



Universidad de Jaén

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Dejar de fumar. Presentación de un caso clínico.

Alumna: Ana Bustamante Puentes.

Tutora: Dña. Beatriz López Luengo.

Dpto: Psicología.

Junio, 2016

Índice.

Resumen.....	2
Palabras clave.....	2
1. Introducción.....	3
2. Identificación de la paciente y del motivo de consulta.....	7
3. Proceso de evaluación.....	8
3.1. Evaluación inicial.....	8
3.2. Delimitación y análisis del problema.....	10
4. Establecimiento de las metas del tratamiento.....	14
5. Selección del tratamiento más adecuado.....	14
6. Desarrollo de la intervención.....	16
6.1. Pre-tratamiento.....	16
6.2. Tratamiento.....	17
6.3. Post-tratamiento.....	21
7. Evaluación de la eficacia del tratamiento.....	22
8. Conclusiones.....	24
9. Referencias bibliográficas.....	26
10. Anexos.....	29

Resumen.

El tabaquismo es la principal causa prevenible de enfermedad y muerte prematura en países del mundo occidental. Es el causante de enfermedades como el cáncer de pulmón, enfermedades respiratorias, alteraciones digestivas, trastornos cardiovasculares, etc. A continuación se presenta un caso clínico de una mujer que quiere dejar de fumar, donde la ansiedad y el nerviosismo juegan un papel importante. Para decidir el tratamiento más adecuado, se llevó a cabo una evaluación mediante una entrevista semiestructurada y diferentes cuestionarios. Las técnicas empleadas en el tratamiento fueron: Contrato de contingencias, entrenamiento en relajación, utilización de técnicas aversivas y utilización de técnicas no aversivas. Tras diecisiete sesiones, la paciente consigue dejar de fumar por completo.

Palabras clave: Dejar de fumar, ansiedad, tratamiento, tabaquismo.

Abstract.

The smoking is the principal prevent cause of disease and premature death in occidental world countries. It's the cause of diseases like lung cancer, respiratory diseases, digestive alterations, cardiovascular disruption, etc. Next a clinic case of a woman who wants to quit smoking is presented, in which the anxiety and nervousness plays a very important role. To decide the appropriate treatment a evaluation with a semistructure interview and different questionnaire was made. The techniques used in this treatment were: possibility agreement, relaxation training, use of aversion techniques and use of non-aversion techniques. After seventeen sessions, the patient able to stop smoking completely.

Key words: Quit smoking, anxiety, treatment, smoking.

1. Introducción.

España ocupa un lugar destacado en el consumo de tabaco, aunque en los últimos años se ha producido un significativo descenso. Las últimas encuestas a nivel nacional que se hicieron en 2011-2012, indican que en España un 24% de la población de 15 o más años fuma diariamente (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Hay que tener en cuenta también, que cada vez son más los adolescentes que empiezan a fumar a edades muy tempranas. La edad media de inicio de la conducta de fumar es a los 15 años y pocos años después de este inicio los fumadores desarrollan dependencia. El 50% de los jóvenes fumadores de entre 15 y 30 años reúnen los criterios básicos del sistema de clasificación del DSM (Breslau, 1995).

El mayor porcentaje de fumadores se da en hombres. De los fumadores actuales, el 51% son hombres. Sin embargo, entre los más jóvenes (16-25 años) el consumo de tabaco de ambos sexos es similar. Éstos últimos tienen mayor prevalencia de consumo, mientras que en las personas de 45 años aproximadamente se encuentra el mayor porcentaje de exfumadores y exfumadoras (Becoña, Palomares y García, 1998).

La mayoría de los fumadores fuman entre once y veinte cigarrillos al día (el 40.6 %). Aunque la prevalencia ha disminuido en España, esta disminución no ha sido igual a todos los niveles. Cada vez son menos los jóvenes que fuman y más las mujeres mayores de 18 años (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992).

Hay que decir que el 60% de las personas fumadoras han intentado dejar de fumar en alguna ocasión, que el 50% de los fumadores consiguieron dejar de fumar durante un mes aproximadamente y que el 11% consiguió estar sin fumar durante un año. El motivo más importante que lleva a las personas a dejar de fumar es el riesgo para la salud que supone el tabaco. El 50% de los adultos que intentan dejar de fumar reunirían los criterios del DSM-5 de síndrome de abstinencia de la nicotina. También decir que uno de los mayores impedimentos para dejar de fumar, sobre todo en las mujeres, es la ganancia de peso (Mendoza, 2003).

Aproximadamente un tercio de los fumadores adultos hacen un intento serio para dejar de fumar cada año, aunque el 90% de esos intentos los hacen sin un tratamiento formal. De los que intentan dejar de fumar sin ayuda, el 33% consiguen estar abstinentes dos días y el 5%

siguen abstinentes al año (Gulliver, Hyghes, Solomon y Dey, 1995). Hay que tener en cuenta que es menos probable que las personas que tengan actualmente o hayan tenido en el pasado depresión, ansiedad o esquizofrenia consigan dejar de fumar (Breslau, 1995), quizás porque experimentan el síndrome de abstinencia con más severidad, porque tengan menos estrategias de afrontamiento o, simplemente, porque tengan menor apoyo social (Glassman, 1993). Es importante saber que la presencia de señales asociadas a la conducta de fumar es crucial para producir el síndrome de abstinencia.

En el humo de los cigarrillos existen más de cuatro mil componentes, aunque su composición exacta sigue siendo un enigma. Entre ellos, los más importantes y los más estudiados son: la nicotina (sustancia adictiva y, además, tóxica), tarda sólo siete segundos en atravesar la barrera hematoencefálica; (Alfonso e Ibáñez, 1983); el alquitrán (es uno de los principales componentes sólidos del tabaco), responsable de la mayor parte de los cánceres, sobre todo el de pulmón (Becoña et al., 1988) y el monóxido de carbono (tiene una elevada toxicidad), responsable de la mayor parte de infartos de miocardio, muerte súbita, arteroesclerosis y enfermedades respiratorias crónicas (Fiore, Pierce, Remington y Fiore, 1990).

Los productos del tabaco, entre ellos los nombrados anteriormente, han sido los responsables de unos tres millones de muertes cada año en la década de los 90. Hay que tener en cuenta que cada diez segundos una persona moriría en el mundo a consecuencia del tabaco (OMS, 1996). La principal causa de muerte sería el cáncer de pulmón, que alrededor de los 40-50 años es más de cien veces superior entre fumadores habituales que entre personas que nunca han fumado (Doll, 1996). Además, fumar produce la aparición precoz de arrugas, repercute negativamente en la cicatrización y curación de heridas y aumenta el riesgo de padecer cataratas y otitis media crónica supurativa, entre otras (Becoña et al., 1998).

En los hombres, en particular, existe una asociación entre fumar cigarrillos y un deterioro del funcionamiento sexual y una alteración en la producción de esperma. En la mujer, la consecuencia más importante de fumar es la que se puede producir en el feto durante el embarazo. La consecuencia más común es la reducción de peso en el recién nacido (doscientos gramos menos, aproximadamente). Además, puede producir un mayor número de abortos, un mayor número de nacimientos prematuros, complicaciones placentarias y un

mayor índice de enfermedades infantiles (afectación en el crecimiento del niño, problemas en el desarrollo físico y mental del niño a medio y largo plazo...) (Becoña et al. 1998).

Hay que indicar que dejar de fumar, incluso para aquellas personas que han fumado durante años, es una muy buena medida preventiva para no padecer las enfermedades ni los problemas descritos anteriormente, entre otras. Los fumadores que han permanecido quince años o más sin fumar tienen una probabilidad de padecer estas enfermedades (sobre todo el cáncer de pulmón) similar al de una persona que no ha fumado nunca. Con respecto a las enfermedades cardiovasculares, la mejora ocurre de manera más rápida, con frecuencia alrededor de los doce meses después de dejar de fumar (Saltó, Pardel, y Salleras., 1996).

