicólogo y las participantes del programa.
- Psicólogo que impartirá el programa.
- Participantes del programa y apoyo de referencia.
- Personal sanitario que el psicólogo pueda recomendar a la participante de complementar su atención, como médico de cabecera o nutricionista.

Recursos materiales:

- Instalaciones: Sala acondicionada para poder realizar las tareas en las sesiones (mesa, sillas...)
- Material fungible: bolígrafos, folios, una caja pequeña de madera para cada participante y tests predispuestos en el apartado de ‘Instrumentos’.

Evaluación

Con el fin de evaluar la implementación del programa y de los resultados obtenidos, en cuanto a objetivos cumplidos y en qué medida, se propone establecer una evaluación interna. Así pues, sirve para identificar problemas y necesidades orientadas a mejorar su calidad y eficacia realizando los ajustes oportunos. Forman parte de esta evaluación, el psicólogo encargado del programa y los sujetos, tanto del grupo experimental como el de control. Para entender mejor cómo será este proceso es preciso hablar desde una perspectiva temporal dividida en “Antes”, “Durante” y “Después”:

- Antes: Antes de empezar el programa, el Test de Fagerström (1991), utilizado en la criba para la selección de los participantes, nos servirá de indicador para cuantificar si se cumple o no, el objetivo general del programa. Es decir, si sigue existiendo una dependencia a la nicotina o no. Tanto el grupo experimental como el control realizarán el test. Por lo tanto, este será el pretest.

- Durante: Durante el programa, se volverá a aplicar el Test de Fagerström (1991) al finalizar la octava sesión (1ª semana tras el cese) y la onceava (6º mes tras el

cese) con el fin de establecer un seguimiento del proceso del sujeto.

- Después: Finalmente, volveremos a aplicar el Test de Fagerström (1991) a la última sesión (primer año de cese de consumo), el cual utilizaremos como postest con el objetivo de evaluar la eficacia del programa ya que, de nuevo, tanto el grupo experimental como el control lo realizarán.

Cabe destacar que, como se ha mencionado anteriormente, las recaídas forman parte del proceso y entorpecen el seguimiento riguroso de la eficacia del programa. Si existe una recaída en la que, tanto el sujeto como el profesional, consideran que vuelve a ser consumidora, finalizará su evaluación. Si bien, según qué motivos, dificultades o inconvenientes hayan surgido para retomar el consumo, se recomendará siempre no abandonar el proceso. No abandonar el proceso puede ser tanto con el mismo psicólogo, derivar a otro psicólogo o derivar a otro profesional sanitario.

Resultados esperados

Es oportuno clasificar los resultados en dos aspectos. Tanto la consecución de los objetivos propuestos, general y específicos como la eficacia del programa y la satisfacción general del usuario.

En cuanto a la consecución de los objetivos propuestos, es difícil conseguir el general sin antes alcanzar los específicos. Son verdaderamente asequibles ante un grado de motivación, normalmente más que suficiente en embarazadas. A partir de estos pasos, intervienen demasiadas variables, tanto psicosociales como biológicas para predecir la consecución o no del objetivo general que no es otro que la superación de una drogadicción.

Hilando este último argumento, podemos tratar la eficacia del programa. ¿Cómo medir la eficacia de este programa? ¿Ante la abstinencia total de su consumo? ¿Según el grado de dependencia de la nicotina del sujeto? Como se ha repetido incesantemente, existen las recaídas y forman parte del proceso, tanto a corto como a largo plazo y no evidencia la ineficacia, o no, de un programa. La eficacia debe basarse en los objetivos específicos propuestos, ofrecer el conocimiento suficiente, aportar realidad, individualizar al consumidor y desculpabilizar al usuario para fomentar su autoeficacia.

Conclusiones

El consumo de tabaco suele darse para paliar, aliviar, sustituir. En esencia, el tabaco suele ser la antesala de posibles patologías y el vestíbulo de drogas como la marihuana (López y Becoña, 2006). Paradójicamente, tras cierto tiempo de usuarios consumidores y perjudicando su salud acaba convirtiéndose en el gran problema.

