

## ANEXO 1

### TERAPIA PARA DEJAR DE FUMAR

#### PRIMERA SESIÓN

Explicar que el programa consta de cinco sesiones de una hora de duración. Solicitar puntualidad e insistir en que hay que asistir a las cinco sesiones aunque no se cumpla el programa establecido. Se entregarán el “cuestionario sobre el hábito de fumar”. (**Anexo 2**), el test de dependencia a la nicotina de Fragüeston (**Anexo 3**), y el de motivación de Richmon (**Anexo 4**). Se recogen y analizan posteriormente con idea de hacer una ficha de cada uno de los asistentes. En ella se ha de incluir el estadio de Prochaska realizado en el cribaje previo.

Se asignará un código alfanumérico para asegurar el anonimato, pero para poder realizar la llamada de seguimiento.

Éste contará en la ficha de cada asistente, y serán las siglas en mayúsculas de sus apellidos seguido de su fecha de nacimiento.

Una vez cumplimentadas por cada uno de los asistentes, se fija la fecha para dejar de fumar. Como no existe la fecha ideal se propone el día previo a la cuarta sesión. Se ha de memorizar y apuntar en todos los calendarios.

**1) FELICITACIONES:** el primer paso para dejar de fumar es desearlo. No es cuestión de “fuerza de voluntad” sino de decisión. EL PRIMER PASO CONSISTE EN DESEARLO.

**2) El dejar de fumar** es un proceso que **consiste en:**

- Liberarse de la adicción a la nicotina
- Observar, comprender y luego romper nuestra adicción
- Generar una nueva imagen de nosotros mismos, un YO no fumador.

#### **3) EL PROBLEMA DE LA NICOTINA**

La nicotina es la responsable de la adicción física que ocasiona el tabaco. Al fumar hay un aumento casi inmediato de los niveles de nicotina en sangre, éstos son regulados y producen diversos efectos en el fumador experto. Si estuviésemos 10 días sin fumar la tasa de nicotina desciende prácticamente a cero. Sin embargo, meses después de dejar de fumar nos sigue apeteciendo. Existen por tanto otros principios que explican porqué fumamos:

1. **PRINCIPIO DE LA PRÁCTICA. ADICCIÓN GESTUAL.** Un fumador medio dedica entorno a hora y media a la actividad de fumar.
2. **PRINCIPIO DE CONTINUIDAD:** Si dos sucesos ocurren al mismo tiempo una y otra vez, acaban por asociarse de forma tan fuerte que no podemos hacer uno sin echar de menos al otro.
3. **PRINCIPIO DE REFUERZO SECUNDARIO:** Aunque el primer cigarrillo sabe siempre mal, los siguientes se asocian con amigos, comidas...Es un principio muy utilizado en publicidad.
4. **OTRAS RAZONES:** Rutina, abstinencia, aburrimiento, premio, estrés, social y relajación.

4) HOJAS DE REGISTRO: se rellenan tres días mínimo: 2 días laborales y 1 festivo.

## PRIMERA SEMANA DE "DESHABITUACIÓN"

Fecha: \_\_\_\_\_

HORA	LUGAR Y ACTIVIDAD	¿CON QUIÉN?	RAZÓN

**RAZÓN:**

R= RUTINA

A= ABSTINENCIA

P= PREMIO

E= ESTRÉS

SO= SOCIAL

AB= ABURRIMIENTO

RX= RELAJACIÓN, PLACER

5) **RAZONES PARA DEJAR DE FUMAR:** se ha de cumplimentar en casa y se comentará en la segunda sesión. En un folio les entregamos razones para dejar en los cuatro cuartetos del folio. Sólo han de rellenar uno.