Las fases que sigue una persona para convertirse en fumador o fumadora. Son cuatro:

- En una primera fase se interiorizan una serie de creencias, conocimientos y expectativas acerca de fumar cigarrillos y de su utilidad (independencia, madurez, reducción de ansiedad o estrés...), lo que aumentaría la intención y la probabilidad de fumar el primer cigarrillo (Flay, d'Avernas, Best, Kersell y Ryan, 1983).
- En la segunda etapa, iniciación, están incluidos los primeros intentos de fumar, los cuales casi siempre se producen en presencia de amigos. En esta etapa los efectos fisiológicos (mareo, vértigos, vómitos...) y los refuerzos sociales que sigan a esta experiencia, determinarán que el individuo pase a la siguiente etapa (Flay et al., 1983).
- La tercera etapa, experimentación, implica repetir la conducta de fumar de forma irregular durante un periodo de tiempo más o menos largo. Muchas personas no llegan a ser fumadoras regulares y no pasan a la siguiente fase. Pero cuanto mayor sea el periodo de experimentación, y cuanto más próximo esté el intervalo de cigarrillos fumados, más probable será que la persona sea fumadora regular (Hirschman, Leventhal, y Glynn, 1984).
- En la cuarta y última etapa, habituación, la persona ya ha empezado a fumar regularmente. Este es el estadio o etapa de la adicción, donde la nicotina se convierte en una necesidad para la persona fumadora (Department of Health and Human Services, 1990).

Los principales factores que permiten analizar los determinantes de la conducta de fumar. Son tres (Becona et al., 1994):

1. Procesos farmacológicos y de condicionamiento: ambos factores interactúan entre sí para producir la adicción (mantienen la conducta de fumar).
2. Procesos cognitivos y de toma de decisiones: modo en que las personas procesan la información que reciben o tienen (valoración que tiene de sí misma, experiencias sociales, información que recibe...) y toman decisiones sobre fumar o no fumar.
3. Características personales y del contexto social: En este apartado hay que incluir las influencias del ambiente social, económico y cultural.

A la hora de decidir dejar de fumar una persona pasa por una serie de estadios o etapas de cambio que se explican a través del modelo transteórico de cambio (Prochaska, Diclemente, y Nocross, 1992). Estos estadios son los siguientes:

- Precontemplación: la persona fumadora no considera que su conducta de fumar sea un problema y no tiene intención de dejar de fumar al menos en los seis meses siguientes.
- Contemplación: el fumador empieza a ver su conducta como un problema, busca información y se plantea de forma seria dejar de fumar en los 6 meses siguientes.
- Preparación: en esta fase el fumador ya ha tomado la decisión de modificar su conducta de fumar en los próximos 30 días, y debe de haber hecho algún intento de abandono de 24 horas en el último año.
- Acción: en este estadio la persona fumadora deja de fumar y se mantiene sin fumar cigarrillos como mínimo 24 horas. Es el periodo de más riesgo para recaer.
- Mantenimiento: esta etapa empieza cuando el fumador lleva 6 meses sin fumar. Aquí el exfumador utiliza una serie de estrategias para evitar la recaída.
- Finalización: si el exfumador no recae, llegaría a éste último estadio. En este estadio el fumador lleva aproximadamente 5 años sin fumar, con una ausencia del deseo de fumar en cualquier situación.

Este proceso no suele darse de forma lineal, sino más bien en forma de espiral o circular (Prochaska et al., 1992). El 5% de los fumadores llegan al estadio de mantenimiento

directamente, el 15% dejan el intento de abandonar los cigarros y el 85% vuelven al estadio de contemplación. Por lo tanto, en la conducta de fumar las recaídas se producen con una gran frecuencia. Esto implica la regresión cíclica del sujeto a las etapas o estadios iniciales de precontemplación o contemplación (DiClemente y Prochaska, 1983).

Una persona a la hora de decidir dejar de fumar valora los pros y los contras de la conducta de fumar. Ninguna persona deja de fumar si no ve que le va a suponer una serie de gratificaciones o ventajas mayores de las que obtiene si continua fumando (Becoña et al., 1994).

Por último, decir que en las últimas décadas, ante el incremento de consumo de tabaco, se han puesto en marcha medidas de todo tipo para acabar con esta “epidemia” que hoy constituye la principal causa de muerte en los países industrializados, y cada vez son más las personas que quieren dejar de fumar (Bayot, Capafons, y Amigó, 1995).

A continuación, se expone el caso de una mujer que quiere dejar de fumar. Con ella se utilizaron una serie de técnicas y estrategias para que redujera y controlara sus ganas de fumar, intentando así que dejara de fumar por completo.

2. Identificación de la paciente y del motivo de consulta.

A.R.L. es una mujer de 53 años que solicita ayuda para dejar de fumar. Dice que fuma unos siete u ocho cigarros diarios y que los fines de semana y los días festivos fuma un poco más (unos doce, cigarros aproximadamente). Lleva fumando desde los 14 años. Cuenta que quiere dejar de fumar porque es malo para su salud y porque los paquetes de tabaco son cada vez más caros. Sus familiares también la apoyan y quieren que deje de fumar. Las situaciones en las que más suele fumar son cuando está sola en casa, cuando se siente nerviosa y por la mañana, cuando va al baño.

La paciente explica que ha intentado dejar de fumar en varias ocasiones pero que no lo ha conseguido. La mayoría de las veces lo ha intentado por voluntad propia, sin ningún tipo de ayuda y aguantaba sin fumar unas dos semanas. La última vez que lo intentó por voluntad propia aguantó sin fumar un mes, pero volvió a recaer tras la visita de su cuñada de Barcelona, que fumaba. También intentó dejar de fumar asistiendo a una charla que ofertaba el ambulatorio una vez a la semana durante un mes, pero tampoco le sirvió.

Hace ejercicio físico moderado. Va al gimnasio tres días a la semana (media hora cada día). Vive en Andújar, en una casa con su marido y sus dos hijos, aunque el hijo pequeño está durante la semana estudiando en Granada.

3. Proceso de evaluación.

3.1. Evaluación inicial. Primera recogida de información, antecedentes familiares e historia del problema.

La primera sesión se dedicó a recoger información sobre el caso, para lo que se utilizó una entrevista semiestructurada (en el anexo 1 se encuentran las preguntas realizadas a la paciente, así como las respuestas).

Cuando a la paciente se le pregunta por su familia, informa que su marido es recepcionista de hotel, que su hijo pequeño estudia un máster de magisterio en Granada y que su hijo mayor trabaja tres horas lavando coches y también estudia para ser guardia civil. Todos viven en la misma casa, menos el hijo pequeño que entre semana está en Granada. Además indica que la relación con ellos es buena en general. Ella es ama de casa y, además, limpia casas dos días a la semana. Dice que a veces no se siente a gusto en el trabajo porque tiene problemas con una de sus jefas, ya que dice que es una mujer muy prepotente y que dice las cosas sin pensar. Ella comenta que eso le hace sentirse mal porque le da la sensación de que no hace nada bien, y eso le baja la moral. También nos cuenta que en su tiempo libre va al gimnasio y a andar. Además, ve la televisión y se entretiene con la tablet.

Al centrarnos en el problema del tabaquismo, en la entrevista la paciente indica que fuma principalmente cuando se siente nerviosa o cuando hay algún problema. Dice que cuando fuma se siente relajada y disminuye su nerviosismo. Además, indica que tiene ansiedad desde hace unos trece años y que tiene un tratamiento para la misma que lo toma desde hace unos cinco años (Duloxetina). Describe la ansiedad diciendo que cuando está nerviosa o ansiosa le late muy rápido el corazón, se siente acelerada y con temblores, con una sensación rara como de que va a pasar algo. Dice que para reducir la ansiedad intenta irse a la calle para distraerse. Además, indica que cree que la ansiedad se debe a un cúmulo de cosas que le han ocurrido a lo largo de su vida. Dice que su madre se murió cuando ella tenía 22 años (seis meses antes de su boda), a los 57 años, y que eso para ella fue un "palo muy grande", teniendo que retrasar su boda seis meses, debido a que tanto ella como sus familiares

estaban de luto y tristes, sin ganas de celebraciones. A los dos años de la muerte de su madre (cuando ella tenía 24 años), murió un hermano, el cual fue atropellado por un camión con 20 años. Catorce años después (en 2001) murió su padre de cáncer de pulmón (cuando ella tenía 38 años). Y a los pocos meses de la muerte de su padre murió otro hermano de un ataque al corazón. Ella dice que cuando se murió su madre, su hermano y su padre ella empezó a estar ya mal con la ansiedad pero que cuando peor estuvo fue con la segunda muerte de su hermano. Ahí comenta que se vino totalmente abajo y que fue cuando peor ha estado. Repite varias veces durante la entrevista que lo de su hermano fue muy fuerte. Explica que el día que murió fueron a operarlo del corazón a vida o muerte y que les dijeron que si a las dos horas de la operación no habían salido que eso sería buena señal. La operación duró unas cinco horas y cuando salieron a darle la noticia de la muerte sacaron al hermano muerto y entubado por delante de ellos y eso a ella se le quedó grabado.

