



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**EFICACIA DEL TRATAMIENTO GRUPAL SOBRE EL
CONSUMO DE NICOTINA EN UNA POBLACIÓN CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Autor: Alfonso Caballero Laruelo

Tutora Profesional: María Cruz González Ruiz

Tutora Metodológica: María Cortés Rodríguez

Madrid
Mayo 2019

Alfonso
Caballero
Laruelo

**EFICACIA DEL TRATAMIENTO GRUPAL SOBRE EL CONSUMO DE NICOTINA EN
UNA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**



Resumen

El presente trabajo pretende estudiar la eficacia de una intervención grupal dirigida a reducir el consumo de tabaco en personas con discapacidad intelectual. El tratamiento se ha basado en la adaptación de otros programas destinados al abandono de tabaco para el resto de la población y se llevó a cabo con nueve usuarios de la Fundación A la Par, siete hombres y dos mujeres. La intervención tuvo una duración de cuatro meses consecutivos. Los resultados indican una reducción del consumo de nicotina en todos los participantes, tres de ellos incluso abandonaron el hábito. Además, se midieron también la ansiedad, la autodeterminación y el bienestar físico y emocional para comprobar si la calidad de vida mejora al mismo tiempo que se va reduciendo el consumo. Observando que las variables de autodeterminación y bienestar físico han obtenido puntuaciones significativas. A la luz de estos resultados, hay que continuar trabajando para construir adaptaciones centradas en la persona para mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: intervención, tabaco, discapacidad intelectual, ansiedad, autodeterminación, bienestar físico y bienestar emocional.

Abstract

The present study aims to study the efficacy of a group intervention to reduce the nicotine consumption in people with intellectual disability. The treatment is based on the adaptation of other programs aimed at the abandonment of tobacco for the rest of the population and it was carried out with nine users of the A la Par Foundation, seven men and two women. The intervention lasted four consecutive months. The results indicate a reduction in nicotine consumption in all participants, three of them even abandoned the habit. Furthermore, anxiety, self-determination, physical and emotional wellbeing were also measured to test if the quality of life improves at the same time that consumption decreases. Noting that the variables of self-determination and physical well-being have obtained significant scores. In light of these results, we must continue working to generate adaptations focused on the individual to improve their quality of life.

Key words: intervention, tobacco, intellectual disability, anxiety, self-determination, physical wellbeing and emotional wellbeing.

El objetivo de esta investigación es ayudar a las personas con discapacidad intelectual y adicción al tabaco a reducir y/o abandonar su consumo mediante una intervención grupal, basada en la motivación y en la formación en técnicas y estrategias para facilitar su consecución. A través de este estudio se obtendrá información sobre los resultados tanto en el consumo de nicotina, como en otras variables como son la ansiedad y tres dimensiones del constructo de calidad de vida.

En los últimos años, la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, AAIDD (antes AAMR), desde una perspectiva ecológica, ha desarrollado el constructo de Discapacidad Intelectual, recogiendo en su 11ª edición (2010) la siguiente definición: *“La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual, como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años”*. Esta definición se acompaña de cinco premisas que clarifican el concepto.

La primera premisa establece que las limitaciones en el funcionamiento presente se deben tener en cuenta en el marco de ambientes comunitarios representativos de las personas de igual edad y cultura. La segunda premisa establece que una evaluación válida tiene que tener en consideración la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en el nivel comunicativo y en las características conductuales, sensoriales y motoras. La tercera afirma que las limitaciones en las personas normalmente coexisten con capacidades. La cuarta premisa marca que una finalidad importante de la descripción de limitaciones, es la creación de un perfil de necesidades de apoyo. Finalmente, la quinta establece que si se prolongan los apoyos personalizados adecuados durante un largo periodo de tiempo, la calidad de vida de la persona con discapacidad intelectual, mejorará.

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, EDAD (INE, 2018), tal y como se cita en Verdugo y Navas (2017), en España, los datos estadísticos sobre prevalencia e incidencia de la discapacidad intelectual escasean y son cuestionables, siendo insuficientes las encuestas nacionales que recogen datos sobre la existencia o no de discapacidad intelectual en las personas, y menos aún, sobre su nivel de severidad. Atendiendo a los últimos datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2016), el número de personas con discapacidad asciende a 3.327.439, de las cuales 1.660.341 son hombres y 1.667.058 son mujeres y de todos ellos, 535.675 presentan discapacidad intelectual. El incremento del número de personas con discapacidad intelectual, en comparación con años anteriores, justifica la necesidad de aumentar el número de estudios en los que también se contemple el nivel de severidad de la Discapacidad Intelectual para poder establecer un mejor seguimiento y adaptar más eficazmente los apoyos.

En consecuencia, este trabajo se enmarca bajo un enfoque multidimensional del funcionamiento humano, que concibe la Discapacidad Intelectual como el equilibrio entre el contexto dónde la persona se desenvuelve, sus capacidades y los apoyos necesarios bajo una perspectiva biopsicosocial. La discapacidad intelectual es una interacción entre el funcionamiento humano y la presencia de esta discapacidad; esto es, la interacción recíproca y dinámica entre conducta adaptativa, salud, habilidad intelectual, participación, contexto y apoyos individualizados (AAIDD, 2010). En esta línea, según Shaclock y Verdugo (2007), el concepto de calidad de vida cobra fuerza. Los autores la definen como: *Un estado deseado de bienestar personal que es multidimensional; tiene propiedades éticas universales y culturales, elementos objetivos y subjetivos y, se ve influida por aspectos personales y ambientales*. Además, la calidad de vida mejora a través de la autodeterminación, de un propósito de vida, de un sentido de pertenencia y de los recursos. Finalmente, el concepto de calidad de vida ha de basarse en la evidencia para poder llevar a cabo su aplicación.

La utilidad del concepto de calidad de vida se relaciona con un conjunto de valores postmaterialistas que influyen en la prestación de servicios vinculados con la Discapacidad Intelectual. Entre estos valores se encuentran: (a) la emergencia de principios conectados con la igualdad, la libertad personal y la autorrealización; (b) un énfasis en las relaciones y en la sostenibilidad ecológica; (c) el aumento del individualismo responsable y de la integración de la responsabilidad con el diseño del futuro social y personal (SAID, 2010).

Con respecto a la Salud de las personas con discapacidad intelectual, en comparación con el resto de la población, los niños con discapacidad intelectual están expuestos a padecer problemas de salud con mayor probabilidad. Los cuadros clínicos más prevalentes son: epilepsia (22%), parálisis cerebral (20%), trastornos de ansiedad (17%), trastorno negativista desafiante (12%) y trastornos del espectro autista (10%), Oeseburg et al. (2011), citado en Ke y Liu (2017). Estos autores destacan que los problemas de conducta, como la inquietud, la impulsividad y la baja concentración son los más frecuentes, el 5-10% de este colectivo padece problemas visuales y auditivos. Los autores establecen que los individuos con un funcionamiento intelectual límite son el 7% de la población y suelen tener más dificultades debido a que, por su capacidad cognitiva limitada, presentan una mayor vulnerabilidad frente a eventos estresantes y tienen más posibilidades de desarrollar un trastorno psiquiátrico.

Los autores destacan que en los individuos con discapacidad intelectual ligera, aunque su capacidad de análisis, síntesis y uso de conceptos abstractos esté afectada, pueden comunicarse, aprender habilidades básicas e incluso leer y calcular. Son capaces de cuidar de sí mismos y de realizar trabajos de especialización media, aunque generalmente requieran algún apoyo. (Ke y

Liu, 2017). A pesar de esto, este colectivo está sujeto a casi las mismas presiones sociales que el resto de la población.

Martinez-Leal et al. (2011) encontraron que aunque el consumo de tabaco y el de alcohol sean menos frecuente en el colectivo con discapacidad intelectual que en el resto de la población, las personas con discapacidad intelectual no están incluidas en programas de promoción y prevención de la salud, teniendo así un número más alto de ingresos hospitalarios aunque acudan menos veces a los servicios de urgencia, por lo que el gasto sanitario se incrementa. En esta línea, Van Schrojenstein, Matsemakersa, Havemanb y Creboldera (2000) establecen que la probabilidad de sufrir complicaciones de salud en la población con discapacidad intelectual es hasta 2.5 veces mayor y asciende a 3.5 para problemas psicológicos y neurológicos. Según los autores, puede ser debido a los déficits sensoriales, de comunicación o al grado de introspección de esta población, lo que dificulta a los profesionales un diagnóstico correcto y llevar a cabo un tratamiento apropiado para trastornos y enfermedades. Los autores también señalan otras razones, entre las que encontramos el sedentarismo, la falta de información, hábitos de alimentación inadecuados o el propio uso de la medicación. Por ejemplo, los anticonvulsivos o la medicación psicotrópica pueden causar una estimulación del apetito y obesidad, sin embargo, existen investigaciones como la de Tracy y Hosken (1997) donde encontraron que los individuos con discapacidad intelectual moderada tenían ratios mayores de tabaquismo comparados con el resto de la población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que el tabaco acaba con la vida de más de siete millones de personas cada año, de los que, más de seis millones son consumidores de tabaco y aproximadamente un millón de personas son fumadores pasivos, siendo una de las principales causas de muerte, enfermedad o discapacidad evitable. En consecuencia, podemos afirmar que actualmente es una de las grandes amenazas para la salud pública.