6) **NORMAS PARA DEJAR DE FUMAR:** han de disminuir ésta semana el consumo de tabaco, a una cantidad que les cueste esfuerzo. Para ello seguirán las siguientes normas:

## **COMIENZE ESTA SEMANA A FUMAR MENOS SIGUIENDO LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:**

(Elija al menos 3 del siguiente listado tomando como opciones preferentes las que llevan asterisco (\*))

(\*) Propóngase un número límite de cigarrillos al día (consultar tabla de cigarrillos a reducir. Puede contar con un amigo y pagarle una suma de dinero por cada cigarrillo que “se pase” del tope fijado de antemano.

(\*) No fume en cuanto le apetezca, derive el deseo hasta dentro de unos momentos, espere un poco antes de fumar. El periodo debe ser como mínimo de un minuto y debe ir alargándolo conforme pasen los días.

(\*) No fume en ayunas. Cepílese los dientes, tómese un zumo de naranja o dese una ducha y luego desayune. Aumente los periodos de tiempo entre que se levanta y se fuma el primer cigarrillo.

(\*) Después de comer o de cenar espere entre 5 y 10 minutos antes de fumar. En el desayuno si lo hace cerca de su puesto de trabajo, deje los cigarrillos allí, no se lo baje para desayunar, levántese de la mesa para fumar, no fume en las sobremesas.

Cambie de marca de cigarrillos y no fume dos cajetillas seguidas de la misma marca.

Cambie a marcas que no le gusten demasiado y que sean bajas en nicotina.

Deje de reponer tabaco, compre cajetilla por cajetilla y sólo cuando se le acaben por completo.

Fume sólo la primera mitad del cigarrillo.

Puede fijarse y fumar sólo en horas pares o impares.

Fume con la otra mano.

Si fuma sentado, levántese y si fuma de pie cambie de posición.

Coloque el tabaco en sitios de difícil acceso.

## SEGUNDA SESIÓN

1. Se comentan una a una las fichas de los inscritos, comentando los aspectos más relevantes
2. Revisamos de modo individual las Razones para dejar de fumar. Una vez revisada, se puede ampliar con las aportaciones de los demás. Luego se copia en los tres apartados restantes y colocan en distintos lugares (mesa de trabajo, coche, nevera...)
3. Revisamos las Hojas de Registros. ¿han conseguido fumar menos? Se reelabora una nueva regla: durante la próxima semana quedará prohibido fumar en los lugares donde habitualmente fuma y con las personas con las que habitualmente fuma.
4. Alternativas:
  - RUTINA: cambiar la rutina: te por café, lugar donde se ve la tv...
  - ABSTINENCIA: mascar chicles sin azúcar, beber agua...
  - SOCIAL: jugar con objetos pequeños.
  - ABURRIMIENTO: crucigramas, periódico, revista...
  - ESTRESS: hacer ejercicio o aumentarlo
  - PREMIO: guardar dinero en hucha. Gastarlo en algo deseado
  - RELAJACIÓN
5. Proponer reducir un poco más la tasa de consumo y un periodo de abstinencia de 24 horas.

## TERCERA SESIÓN

1. Se pregunta por la tasa de consumo y por el periodo de abstinencia de 24 horas.
2. La abstinencia genera ESTRES. ¿Qué es y cómo controlarlo? El estrés se produce porque el individuo se encuentra desprovisto de nuevas estrategias para enfrentarse a los problemas cotidianos. Cualquier intervención en los siguientes tres niveles, va a producir un cambio en la situación:
  - Respuesta Cognitiva: Dejar de fumar ha de no ser visto como una amenaza, sino como un desafío. Pensar siempre en positivo. Dejar de fumar es siempre bueno. Vivir el presente, el día a día.
  - Respuesta Física: Realizar ejercicios de respiración lenta.(5 veces al día 2 minutos). Relajación progresiva de Jacobson. Hacer ejercicio físico o aumentarlo.
  - Respuesta motora: beber 2 litros de agua/zumo al día, comer alimentos con pocas calorías, Técnica del mensaje positivo: el mensaje debe ser positivo y alentador, debe recordar la razón principal por la cual quiere dejar de fumar.
3. Propuestas para casa:
  - Otro periodo de abstinencia de 24 horas antes del día D
  - Hacer algo de ejercicio
  - Usar chicles de nicotina para situaciones puntuales
  - Frecuentar lugares donde está prohibido fumar
  - Estar en compañía de personas que no fuman
  - Evitar situaciones de riesgo

