

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos)



**ESTRATEGIAS METACOGNITIVAS EN LA
INTERVENCIÓN DEL TABAQUISMO.**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Luís Iván Mayor Silva

Bajo la dirección del doctor

Juan Mayor Sánchez

Madrid, 2010

- ISBN: 978-84-692-9941-8

Esta clasificación de los modelos explicativos de la responsabilidad del sujeto frente a la drogodependencia es incompleta e inadecuada para explicar la complejidad del fenómeno. En la actualidad apuntamos a modelos interaccionistas, modelos biopsicosociales, donde todos los elementos tienen sólo un peso dentro del problema y la solución, pero no determinan por sí solos ni la adicción ni la recuperación, por eso debería agregarse a este modelo de clasificación una quinta vía.

La quinta posibilidad es una posición intermedia entre todas, pues para nosotros el sujeto es responsable en parte del inicio de su adicción, pues es él quien tomó la decisión de consumir, pero son factores biológicos como las condiciones del organismo, el entorno social, las condiciones psicológicas las que pueden hacer que de ese consumo puntual, del que quizás no se es tan libre (hay culturas donde determinadas drogas son un factor de socialización), se transformen en una dependencia. Ahora, en cuanto al salir de la adicción, tampoco creemos que sea el sujeto totalmente responsable de salir de la adicción, puesto que esas condiciones psicológicas (dependencias psicológicas, patologías duales, etc.), biológicas (droga de consumo, dependencia generada, etc.) sociales, (el entorno, la familia, los círculos codependientes, etc.) hacen que no sea tan fácil como tomar la decisión de dejarlo, pero hay que tomarla y quien debe hacerlo es él.

Por eso el modelo que proponemos a continuación se nutre de las aportaciones de los demás, no entrando en contradicciones paradigmáticas. El aporte de todos los modelos cobra un sentido y ayuda al engranaje dentro del sistema de un fenómeno complejo como es el de intentar explicar, controlar y predecir el fenómeno de la drogodependencia. El modelo que sostenemos es un modelo abierto y en constante mejora. No se concede a ninguno de los factores un peso mucho mayor, pues tiene en cuenta lo fenoménico del problema. Y, como veremos a lo largo de estas páginas, este carácter abierto se mantiene en todas las fases del problema que van desde la explicación, la intervención y el seguimiento.

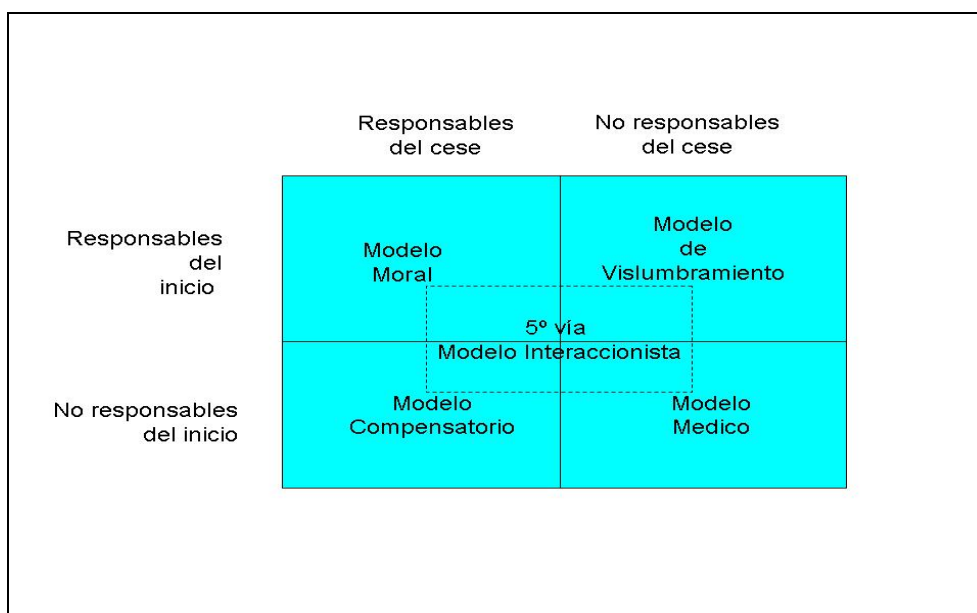


Tabla 3: Modelo interaccionista, la quinta vía (Mayor, 1990).