Cuando hablamos de dejar el tabaco de forma natural, todos entendemos la ausencia de farmacología. La ingente cantidad de supuestas terapias milagrosas que se venden como tal provocan una actitud de indefensión, reduciendo la autoeficacia de los consumidores. Por ejemplo, en cuanto a la acupuntura, la evidencia muestra que no es efectiva como intervención para el cese del tabaco. Sugieren que cualquier efecto de la acupuntura puede ser producido por otros factores como las expectativas positivas sobre el proceso (White, Rampes y Campbell, 2006). No podemos cerrar los ojos frente a la más que probable cortina de humo, nunca mejor dicho, creada por las industrias farmacéuticas procurando sacar beneficio de cualquier resquicio por poca efectividad que tenga. Se entiende que no todos los fármacos son ineficaces. El fármaco sirve para parchear dificultades cuando se debería focalizar la atención en lo subyacente. No se debe olvidar que fumar, además de ser una adicción física que, a fin de cuentas, el síndrome de abstinencia dura entre 2-3 semanas, es una conducta aprendida y una dependencia social. Por lo tanto, es prioritario desaprender ciertas conductas a partir de ciertas estrategias conductuales y modificar la influencia que ejerce su entorno. El condicionamiento es el gran reforzador del mantenimiento del consumo de tabaco, generando un hábito. Fumar junto al consumo de café, jugando a cartas o socializándose provoca que, junto a los efectos farmacológicos de la nicotina, la asociación creada provoque una adicción crónica. Es importante recordar, según la literatura actual, el engaño que existe por parte de las mujeres embarazadas a la hora de reportar su cese del tabaco. Es recomendable confirmarlo bioquímicamente. Las medidas utilizadas más frecuentemente son el monóxido de carbono en el aire espirado y el tiocianato y la cotinina en saliva u orina (Becoña, 1994). Esta medida favorecerá enormemente el desarrollo de investigaciones futuras, siendo éstas, más acuradas. Así pues, este programa se convierte en un pequeño aporte a la salud de las personas y futuras generaciones.

Referencias

- Becoña, E. (1994). Evaluación de la conducta de fumar. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 403-454). Madrid: Debate
- Becoña, E. Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Madrid, Socidrogalcohol.
- DiClemente, C., Dolan-Mullen, P. y Windsor, R. (2000). *The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions*. Tob control.
- Fiore, M., Jaén, C., Baker, T., Bailey, W. Benowitz, N., Curry, S., et al. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Gallardo, M., Grasa, I., Beni, D. y Esteban, A. (2016). *Intervención en tabaquismo desde atención primaria de salud*. 1ª ed. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
- Heatherton, T., Kozlowski, L., Frecker, R. y Fagerström, K. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addictions*, 86, 1119-1127.
- Hettema, J., Steele, J. y Miller, W. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*. 1:91-111.
- Hill H., Schoenbach, V., Kleinbaum, D., et al. (1994). A longitudinal analysis of predictors of quitting smoking among participants in a self-help intervention trial. *Addictive Behaviors*. 19:159-173
- Hughes, J., Keely, J. y Naud, S. (2004). Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 99:29-38.
- Kim, Y., Choi, Y., Oh, S., Joh, H., Kwon, H., Um, Y., Ahn, S., Kim, H. y Lee, C. (2016). Discrepancy between Self-Reported and Urine-Cotinine Verified Smoking Status among Korean Male Adults: Analysis of Health Check-Up Data from a Single Private Hospital. *Korean Journal of Family Medicine*, 37,171-176.

- Lancaster, T. y Stead, L. (2004). Individual behavioral counseling for smoking cessation. *The Cochrane Library*, Issue 4
- López, A. y Becoña, E. (2006). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*, 18, 161-196.
- Marks, J. , Koplan, J., Hogue, C., y Dalmat, M. (1990). A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of smoking cessation for pregnant women. *American Journal of Preventive Medicine*. 6: 282-289.
- Miller, W. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). Nueva York: Guilford Press
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *La cesación del consumo del tabaco*. Recuperado de https://www.chilelibredetabaco.cl/descargas/centrodoc/Manual_cesacion_MinSa1.pdf
- Organización Mundial Salud. (2015). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo*. Ginebra.
- Piasecki, T., Fiore, M., McCarthy, D., et al. (2002). Have we lost our way? The need for dynamic formulations of smoking relapse proneness. *Addiction*. 97:1093-108.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2017). *Fumadores pasivos*. Recuperado el 1 de septiembre de 2017, de <http://www.pnsd.mssi.gob.es/ciudadanos/informacion/tabaco/menuTabaco/pasivos.htm>
- Russel, M., Wilson, C., Baker, C. y Taylor, C. (1979). Effect of general practitioners advise against smoking. *British Medical Journals*. 2, 231-5.
- Simon, J., Carmodyt, P., Hudes, E., Snyder, E. y Murray, J. (2003). Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: a randomized trial. *American Journal of Medicine*. 114, 555-62.
- Simon, J., Carmodyt, P., Hudes, E., Snyder, E. y Murray, J. (2006). *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for

DiseaseControl and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

U.S. Department of Health and Human Services. (1990). *The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General*. Rockville: 90-8416.

Walsh, R., Lowe, J. y Hopkins, P.(2001). Quitting smoking in pregnancy. *The Medical Journal of Australia*. 175:320–3.

Ward, K., Klesged, R., Zbikowski, S., Bliss, R. y Garvey, A. (1997). Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt. *Addictive Behaviours*.22:521-533

Ziedonis, D., Williams, J. y Smelson, D. (2003). Serious mental illness and tobacco addiction: a model program to address this common but neglected issue. *The American Journal of the Medical Sciences*.326:223–30.