## CUARTA SESIÓN

Desde el día antes ya no fuman. Nos encontramos en las primeras 24 horas sin fumar. Lo fundamental es el día a día (cualquier cambio que se vive como permanente dispara los niveles de estrés). Recordar que poco a poco, van a ir descubriendo pequeños pero grandes cambios en el autoconcepto.

## OBJETIVOS:

1. Recordar la importancia de tener una estrategia de control eficaz para enfrentarse a situaciones de la vida diaria: ejercicios de respiración, Tiempo fuera...
2. En caso de urgencia de fumar, usar la técnica "Corte de pensamiento" y sustituir el deseo por mensajes como "voy a estar otro día sin fumar", "cada vez estoy más cerca del éxito"...
3. Comparta ahora con los más cercanos que ya no fuma. Pida a sus amigos que no le ofrezcan tabaco. No discuta con los fumadores ni intente convencerlos.
4. Lee bibliografía con los efectos nocivos del tabaco. Es muy interesante en ésta sesión dar información exhaustiva sobre los efectos nocivos del tabaco, y resaltar los aspectos positivos de dejarlo.
5. Aumentar actividad física
6. Frecuentar lugares donde no se fume
7. Cada semana PREMIESE, y en cada "aniversario" no se olvide de gastarse en usted lo que se gastaba en tabaco

## QUINTA SESIÓN

Primera y Segunda semana sin fumar,. Lo principal es la prevención de recaídas.

1. No importa en qué momento aparezcan las ganas de fumar, hay que justificarlo racionalmente. Ejemplos de lo que solemos decir: "por un cigarro no pasa nada", "voy a ver como me sabe ahora", "en el fondo no quería dejarlo", "necesito fumar un cigarro"...
2. Recuerde que si se rompe la abstinencia se termina fumando tanto como antes. Sin embargo nunca hay que tirar la toalla. Aprovecha ésta situación para ver donde estuvo el error. No hay fracaso, sino hay que volver a intentarlo. Para dejar de fumar no hay límite de convocatorias.
3. Para mantenerse sin fumar recordar todos los consejos de la cuarta sesión. Ser especialmente cuidadosos con el estrés. Evitar al principio bebidas estimulantes como el café. Evitar el alcohol (disminuye el autocontrol). Beber 2 litros de agua o zumo de naranja, limón, pomelo (ayudan a eliminar la nicotina del cuerpo).
4. Dar información sobre laS Terapias Sustitutivas de Nicotina (parches, chicles, spray nasal, pastillas de nicotina) y Bupropion. La información debe ser lo suficientemente exhaustiva para que los asistentes al taller tengan los suficientes elementos de juicio para plantear la utilización de alguno de esos métodos de apoyo. Toda esa información va dirigida fundamentalmente a aquellas personas que no han conseguido dejar de fumar, subrayando el hecho que si bien en algunos casos es necesario recurrir a ellas, los éxitos a largo plazo se equiparan entre los que han usado TSN y los que no.
5. Finalmente pasamos el cuestionario de satisfacción. (**Anexo 5**)

## SEGUIMIENTO

Se realizará una llamada telefónica de seguimiento al mes y a los seis meses, cumplimentando el cuestionario del anexo 7.