3.3.- Modelos teóricos que influyen en las investigaciones actuales

La nueva mentalidad sobre drogodependencias se orienta más hacia:

- 1) La integración de diferentes dimensiones, factores y variables, unas veces en torno a la tríada de droga, persona y ambiente, y otras en torno a las tres dimensiones biológica, psicológica y social.
- 2) La conceptualización de la drogodependencia como un proceso, no sólo de adquisición, sino también de mantenimiento y extinción.
- 3) La incorporación al concepto de drogodependencia de la problemática que plantea el afrontamiento del sujeto —previo, simultáneo y posterior— respecto del uso, abuso y dependencia de la droga, así como la intervención difusa o específica del entero sistema social en que está inmerso.

El modelo que proponemos en este trabajo tiene como características ser multidimensional, multideterminado y sistémico (Mayor, 1995; 1996). El análisis que permite este modelo tiene por objeto, como describía Brent (1984), descubrir las propiedades de los elementos considerados como estructuras, las clases de interacción y relaciones funcionales entre esos elementos y los procesos a través de los cuales pueden integrarse en la estructura macroscópica de la que deriva.

El modelo de Juan Mayor articula las tres perspectivas clásicas: estructural, funcional y procesual, e incorpora la multideterminación biológica, psicológica y social en torno a los tres factores de riesgo básico (sujeto, contexto y droga), a la toma de decisión (respecto de consumir o no consumir droga) y a los efectos reforzantes (positivos y negativos) y aversivos que produce el consumo.

Nosotros vamos a tener en cuenta aquí, en razón del objetivo de este trabajo, únicamente la perspectiva funcional (sobre la que, como hemos indicado, se proyectan tanto la perspectiva estructural como la procesual). Esta perspectiva permite descubrir las relaciones funcionales entre estímulos y repuestas, entre antecedentes y consecuentes o, en términos experimentales, entre variables independientes y variables dependientes. Las respuestas, conductas o variables dependientes básicas son dos: la abstinente (ausencia de consumo de drogas) y la de consumo de drogas (que incluye dos patrones fundamentales, el simple uso y el abuso). Los estímulos, los factores condicionantes o las variables independientes se distribuyen a lo largo del proceso en una secuencia temporal (que afecta a su propia naturaleza):

1.- En primer lugar, hay que analizar los factores previos pero presentes en el momento de tomar la decisión de consumir o no drogas; podemos denominarlos factores de riesgo, están incorporados en el propio sujeto, en la droga y en el contexto, y predisponen al sujeto a tomar la decisión de consumir; claro que existen también factores propios del manejo de la droga o del contexto que tienden a favorecer la toma de decisión de no consumir drogas, por lo que podemos denominarlos factores protectores.

2.- En segundo lugar, aparece el momento crítico y central de todo el proceso, que es el momento en que el sujeto toma la decisión teniendo en cuenta las demandas que operan sobre él y los recursos de que dispone para hacer frente a esas demandas; esa decisión puede representarse como una variable que sea igual al cociente entre el sumatorio (o mejor, la interacción) de los factores de riesgo (las demandas) y el sumatorio (o mejor, interacción) de los factores de protección (recursos); si el cociente es mayor que 1, el sujeto puede definirse como vulnerable, porque tomará la decisión de consumir y efectivamente, a continuación, consumirá la droga; si el cociente es menor que 1, el sujeto no será vulnerable, tomará la decisión de no consumir y, consecuentemente, no consumirá drogas (en sentido estricto, no se puede afirmar rotundamente que tomará la decisión de consumir o no consumir, sino solamente se puede hablar de probabilidades, todo lo elevadas que se quieran, pero probabilidades, porque el determinismo ciego no se da en el comportamiento humano).