Con el fin de agrupar todos los problemas de salud que ocasiona, pueden clasificarse en tres entidades patológicas: enfermedades respiratorias, cardiovasculares y numerosos tipos de cáncer. Los consumidores que mueren de forma prematura privan a sus familias de ingresos económicos, aumentan el costo de la atención sanitaria y entorpecen el desarrollo económico de la sociedad.

Chapman y Wu (2012) afirman que aunque la prevalencia del uso de alcohol y drogas es baja en esta población, el riesgo de padecer problemas de adicción de sustancias es más alto en personas con discapacidad intelectual. En comparación con adictos del resto de la población, las personas con discapacidad intelectual tienen menos probabilidades de recibir tratamiento o de permanecer en él. Los autores señalaban que puede ser debido a aspectos como la dificultad con el transporte, su menor funcionamiento intelectual o su falta de motivación para acudir y permanecer en tratamiento.

En el estudio de esta adicción, quedan identificados diversos factores de riesgo asociados con el inicio y el mantenimiento de la conducta de fumar, se distinguen elementos individuales, como son baja autoestima, ansiedad, depresión y situaciones de afecto negativo; condicionantes sociales, como por ejemplo, grupos de iguales y su influencia y actitud frente al tabaco; elementos familiares, entre los cuales están la exposición y consumo en la familia, actitud permisiva por parte de los padres; en el entorno escolar, el bajo rendimiento y absentismo; y factores ambientales, como son la disponibilidad y la publicidad (Rosales, 2018).

Según estudios sobre el estrés laboral, crónico o burnout (Maslach, Shaufeli y Leiter, 2001; Peiró, González- Romá, Tordera y Mañas, 2001; Yela, 1996) citados en Jenaro, Flores, Caballo, Arias y De Elena (2007) se pone de manifiesto que los factores fisiológicos, psicológicos, sociales y organizacionales provocan en los individuos alteraciones emocionales y conductuales que inciden en sus patrones de alimentación, abuso de tabaco y alcohol, trastornos del sueño, del ánimo e insatisfacción laboral entre otros. Por otro lado, en base a los estudios de Emerson y Turnbull, (2005) y Taggart et al. (2006), citados en Caton et al. (2013) concluyeron que fumar y beber está asociado a ser varón, joven, encontrarse en niveles de pobreza, vivir independizados de la familia, la salud mental de los padres y la adolescencia. En esta línea, Chapman et al. (2012) recogen en su estudio que, a nivel internacional, las variables que influyen en fumar son: la presión social (especialmente en las personas con discapacidad intelectual moderada que conviven con un fumador o, que viven en un área poco restrictiva), ser varón, la pobreza, pautas de crianza poco castigadoras, el nivel de estrés del cuidador y el uso estrategias inadecuadas en el manejo del estrés. Atendiendo a la investigación de Caton et al. (2013), los participantes del estudio referían que una de las razones más importantes para no fumar, giraba en torno a la salud, valorando aspectos importantes como son el uso de la medicación, el bienestar y la moderación. Un bienestar entendido como causa y efecto de una mejor salud, así como la felicidad y la integración social y respecto a la moderación, conseguir ser capaces de identificar conductas saludables, diferenciando y moderando las perjudiciales. Cabe señalar que respecto a la moderación, los comentarios giraban en torno al tabaco, el alcohol y la dieta. Identificaron también que el apoyo por parte de los cuidadores era un factor que facilita alcanzar una vida sana, ayudando a reducir el consumo de tabaco y ofreciendo actividades alternativas como ponerse en forma y comer sano entre otras.

Kerr, Lawrence, Darbyshire, Middleton y Fitzsimmons (2013) revisaron las intervenciones realizadas en el ámbito de la reducción del consumo, identificando nueve que cumplían los criterios de inclusión. En Reino Unido, E.E.U.U. y Australia, cuatro intervenciones estuvieron focalizadas en el tabaquismo, tres en alcohol y dos en ambas adicciones. El objetivo de las intervenciones era aumentar el conocimiento y/o cambiar el comportamiento, animando a abandonar el consumo. En este sentido, hallaron que la calidad de la metodología empleada era

limitada o moderada, las intervenciones eran impartidas por un profesional de la salud en sesiones que oscilaban de tres semanas a un año, utilizando contenidos adaptados aunque la mayoría no disponía de un marco teórico adecuado, como por ejemplo, las teorías del cambio conductual. Por lo tanto, existe una escasez notable de estudios sobre esta población y, como resultado, los datos que se localizan no son sistemáticamente similares entre las investigaciones realizadas. A esto se añade la falta de recursos especializados. En definitiva, hay una necesidad importante de probar la efectividad de intervenciones a gran escala, bien diseñadas y asegurar que la medición de los resultados se ajusta apropiadamente a este grupo de personas.

Para finalizar, Tracy y Hosken (1997) realizaron un curso formativo de reducción del tabaquismo para personas con discapacidad intelectual, encontrando que la mayoría de los participantes decidía abandonar el consumo al finalizar el curso. Todos los participantes dejaron de fumar al menos durante un día durante el curso, tres de once dejaron de fumar al final del curso y nueve de once expresaron su deseo de abandonar el tabaco.

En este sentido, después de la intervención que se plantea en este trabajo, además de la reducción en el consumo de nicotina, también se espera una mejora en las dimensiones de autodeterminación, bienestar físico, bienestar emocional y la reducción de la ansiedad. Se tomaron mediciones de estas variables con el fin de evaluar las dimensiones a lo largo del tiempo antes y después de la intervención grupal. Este tratamiento, pone en marcha un sistema de apoyos centrados en la persona mediante habilidades y herramientas cognitivas, conductuales y emocionales, incentivos, modificación del entorno físico, conocimientos y la capacidad inherente de cada individuo. De este modo, son los usuarios los que identifican sus resultados y los objetivos personales, convirtiéndose en participantes clave en la investigación-acción participativa.

El concepto de autodeterminación se traduce en el derecho de las personas a ser agentes protagonistas de sus propias vidas. Según Peralta (2014) son las actividades y habilidades que, con las ayudas necesarias, necesita una persona para actuar con autonomía en los acontecimientos importantes de su vida facilitan la autodeterminación. Es un concepto frecuentemente poco definido, multidimensional y complejo, sin embargo podemos encontrar elementos comunes en diferentes enfoques que ayuden a clarificarlo. En primer lugar, al ser una variable continua, es una meta realizable para todas las personas en mayor o menor medida. Surge de la interacción entre la oportunidad del contexto y los atributos internos. En esta línea, al intervenir, es importante modificar tanto el entorno como las capacidades y déficits de la persona. Es una variable que aunque esté presente durante toda la existencia, cobra más importancia en la etapa de transición a la vida adulta. Cabe mencionar que se adquiere y se ejerce en diferentes contextos, entre los cuales, el familiar tiene especial importancia debido a que sus miembros son modelos y apoyos para la autodeterminación. En este sentido, abandonar un hábito tan nocivo como es el consumo

de tabaco, aumentaría los niveles de autodeterminación. Al incrementar la sensación de capacitación, habrá más probabilidades de alcanzar una mayor autonomía y participación en la comunidad.

Por otro lado, según Domingez (2015) y Verdugo, Arias, Gómez y Schalock (2009), el bienestar físico se relaciona con el estado de salud y su conservación, los hábitos saludables de higiene, alimentación y sueño y, en mayor medida, con el autocuidado. Incluye los indicadores de atención sanitaria, salud y sus alteraciones, sueño, actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas y alimentación. Mientras que el bienestar emocional se refiere por un lado al estado anímico de la persona, caracterizado por la seguridad, satisfacción personal y la estabilidad, y por otro, a la tranquilidad que experimenta la persona, sin agobios o sin nerviosismo. Entre los indicadores que lo componen, se encuentran la satisfacción, el autoconcepto y la ausencia de estrés o sentimientos negativos. Estos factores, según los mismos autores, forman parte del concepto multidimensional de calidad de vida que se ve influida por factores personales, ambientales y la interacción entre ambos, pudiendo incrementarse a través de recursos, inclusión, metas vitales y una mayor autodeterminación. En este sentido, estas dimensiones del concepto de calidad de vida serán el medio a través del cual se desarrollarán ciertas estrategias que fomenten su mejora.

Respecto a la ansiedad, no se han encontrado datos sobre su prevalencia en población con discapacidad intelectual. Sin embargo, debido a diferentes factores biológicos (estructuras como el córtex prefrontal, sistema límbico o cerebelo), o factores sociales (distorsiones cognitivas hacia eventos externos), esta población es más vulnerable frente a los eventos estresantes y traumáticos por lo que tienen más probabilidades de padecer este tipo de trastornos (Peña, 2018 y Szymanski 2002). Por otro lado, Verhoeven y Tuinier (1997), citados en Peña, (2018), observaron que a menudo existe un frecuente infradiagnóstico de los trastornos de ansiedad en esta población, aspecto que es una causa frecuente de los trastornos de conducta. Johnson et. al.(2000) identificaron en una muestra de jóvenes (N=688) del estado de Nueva York, una relación entre fumar veinte o más cigarrillos al día durante la adolescencia con el padecimiento de distintos trastornos de ansiedad en la adultez temprana, como son la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico entre otros. Concluyeron que un consumo alto durante el período de adolescencia se asocia al aumento de la probabilidad de sufrir un trastorno de ansiedad en la vida adulta.