**ANEXO 2****CUESTIONARIO SOBRE EL HÁBITO DE FUMAR**

*Por favor cumplimente este cuestionario. Sus datos son necesarios para ayudarle en su proceso de abandono del tabaco y realizar el seguimiento del taller. Muchas gracias por su colaboración.*

NOMBRE Y APELLIDOS \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Tfno \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**1. Sexo:**

Hombre

Mujer

**2. Nivel de estudios:**

Sin estudios

Primarios

BUP/COU/FP2/

Diplomado Universitario

Titulado Superior

**3. Profesión:** \_\_\_\_\_

**4. ¿Cuántos años lleva fumando?:** \_\_\_\_\_

**5. Indique el número de cigarrillos/puros/puritos diarios que fuma actualmente:**  
\_\_\_\_\_ Marca

**6. ¿Ha intentado dejar de fumar alguna vez?:**

SI

NO → [Pasar a la pregunta 10](#)

**7. Si ha respondido afirmativamente, ¿cuántas veces?:** \_\_\_\_\_

**8. ¿Cuánto tiempo máximo estuvo sin fumar?** \_\_\_\_\_

**9. ¿Qué método utilizó para dejarlo?** \_\_\_\_\_

**10. ¿Ha dejado de fumar en el transcurso del último año?:**

SI

NO

**11. ¿Cuál cree que fue el motivo fundamental por el que recayó la última vez?**  
**Marque sólo una opción:**

Crisis vital: divorcio, enfermedad, muerte, etc

- Estrés
- Engordar
- Celebración o acontecimiento festivo
- Depresión, aburrimiento
- Dificultades en el trabajo
- Premiarse en una situación agradable
- Tomar alcohol y/o drogas
- Estar en ambiente de fumadores/as
- Otro

12. ¿Fuma en el trabajo?.....

13. ¿Fuma en casa?.....Número de personas con las que convive que fuman:.....

14. ¿Fuma su pareja?.....

15. Alguna vez su médic@/enfermer@/farmacéutic@ le ha sugerido que debería dejar de fumar?:

	<u>Nunca</u>	<u>Alguna vez</u>	<u>Muchas veces</u>
Medic@	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermer@	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacéutic@	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. ¿Tiene alguna enfermedad que le influya para dejar de fumar? \_\_\_\_\_

11. Actualmente ¿desea dejar de fumar?:

- Totalmente     Bastante     Poco     Nada     No sé

12. En una escala de 0 (nada) a 10 (máximo), indique: ¿cuál es su deseo de dejar de fumar en este momento?: \_\_\_\_\_

13. Sus expectativas sobre este taller de deshabituación que va a realizar son:

- Muy buenas
- Buenas
- No sabe
- Malas
- Muy malas

A rellenar por el enfermero al final del taller

¿Cuál es su situación actual respecto al tabaco?

	HE REDUCIDO EL CONSUMO
	HE DEJADO DE FUMAR
	CONTINUÓ FUMANDO IGUAL QUE AL INICIO DEL PROGRAMA
	HE RECAÍDO

**ANEXO 3**  
**TEST DE FAGERSTRÖM**

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?

- Hasta 5 minutos (3)
- De 6 a 30 minutos (2)
- De 31 a 60 minutos (1)
- Más de 60 minutos (0)

¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?

- Si (1)
- No (0)

¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?

- El primero de la mañana (1)
- Cualquier otro (0)

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- Menos de 10 cigarrillos (0)
- Entre 11 y 20 cigarrillos (1)
- Entre 21 y 30 cigarrillos (2)
- 31 o más cigarrillos (3)

¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas de levantarse que durante el resto del día?

- Sí (1)
- No (0)

¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?

- Sí (1)
- No (0)

**Puntuaciones:**

**0-1: Dependencia muy baja**

**2-3: Dependencia baja**

**4-5: Dependencia moderada**

**6-7: Dependencia alta**

**8-10: Grado extremo de dependencia**



**ANEXO 4**  
**TEST DE RICHMOND**

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?  
0: No  
1: Sí
  
2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?  
Desde 0 en absoluto  
Hasta 3 muy seriamente
  
3. ¿Intentará dejar de fumar completamente en las dos próximas semanas?  
Desde 0 definitivamente: No  
Hasta 3 definitivamente: Sí
  
4. ¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de las próximos 6 meses sea un no fumador?  
Desde 0 definitivamente: No  
Hasta 3 definitivamente: Sí

**Puntuaciones:**  
**0-6: Motivación baja**  
**7-9: Motivación moderada**  
**10: Motivación alta**

## ANEXO 5

### CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Por favor, conteste a las siguientes preguntas, marcando con una cruz la alternativa que usted prefiera.