Dice que cuando murió su madre estaba mal pero que se intentó controlar y que intentó no venirse abajo por su marido y por su boda. También dice que antes de que se muriera su último hermano se ponía muy nerviosa y le empezaba a doler el brazo y el pecho, y ella pensaba que ese dolor podría deberse a que estaba mal del corazón, como su hermano, y al pensar eso se ponía más nerviosa aún. Es hipertensa y se toma la tensión a menudo. Cuando se la toma se pone muy nerviosa porque ha asociado el tomarse la tensión con estar mala o con tener una enfermedad grave.

Actualmente dice que su ansiedad se ha reducido y que se encuentra mucho mejor.

También indica que hace unos 12 años fue a un psiquiatra (cada mes durante dos años), después de que le diagnosticaran hipotiroidismo, porque no se encontraba bien. Explica que solo tenía ganas de estar acostada en la cama, de llorar y que perdió entre quince y veinte kg. Éste le recetó medicación (Fluoxitina y Loracepam). A los dos años le dio el alta y le quitó la medicación porque habían desaparecido los síntomas depresivos. Estos síntomas depresivos pudieron aparecer como consecuencia del hipotiroidismo que tenía la paciente, ya que a partir de medicarse para el tiroides estos síntomas depresivos se redujeron hasta incluso llegar a desaparecer.

Con respecto a los antecedentes familiares, tiene tres hermanas y dos hermanos (éstos últimos fallecidos). Sus tres hermanas, al igual que ella, tienen tensión alta y colesterol alto. Además, una de las hermanas tiene artrosis múltiple y otra tiene problemas de corazón, al

igual que uno de los hermanos. Su madre murió como consecuencia de unas varices esofágicas y su padre de cáncer de pulmón.

3.2. Delimitación y análisis del problema.

Para delimitar el problema se utilizaron varios cuestionarios que complementarán la información obtenida en la entrevista. Estos cuestionarios se dieron a la paciente en una sesión. Además, en esa sesión se terminó de completar alguna información que faltaba y se hizo el genograma. Por último, se le explicó uno por uno cómo tenía que rellenar cada cuestionario y se le dijo que tenía una semana para rellenarlos y que a la semana se recogerían. También se le dio a la paciente dos autorregistros, uno para que anotara cuándo tenía ansiedad y el nivel de la misma, y otro para que anotara el número de cigarrillos que se fuma al día, y así establecer la línea base del consumo de cigarrillos.

A continuación se detalla la información obtenida en cada una de las pruebas de evaluación utilizadas:

- *Inventario Multidimensional de Afrontamiento* (Inventario Coping Orientations to Problems Experienced; COPE; Carver, Scheier y Weintraub, 1989):

El COPE es un cuestionario que consta de 60 ítems y de 6 subescalas, cada una de las cuales se refiere a un estilo de afrontamiento (afrontamiento conductual del problema, afrontamiento cognitivo del problema, escape cognitivo, escape conductual, afrontamiento de las emociones y consumo de alcohol y drogas). Está desarrollado para evaluar las diferentes formas de afrontamiento que utiliza la gente ante eventos estresantes. Cada ítem se valora en una escala que va de 1 (“no hago esto en absoluto”) a 4 (“hago esto mucho”).

La paciente ha obtenido puntuaciones relevantes en las subescalas de afrontamiento conductual (2,27 puntos), cognitivo (2,07) y emocional (2,10). Las puntuaciones indican que tiene un estilo de afrontamiento adaptativo, el cual le sirve para sobrellevar cada vez mejor la ansiedad. En afrontamiento conductual tiene una puntuación alta, esto nos indica que la paciente utiliza una serie de estrategias (escape o evitación, la búsqueda de apoyo social...) para reducir su malestar. Con respecto al afrontamiento cognitivo, la paciente intenta desplazar aquellos pensamientos que le generan malestar, centrándose en otras actividades o tareas. Y, por último, obtiene alta puntuación en afrontamiento emocional, esto significa que la paciente intenta regular aquellas emociones que puedan generarle malestar.

- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (State-Trait Anxiety Inventory; STAI; Spielberger et al., 1982):

Consta de dos escalas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: por un lado, *Ansiedad-Rasgo*, en la que se le pide a la persona que describa cómo se siente generalmente y, por otro lado, *Ansiedad-Estado*, en la que se debe responder cómo se siente en un momento determinado.

La paciente obtuvo en ansiedad Estado una puntuación de 13 (percentil 20) y en ansiedad Rasgo una puntuación de 18 (percentil 30), por lo que la ansiedad de la paciente es prácticamente normal tanto en ansiedad Estado como en ansiedad Rasgo, ya que ambas están dentro de la media de normalidad.

- *Inventario de Depresión de Beck* (Beck Depression Inventory; BDI-II; Aaron T., Robert A. y Gregory, 1996):

Es un autoinforme compuesto por 21 ítems que se evalúan con una escala de tipo Likert. Sus ítems muestran los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión (Sanz y Vázquez, 2011). Contiene algunos ítems indicativos de síntomas tales como llanto, tristeza, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pesimismo, pensamientos o deseos de suicidio, etc. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, exceptuando los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 alternativas de respuesta.

La paciente obtuvo una puntuación de 9 puntos, lo cual indica ausencia de depresión.

- *Inventario de personalidad reducido a cinco factores* (NEO Five-Factor Inventory; NEO-FFI; Costa, Paul T. y McCrae Robert, 1999.):

Este instrumento valora los cinco factores principales de personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad). Cada factor está compuesto por seis escalas. Tiene un total de 60 ítems, 12 por cada dimensión.

La paciente ha obtenido un percentil de 90 en neuroticismo, lo que significa que es una persona vulnerable al estrés y tiende a ser nerviosa e insegura. En extraversión obtiene un percentil de 80, lo que quiere decir que es una persona sociable y asertiva. En apertura tiene un percentil de 2, esto significa que no tiene tendencia a exponerse a experiencias personales

y culturales nuevas. En amabilidad tiene un percentil de 97, lo que significa que es una persona altruista, simpática y empática. Y, por último, en responsabilidad obtiene un percentil de 90, es decir, es una persona bien organizada y perseverante.

- *Escala de autoeficacia* (Sherer et al., 1982; traducido por Caballo, 1987.):

Esta escala consta de 23 ítems, de los cuales, unos dan información acerca de la autoeficacia general de la persona (ítems 1 a 5) y otros de la autoeficacia social de la persona (ítems 16 a 23). La persona responde a cada ítem en un rango de 1 a 14, donde 1 es “totalmente en desacuerdo” y 14 “totalmente de acuerdo”.

La paciente obtiene un total de 132 puntos en la escala de autoeficacia general, lo que significa que tiene una autoeficacia general normal-alta. Con respecto a la autoeficacia social, la persona obtiene una puntuación de 63, es decir, que tiene una autoeficacia social normal.

- *Cuestionario de Afrontamiento al Estrés* (CAE; Sandín y Chorot, 2002):

Este cuestionario da información acerca de cómo la persona afronta los problemas y situaciones estresantes que ocurren en la vida. Está formado por 42 ítems y por 7 subescalas o estilos básicos de afrontamiento al estrés. Focalización en la solución del problema, Autofocalización negativa, Reevaluación positiva, Expresión emocional abierta, Evitación, Búsqueda de apoyo social y Religión. Cada subescala consta de 6 ítems. La persona contesta a cada ítem en un rango de 5, donde 0 es “nunca” y 4 “casi siempre”.

La paciente obtiene mayor puntuación en las subescalas de evitación y búsqueda de apoyo social, donde obtienen una puntuación de 22 en cada una de las dos subescalas, seguidas de la subescala de religión (18 puntos), reevaluación positiva (17 puntos), focalización en la solución del problema (15 puntos) y expresión emocional abierta (12 puntos). La subescala en la que ha obtenido menor puntuación es la de autofocalización negativa (5 puntos). Por lo que, en resumen, habría que decir que la paciente sabe afrontar un problema eficazmente, centrando su atención en el problema en sí y haciendo una reevaluación positiva del mismo, buscando a su vez apoyo social para superar el mismo. Hay que señalar que también tiene un alto grado de evitación del problema, tal vez para evitar que el mismo le haga daño.

- *Escala de autoestima de Rosenberg* (Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer y Moreno, 2010):

Es una escala que mide la autoestima de la persona, tanto los sentimientos de valía personal como los de respeto a sí mismo. La escala tiene 10 ítems, de los cuales 5 están enunciados de forma positiva y los otros 5 de forma negativa. Los ítems tienen 4 alternativas de respuesta donde se puntúa de "muy de acuerdo" con el ítem a "muy en desacuerdo".

La paciente ha obtenido en esta escala una puntuación de 39, lo que significa que tiene una autoestima elevada.