Parrot (1999) encontró la relación entre fumar y el estrés, concluyendo que los fumadores estaban más estresados que los no fumadores, concretando que cuando los fumadores abandonaron la adicción, fue disminuyendo, con el tiempo, su nivel de estrés. Al dejar el hábito de fumar, suele incrementarse el estrés, pero en el transcurso de varias semanas desciende a

niveles normales conforme transcurre el tiempo de abstinencia. Estos datos indican que reducir o dejar de fumar es posible en esta población y que cuando la promoción de la salud se hace accesible a esta población, se consigue reducir sus niveles de consumo de tabaco (Lennox, 2002).

En este sentido y en relación al concepto de apoyos, SAID (2010), describen como los apoyos individualizados fomentan una mayor calidad de vida y mejoran el funcionamiento humano. Los autores los definen como, “*Recursos y estrategias que pretenden promover el desarrollo, educación, intereses, bienestar personal del individuo y mejorar el funcionamiento humano*”. En esta línea, un sistema de apoyo se define como. “*El uso planificado e integrado de estrategias y recursos de apoyos individualizados que incluyan múltiples aspectos del funcionamiento humano en múltiples entornos*”.

Según los autores, la mejora de resultados personales en cuanto al concepto de calidad de vida se centra en la validación de las dimensiones centrales del concepto, entre las que encontramos: relaciones interpersonales, inclusión social, derechos, desarrollo personal, autodeterminación, bienestar emocional, bienestar físico y material. En consecuencia, el referente para dichos resultados personales es el cambio en aquellas dimensiones evaluadas en el individuo a lo largo del tiempo. Actualmente se está comenzando a considerar el efecto de diversas estrategias de intervención para la mejora de elementos específicos de la calidad de vida. Entre las cuales: (a) la autodeterminación, a través de escoger metas personales, tomar decisiones e involucrarse personalmente en las tareas; (b) el bienestar emocional, mejorado a través de un entorno seguro y predecible, feedbacks positivos y desarrollo de mecanismos de autoidentificación; (c) el bienestar físico, a través de programas de promoción de la salud, la actividad física y una nutrición adecuada.

Por lo general, a la hora de intervenir, el objetivo prioriza la minimización de los síntomas y la reducción de los riesgos a través del entrenamiento en facultades necesarias para la vida diaria, aportando una mejora en la calidad de vida y prestando los apoyos necesarios (Ke y Liu, 2017).

Según Novell (2014) en las personas con discapacidad intelectual es frecuente encontrar equivalencias entre manifestaciones conductuales, estados de ansiedad y quejas somáticas. Esto se debe a que estas personas pueden presentar dificultades a la hora de entender y explicar cómo se sienten. En ocasiones carecen de la capacidad cognitiva requerida para poder discriminar entre estados ansiógenos y expresiones conductuales equivalentes, se identifican manifestaciones similares al resto de la población, entre ellas, sudores, temblores, apariencias de temores, etc. El autor expone que los trastornos de ansiedad son probablemente frecuentes entre personas adultas con discapacidad intelectual, sin embargo, es común que no se les diagnostique ni se les ofrezca tratamiento.

En este sentido, este autor afirma que los tratamientos dependerán de sus habilidades cognitivas y comunicativas. Por ejemplo, entre los tratamientos para la ansiedad generalizada se incluye el uso de la farmacología y formas de terapia psicológica más específicas basadas en procedimientos cognitivo conductuales. La intervención podría organizarse en tres bloques: ayudar al paciente a identificar los factores generadores de ansiedad, sustituir dichos factores, como pensamientos o preocupaciones, por otros más adaptativos y la posterior reevaluación de las mismas con su aplicación en la realidad.

Novell (2014) añade que los métodos han de adaptarse a las necesidades individuales de las personas con discapacidad intelectual. Así mismo, es esencial la participación de la familia y de los profesionales de referencia. La red de apoyos disponibles y la simplificación de las técnicas cognitivas y conductuales, como el entrenamiento en solución de problemas o la parada de pensamiento, son importantes de cara a formular un tratamiento integral. El esquema a seguir sería similar comenzando por psicoeducar sobre el problema, a continuación ajustando el entorno para reducir el estrés y enseñando habilidades, tanto cognitivas como conductuales, siendo muy utilizado el rol-playing. El entrenamiento en relajación también es recomendable usarlo en paralelo y a lo largo de la intervención y el control de contingencias, como evitar estímulos estresores o favorecer la presencia de reforzadores positivos. Finalmente, el tratamiento farmacológico también ha mostrado su eficacia para el tratamiento de trastornos de ansiedad.

Respecto al tratamiento anti-tabaco, el presente trabajo se basó en estudios como los de Becoña, Palomares y García (1994), Moreno, Herrero y Rivero (2003), Becoña y Martín (2004), Becoña (2007) y L.C. Sobell y Sobell (2016). Muchos programas preventivos y de intervención se basan en el modelo de influencia social que diferencia dos tipos de programas, los basados en la enseñanza de habilidades de resistencia y los de entrenamiento de habilidades sociales. En la actualidad ambos tratamientos se combinan para optimizar su eficacia. Es común encontrar una estructura basada en aportar en primer lugar información sobre el tabaco, sus consecuencias y los factores relacionados con el comienzo y mantenimiento del hábito. Así mismo, se trabaja por dar luz e identificar los factores de riesgo y de protección a nivel grupal e individual, así como el entrenamiento en habilidades de fortaleza y rechazo de cigarrillos, el entrenamiento en habilidades de la vida diaria, como son la asertividad general y relacional, la toma de decisiones, la escucha activa, el entrenamiento en resolución de problemas, etcétera. Promueven estilos de vida más saludables, con una nutrición más equilibrada, actividad física y la implicación de las redes de apoyo como son amigos y familiares.

Estos programas son más efectivos utilizando materiales atractivos, didácticos, de uso fácil y adaptado a los receptores y a su medio. El lenguaje, la forma, los contenidos, las actividades, todo ha de estar adaptado a los participantes para no dificultar el proceso de cambio.

La intervención que aquí se presenta se apoya en los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente (1983) para estructurar las fases y técnicas y conseguir el abandono del consumo y su mantenimiento a lo largo del tiempo. Por ello, la primera fase de la intervención consiste en dirigir a los participantes a los estadios de preparación para la acción y al de acción. En la última fase se trabaja en consolidar lo aprendido para que los participantes consigan entrar en el estadio de mantenimiento, permaneciendo abstinentes durante el máximo tiempo posible. Es importante señalar qué técnicas se ponen en marcha para conseguir el abandono del consumo, y qué técnicas se descartan. Moreno, Herrero y Rivero (2003) exponen técnicas como la de fumar rápido de Lichtenstein, Harris, Birchler, Wahl y Schmahl (1973), que consiste en que los sujetos inhalen del cigarro sin detenerse cada seis segundos durante diez minutos; la técnica de saciación de Resnick (1968), en la que se les pide a los pacientes que aumenten el consumo en un 200-300% durante unos días, o la técnica de retener el humo. Presentan riesgos como son los efectos cardiovasculares nocivos, la absorción excesiva de nicotina, la modificación de la tasa cardíaca y de la presión sanguínea. La aplicación de estas técnicas hace necesario incluir un reconocimiento médico y asumir riesgos para la salud que son perfectamente evitables. Por estas razones, no se aplican este tipo de técnicas en la intervención aquí presentada.

Sin embargo, hay una técnica para reducir el consumo de nicotina progresivamente que evita estos inconvenientes. Becoña (1992) ya encontró en su revisión un promedio de eficacia del 34% al cabo de un año en la técnica de Reducción Gradual de la Ingesta de Nicotina y Alquitrán (RGINA). La eficacia aumentaba al incluir esta técnica en programas multicomponentes. La técnica RGINA no presenta contraindicaciones médicas y es aplicable a todos los individuos. Al no ser aversiva, reduce los abandonos terapéuticos y, aunque no se consiga el abandono, sí se consigue reducir la nocividad de la adicción al cambiar el fumador a una marca de tabaco con menos contenido en nicotina y alquitrán.

En línea con los anteriores párrafos, se exponen las técnicas más usadas en este tipo de intervenciones, que han sido adaptadas a la población a la que están dirigidas.

- Control de estímulos. Consiste en dejar de fumar mediante la ruptura de la asociación entre los estímulos discriminativos, internos y externos y la respuesta de fumar para que el hábito pierda fuerza y desaparezca. En este sentido, se ha adaptado preguntando a los participantes por las situaciones en las que fuman y, a partir de ahí, se les propone ir reduciendo esas situaciones paulatinamente hasta que, por ejemplo, solo fumen en una situación concreta y no reforzante, como “el rincón de fumar”.
- Contratos de contingencia. En lugar de hacer un contrato y un depósito de dinero, esta técnica se adaptó como algo simbólico respecto a ellos mismos y con el premio que les gustaría darse al conseguir el abandono.