1.- ¿Cree que el programa le ha ayudado a dejar de fumar?

SI

NO

2.- ¿Qué aspectos del programa le han ayudado más?

	Ninguna ayuda	Poca ayuda	Moderada ayuda	Mucha ayuda
Los contenidos o información expuestas en las sesiones	1	2	3	4
Las habilidades o técnicas enseñadas	1	2	3	4
El material recibido	1	2	3	4
El/la terapeuta	1	2	3	4
Usted mismo	1	2	3	4
El grupo	1	2	3	4
Otros:	1	2	3	4

3.- ¿En qué medida este taller ha satisfecho sus necesidades?

Nada

Algo

Bastante

Mucho

Totalmente

4.- ¿Qué habilidades e instrucciones, recibidas en el taller, ha practicado con más frecuencia? (puede señalar más de una opción)

	REGISTRO DE CONSUMO
	GRÁFICA DE LOS NIVELES DE CONSUMO
	ESCRIBIR LAS RAZONES PARA DEJAR DE FUMAR
	DETERMINAR EL NÚMERO MÁXIMO DE CIGARRILLOS
	ESTRATEGIAS PARA NO FUMAR
	LISTADO DE ALTERNATIVAS AL TABACO
	NINGUNA DE LAS ANTERIORES

5.- ¿Qué es lo que más le ha gustado del curso?

6.- ¿Y lo que menos?

7.- Indique cualquier otro comentario o sugerencia que desee hacer sobre el programa.

8.- ¿Cuál es su situación actual respecto al tabaco?

	HE REDUCIDO EL CONSUMO
	ME MANTENGO ABSTINENTE
	CONTINUÓ FUMANDO IGUAL QUE AL INICIO DEL PROGRAMA
	HE RECAÍDO

**\* GRACIAS POR SU COLABORACIÓN \***

## ANEXO 6

### SEGUIMIENTO AL MES, A LOS 6, Y A LOS 12 MESES

Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Tlfno: \_\_\_\_\_ Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

1. ¿Actualmente fuma? Si  No  (Si no fuma pasar a pregunta 13)
2. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? \_\_\_\_\_ cigarrillos/día
3. ¿De qué marca? \_\_\_\_\_
4. ¿Dejó de fumar en algún momento en los últimos 6 meses? Si  No
5. ¿Qué causó la recaída?  
\_\_\_\_\_

- 
6. ¿Estaba tomando alcohol? Si  No
  7. ¿Estaba tomando café? Si  No
  8. ¿Cómo los consiguió?
    - Los compró  - Se los ofrecieron
    - Los pidió  - Los tenía guardados
    - Otra forma \_\_\_\_\_
  9. ¿Ha pensado en intentar dejar/volver a dejar de fumar? Si  No   
¿Cuándo? \_\_\_\_\_

#### NO FUMA

10. ¿Desde cuando no fuma? \_\_\_\_\_
11. ¿Ha fumado algún cigarrillo, incluso una sola calada,
  - en la últimas 24 horas Si  No  en los últimos 7 días Si  No
  - en el último mes Si  No
12. Indique en una escala de 0 (nada) a 10 (máximo) su confianza en mantenerse sin fumar: en los próximos 6 meses.....en los próximos 12 meses.....

#### A TODOS

13. ¿Se ayudó de algún sustituto de nicotina o medicamento (bupropion)?
14. En caso afirmativo ¿Cuál utilizó? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
15. ¿A sustituido el tabaco por un nuevo hábito y/u adicción? ¿Cuál?