- *Test de Orientación Vital* (Scheier, Carver y Bridges, 1994):

Este test mide cómo la gente considera que es su vida en general. Consta de 10 ítems, los cuales tienen 5 alternativas de respuesta, donde 0 sería que la persona está "totalmente en desacuerdo" con el ítem y 4 que la persona está "totalmente de acuerdo" con el ítem.

La paciente ha obtenido una puntuación de 10 en optimismo y una puntuación de 3 en pesimismo, por lo que la paciente ve su vida, en general, de forma optimista.

- *Test de Fagerström de dependencia de la nicotina* (Fagerström, 1991):

Con este cuestionario se pretende conocer el nivel de adicción a la nicotina que tiene una persona. Consta de seis preguntas con una serie de respuestas asociadas a una valoración numérica. La máxima puntuación de dicho test es 10 y la mínima 0.

La paciente en este cuestionario obtiene una puntuación de 1, lo que significa que tiene una baja dependencia a la nicotina.

Con respecto a los autorregistros, como indiqué anteriormente, a la paciente se le pasaron dos. El primer autorregistro, el de ansiedad (anexo 2), lo tuvo que rellenar la misma semana que tenía que completar los cuestionarios, y el segundo autorregistro, el de número de cigarrillos fumados (anexo 3), lo rellenó a la semana siguiente, para evitar que la paciente se saturara.

Con respecto al autorregistro de ansiedad no lo completó porque decía que se encontraba bien y que no se sentía nerviosa ni ansiosa.

El autorregistro de cigarrillos ayudó a determinar la línea base de consumo. De él se obtuvo la cantidad de cigarrillos que se fuma al día (alrededor de 6 o 7 si es entre semana, y

unos 10-12 en el fin de semana), el deseo de fumar (obtiene una media de 7) y grado de placer que experimenta (una media de 7). El estado emocional que tiene cuando fuma siempre es contenta.

4. Establecimiento de las metas del tratamiento (objetivos terapéuticos).

El principal objetivo que se pretende lograr es que la paciente deje de fumar por completo.

El segundo objetivo es que la persona aprenda y utilice una serie de estrategias para reducir su ansiedad cuando tenga ganas de fumar.

5. Selección del tratamiento más adecuado.

- Para reducir la ansiedad y el malestar que producen las ganas de fumar se entrenará en relajación y en respiración.

La relajación es una técnica terapéutica utilizada en el control de la ansiedad. En este caso se utilizará la relajación en imaginación, porque creemos que puede ser más eficaz para reducir el nerviosismo en la paciente que la relajación progresiva de Jacobson, ya que es una persona a la que le cuesta seguir instrucciones. La forma de ejecutarla sería estableciendo ejercicios en imaginación, en los que se le va pidiendo a la paciente que se imagine distintas cosas, en función del grupo muscular en el que nos encontremos. Empezaríamos con el primer grupo muscular que sería la cabeza (pelo, frente, ojos y boca), después el cuello, a continuación los hombros y brazos, después el tronco (pecho, abdomen y espalda) y por último las piernas.

Para trabajar el nerviosismo y la ansiedad que genera el tener ganas de fumar se utilizarán también técnicas de respiración para conseguir un patrón respiratorio apropiado fisiológicamente. La técnica que se le pretende enseñar a la paciente es la respiración profunda. Es un ejercicio útil para la reducción del nivel de activación general.

- Para asociar los cigarrillos con sensaciones aversivas o desagradables y para reducir el número de cigarrillos fumados se emplearán técnicas aversivas y técnicas no aversivas.

Con las técnicas aversivas se pretende que la paciente asocie los cigarrillos o la conducta de fumar con emociones negativas o desagradables. Para ello utilizaremos estímulos aversivos relacionados con el comportamiento de fumar.

En nuestro caso se utilizará la técnica de retener el humo, porque es la que parece que mejor puede funcionar con la paciente, ya que es una técnica fácil de aplicar y dentro de las técnicas aversivas es la que menos malestar produce. Esta técnica consiste en que la paciente retenga el humo de sus cigarrillos en la boca y garganta en unos intervalos de treinta o cuarenta y cinco segundos (al principio comenzaremos por treinta e iremos aumentando poco a poco el tiempo hasta llegar a los cuarenta y cinco seg). Al mismo tiempo que la persona tiene retenido el humo en la boca va respirando por la nariz. Después del ensayo la persona descansa otros treinta segundos. Este procedimiento se repite seis veces. Además, en cada ensayo, mientras la paciente tiene el humo en la boca, se le va dando instrucciones específicas sobre la experiencia. Con esto intentaremos que la paciente asocie esas sensaciones desagradables que produce el tener el humo en la boca con la conducta de fumar, intentando así reducir o eliminar por completo la cantidad de cigarrillos fumados.

Dentro de las técnicas no aversivas se encuentran la reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán, el fumar controlado y los contratos de contingencias.

En este caso se utilizará la técnica de fumar controlado, porque creemos que es la técnica a la que mejor se puede adaptar la paciente, ya que fuma pocos cigarrillos al día y se pueden ir reduciendo con facilidad el número de los mismos sin demasiados problemas y en poco tiempo. Esta técnica tiene como objetivo que la persona disminuya el consumo de cigarrillos, pero sin marcarse la meta de abandonar o eliminar totalmente el hábito de fumar. Cada semana se reducirá el número de cigarrillos, e incluso el número de caladas dadas a cada cigarro, es decir, la paciente se fumaría un cigarro menos cada semana, hasta llegar a una cantidad mínima de cigarrillos fumados o hasta llegar a quitarse por completo de fumar.

- Se empleará un contrato de contingencias con la finalidad de que la persona realice una serie de comportamientos establecidos previamente. Es un acuerdo entre el terapeuta y la paciente para alcanzar unos objetivos determinados. En este caso el objetivo y el acuerdo irían dirigidos a reducir por completo el consumo de tabaco, por lo que en este contrato la paciente se comprometería a dejar de fumar.
- Se le enseñarán estrategias de afrontamiento para dejar de fumar. Con estas estrategias de afrontamiento lo que se pretende es que cuando la paciente se empiece a

poner nerviosa y le entren ganas de fumar pueda utilizar los recursos necesarios para disminuir el nerviosismo y las ganas de fumar.

6. Desarrollo de la intervención.

A continuación, se presentan todas las sesiones llevadas a cabo con la paciente. Son un total de diecinueve sesiones divididas en tres apartados: pre-tratamiento, tratamiento y post-tratamiento. Las sesiones de tratamiento fueron dos a la semana. La intervención duró un total de tres meses.

6.1. PRE-TRATAMIENTO.

Sesión 1:

El objetivo de la primera sesión fue conocer el motivo de consulta y llevar a cabo el inicio de la entrevista semiestructurada. En esta entrevista se le realizaron una serie de preguntas a la paciente, primero relacionadas con sus datos personales y su conducta de fumar, después sobre sus problemas de salud (ansiedad, depresión, hipertiroidismo...) y por último sobre su familia y su relación con ella.

Sesión 2:

El objetivo de la segunda sesión fue la de completar con algunas preguntas más la entrevista semiestructurada para tener una visión más clara y completa del problema. Además, en esta sesión se procedió a realizar un genograma (anexo 4) de su familia, donde la paciente indicaba las relaciones entre sus familiares, sobre todo la de los más cercanos. En esta sesión también se le entregó a la paciente los cuestionarios para que los rellenara en casa y se le explicó con ejemplos cómo debía de rellenar el autorregistro de ansiedad (éste fue rellenado a lo largo de una semana). Por último, se resolvieron dudas.

Sesión 3:

En la tercera sesión se le explicó y comentó a la paciente los resultados obtenidos en los cuestionarios y se revisó el autorregistro de ansiedad. Además, se le mandó y explicó un nuevo autorregistro pero esta vez de tabaquismo, que también debía de rellenar durante una semana. Se le explica que con este autorregistro lo que se intenta es obtener una línea base de los cigarrillos fumados a lo largo del día.

6.2. TRATAMIENTO.

Sesión 4:

En esta sesión se le recogió y revisó a la paciente el autorregistro de tabaquismo. También se le explicó en qué iba a consistir la intervención y cómo se iba a planificar cada sesión. Por último, se realizó el contrato de contingencias con la paciente, donde la misma se comprometía a dejar de fumar.

Sesión 5:

En la quinta sesión se llevó a cabo el aprendizaje y práctica de la relajación en imaginación y de la respiración profunda.

Para la relajación en imaginación se utilizó canciones relajantes (sonido de piano, sonido de agua...) y se le iba indicando a la paciente dónde debía centrar su atención y lo que tenía que imaginar en cada momento. De vez en cuando también se le indicaba que respirara suavemente. La relajación en imaginación duró aproximadamente diecisiete minutos (anexo 5).