Con el fin de prevenir recaídas se adaptaron y pusieron en marcha la siguiente serie de técnicas:

- Estrategias específicas de intervención, diseñadas individualmente para que los participantes reconozcan y afronten situaciones de riesgo, tanto internas como externas. Técnicas como el role-playing son muy beneficiosas para adquirir y generalizar conductas en otros contextos.
- Estrategias de autocontrol, como por ejemplo, el uso de tarjetas recordatorio y una serie de reglas para controlar y cambiar la forma de fumar. Por ejemplo fumar hasta la mitad del cigarro si habitualmente se dejaban un tercio, o realizar inhalaciones más suaves.
- Entrenamiento en habilidades, sumando e integrando estrategias para utilizar habilidades sociales, como la asertividad mediante la técnica “sándwich”, con la que la persona ante un ofrecimiento de tabaco, responde con un refuerzo positivo, rechaza la oferta y finaliza la interacción con otro refuerzo positivo. Otras estrategias consisten en un entrenamiento en relajación, como la respiración profunda o diafragmática, o un entrenamiento en resolución de problemas, focalizado en las situaciones que ellos lleven a sesión.
- Reestructuración cognitiva, mediante técnicas como la detección del pensamiento o distracción, el uso de diálogos y debates para modificar ideas desadaptativas sobre la naturaleza del proceso de cambio, por ejemplo, a través de la técnica de la doble columna en la que en una columna se describe la conducta, fumar en este caso, y en la otra todas las alternativas posibles a esa conducta. Por otro lado, también se trabaja para cambiar las creencias sobre la capacidad de control de impulsos “irrefrenables” y sobre las consecuencias de una posible recaída, entendiéndola como un aprendizaje, no como un fracaso.
- Reequilibrio en el estilo de vida, incluyendo técnicas para promover estilos de vida más saludables, así como conductas y hábitos incompatibles con el consumo de tabaco, aumentando la tasa de reforzadores que tienen en sus rutinas diarias. Hay que tener en cuenta que la aplicación de estas técnicas se verá afectada por la existencia y la coordinación de los recursos sociales.

Para finalizar, se ha preferido un encuadre grupal frente al individual por ser un formato más económico, que incluye a más individuos y promueve un trabajo y una reflexión relacional en base a un ajuste de necesidades. Sin embargo, L.C. Sobell, Sobell y Agrawal (2009) realizaron una intervención para consumidores de alcohol y drogas, que se presentaron de forma voluntaria, en la que compararon un tratamiento grupal con uno individual y, aunque todos redujeron significativamente el consumo, no influyó el tipo de terapia recibida. Este dato puede indicar que, mientras los sujetos estén dispuestos a abandonar su adicción de forma voluntaria, se beneficiarán de una intervención diseñada para cubrir sus necesidades.

Objetivo e hipótesis principal

El objetivo principal de este trabajo es verificar la eficacia de una intervención específica en grupo para la reducción del consumo de nicotina en una población con discapacidad intelectual. La hipótesis planteada es que, en base a una adaptación de técnicas para dejar de fumar destinadas a la población general, la población con discapacidad intelectual también logrará una reducción o incluso el abandono del hábito tabáquico.

Objetivos e hipótesis secundarios

A propósito del apartado anterior, se incluyeron los siguientes objetivos específicos para el grupo de participantes en la intervención:

- Aumentar el bienestar emocional y físico.
- Aumentar la autodeterminación.
- Reducir la ansiedad.

Respecto a las hipótesis secundarias:

- En qué medida la intervención grupal contribuye a la reducción del consumo de nicotina, al aumento de las dimensiones seleccionadas de calidad de vida y a una reducción de la ansiedad.

En conclusión, estos objetivos surgen de la necesidad de promover estilos de vida más saludables y aportar los recursos necesarios para compensar la falta de participación de esta población en programas de prevención y promoción de la salud.

Método

Participantes

Descripción de la muestra

En lo que respecta a los participantes, se dirigió a todo tipo de fumadores con discapacidad intelectual. Los usuarios fueron un grupo de adultos con un cociente intelectual en un rango entre 60-85 puntos en la escala de Inteligencia de Weschler para adultos (WAIS-IV, 2012). Estas personas con discapacidad intelectual leve/ligera, eran autónomas para realizar la mayoría de actividades de la vida diaria (AVD) pero necesitaban el apoyo de la supervisión y requerían ayuda para la toma de ciertas decisiones. Participaron un total de nueve personas, siendo siete hombres y dos mujeres con una media de edad de cuarenta y cuatro años. Ningún participante era totalmente independiente, algunos vivían en pisos tutelados y otros con familiares. Es importante señalar que el muestreo no fue aleatorio, fue la Fundación A la Par la que se encargó de la selección de los participantes entre los voluntarios que se presentaron. Los profesionales de la Fundación a la Par comprueban que los participantes cumplen los criterios de inclusión y dan el visto bueno a su participación.

Abordaje e implicaciones de su participación

Cada participante fue responsable de decidir si estaba dispuesto a realizar el esfuerzo que supondría el Programa. En consecuencia, el grupo estuvo formado por personas motivadas para el cambio. Por lo tanto, la muestra se conformó solo por nueve usuarios de la Fundación A la Par, debido a que un número mayor de participantes podría entorpecer el proceso del tratamiento y las dinámicas de las sesiones. Criterios de exclusión:

- No estar dispuesto a reducir/abandonar el consumo.
- No encontrarse en el rango de Discapacidad Intelectual ligera, considerando que por debajo de esa puntuación el usuario no sería capaz de adherirse al tratamiento.
- No tener Discapacidad Intelectual.

Criterios de inclusión:

- Ser fumador.
- Encontrarse en un rango de Cociente Intelectual entre 60-85 puntos en la escala de Inteligencia de Weschler para adultos (WAIS-IV, 2012). No debían tener la capacidad de obrar legalmente modificada.
- Tener voluntad de participar en un programa de reducción del consumo de nicotina.

Una vez seleccionados los participantes, los miembros de la Fundación se pusieron en contacto con ellos para dar unas primeras nociones básicas sobre el proceso que se llevará a cabo a lo largo del tratamiento, explicándoles en qué consistía el programa y asegurándose en todo momento de su completa comprensión por parte de los usuarios. Se facilitó un consentimiento informado, véase *Anexo I* con el fin de corroborar su intención y comprensión de participar en el programa y antes del inicio del el tratamiento. Se realizaron una serie de evaluaciones al principio de la investigación mediante los instrumentos que pueden consultarse en el *Anexo II*.

Finalmente, el tratamiento y el programa fueron revisados por el Comité de Ética de la Fundación A la Par, que está formado por trabajadores del Centro, los usuarios y sus familias. Después de evaluar el programa dieron su visto bueno y accedieron a su puesta en marcha.

Instrumentos

Los cuestionarios seleccionados para llevar a cabo este estudio son:

- Escala de Ansiedad de Glasgow para personas con discapacidad intelectual (Glasgow Anxiety Scale for people with an Intellectual Disability (GAS-ID), Mindham y Espie, 2003).
 - Se trata de una escala de 27 ítems que evalúa preocupaciones, miedos específicos y síntomas fisiológicos. Posee una buena fiabilidad test-retest ($r = .93$) y adecuada consistencia interna ($r = .96$).
 - En estos momentos se está validando la escala para la población española bajo la financiación de FIS. En este sentido, la Fundación A la Par me concedió el permiso para poder aplicarla.

- Escala GENCAT (M. Á. Verdugo, Arias, Gómez, & Schalock, 2010).

La construcción y validación de la Escala GENCAT, cuyo coeficiente de consistencia interna es el de .916 se ha llevado a cabo a partir del modelo multidimensional propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003). La escala proporciona puntuaciones válidas y fiables para las ocho dimensiones ('Bienestar material', 'Bienestar emocional', 'Bienestar físico', 'Inclusión social', 'Autodeterminación', 'Desarrollo personal', 'Relaciones Interpersonales' y 'Derechos'), así como un índice global de calidad de vida. Para la intervención se utilizaron las siguientes dimensiones con sus índices de consistencia interna:

- Bienestar emocional: .83
- Bienestar físico: .47
- Autodeterminación: .88

Al final de este documento, en el *Anexo II*, se incluye la selección de dimensiones: Bienestar emocional, bienestar físico y autodeterminación.

– Test de Fagerström (Sancho, 2014)

Se trata de un Test conformado por 6 ítems que miden la dependencia a la nicotina. La fiabilidad o índice de concordancia interobservador es:

- Fagerström original: .96
- Fagerström modificado: .97

Para esta intervención se utilizó el cuestionario modificado debido a que presenta un mayor índice de fiabilidad. Los ítems modificados fueron el número 3 “¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?” Por la alternativa: “De todos los cigarrillos que consume a lo largo del día, ¿Cuál es el que más necesita?” y el ítem número 5 “¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?” por la alternativa: “Después de consumir el primer cigarrillo del día, ¿fuma rápidamente algunos más?”

– Autorregistros

Con el fin de poder establecer una línea base del consumo de cigarrillos, se encargó la cumplimentación de un autorregistro. Uno de ellos fue más sencillo y era una tarea de carácter comprobatorio, si el resultado era positivo, realizaban otro autorregistro más elaborado. El objetivo de este instrumento era poder establecer una línea base para reducir progresivamente el número de cigarrillos y comprobar el ritmo de mejora de cara al posible abandono.

Diseño

- Variable Dependiente principal: Consumo de tabaco

-Otras: Ansiedad, bienestar emocional, bienestar físico, autodeterminación.

- Variable Independiente: Tratamiento grupal para la reducción de nicotina.