3.- En tercer lugar, hay que tener en cuenta las consecuencias de la conducta previa para el análisis de la conducta actual o el de la actual para el análisis de la conducta futura, dado que estamos ante una secuencia de acciones, ante un proceso en el que se van encadenando los sucesivos patrones conductuales; en este sentido, los efectos de las drogas constituyen condicionamientos poderosos, la mayor parte de las veces reforzantes, en algunas ocasiones aversivos; como es bien sabido, los efectos reforzantes de una conducta incrementan la probabilidad de repetición de dicha conducta en el futuro, mientras que los efectos aversivos lo hacen en la reducción; ambos tipos de efectos constituyen también factores que influyen sobre la toma de decisión: los reforzantes son factores de riesgo, los aversivos son factores protectores.

Este modelo multidimensional y sistémico, del que acabamos de presentar algunos de sus elementos más relevantes, constituye a nuestro juicio un marco adecuado para situar las aportaciones que haremos en el campo de la intervención.

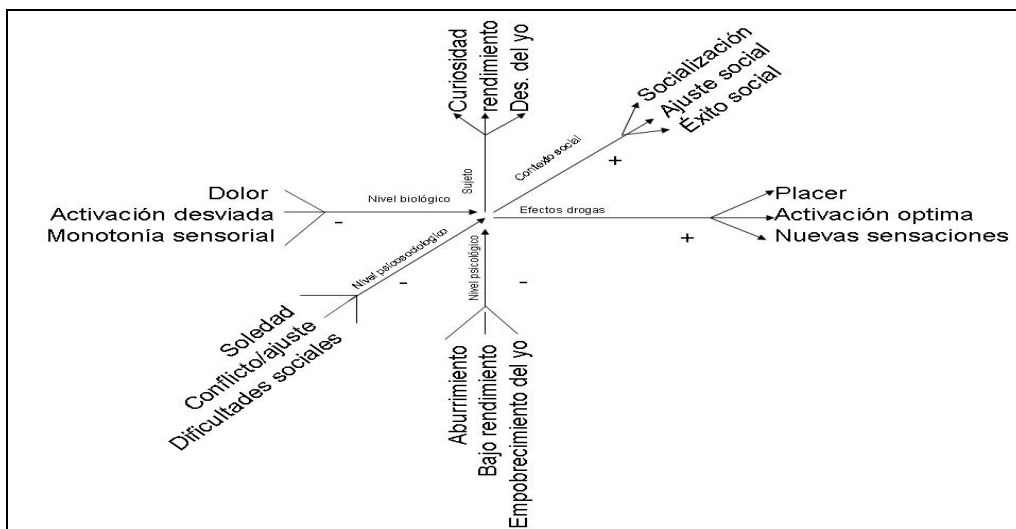


Figura 3: Motivaciones para el consumo de drogas (Mayor, 1990)

CAPÍTULO III: INTERVENCIONES PARA DEJAR DE FUMAR

1.- ABORDAJES PARA EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

A nivel práctico, son varios los abordajes existentes para que los fumadores dejen de fumar, que se resumen en los siguientes tipos:

1. Convencer a los fumadores para que dejen de fumar por sí mismos (a través de mensajes en los medios de comunicación, campañas públicas informativas, restricción del consumo, incremento de precios, etc.).
2. Convencer a los fumadores para que dejen de fumar con consejo mínimo (médico, psicológico, farmacéutico, de enfermería, etc.).
3. Proporcionarle procedimientos de autoayuda de tipo psicológico (manuales, folletos, teléfono, etc.).
4. Sugerirle su médico (de atención primaria o atención especializada) que deje de fumar con ayuda farmacológica.
5. Acudir a un tratamiento especializado, especialmente los fumadores más dependientes, donde la elección será un tratamiento psicológico exclusivamente, o una combinación de un tratamiento psicológico y otro farmacológico.
6. Acudir a un tratamiento especializado para tratar la dependencia de la nicotina y la comorbilidad psiquiátrica y comportamental asociada (en aquellos casos donde ocurra esto) y donde el tratamiento será un tratamiento psicológico, un tratamiento psiquiátrico o una combinación de ambos.