Para la respiración profunda, se le enseñó dónde debía poner las manos (una debajo del ombligo y otra más arriba, en el estómago). Se le indicó que primero debía llevar el aire a la zona más baja de la tripa e hicimos varios ensayos; después se le dijo que llevara el aire a la zona intermedia, al estómago y se hicieron varios ensayos y, por último, se le dijo que llevara el aire al pecho, y lo ensayó varias veces. Una vez que ya dominaba la respiración en estas tres partes, lo que se hizo fue indicarle que ahora tenía que respirar de forma continua sin diferenciar la respiración en tres partes, es decir, que una vez que cogiera el aire tenía que llevarlo primero a la zona más baja de la tripa y después el aire debía ir subiendo por el estómago hasta llegar al pecho. Se le dijo que cuando inspirara debía mantener el aire unos cinco o diez segundos y que pasado ese tiempo ya podía espirarlo suavemente. Esta respiración debe realizarse unas cinco veces.

Se le indicó que la respiración profunda debía de practicarla en casa de la misma manera que había aprendido en la sesión, y que debería realizarla entre dos y tres veces al día, sobre todo en los momentos en los que estuviera nerviosa y con ganas de fumar.

Con respecto a la relajación en imaginación se le grabó un audio con mi voz y con música relajante para que cuando se sintiera nerviosa o ansiosa lo pusiera y consiguiera así relajarse y tranquilizarse, reduciendo las ganas de fumar.

Sesión 6:

Se lleva a cabo la puesta en marcha de la técnica de retener el humo. Para ello, la paciente encendió un cigarro y se le indicó que le diera una calada y que mantuviera el humo durante treinta segundos en la boca y que, mientras, respirara por la nariz. Mientras la paciente tenía el humo en la boca se le iba dando instrucciones específicas sobre la experiencia, como, por ejemplo, “siente el mal sabor en tu boca”, “siente el malestar que te genera el humo”, “siente las sensaciones desagradables del humo en tu boca”... Cuando pasaban treinta segundos se le indicaba que expulsara el humo de la boca y que descansara treinta segundos sin humo en la boca. Pasados treinta segundos, se le indicaba a la paciente que volviera a dar otra calada al cigarro y que retuviera el humo en la boca otros treinta segundos y, así, continuamente hasta realizar este procedimiento seis veces. En esta sesión la paciente indicó que no había sentido demasiado malestar. Esto puede ser porque la paciente se acababa de lavar los dientes, por lo que se le indicó que en las siguientes sesiones no debía de lavarse los dientes hasta después de la sesión.

[Aquí se interrumpe la intervención durante dos semanas, debido a que la paciente me indica que es la romería de su pueblo y que va a fumar en esos días.]

Sesión 7:

En la séptima sesión se sigue aplicando la técnica de retener el humo. La paciente sigue reteniendo el humo en la boca durante treinta segundos y descansando otros treinta segundos y, así, continuamente hasta realizar este procedimiento seis veces. En esta sesión la paciente no se lava los dientes hasta después de la misma e indica que empieza a sentir un mayor malestar. Dice que tiene mal sabor de boca y que nota áspera la lengua.

Sesión 8:

En la octava sesión se sigue aplicando la técnica aversiva de retener el humo, donde la paciente sigue reteniendo el humo en la boca durante treinta segundos y descansando otros treinta segundos. Además, en esta sesión se comienza a llevar a cabo la técnica no aversiva de fumar controlado, donde se le indica a la paciente que a lo largo de esta semana se va a fumar

dos cigarrillos menos. En el caso de la paciente, como se fumaba entre semana unos siete cigarros al día, se le redujo la cantidad de cigarros fumados a cinco (durante una semana). Se le indicó que para llevar la cuenta de cigarros fumados de forma más exacta, apuntara en una hoja los cigarros que se fuma al día. Al acabar esta sesión, la paciente indica que sentía picor en la lengua y que le había costado un poco aguantar el humo en la boca.

Sesión 9:

En esta sesión se sigue aplicando la técnica aversiva de retener el humo, pero en este caso la paciente retiene el humo en la boca más tiempo, unos treinta y cinco segundos y descansa treinta segundos. Este procedimiento se sigue repitiendo seis veces. También se le preguntó por cómo iba con cinco cigarros al día y nos contó que lo iba llevando bien, por lo que en la siguiente sesión se le volverá a reducir el número de cigarrillos. En este caso, la paciente al final de la sesión indicó que tenía mal sabor de boca.

Sesión 10:

En la décima sesión se sigue aplicando la técnica aversiva de retener el humo, donde la paciente retiene el humo en la boca treinta y cinco segundos y descansa treinta segundos. También se ha seguido llevando a cabo la técnica no aversiva de fumar controlado, en la que en esta ocasión se ha reducido el número de cigarrillos a cuatro por día durante una semana. Al finalizar la sesión la paciente indica que siente malestar, que ha notado picor en la lengua y que tiene un poco de angustia.

Sesión 11:

En esta sesión se sigue aplicando la técnica de retener el humo. La paciente, en este caso, aguanta el humo en la boca cuarenta segundos y descansa treinta segundos. Este procedimiento se sigue repitiendo seis veces. Además, se le preguntó por cómo iba con los cuatro cigarros al día e indicó que iba bien, por lo que en la siguiente sesión se le reducirá el número de cigarros fumados a tres. Al finalizar la sesión la paciente indica que siente picor en la lengua y el cuerpo angustioso.

Sesión 12:

Se sigue aplicando la técnica de retener el humo y la paciente sigue aguantando el humo en la boca cuarenta segundos y descansando treinta segundos. En esta sesión, también

se le redujo a tres el número de cigarros fumados a lo largo de la semana. Al término de la sesión, la paciente indica que siente lo mismo que en la sesión anterior, es decir, picor en la lengua y malestar.

Sesión 13:

Se sigue aplicando la técnica de retener el humo, pero esta vez la paciente retiene el humo en la boca cuarenta y cinco segundos y descansa treinta segundos. Además informa que va bien con tres cigarros al día, por lo que en la siguiente sesión se le reducirá a dos el número de cigarros fumados. Al finalizar la sesión dijo que tenía mal sabor de boca y picor en la lengua. Llegó a toser en varias ocasiones.

Sesión 14:

En esta sesión se sigue aplicando la técnica de retener el humo. La paciente retiene el humo en la boca cuarenta y cinco segundos y descansa treinta segundos. Además se le reduce el número de cigarrillos a dos. Al acabar la sesión, indica que tiene un poco de angustia y también tose en alguna ocasión.

Sesión 15:

Se sigue aplicando con la paciente la técnica de retener el humo cuarenta y cinco segundos, descansando treinta segundos. Se le pregunta por cómo va con dos cigarros e indica que bien, que incluso ha habido días que se ha fumado nada más que uno. En la siguiente sesión se le reducirá a uno los cigarros fumados al día a lo largo de una semana. Al finalizar la sesión la paciente indica que prácticamente solo ha sentido picor en la lengua y un poco de malestar.

Sesión 16:

En esta sesión se utiliza por última vez la técnica de retener el humo. La paciente vuelve a retener el humo en la boca cuarenta y cinco segundos y descansa treinta segundos. Además, en esta sesión se le reduce el número de cigarros fumados al día a uno. Cuando acaba la sesión indica que ha sentido picor de lengua y un poco de angustia.

6.3. POST-TRATAMIENTO.

Sesión 17:

En esta sesión se reduce a cero los cigarrillos fumados por la paciente. Además, se le explica y se le da a la paciente los cuestionarios que hizo antes de empezar la intervención para que los rellene en casa.

Sesión 18:

Se le recoge a la paciente los cuestionarios y se comentan posibles problemas que hayan podido surgir durante la realización de los mismos. Además, se le pregunta por cómo va sin fumar, e indica que de momento va bien.

Sesión 19:

Se comenta con la paciente las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios y lo que significa cada puntuación. También se le pregunta por cómo va sin fumar e indica que va bien. Por último, se le explica que en las semanas y meses siguientes habrán unas sesiones de seguimiento para ver cómo va evolucionando sin fumar y comentar posibles problemas que haya podido tener.

Las siguientes sesiones serán de seguimiento para ver si la persona sigue sin fumar en los meses siguientes. Estas sesiones ya no están recogidas en el trabajo, pues son posteriores a la entrega del mismo.

En la siguiente tabla (tabla 1) se muestran los objetivos y técnicas, las sesiones en las que se han trabajado dichos objetivos y las tareas realizadas en cada sesión.