La intervención que se presenta consiste en un programa multicomponente, en grupo y flexible que consta de tres fases principales: motivación, abandono y mantenimiento. Está basado en la adaptación de programas destinados a la población general, entre los cuales: Tabaco. Prevención y Tratamiento (Becoña, 2006), Tabaco y Salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo (Becoña, Palomares y García, 1994), Tabaquismo. Programa para dejar de fumar (Moreno, Herrero y Rivero, 2003), Manual de Intervención en Drogodependencias (Becoña y Martín, 2004), Terapia de grupo para los trastornos por consumo de sustancias (Carter y Sobell,

2016) y el Programa para dejar de fumar (Becoña, 2007) que, a diferencia de los otros, es un manual para el propio interesado de acuerdo con las instrucciones y tareas expuestas.

La estructura de los programas consultados es similar: son de una duración de aproximadamente cinco o siete semanas y comienzan proporcionando información acerca del tabaco, sus consecuencias, (datos de consumo, repercusiones sanitarias...) y modelos sobre cómo se produce la adicción. A continuación se plantea una fase motivacional en la que, después de haber recibido información sobre la adicción y el tabaco, se exponen los beneficios que se obtienen al abandonar el consumo, indagando en los antecedentes y consecuentes de la conducta de fumar, incluyendo autorregistros y estableciendo unas reglas para controlar la reducción de la dependencia fisiológica a la nicotina.

La primera unidad consistió en motivar y preparar a los usuarios frente al abandono. En la segunda se comenzó la reducción de nicotina, a la vez que se proporcionó un entrenamiento en habilidades que fomenten la autoeficacia y la prevención de respuesta. En la última unidad, se consolidaron los conocimientos aprendidos, dotando de estrategias para prevenir recaídas y mantener la abstinencia. Finalmente, hubo una última sesión tres meses después de acabar el tratamiento, en la cual, el objetivo fue realizar un repaso y un seguimiento del aprendizaje realizado hasta el momento. A continuación, se muestra un breve calendario de las sesiones (Ver Tabla 1).

Tabla 1. *Calendario resumen de las sesiones y sus objetivos correspondientes.*

FASES Y SESIONES	OBJETIVOS
Fase 1	
Motivación/Preparación (Sesiones 1, 2, 3 y 4). Del 15 de Octubre al 5 de Noviembre	Incrementar la motivación
Fase 2	
Abandono (Sesiones 5, 6 y 7). Del 12 de Noviembre al 26 de Noviembre	Eliminar la conducta de fumar
Fase 3	
Mantenimiento (Sesiones 8 y 9) Del 3 de Diciembre al 17 de Diciembre	Mantener los hábitos saludables y prevenir recaídas
Fase 4	
Seguimiento (Sesión 10) El 18 de Febrero	Repaso y seguimiento

En líneas generales, siempre se trabajaba para que los usuarios encontraran sus propias estrategias con el fin de que lo que eligieran hacer fuese lo más beneficioso posible. El tratamiento ofreció pautas y ejemplos, pero la dinámica trataba de reforzar los recursos que tienen las personas y minimizar los déficits.

Del mismo modo, para que los participantes tuviesen la sensación de ganancia cada semana, se les otorgó al finalizar la sesión, material explicativo de lo que se había trabajado ese día y, si era pertinente, una sencilla tarea que promovía la búsqueda de beneficios, razones o estrategias que les pudieran ayudar en este proceso. Adjunto en el apartado de *Anexo III* algunos ejemplos del material y los deberes que se les entregaba en el transcurso de las sesiones.

Como ya se mencionó anteriormente, debido a las características de esta población no se pusieron en marcha técnicas aversivas. Estas técnicas, como la técnica de fumar rápido de o la de saciación, consisten en incrementar aspectos desagradables que produce fumar, o reducir los aspectos positivos de dicha conducta. Hay que tener en cuenta las consecuencias para la salud de estas técnicas y el hecho de que, aunque haya buenos resultados al final de la intervención, a largo plazo, descenderían (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Una vez realizado el programa, se realizó un estudio PRE-POST ANOVA de Medidas Repetidas de los resultados, con el fin de constatar si hubo una reducción en el consumo de nicotina, estableciendo una correlación entre la aplicación de las técnicas que conforman el tratamiento con la reducción nicotínica. Hubo un primer momento de recogida de información antes de realizar el tratamiento, otro al finalizarlo y, tres meses después de su conclusión, se procedió a la tercera recogida de datos para su posterior análisis. El Programa fue llevado a cabo por el investigador junto con el personal de la fundación (educadores) como administradores de la Escala GENCAT.

Resultados

Resultados cuantitativos

Los resultados obtenidos en los análisis estadísticos, en formato de tabla, presentan las diferencias encontradas en las medidas recogidas en tres momentos diferentes. El objetivo era comprobar si había diferencias en ellas, a lo largo del tiempo, después de haber recibido una intervención.

Tabla 2. ANOVA DE MEDIDAS REPETIDAS

	F (2, 16)	p
Nicotina	7.057	.006
Ansiedad	.247	.784
Bienestar emocional	.823	.457
Bienestar físico	12.137	.000
Autodeterminación	19.482 (1.249, 9.995)	.001

Nota. $p < .05$

En la Tabla 2 aparecen los resultados obtenidos a través de la prueba ANOVA de Medidas Repetidas. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el consumo de nicotina, reduciéndose su consumo a lo largo de las tres medidas. Por otro lado, también se han mostrado estadísticamente significativas las puntuaciones en bienestar físico y autodeterminación. Cabe señalar, que la prueba de Esfericidad Asumida no fue significativa en la dimensión de autodeterminación y que se optó por la prueba estadística de Greenhouse-Geisser. Sin embargo, ni ansiedad, ni bienestar emocional se mostraron significativas por lo que no se encontró una reducción en estas dimensiones. A continuación se presentan tres gráficos para apreciar las diferencias en promedio en las medidas que fueron significativas nicotina, autodeterminación y bienestar físico.

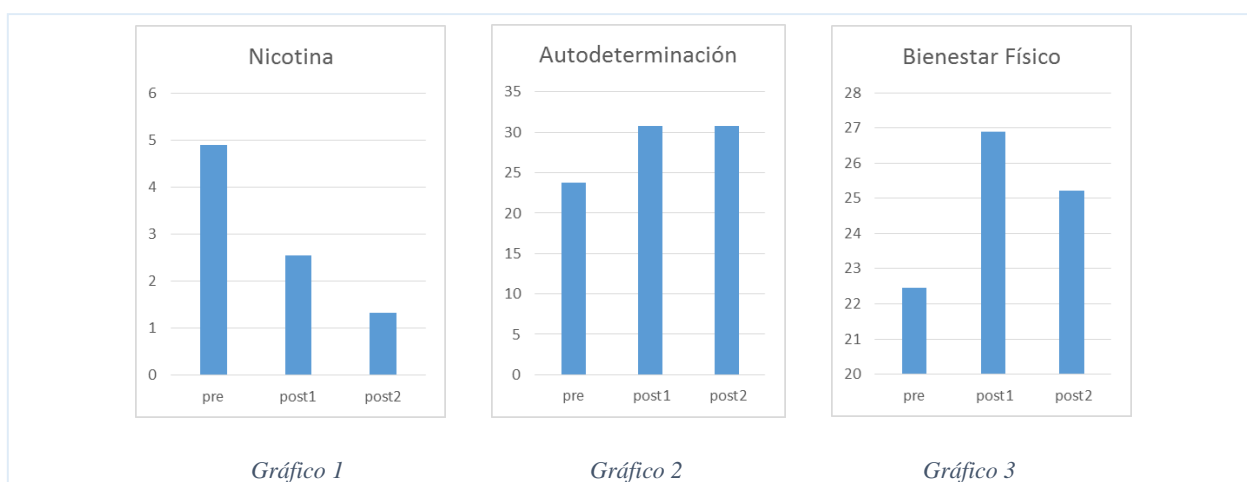


Figura 1. Gráficos con las medidas de nicotina, autodeterminación y bienestar físico en tres momentos diferentes

Como se puede observar (Ver Figura 1) en el Gráfico 1, el consumo de nicotina es de tendencia descendente, encontrando diferencias significativas a través de la prueba de Bonferroni entre la primera medida (*pre*) y la última (*post2*). En cuanto al Gráfico 2, los datos en autodeterminación apuntan a que hay diferencias entre la medida *pre* y las medidas *post1* y *post2* conjuntamente. Por último, respecto al Gráfico 3, se han encontrado diferencias significativas en bienestar físico entre las dos primeras medidas, *pre* y *post1*.

Resultados cualitativos

Se realizó una entrevista semiestructurada a cuatro participantes preguntando por: a) ¿Qué es lo que más y menos les gustó del programa?; b) ¿Cambiarías algo del programa?; c) ¿Se lo recomendarías a otras personas y por qué?; d) ¿Hay algo que te haya podido ayudar más del programa que otras cosas? Los sujetos (S) contestaron lo siguiente:

a) *¿Qué es lo que más y menos les gustó del programa?*

-S1: “Las charlas, todo lo que nos has inculcado sobre el tabaco, sobre las cosas de la salud, de los problemas económicos también, de todo. Y lo que menos el tiempo de duración, yo lo he visto muy poco. Me hubieran gustado más sesiones” – “¿Cuántas más?” – “Pues por lo menos 5 más, porque yo necesitaba más de esas sesiones.” – “¿Por qué hubieras necesitado más sesiones?” – “Porque yo soy una persona muy nerviosa, a lo mejor necesitaba más, porque claro, me gusta mi trabajo pero es cierto que yo me caliento mucho y eso me hace comerme mucho la cabeza.”