2.- TÉCNICAS DE TRATAMIENTO BASADAS EN EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

2.1.- Las Técnicas aversivas

Los procedimientos aversivos implican generar un nuevo aprendizaje basado en el paradigma de condicionamiento clásico al emparejar el fumar con un estímulo desagradable. Con este nuevo condicionamiento se espera que pierdan poder los aspectos positivos de fumar (sabor, aroma, sensación de plenitud, etc.) incluso que se convierten en negativos. Estos procedimientos pueden ser también efectivos para incrementar el compromiso de los fumadores a dejar de fumar a través del énfasis en los aspectos desagradables que con este aprendizaje produce fumar.

Entre las técnicas aversivas más conocidas tenemos:

- *Fumar rápido*
- *Saciación*

Fumar rápido: La técnica de fumar rápido se basa en los principios del condicionamiento clásico, utilizando los propios cigarrillos como agente aversivo (Schmahl, Lichtenstein & Harris, 1972).

En el formato estándar (Lichtenstein, Harris, Birchler, Wahl & Schmahl, 1973):

1.- Los fumadores inhalan el humo de los cigarrillos de su marca preferida cada 6 segundos (se utiliza un metrónomo o aparato similar).

2.- En cada sesión se hacen tres ensayos de 15 minutos cada uno, con una pausa de 5 minutos de descanso entre ellos.

3.- Durante los ensayos el fumador debe prestar atención a los aspectos negativos que va sintiendo.

4.- Los descansos entre ensayos se aprovechan para comentar los aspectos negativos de la experiencia y el terapeuta le sugiere asociaciones negativas acerca del hábito de fumar.

En torno a las 6 sesiones los sujetos dejan de fumar (Becoña, 1985; 1987a; 1987b). Es importante que el sujeto no deje de fumar bruscamente por que puede experimentar el síndrome de abstinencia de la nicotina.

Serán criterios de exclusión del tratamiento:

1.- Que el fumador no tenga buena salud.

2.- Que no tenga normal el EEG, la función respiratoria y el test de gasometría arterial.

3.- Que el fumador tenga más de 40 años.

Durante las sesiones, es necesario un lugar apropiado para llevar a cabo la terapia ya que surgen reacciones fisiológicas delicadas (taquicardia, vómitos, sudoración, malestar, mareos, etc.).

Saciación: Con la saciación se persigue la pérdida del potencial reforzante del tabaco cambiando la disponibilidad del refuerzo (Resnick, 1968).

La técnica consiste en:

1.- Se evalúa el nivel basal, es decir, el número de cigarrillos fumados al día.

2.- Se instruye al fumador para que incremente de forma exagerada el consumo de cigarrillos: duplicar, triplicar o cuadruplicar el consumo de cigarrillos.

3.- Esta conducta de sobre-ejecución de la pauta de fumar se mantiene durante una semana.

4.- Se esperan consecuencias negativas como malestar, dolores, vómitos, etc.

5.- Una vez llevado a cabo el procedimiento y alcanzado los niveles de malestar altos (durante una o varias semanas), se le pide que abandone los cigarrillos.

Los criterios de exclusión son los mismos que en la técnica de fumar rápido.

Esta técnica no es muy efectiva si el sujeto ya presenta como línea base unos niveles exageradamente altos de consumo o sus condiciones de vida no permiten fumar de la manera propuesta.

La técnica de retener el humo: La técnica de retener el humo, o de saciación al sabor, fue aplicada por primera vez por Tori (1978) en combinación con hipnosis y consejo de no fumar (González, 2006).

El tratamiento para dejar de fumar con esta técnica consta de 8-10 sesiones. Estas comprenden un promedio de 3 ensayos con 5-6 retenciones de humo por cada uno.

El procedimiento sigue los siguientes pasos:

El fumador tiene que aguantar el humo del cigarrillo en la boca y garganta durante 30 segundos, mientras sigue respirando por la nariz.

Los descansos entre las retenciones de humo son también de 30 segundos y entre los ensayos de 5 minutos.