Objetivos y técnicas	Sesiones	Tareas realizadas
Obtención de información.	1,2 y 3	Entrevista semiestructurada, cuestionarios y autorregistros.
Realización de un contrato de contingencias.	4	Acuerdo entre terapeuta y paciente para reducir por completo el consumo de tabaco.

Aprendizaje y práctica de estrategias de afrontamiento.	5	Relajación en imaginación y respiración profunda.
Asociar los cigarros y/o la conducta de fumar con emociones desagradables.	De la 6 a la 16	Aplicación de la técnica de retener el humo aumentando el tiempo en el que la persona retiene el humo en la boca en cada sesión.
Disminuir el número de cigarrillos fumados pero sin que la paciente se marque la meta de eliminar totalmente el hábito de fumar.	8, 10, 12, 14, 16 y 17	Aplicación de la técnica de fumar controlado (reducción del número de cigarros fumados).
Evaluación de la eficacia del tratamiento	17, 18 y 19	Se le vuelven a dar los cuestionarios a la paciente para que los rellene en casa.

Tabla 1. Resumen de las sesiones.

7. Evaluación de la eficacia del tratamiento.

Tras finalizar el tratamiento se le aplicó de nuevo todos los cuestionarios a la paciente, excepto el NEO-FFI, debido a que esta prueba recoge información sobre la personalidad de la paciente y este aspecto no es modificable mediante el tratamiento utilizado.

Los resultados obtenidos en el pre y post-tratamiento están recogidos en la siguiente tabla (tabla 2):

PRUEBA	PUNTUACIÓN	
	PRE	POST
COPE		
Afrontamiento conductual	2,27	2,36
Afrontamiento cognitivo	2,07	2,07
Afrontamiento emocional	2,10	2,25
Escape conductual	1,78	1,66
Escape cognitivo	1,87	1,87
Consumo de tóxicos	0,0	0,0
STAI		
Ansiedad Rasgo	18	18
Ansiedad Estado	13	12
BDI		
	9	9
ESCALA DE AUTOEFICACIA		
Autoeficacia general	132	142
Autoeficacia social	63	62
CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS		
Focalizado en la solución del problema	15	16

Autofocalización negativa	5	5
Reevaluación positiva	17	19
Expresión emocional abierta	12	8
Evitación	22	22
Búsqueda de apoyo social	22	23
Religión	18	18
ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG	39	39
TEST DE ORIENTACIÓN VITAL		
Optimismo	10	10
Pesimismo	3	3
TEST DE FAGERSTRÖM DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA	1	1

Tabla 2. Resultados pre y post tratamiento.

Como puede observarse, la paciente ha obtenido una puntuación similar en la evaluación pre y post tratamiento, algo que era esperable, pues partía de puntuaciones dentro de la normalidad.

Con respecto al autorregistro, empezó por una media de siete cigarros al día y en la actualidad son cero los cigarros fumados.

8. Conclusiones.

Este trabajo se realizó con el fin de que una mujer de 53 años dejara de fumar por completo. Esta mujer acudió pidiendo ayuda para dejar de fumar preocupada por su salud. Esta preocupación podría ser fruto de una serie de acontecimientos familiares relacionados con enfermedades y problemas de salud.

A través de un autorregistro se obtuvo información sobre el hábito de fumar de la paciente. Este autorregistro recogía el número de cigarrillos fumados al día por la paciente, el lugar y la hora en el que se los fumaba, el estado emocional que tenía en ese momento, el deseo de fumar, lo que estaba haciendo justo antes de fumar y el grado de placer experimentado con el cigarrillo. Con este autorregistro se consiguió obtener la línea base de cigarrillos fumados y, a partir de ahí, se pudo ir disminuyendo poco a poco el número de cigarrillos fumados cada día.

El tratamiento comenzó realizando un contrato de contingencias, donde la paciente se comprometía a dejar de fumar. Después, se le enseñaron una serie de estrategias (relajación en imaginación y respiración profunda) para que las utilizara cuando estuviera nerviosa y con ganas de fumar. Por último, se utilizaron las técnicas de retener el humo y de fumar controlado con la finalidad de disminuir la cantidad de cigarrillos fumados. En la octava sesión, se le quitó a la paciente dos cigarrillos, fumándose así, cinco a lo largo de una semana. A partir de aquí, cada semana se le quitó a la paciente un cigarrillo, hasta llegar a cero cigarrillos fumados en la sesión diecisiete.

También se le pasó a la paciente unos test para obtener más información, además de una entrevista semiestructurada. En estos test la persona obtuvo puntuaciones dentro de la normalidad (tanto en la evaluación pre-tratamiento como en la evaluación post-tratamiento), donde lo más destacado es que actualmente no tiene ansiedad ni depresión.

Por último, se puede concluir que el tratamiento utilizado para eliminar el hábito de fumar tuvo un resultado exitoso ya que la paciente ha conseguido dejar de fumar por completo.

Referencias bibliográficas.

- Alfonso, M. y Ibañez, P. (1983). *El tabaco*. Madrid: Mezquita
- Atieza, F., Balaguer, I. y Moreno, Y. (2000). Análisis de la Dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología*, 22, 29-42.
- Auriol, B. (1992). *Introducción a los métodos de relajación*. Madrid: Mandala.
- Bayot, A., Capafons, A. y Amigó, S. (1995). *Tratamiento del hábito de fumar*. Madrid: Promolibro.
- Becoña, E., Palomares, A. y García, P. (1998). *Tabaco y Salud*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (1998). *Tratamiento del Tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- Breslau, N. (1995). Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet*, 25, 95-101.
- Caballo, J. (1987). *Escala de Autoeficacia*. Alicante: EOS.
- Cordero, A., Pamos, A. y Seisdedos N. (2008). *Inventario de personalidad reducido a cinco factores*. Madrid: TEA ediciones, S.A.
- Crespo, M. y Cruzado, J. (1997). La Evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.
- Choliz, M. (2012). *Técnicas para el control de la activación. Relajación y respiración*. Valencia: Mariano.
- Department of Health and Human Services, (1990). The health benefits of smoking cessation. *A Report of the Surgeon General, Atlanta: Center for Disease Control, Office on Smoking and Health*, 90-8416.
- DiClemente, C. y Prochaska, J. (1983). Stages and process of self-change of smoking. *J Consult Clin Psychol*, 51, 390-500.
- Doll, R. (1996). Cancers weakly related to smoking. *Br Med Bull*, 52(1): 35-49.

- Fagerström, K. (1991). *Test de Fagerström para la dependencia a la nicotina*.
- Fiore, M., Pierce, J., Remington, P. y Fiore, B. (1990). Cigarette smoking: The clinician's role in cessation, prevention and public health. *Disease a Month*, 35, 180-241.
- Flay, B., d'Avernas, J., Best, J. Kersell, M. y Ryan K., (1983). Cigarette smoking: Why young people do it and ways of preventing it. *Pediatric and Adolescent Behavioral Medicine*, 132-183.
- Gulliver, S., Hyghes, J., Solomon, L. y Dey, A. (1995). An investigation of self-efficacy, partner support and daily stresses as predictors of relapse to smoking in self-quitters. *Addiction* 90:767-772
- Hirschman, R., Leventhal, H. y Glynn, K. (1984). The development of smoking behaviour: Conceptualization and supportive cross-sectional survey data. *J Appl Soc Psychol*, 14(3): 184-203.
- Mendoza, R. (2003). Retos y obstáculos en la prevención del tabaquismo adolescente. *Prevención del Tabaquismo*, 5, 136-143.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). Encuesta Nacional de Salud 2011 – 2012. *Instituto nacional de estadística*, 1, 1-12.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1992). *Estudio de consumo de tabaco*. Madrid: MSyC.
- Organización Mundial de la salud. (2015). *Tabaco*. 1996, de OMS Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>.
- Prochaska, J., Diclemente, C. y Nocross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors, *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Saltó, E., Pardel, H. y Salleras, LL. (1996). *Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2002). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-54.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2002). *Cuestionario de Afrontamiento al Estrés*.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2011). *Evaluación del inventario BDI-III*. Pearson Educación S.A.

Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushore, R. (1982). *Escala de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones, S. A.

Vera, P. Cordova, N. y Celis, K. (2008). *Evaluación del optimismo: un análisis preliminar del Life Orientation Test versión revisada*. Universidad de Santiago de Chile.

Zimet, S., Dahlem, N. y Farley, G. (1988). *The multidimensional scale of perceived social support*. Cleveland.

ANEXOS.

1. Entrevista semiestructurada.
2. Autorregistro de ansiedad.
3. Autorregistro de tabaquismo.
4. Genograma.
5. Relajación en imaginación.