-S2: “Han sido muchas sesiones y me ha gustado todo, la verdad” – “¿Destacarías algo que te haya gustado más?” – “Que hubieran sido más sesiones en vez de menos, para poder meter más cosas”.

-S4. “Pues cuando nos has hablado de relajación y de cómo ir dejándolo poco a poco y de lo de hacer los ejercicios de respiración me ha gustado” – “¿Y lo que menos?” – “Bueno cuando hemos tenido que rellenar hojas”.

b) *¿Cambiarías algo del programa?*

-S1: “La longitud, que sea de más duración”.

-S2: “Me gustaría tener más sesiones, porque también hay gente que lo puede necesitar más que yo.”

-S3: “Yo hubiera preferido tener dos monitores, así hay uno para una cosa y otro para otra. Por ejemplo, si tú estás con los cuestionarios el otro puede estar con otra cosa”. – “¿Hubieras preferido algo más?” – “Hubiera preferido dos días a la semana, por ejemplo, lunes y viernes.

c) *¿Se lo recomendarías a otras personas y por qué?*

-S1: “Sí, porque es un programa para intentar dejar de fumar, para tu salud, para tu economía y eso siempre viene bien para el día de mañana. Así no dependes tanto del tabaco, ni agobios de dinero ni nada”.

-S2: “Sí, a muchas personas de mi alrededor pero no sé si lo harían”.

-S3: “Sí, a una compañera en especial”.

-S4: “Sí, se lo recomendaría a gente de aquí, pero también de fuera”.

d) *¿Hay algo que te haya podido ayudar más del programa que otras cosas?*

-S1: “Sí, las respiraciones me han ayudado mucho. Y el andar también. En vez de coger el coche cogemos el metro y me voy a andar. Luego en el pueblo he andado mucho y sin tabaco que eso para mí es un logro”.

-S2: “Todo me ha ayudado un poco, la actividad física, la respiración. Como monitor has estado muy bien, nos has ayudado mucho a todos”. – “*¿Hubieras preferido dos monitores en vez de uno?*” – “No, me da igual”.

-S3: “Me ha ayudado a concentrarme y a relajarme”.

-S4: “Lo del relax”.

Conclusiones

El objetivo principal de esta intervención era conseguir alcanzar una reducción significativa en el consumo de nicotina de una población con discapacidad intelectual. A la luz de los datos obtenidos se puede concluir y confirmar la hipótesis de que una intervención de estas características ayuda a reducir el consumo de nicotina en este tipo de población. Además, los resultados indican que hubo una mejora en el bienestar físico y en la autodeterminación de los participantes. Respecto a esta mejora, los datos indican que la reducción en el consumo de nicotina fue descendiendo a lo largo de las tres recogidas de datos que se realizaron en el tiempo. Esto apunta a que según fue avanzando la intervención, los participantes redujeron progresivamente su consumo a lo largo de los cuatro meses de duración. En cuanto a las mejoras en el bienestar físico y en la autodeterminación, pueden ser debidas a que conforme avanzaba el programa, los participantes iban realizando más actividad física y tomando elecciones más saludables por propia iniciativa.

En base a los promedios de autodeterminación (Pre1= 23.77; Post 1 y Post 2=30.77) los datos apuntan a que antes de comenzar la intervención los participantes no contaban con recursos y estrategias, como son, la relajación y una mejor toma de decisiones que se han identificado como beneficiosas en el transcurso del tratamiento, manteniéndose estables a lo largo del tiempo. Las diferencias en el bienestar físico son significativas entre la primera medida (Pre1=22.44) y la segunda (Post1= 26.88) indicando que después del inicio de la intervención, los participantes comenzaron a asumir un estilo de vida más saludable, aumentando su actividad física a la vez que reducían su consumo tabáquico de forma que notaron un cambio positivo en su salud. Por otro lado, no se puede concluir que haya mejoras en la ansiedad ni en el bienestar emocional.

Discusión

La finalidad de esta investigación era comprobar la eficacia de una intervención grupal para reducir el consumo de nicotina en población con discapacidad intelectual. Este aspecto ha sido mínimamente abordado por la comunidad científica a pesar de su enorme importancia en lo referente a la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual. Se pretende por lo tanto demostrar los beneficios de una intervención específica tanto sobre el consumo de nicotina como sobre la ansiedad, el bienestar físico y emocional y la autodeterminación, reflejándose en disminución del consumo nicotínico y en la mejora de las dimensiones de la calidad de vida.

A raíz de los resultados, se encuentra una reducción clara y significativa en el consumo de nicotina. Tres participantes consiguieron abandonar el hábito tabáquico. Por lo tanto, el objetivo se ha alcanzado y la hipótesis principal de la investigación queda confirmada. En este

sentido, está justificada la incorporación de intervenciones específicas dirigidas a esta población en el sistema de salud. Por las condiciones de estas personas y para las necesidades que emergen de su discapacidad, una intervención de estas características aporta las herramientas necesarias para hacer frente a múltiples situaciones de riesgo de su día a día. Estas herramientas pueden serles de utilidad para poder prevenir y saber afrontar conflictos interpersonales en la medida en la que los usuarios desarrollen habilidades de autodeterminación y dispongan de un mejor bienestar físico y emocional. Por otro lado, si no se observan mejoras significativas en ansiedad y bienestar emocional puede deberse a los síntomas que acompañan el síndrome de abstinencia, factor que dificulta el abandono del consumo de tabaco. Algunos participantes tuvieron problemas familiares y de salud, aspectos que pudieron ser disruptivos de su bienestar general o debido a la posibilidad de que las técnicas y estrategias que se implementaron para reducir la ansiedad no fueron efectivas en los participantes o no fueron bien comprendidas.

Respecto a los resultados, cabe señalar la mejora de algunos aspectos para futuras intervenciones y análisis. En primer lugar, la muestra es limitada y no ha sido aleatorizada por lo que los datos hay que tratarlos con cautela al ser poco generalizables con el resto de la población. En este sentido, también sería conveniente equiparar el número de sujetos de cada sexo y poder realizar estudios comparativos. En este sentido, sería recomendable la puesta en marcha de un grupo control para comparar los datos según se haya recibido o no el tratamiento, lo que permitiría un mayor control sobre las variables extrañas. Sería aconsejable regular los espacios de intervención, disponer de material ofimático y suficiente material fungible para enriquecer las intervenciones con imágenes, vídeos y actividades interactivas. En segundo lugar, los propios participantes propusieron al finalizar la intervención que se debería aumentar la duración del tratamiento. En este sentido, una intervención más larga y con sesiones repartidas en dos días a la semana, favorecería la comprensión de conceptos difíciles y la generalización de conductas más saludables ayudando así a mantener la abstinencia durante más tiempo. Por otro lado, algunos participantes hubieran preferido dos terapeutas en vez de uno mientras que otros no lo vieron necesario. Sin embargo, se considera muy acertado contar con dos terapeutas en cada sesión, lo que podría facilitar la comprensión y la práctica de conceptos difíciles mediante de técnicas como el role-playing, facilitando la asignación de la carga de trabajo y la distribución de los participantes en las actividades. Sería enriquecedor incluir en algunas sesiones a familias y cuidadores con el objetivo de generalizar conductas, mejorar esquemas relacionales y facilitar el cambio en niveles más profundos.

En lo concerniente a los instrumentos de medida, los que fueron seleccionados estaban sujetos a las condiciones de la investigación, como fueron los espacios de trabajo, la diferencia de horarios, el volumen de tareas y el número de participantes. Cabe destacar la escasez de instrumentos de medida con suficiente validez y fiabilidad que hayan sido validados para la

población española con discapacidad intelectual. Para futuras líneas de investigación sería oportuno, considerar más dimensiones del constructo de calidad de vida, tomar más mediciones físicas y emocionales, posibilitar realizarla en distintos tiempos a lo largo del transcurso de la intervención y ampliar el periodo de seguimiento una vez terminado el tratamiento. Como ya establecieron Shalock y Verdugo (2007), la calidad de vida es un concepto multidimensional por lo que su medición es compleja. Ha sido un objetivo ambicioso al ser un componente multifactorial, ya que se ve influido por muchas variables que dificultan su medida, especialmente con tan poco período de tiempo entre una medida y otra. Por ejemplo, el concepto de bienestar emocional es muy amplio pero se considera positivo haber obtenido un cambio, aunque fuese poco significativo. A pesar de estas condiciones prácticas, ha habido una mejora significativa en el bienestar físico y en la autodeterminación debido a su motivación y decisión por realizar más actividad física que, acompañada de una reducción en el consumo de tabaco, produce notables beneficios en un periodo corto de tiempo. Estos son datos eficaces que han de servir para la puesta en marcha de programas que busquen beneficios en la salud y en la calidad de vida de todas las personas.