Cuando la persona tiene el humo en la boca se le proporcionan instrucciones específicas sobre la experiencia con o sin hipnosis.

Para Tori (1978), el mecanismo que subyace a la técnica de retener el humo es la saciación. Por eso la denominó saciación al sabor.

Esta técnica conlleva efectos menos desagradables que la técnica de fumar rápido. Además, su aplicación no acarrea riesgos colaterales y se consiguen tasas de abstinencia que se aproximan a la técnica de fumar rápido.

En distintos estudios, los niveles de abstinencia conseguidos con esta técnica, especialmente en programas multicomponentes, son muy buenos, entre el 40% y el 50% al año de seguimiento (Becoña & Froján, 1988a; 1988b; Lando, 1989). En la mayoría de los estudios se ha combinado con otras técnicas, y en muchos casos en programas con escaso contacto terapéutico y con gran número de componentes, lo que ha producido niveles de eficacia bajas (Schwartz, 1987). Sin embargo, en otros estudios con pocos componentes los resultados han sido moderados o buenos (Becoña & Gómez-Durán, 1992a).

2.2.- La técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán

La técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán (RGINA) fue desarrollada por Foxx y Brown (1979). Estos autores parten del supuesto de que la nicotina es el factor responsable de la dependencia de los cigarrillos, y fumar lo consideran una conducta mantenida por factores fisiológicos y psicológicos; por tanto, la técnica se orienta a ambos componentes.

La técnica RGINA implica varios pasos:

- 1.- Evaluación de la línea base.
- 2.- Reducción de nicotina y alquitrán del 30%, 60% y 90%, mediante el cambio semanal de la marca de cigarrillos.
- 3.- Cumplimentar los autorregistros y representar gráficamente el consumo de cigarrillos.
- 4.- Si no consigue dejar de fumar después del último cambio de marca, se procede a la reducción gradual de cigarrillos (Foxx & Axelroth, 1983).

En resumen: consiste en adoptar una reducción gradual de cigarrillos hasta un determinado punto (ej. 50% del consumo inicial de cigarrillos) seguido por dejar de fumar bruscamente.

Con este método se consigue un nivel de abstinencia adecuado y proporciona una meta alternativa para aquellos que continúan fumando: reducir la ingestión de nicotina y alquitrán.

2.3.- Exposición a indicios, extinción y control de estímulos

Una vez que se deja de fumar, eventualmente la presencia de las situaciones donde uno fumaba o el hecho de pensar en ello podría provocar una respuesta condicionada de síndrome de abstinencia o deseo de consumo, *craving*. El trabajo de Abrams (1986) indica que el fenómeno de la reactividad condicionada a esas señales asociadas con la conducta de fumar puede ser un importante predictor de la recaída.

La exposición de indicios pretende debilitar los condicionamientos de estas señales. Sin embargo, los estudios experimentales, a lo largo de los últimos años, no consiguen obtener resultados positivos (Niaura, Abrams, Shadel, Rohsenow, Monti, & Sirota, 1999) o consistentes en los fumadores.

En algunos estudios se ha intentado reducir el número de señales asociadas con fumar antes de que el sujeto consiguiese la abstinencia. Para ello, se utiliza con mucha asiduidad la estrategia de control de estímulos, reduciendo el hábito tabáquico aplicando una restricción progresiva de las situaciones en las cuales está permitido fumar. El fumador sólo puede fumar a ciertas horas o en ciertas situaciones (ej. no fumar en el coche o si antes se fumaba el primer cigarrillo a las 9 de la mañana, ahora no puede fumarlo a esa hora). Este proceso se podría terminar restringiendo la conducta de fumar sólo a un lugar concreto en el que se permitiese fumar, el cual sea poco atractivo (ej. garaje). Otro tipo de estrategia de control de estímulos es permitir fumar siguiendo una secuencia de tiempo determinado (ej. cada hora) (Lando, 1993; Schwartz, 1987).