ANEXO 1: Entrevista semiestructurada.

Entrevista psicológica:

-Nombre y apellidos: A. R. L.

-Edad: 52.

-Nivel de estudios: 5º EGB.

- Profesión: Limpiadora.

-Estado civil: Casada.

-Número de hijos: 2.

-Edad de los hijos: 22 y 27 años.

-Motivo de consulta: Quiere quitarse de fumar.

-¿Por qué quieres dejar de fumar? Quiere dejar de fumar porque dice que es malo para su salud.

-¿Cuánto tiempo llevas fumando? Lleva fumando desde que tenía 13 o 14 años.

-¿Cuántos cigarros te fumas al día? Se fuma entre 6 y 8 cigarros al día y los fines de semana cuando sale o va a algún lado suele fumar unos 10 o 12 cigarros.

-¿En qué situaciones sueles fumar más? Cuando está sola en casa, cuando se siente nerviosa y cuando va al baño por la mañana.

-¿Cómo te sientes cuando fumas? Cuando fuma se siente relajada, dice que se queda como “floja”.

-¿Qué te dicen tus familiares y amigos cuando fumas? Sus familiares le dicen que deje de fumar porque es malo y porque los paquetes de tabaco valen caros.

-¿Has intentado dejar alguna vez de fumar por tu cuenta o has pedido ayuda para dejar de fumar? ¿Qué hiciste? ¿Por qué crees que no lo conseguiste o no funcionó? Por su cuenta lo ha intentado dejar varias veces pero solo duraba unas dos semanas sin fumar. La

última vez que lo intentó aguantó un mes sin fumar, pero empezó a fumar cuando vino su cuñada de fuera a visitarla y como su cuñada fuma, ella al verla fumar recayó.

También fue a una charla que ofertaba el ambulatorio una vez a la semana durante tres semanas pero tampoco le sirvió.

-¿Tienes algún otro problema (ansiedad, depresión...)? Tiene ansiedad.

-¿Desde cuándo tienes ansiedad? Desde hace unos 13 años. Hace unos 12 o 11 años le hicieron la prueba del tiroides y tiene hipotiroidismo. Los médicos asociaron la ansiedad con ese hipotiroidismo.

- Descríbeme, ¿en qué consiste eso que llamas ansiedad? Exactamente, ¿qué es lo que te ocurre? Dice que se ponía triste (dice que esto ya no le ocurre), que le late muy rápido el corazón, se siente acelerada y con temblores con una sensación rara como de que va a pasar algo.

-¿Tomas medicación para la ansiedad? Sí, toma Duloxetina 60 mg. Las toma desde hace unos 5 años y dice que el médico le ha dicho que esas pastillas ya son de por vida. Antes las tomaba de 30 mg y que después se las subieron porque no les hacía efecto. También dice que ha intentado dejarlas varias veces y que siempre que las ha dejado ha recaído y se las ha tenido que volver a tomar.

-¿Has pedido alguna vez ayuda para solucionar el problema de ansiedad? Sí, fue a un psiquiatra hace unos 12 años, después de que le diagnosticaran tiroides. Fue cada mes durante unos dos años. Le mandó Fluoxitina (una pastilla por la mañana) y Orfidal (1/2 o 1 pastilla tres veces al día). A los dos años el psiquiatra le dio el alta y le quitó el tratamiento. Dice que ella en esa época estaba muy mal que solo tenía ganas de llorar y que no tenía ganas de nada. Perdió peso (unos 15-20 kg) y se quedó en 50 kg. Dice que después ha tenido recaídas pero no tan fuertes. (Ella confunde ansiedad con depresión, cree que son lo mismo, por eso no sabe si el diagnóstico del psiquiatra fue ansiedad o fue depresión. Le he explicado en que consiste cada problema y dice que cree que cuando fue al psiquiatra podría tener depresión porque no paraba de llorar y porque no tenía ganas de hacer nada solo de estar acostada en la cama. A partir de ir al psiquiatra las recaídas no han sido tan fuertes y no se ha vuelto a tener esas sensaciones. Las sensaciones que tiene a partir de ir al psiquiatra son nerviosismo, agitación, palpitaciones...).

-¿Haces algo para reducir la ansiedad? Intenta irse a la calle para distraerse y centrar la atención en otra cosa.

-¿A qué crees que se debe esa ansiedad? Dice que cree que la ansiedad se debe a un cúmulo de cosas. Dice que su madre se murió 6 meses antes de casarse ella a los 57 años (en el año 1985) y que eso para ella fue un palo muy grande y tuvo que retrasar la boda otros 6 meses. A los dos años de la muerte de su madre se murió un hermano el cual fue atropellado por un camión con 20 años (en el año 1987). Después murió su padre en 2001 de cáncer de pulmón. Y a los pocos meses de la muerte de su padre murió otro hermano de un ataque al corazón. Ella dice que cuando se murió su madre, su primer hermano y su padre ella empezó a estar ya mal con la ansiedad pero que cuando peor estuvo fue cuando murió el último hermano. Ahí dice que se vino totalmente abajo y que fue cuando peor ha estado. Me repite varias veces que lo de su hermano fue muy fuerte. Me explica que el día que murió fueron a operarlo del corazón a vida o muerte y que le dijeron que si a las 2 horas de la operación no habían salido que eso sería buena señal. La operación duró unas 5 horas y cuando salieron a darle la noticia de la muerte sacaron al hermano muerto y entubado por delante de ellos y que eso a ella se le quedó granado.

Dice que cuando murió su madre estaba mal pero que se intentó controlar y que intentó no venirse abajo por su marido y por su boda. También dice que antes de que se muriera su último hermano ella se ponía muy nerviosa y le dolía el brazo y el pecho y que pensaba que estaba mal del corazón como su hermano y que al pensar eso se ponía más nerviosa aún. Se toma la tensión y se pone muy nerviosa porque ha asociado el tomarse la tensión con estar mal o con tener una enfermedad grave.

-¿Cuáles crees que son las situaciones o momentos en los que se produce la ansiedad? Dice que cuando hay un problema. También dice que hay veces que no hay ningún problema y que se empieza a sentir mal.

- A parte de la ansiedad, ¿tienes algún otro problema de salud o enfermedad médica? Tiene colesterol alto y tensión alta.

- ¿Tomas algún tipo de medicación? Una pastilla para la tensión, otra para el colesterol y orfidal (por la noche para poder dormir). (A parte de la medicación para la ansiedad que he dicho anteriormente).

- **Háblame de tu familia, ¿a qué se dedican?** Su marido es recepcionista de hotel, Su hijo pequeño estudia un máster de magisterio en Granada y su hijo mayor trabaja tres horas lavando coches y también estudia para guardia civil. Todos viven en la misma casa, menos el hijo pequeño que entre semana está en Granada.

- **Cuéntame cómo son tus relaciones con ellos.** Dice que su relación con ellos es buena.

- **Antecedentes familiares de algún tipo de trastorno (físico, psíquico...).** Son 4 hermanas y 2 hermanos (Ambos fallecidos). Las 4 hermanas tienen tensión alta y colesterol. Además una de ellas tiene artrosis múltiple y otra tiene problemas de corazón. Y uno de los hermanos tenía problemas de corazón. Su madre murió de “varices esofágicas” y su padre de cáncer de pulmón.

- **¿En qué consiste tu trabajo?** En limpiar casas.

- **¿Te sientes a gusto en tu trabajo?** Dice que unas veces sí y otras veces no.

- **¿Tienes algún problema con tu jefe o compañeros?** Tiene problemas con una de sus jefas porque dice que es una mujer muy prepotente pero no solo con ella si no con todo el mundo, que dice las cosas sin pensarlas y que no se calla nada. Ella dice que eso la hace sentirse mal porque le da la sensación de que no hace nada bien. Que eso le baja la moral.

- **¿Qué haces en tu tiempo libre?** En su tiempo libre va sobre todo al gimnasio y a andar. También ve la televisión o se entretiene con la tablet.

PREGUNTAS PARA COMPLETAR:

- **¿Por qué no quisiste ir a un psicólogo? ¿Sigues sin querer ir?** Ella pensaba que ir al psicólogo no le iba a ayudar ya que dice que por el simple hecho de hablarle no iba a solucionar su problema, y que cuando ella llegara a su casa el problema iba a seguir estando y ella se iba a seguir sintiendo mal. Ella prefería un psiquiatra para que le pusiera un tratamiento.

En la actualidad dice que no le importaría ir un psicólogo, porque ahora se encuentra mucho mejor tanto para escucharlo como para entenderlo.