Es importante cómo la autodeterminación cobra importancia gracias a la toma de decisiones y las acciones que llevan a cabo los participantes para el abandono de un hábito nocivo para su salud. Tener la oportunidad de convertirse en agentes de su propio cambio fomenta la libertad personal, la autorrealización y poder vivir de forma más independiente, lo cual, les acerca más a integrarse plenamente en la sociedad.

Cabe señalar que Singh et. al (2011) realizaron un programa basado en el entrenamiento en tres técnicas de Mindfulness para dejar de fumar en una persona con discapacidad intelectual, consiguiendo que el participante redujera su consumo de doce cigarros al día a ninguno en menos de tres meses, manteniéndose abstinente durante tres años. En esta línea Calderón y Caballo (2018) llevaron a cabo una revisión de trece estudios en los que encontraron que las personas con discapacidad intelectual se beneficiaban de terapias basadas en Mindfulness tanto a nivel conductual, como emocional, reduciendo conductas problemáticas, el consumo de tabaco y los niveles de depresión y ansiedad, así como su peso corporal. Más aún, las familias y los cuidadores se veían beneficiados por estos avances. Estas mejoras se vieron sostenidas durante varios años. En base a estos resultados, en lugar de técnicas de relajación tradicionales, como son las de respiración, puede ser positivo incorporar técnicas de Mindfulness en futuras intervenciones debido a que pueden ayudar a conseguir la abstinencia a largo plazo además de complementar otras estrategias de intervención y ayudar al control de la ansiedad y con los síntomas del síndrome de abstinencia.

Fumar es un factor de riesgo para aquellos que eligen hacerlo, por ello es necesario asegurarse de que todos los fumadores, incluido el colectivo con discapacidad intelectual, entiendan las implicaciones que esa elección tiene para su salud y economía, cómo repercute en sus familias e incluso en la sociedad y que además se proporcionará la asistencia apropiada para cada caso. Tracy y Hosken (1997) diseñaron una intervención de siete semanas de duración con sesiones de dos horas. En la intervención participaron once estudiantes siendo ocho de ellos varones y tres mujeres. Al finalizar el tratamiento un 55% del grupo dejó de fumar o redujo significativamente su consumo. En comparación a este estudio, un 33% de personas abandonaron el tabaco y todos redujeron su consumo en la intervención presentada en esta investigación.

Estos resultados siguen generando datos a favor de que los programas de prevención o las intervenciones dirigidas a personas con discapacidad intelectual tienen un efecto positivo en su salud, en el manejo de sus hábitos y en su forma de relacionarse. Es muy recomendable continuar este proyecto con investigaciones que reúnan muestras más amplias y realicen seguimientos más duraderos. Seguimientos de un año o superiores indicarían si el cambio en la conducta de fumar se mantiene y cuáles son las variables o influencias que pueden reforzar o debilitar la voluntad de cambio. De este modo, se podría impulsar la creación de más servicios específicos para este colectivo.

Según Steinberg, Heimlich y Williams (2009) los fumadores con discapacidad intelectual padecerán enfermedades relacionadas con el tabaco al igual que los fumadores de la población general. Por ello, futuros estudios deben centrarse también en cómo estimular los sistemas de salud comunitarios para resolver debidamente el consumo de tabaco en esta población. Sería conveniente que diferentes sectores y sistemas nacionales de salud se esfuercen a la hora de aplicar medidas destinadas a prevenir y tratar el tabaquismo, como por ejemplo, incrementar el precio del tabaco, eliminar el comercio ilícito o aumentar y adaptar la información destinada a toda la población.

Los sistemas de salud deben integrar en sus servicios la prevención y el tratamiento de la dependencia del tabaco, fortaleciendo la atención primaria para que incluyan intervenciones puntuales contra el tabaco. Bajo un breve asesoramiento proporcionado por profesionales de la salud, las tasas de abstinencia del tabaco pueden aumentar hasta el 30%. Se ha puesto de manifiesto que si un profesional de enfermería lleva a cabo una intervención destinada al abandono del tabaco, aumenta hasta en un 50% la probabilidad de éxito a la hora de abandonar el consumo (OMS, 2009).

Por otra parte, parece necesario adoptar un enfoque más sistemático en el que todos los profesionales de la salud sean elementos clave en esta lucha. Muchos de estos profesionales gozan de una buena reputación y son fuentes de confianza como para poder influir y ser considerados

modelos de conducta para otros. Su contribución sería decisiva para abandonar el consumo debido a que, por su profesión, están en contacto con un gran número de personas.

Actualmente se trabaja cada vez más desde un modelo centrado en la persona, dirigiendo esfuerzos para realizar las adaptaciones necesarias para mejorar la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual. De este modo, se puede conseguir que estas personas elijan su propia vida y cómo vivirla, siendo protagonistas de todas sus elecciones y, hacerse conscientes de su propia salud es una de ellas. Dejar de fumar capacita a las personas, dotándolas de iniciativa y motivación, para hacer frente a otras metas. Esta intervención puede servir de ejemplo para que la población con discapacidad intelectual pueda verse beneficiada cada vez más de tratamientos adaptados a sus características, siendo por ello de vital importancia que las intervenciones se acerquen y se adapten desde un modelo centrado en la persona, donde se potencie su calidad de vida desde sus posibilidades de autodeterminación y de elección. Tratamientos adaptados como éste pueden aportar lo necesario para alcanzar una mejor vejez que no se vea afectada por complicaciones de salud derivadas del tabaco que hubieran podido ser evitadas.

En definitiva, todos debemos contribuir con el objetivo de vivir en un mundo sin tabaco. Para conseguirlo, hay que colaborar y promover estilos de vida saludables. Hay que fomentar la puesta en marcha de programas destinados a mejorar la calidad de vida de todas las personas, sin excluir a nadie y así avanzar hacia una sociedad saludable.

Referencias

- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales. (2010). *Discapacidad Intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. 11ª. ed. Madrid: Alianza Editorial.
- Becoña, E., Palomares, A., García, M.P. (1994). Tabaco y salud. *Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E., Martín, E. (2004). *Manual de Intervención en Drogodependencias*. Madrid: Síntesis
- Becoña, E. (2006). *Tabaco. Prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (2007). *Programa para dejar de fumar*. Vigo: Nova Galicia Edicions.
- Calderón, R., Caballo, C. (2018). *Revisión sistemática sobre la aplicación y efectividad de tratamientos basados en mindfulness en personas con discapacidad intelectual*. Revista española de discapacidad. 6(1), 49-74
- Carroll Chapman, S. L., Wu, L. T. (2012). Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 33(4), 1147–1156.
doi:10.1016/j.ridd.2012.02.009
- Caton, S., Chadwick, D., Chapman, M., Turnbull, S., Mitchell, D., y Stansfield, J. (2012). Healthy lifestyles for adults with intellectual disability: *Knowledge, barriers, and facilitators*, *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 37:3, 248-259, doi: [10.3109/13668250.2012.703645](https://doi.org/10.3109/13668250.2012.703645)
- Jenaro, C., Flores, N., Caballo, C., Arias, B., y Peña, J. E. (2007). *Demandas y riesgos psicosociales en trabajadores con Discapacidad Intelectual*. *Comunicación y Discapacidades*, 231-250.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Pine, D.S., Klein, D.F., Kasen, S. y Brook, J.S. (2000). *Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood*. *JAMA*, 284, 2348-2351.
- Ke, X., Liu, J. (2017). Trastornos del desarrollo: Discapacidad Intelectual. En Irarrázaval, M. y Martín, A. (Ed.) *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. (pp. 1-28). Ginebra: Rey JM
- Kerr, S., Lawrence, M., Darbyshire, C., Middleton, A. R. y Fitzsimmons, L. (2013). Tobacco and alcohol-related interventions for people with mild/moderate intellectual disabilities: a systematic review of the literature. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57: 393-408. doi:[10.1111/j.1365-2788.2012.01543.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01543.x)

- Lennox, N., Prasher, V., y Janicki, M. (2002). Health promotion and disease prevention. *Physical health of adults with intellectual disabilities*, 230-51.
- Lichtenstein, E., Harris, D. E., Birchler, G. R., Wahl, J. M., y Schmahl, D. P. (1973). Comparison of rapid smoking, warm, smoky air, and attention placebo in the modification of smoking behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40(1), 92-98. <http://dx.doi.org/10.1037/h0034039>
- Matais Sancho, J. (2014). *Propiedades Psicométricas del Test de Fagerström con dos preguntas reformuladas*. (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández.
- Martínez-Leal, R., Salvador-Carulla, L., Gutiérrez-Colosía, M. R., Nadal, M., Novell-Alsina, R., Martorell, A., y Aguilera-Inés, F. (2011). *La salud en personas con discapacidad intelectual en España: estudio europeo POMONA-II*. *Revista de Neurología*, 53(7), 406-414.
- Mindham, J., Esple, C.A. (2003). Glasgow Anxiety Scale for people with an Intellectual Disability (GAS-ID): development and psychometric properties of a new measure for use with people with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47 (1), 22-30.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Base Estatal de Datos de Personas con Valoración de Grado de Discapacidad*. Recuperado de http://imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/bdepced_2016.pdf
- Moreno, J.J., Herrero, F.J., Rivero, A. (2003). *Tabaquismo. Programa para dejar de fumar*. 2ª. ed. Madrid: Díaz de Santos.
- Nogal, M., del (2012). *Cómo superar el tabaco, el alcohol y las drogas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Novell, R. (2014). *Discapacidad Intelectual y Salud Mental: Evaluación e intervención psicológica. Análisis de casos*. Madrid: Plena Inclusión.
- Organización Mundial de la Salud (9 de marzo de 2018). *Tabaco*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Estrategias recomendadas por la OMS para fortalecer los sistemas de salud*. Recuperado 14 de abril de 2019, de http://www.who.int/tobacco/control/health_professionals/es/index3.html
- Parrot, A.C. (1999). *Does cigarette smoking cause stress?* *American Psychologist* 54, 817-820.