Las técnicas de control de estímulos cuando se han utilizado aisladamente han obtenido resultados modestos. No obstante, utilizada en tratamientos multicomponentes bien evaluados (ej. Becoña, 1993a) es una estrategia sumamente útil. Por ello suele formar parte de la mayoría de los programas multicomponentes actuales.

2.4.- Estrategias de afrontamiento: entrenamiento en solución de problemas

En los últimos años, una estrategia de afrontamiento esencial, y que constituye en sí misma un tratamiento eficaz para ayudar a las personas a dejar de fumar y a mantener la abstinencia, es el entrenamiento en solución de problemas.

El entrenamiento en solución de problemas es un procedimiento por el que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurre el problema (Becoña, 1993b; D'Zurilla, 1992). Este entrenamiento consta de cinco fases:

1) Orientación general hacia el problema:

Hay que identificar, en primer lugar, las situaciones problemáticas. No hay ninguna situación en sí misma problemática, más bien existen respuestas ineficaces a diferentes situaciones. En esta fase el sujeto debe ver tener problemas como algo normal en el ser humano.

2) Definición y formulación del problema;

El segundo paso requiere describir con detalle el problema y la respuesta que el sujeto da habitualmente a dicho problema. Una forma de tener información precisa de este segundo paso es realizar un autorregistro como éste:

SITUACIÓN	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	ESTADO EMOCIONAL	CONDUCTA RESULTADO	Y

En la columna de situación, puede especificar un ejemplo de problema seleccionado, dónde ocurrió, qué sucedió... En las otras columnas puede anotar sus pensamientos automáticos, estado emocional, conducta y resultado. La columna de conducta y resultado reflejará su manera habitual de responder.

3) Generación de soluciones alternativas:

Consiste en hacer una lista de posibles soluciones alternativas siguiendo la técnica de la "Tormenta de Ideas" o "*Brainstorming*". Se trata de que el sujeto anote todas las posibles soluciones que se le ocurran al problema siguiendo las siguientes normas:

Vale cualquier idea que se le ocurra, no vale criticar las ideas que se le ocurran. La valoración se hará en otra fase.

Todo vale. Aunque le parezca la posible solución un disparate, en principio es válida.

Es deseable producir muchas ideas de soluciones alternativas. Cuantas más, mejor.

Se combinan las ideas para mejorar. Se Repasa la lista para ver si pueden combinar o mejorar algunas ideas, dos buenas ideas podrían juntarse y formar una idea aún mejor.

4) Toma de decisiones;

El cuarto paso consiste en valorar las consecuencias previstas para cada solución ideada. Se puede hacer una lista de las ventajas e inconvenientes para cada solución ideada, y darle una puntuación.

5) Puesta en práctica y verificación de la solución.

Consiste en poner en práctica esa solución y comprobar si se cumple el objetivo. Si no está satisfecho de los resultados, tendrá que emplear otra de las soluciones posibles.

2.5.- Los programas multicomponentes para dejar de fumar

Estos programas se llaman multicomponentes porque incluyen varias técnicas o componentes de intervención.

Los programas psicológicos multicomponentes tienen tres fases: preparación para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos y mantenimiento de la abstinencia (USDHHS, 1991).

Fase 1: Preparación: El objetivo principal es motivar al fumador y que adquiera el compromiso de dejar de fumar. Para ello se suelen utilizar los depósitos monetarios y los contratos de contingencias.

El fumador puede firmar un contrato (contrato de contingencia) y hacer un depósito que irá recuperando según vaya cumpliendo lo pautado (ej. recupera el dinero contingentemente a su asistencia a las sesiones de tratamiento y seguimiento). También es recomendable revisar con el fumador las razones para dejar de fumar y los beneficios que obtendrá con el abandono de los cigarrillos.

Para que el fumador conozca de la forma más objetiva y exhaustiva posible su conducta de fumar, registra los cigarrillos que fuma y los antecedentes y consecuentes que siguen a esta conducta en autorregistros, así como representando en una gráfica su consumo.

Es importante que se fije la fecha en la que el fumador va a dejar de fumar (ej., cuarta sesión), recomendándose en muchos casos no colocarla más allá de las tres semanas.