- **¿Por qué retrasaste la boda 6 meses tras la muerte de tu madre?** Dice que porque ni ella ni sus hermanos se encontraban bien para ir de boda, ya que su madre murió en noviembre y

la boda era en diciembre, y como aún no estaban las tarjetas hechas ni nada pues prefirió cambiarla para más adelante.

-¿Quién se hizo cargo de tu padre cuando tu madre murió? Sus hermanas Conchi y Clara y ella, ya que eran las hijas solteras.

-¿La enfermedad de tu madre duró mucho? ¿Quién la cuidaba? Sí, dice que la enfermedad de su madre duró unos 5 años y que pasó por unas 7 u 8 operaciones. La cuidaban sus hermanas Clara, Conchi y ella. Aunque dice que quizás Conchi un poco más porque era la que estaba más pendiente de las pastillas, de las comidas...

-¿Y la de tu padre? ¿Quién lo cuidó cuando estaba enfermo? La enfermedad de su padre duró menos, le diagnosticaron el cáncer en abril y murió en Junio. Lo cuidaba sobre todo sus hermanas Clara y Conchi porque ella ya estaba casada.

- En esos momentos difíciles como cuando tus padres murieron o tus hermanos, ¿en quién te apoyabas? Cuando murió su padre se refugió en su marido José pero dice que sobre todo en el programa de Gran Hermano ya que dice que ese programa era para ella como un “escape de pensamiento”. Con la muerte de su madre y hermanos se apoyó en sus hermanas Conchi y Clara y en su marido.

- En los momentos difíciles ¿quién te ha ayudado a ver las cosas de otra manera o quien te ha ayudado a superarlos? Dice que su hermana Clara sobre todo. Porque dice que cuando le comenta a su marido algún problema de trabajo por ejemplo que él no la entiende y que no le da soluciones, que lo que hace es echarle las cosas en cara y le dice las cosas de forma más brusca.

-Cuando estas mal, ¿buscas ayuda o intentas calmarte y ayudarte tu sola? ¿Y si buscas ayuda a quien se la pides? Dice que suele pedir ayuda a sus hermanas o a José, pero otras veces ha llorado sola para no hacer a los demás partícipes de sus problemas y así no hacerlos sufrir.

- De todo lo vivido en el pasado que crees que ha sido lo que más te ha impactado o lo que más te ha afectado. Lo que más le ha impactado ha sido la muerte de su hermano Miguel, ya que dice que fue una muerte muy dramática y la más reciente. Y después la muerte de su madre, porque aunque se lo esperaban dice que no estaban preparados.

ANEXO 2: Autorregistro de ansiedad.

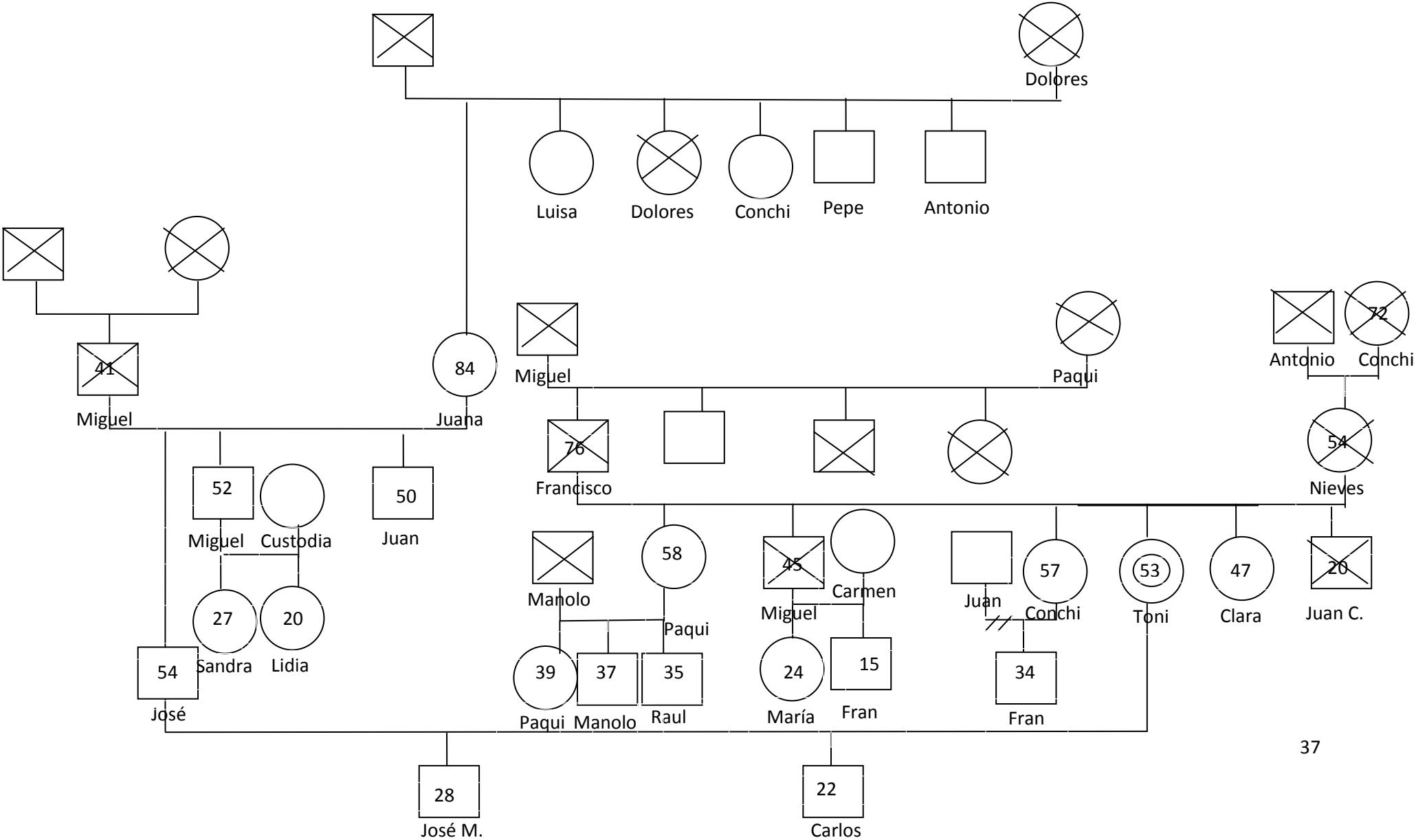
DÍA	NIVEL DE ANSIEDAD (0-5)	QUÉ TE OCURRE (palpitaciones, sudores, nerviosismo...)	ACTIVIDAD QUE ESTABAS REALIZANDO	QUÉ PENSABAS	HORA	QUE HICISTE

ANEXO 3: Autorregistro de tabaquismo.

Fecha: _____

Cigarrillo:	Lugar:	Hora:	Estado emocional: contento, triste, relajado, aburrido, ansioso, enfadado, cansado.	Deseo de fumar: de 0 (nada) a 10 (máximo).	¿Qué estaba haciendo justo antes de fumar?	Grado de placer experimentado con el cigarrillo: de 0 (nada) a 10 (máximo).
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

ANEXO 4: Genograma.



ANEXO 5: Relajación en imaginación.

1. Cierra los ojos, y centra la atención en la respiración, la respiración es lenta y suave.
2. Centra tu atención en la cabeza, siente como si te tocaran y acariciaran el pelo, te acarician detrás de las orejas suavemente.
3. Centra tu atención en la frente, la notas plana y suave (respira lentamente).
4. Centra la atención ahora en los ojos, siente como tus párpados te pesan, pesan cada vez más y más.
5. Centra la atención en la boca, deja la mandíbula suelta, no aprietes los dientes, y siente como la lengua flota dentro de tu boca (respira suavemente).
6. Ahora centra la atención en el cuello, siente como el cuello está cada vez más y más relajado, sin tensión.
7. Centra la atención en los hombros y brazos, siente como éstos están cada vez más y más sueltos, como si se cayeran hacia el suelo.
8. Centra tu atención en el pecho, siente como tu corazón late cada vez más lento, siente los latidos fuertes y lentos. Nota como el aire entra en tus pulmones suavemente al respirar, coge y suelta el aire lentamente.
9. Centra la atención en las piernas, nota como éstas están cada vez más y más flojas. Siente como te pesan más y más...
10. Sigue relajada, centra la atención en tu respiración. Coge aire y lo suéltalo lentamente.
11. Centra la atención en la música y respira suavemente.
12. A la de tres te vas despertando poco a poco. 1, 2 y 3.
13. Mueve las manos y los brazos, mueve los pies y las piernas.
14. Hemos terminado.