También hay que prepararle para dejar de fumar, enseñándole estrategias de relajación, a identificar los estímulos que elicitán su conducta de fumar, a programar conductas alternativas para dejar de fumar, etc.

Fase 2: Abandono: Se aplica una de técnicas como fumar rápido, retener el humo o la reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán.

Fase 3: Mantenimiento: Se considera como la fase orientada a mantener las ganancias del tratamiento a largo plazo. En esta fase:

1.- Se llevan a cabo sesiones de seguimiento, que se pueden realizar personalmente, por teléfono o por carta.

2.- Se entrenan habilidades de afrontamiento para evitar los estímulos que elicitán el deseo de fumar, como, por ejemplo, aprender a identificar y manejar situaciones de alto riesgo.

3.- Se enseña a la persona a afrontar adecuadamente las caídas o lapsos.

4.- Se entrena a las personas más cercanas para que lo apoyen adecuadamente.

3.- MÉTODOS DE AUTOAYUDA

Cada día abundan más las guías y modelos para mejorar problemas de salud a través de los métodos de autoayuda. En este sentido, tanto la venta de libros y CDs en grandes superficies a bajo coste, como la entrada en nuestras vidas de Internet, ha hecho posible que numerosas personas tengan acceso a estos métodos de mejora personal. A pesar de todos los aspectos que hemos estudiado, que nos dan una visión del tabaquismo como un fenómeno complejo en el que intervenir, hay que tener presente que el 90 % de las personas que se han transformado en ex-fumadores abandonaron el tabaco sin la intervención de ningún profesional (Fiore, Novotny, Pierce, Giovino, Hatziaandreu *et al.*, 1990). Por otra parte, todavía hay quien no desean acudir a un profesional para tratar su adicción al tabaco, y hay que recordar que muchos fumadores son personas ocupadas que no disponen de tiempo para acudir a unidades de tratamiento, o simplemente éstas no existen en su entorno cercano.

Los estudios demuestran que una parte sustancial de los fumadores son capaces de abandonar el uso del tabaco simplemente con una guía-orientación mínima y sin necesidad de programas costosos de tipo presencial (Míguez, 2004).

Pero ¿qué entendemos por intervención de autoayuda? Se podría definir ese termino por los esfuerzos que uno hace para dejar de fumar sin la ayuda continuada de profesionales de la salud u organizaciones y abarcando: a) el idear uno mismo la forma de dejar de fumar; b) recibir instrucciones breves o consejo de cómo dejar de fumar y, a continuación, llevarlo a cabo; o, c) utilizar una ayuda o una guía de autoayuda, como, por ejemplo, un folleto (Schwartz, 1987, Glynn, Boyd & Gruman, 1990).

El objetivo fundamental para el desarrollo de materiales de autoayuda recae en la relación coste-eficacia de éstos (Altman, Flora, Fortman & Farqhar, 1987) frente a los programas de intervención presenciales. Por otro lado, dada su naturaleza y modo de presentación (manuales, folletos...), tienen el potencial de ayudar a una población muy extensa, lo cual implica un gran impacto en el ámbito de la salud pública.

Glasgow y Rosen (1979) distinguen los programas de autoayuda según los niveles de implicación terapéutica, y entienden que el término *autoadministrado* se utiliza cuando un programa escrito constituye la única base para el tratamiento. Newman, Erickson, Przeworski y Dzus (2003) distinguen entre las siguientes categorías: a) terapia autoadministrada (sin contacto terapéutico, salvo para la evaluación de línea base y resultados), b) autoayuda (el contacto terapéutico que se establezca desde la evaluación es para revisiones periódicas, enseñar al cliente como usar los materiales de autoayuda o para explicar la fundamentación de la intervención) y, c) terapia de contacto mínimo (implicación activa de un terapeuta, aunque en menor grado que en una terapia tradicional). A partir de esta discriminación de las intervenciones de autoayuda según la participación de un profesional, podríamos definir las como programas estructurados, (donde hay evaluación de