- Resnick, J. H. (1968). The control of smoking behavior by stimulus satiation. *Behaviour Research and Therapy*, 6(1), 113-114. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(68\)90050-8](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(68)90050-8)
- Rosales, M., Cruz-Morales, S.E., Lira, J. (2018). Funciones ejecutivas como predictores del consumo y la dependencia al tabaco. *Revista Cuadernos de Neuropsicología - Panamerican Journal of Neuropsychology*, 12 (3). doi: 10.7714/CNPS/12.3.202
- Schalock, R. L., y Verdugo M.A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con Discapacidad Intelectual. Universidad de Salamanca (INICO)
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Singh, A. N. A., Singh, J., y Singh, A. D. A. (2011). *Effects of a mindfulness-based smoking cessation program for an adult with mild intellectual disability. Research in Developmental Disabilities*, 32(3), 1180–1185. doi:10.1016/j.ridd.2011.01.003
- Sobell, L. C., Sobell, M.B., y Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive-behavioural motivational intervention in a group versus individual format for a substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviours*, 23(4), 672-683.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B. (2016). Terapia de grupo para los trastornos por consumo de sustancias. *Un enfoque cognitivo-conductual*. Madrid: Pirámide
- Steinberg, M. L., Heimlich, L., & Williams, J. M. (2009). *Tobacco Use Among Individuals with Intellectual or Developmental Disabilities: A Brief Review*.
- Szymanski, L. S. (2002). *DC-LD (Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation)*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46: 525-527. doi:[10.1046/j.1365-2788.2002.00403.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2002.00403.x)
- Tracy, J., & Hosken, R. (1997). *The importance of smoking education and preventative health strategies for people with intellectual disability*. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(5), 416-421. doi:10.1111/j.1365-2788.1997.tb00729.x
- Van Schrojenstein Lantman-De Valk, HMJ., Metsemakers JFM., Haveman MJ. Crebolder HFJM. (2000) *Health problems in people with intellectual disability in general practice: a comparative study*, *Family Practice*, 17(5), 405-407. <https://doi.org/10.1093/fampra/17.5.405>
- Verdugo, M.A., Arias, B., Gómez L.E. y Schalock, R.L. (2009). *Formulario de la Escala Gencat de Calidad de vida. Manual de aplicación de la Escala Gencat de Calidad de vida*. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Generalitat de Cataluña.

Verdugo, M. A., Crespo, M., y Nieto, T. (Coords.) (2010). Aplicación del paradigma de calidad de vida. VII Seminario de Actualización Metodológica en Investigación sobre Discapacidad (SAID). Universidad de Salamanca: Publicaciones del INICO.

Vázquez, M. I. (2008). *Técnicas de relajación y respiración*. Madrid: Síntesis

Wechsler, D. (2012). *WAIS-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV. Manual técnico y de interpretación*. Madrid: NCS Pearson.

Anexo I

Consentimiento informado

¿Estás dispuesto a reducir tu consumo? ¡Enhorabuena! Vamos a conseguirlo.

Vas a participar en un estudio que se llama: **EFICACIA DEL TRATAMIENTO GRUPAL SOBRE EL CONSUMO DE NICOTINA EN UNA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

El objetivo de este estudio es comprobar la eficacia de la adaptación de técnicas destinadas a la población general para abandonar el tabaco, en personas con discapacidad intelectual.

En definitiva, se pretende ayudarte a través del entrenamiento en técnicas útiles a que reduzcas tu consumo de tabaco aprovechando tu capacidad y tú motivación para dejar el tabaco.

Todo lo que se trabaje será confidencial. Los datos serán utilizados únicamente para el fin del estudio, respetando en todo momento el anonimato.

– Yo (nombre y apellidos)

.....

- He recibido suficiente información sobre el estudio (objetivos, aspectos científicos relevantes, procedimientos de seguridad que se van a adoptar para el manejo de datos, incluyendo las personas que tendrán acceso).
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He hablado con:
D/Dña: Alfonso Caballero Laruelo
- Comprendo que mi participación es voluntaria y que tengo derecho a no consentir en la investigación.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1º Cuando quiera
 - 2º Sin tener que dar explicaciones.
 - 3º Sin que esto suponga ningún tipo de penalización o discriminación.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Anexo II

Cuestionarios

Fecha:

Nombre y apellidos:

Sexo:

Edad:

¿Vives con alguien?: Si No

Si has contestado que sí, ¿con quién?

Escala GENCAT de Calidad de vida:

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	1
		Puntuación directa TOTAL _____			

BIENESTAR FÍSICO

		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

ITEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.

ITEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.

ITEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.

ITEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".

AUTODETERMINACIÓN

		Siempre o Casi siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ITEMS 43, 44 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.

Test de Fagerström

1. ¿Cuánto tiempo pasa hasta fumar su primer cigarrillo después de despertarse?
 - a. Más de 60 minutos
 - b. De 31 a 60 minutos
 - c. De 6 a 30 minutos
 - d. 5 minutos o menos

2. ¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en los que está prohibido (hospital, cine, biblioteca, etc...)?
 - a. No
 - b. Sí

3. De todos los cigarrillos que consume a lo largo del día, ¿cuál es el que más necesita?
 - a. El primero
 - b. Otros

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?
 - a. Menos de 11 cig/día
 - b. 11-20 cig/día
 - c. 21-30 cig/día
 - d. 31 o más cig/día

5. Después de consumir el primer cigarrillo del día, ¿fuma rápidamente algunos más?
 - a. No
 - b. Sí

6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?
 - a. No
 - b. Sí

Y ya para terminar, dos últimas cuestiones:

¿Cuándo empezaste a fumar?

Marca de cigarrillos:

Nº Sujeto	
Evaluable	
Fecha	
Edad	
Sexo	
DI	
PUNTUACIÓN (positivo sobre 15)	

ESCALA DE ANSIEDAD DE GLASGOW

PREGUNTAS	NO/ NUNCA	A VECES	SIEMPRE /MUCHO
PREOCUPACIONES			
1. ¿TE PREOCUPAS MUCHO? ¿le das muchas vueltas a las cosas? ¿piensas mucho en lo mismo?	0	1	2
2. ¿TIENES MUCHOS PENSAMIENTOS EN LA CABEZA? Pensamientos que no puedes parar, que no vienen de ninguna parte...	0	1	2
3. ¿TE PREOCUPAS POR TU FAMILIA Y AMIGOS? ¿Piensas que les puede pasar algo malo?	0	1	2
4. ¿TE PREOCUPA LO QUE PUEDE PASAR EN EL FUTURO? Adaptado al individuo	0	1	2
5. ¿TE PREOCUPA QUE ALGO MALO PUEDE PASAR?	0	1	2

6. ¿TE PREOCUPA PONERTE ENFERMO? Cuando te encuentras un poco mal	0	1	2
7. ¿TE PREOCUPA HACER COSAS NUEVAS? ¿Te da miedo hacer cosas por primera vez?	0	1	2
8. ¿TE PREOCUPA PENSAR QUE ESTARÁS HACIENDO MAÑANA?	0	1	2
9. ¿PUEDES DEJAR DE PREOCUPARTE? Pensar en cosas diferentes	2	1	0
10. ¿TE PREOCUPA MORIR O LA MUERTE?	0	1	2
MIEDOS			
11. ¿TE DA MIEDO LA OSCURIDAD? Piensa que estas en la cama con las luces apagadas: ¿te daría miedo?	0	1	2
12. ¿TE DAN MIEDO LAS ALTURAS? Piensa en estar en un edificio alto	0	1	2
13. ¿TE DAN MIEDO LOS ASCENSORES? ¿Te subirías a uno?	0	1	2
14. ¿TE DAN MIEDO LOS PERROS? ¿Acariciarías a uno?	0	1	2
15. ¿TE DAN MIEDO LAS ARAÑAS? ¿Podrías estar cerca de una?	0	1	2
16. ¿TE DA MIEDO IR AL MÉDICO O AL DESTISTA?	0	1	2
17. ¿TE DA MIEDO CONOCER A GENTE NUEVA?	0	1	2

18. ¿TE DA MIEDO ESTAR EN SITIOS CON MUCHA GENTE? Multitudes, centros comerciales	0	1	2
19. ¿TE DA MIEDO ESTAR EN ESPACIOS ABIERTOS? Cuando no hay nada alrededor tuyo	0	1	2
SINTOMAS			
20. ¿ALGUNA VEZ TE SIENTES MUY ACALORADO O SUDAS MUCHO? Sientes mucho calor y te encuentras muy incomodo	0	1	2
21. ¿TU CORAZÓN LATE MUY DEPRISA? ¿Sientes los latidos de tu corazón? ¿Son fuertes?	0	1	2
22. ¿TE TIEMBLAS LAS MANOS Y LAS PIERNAS?	0	1	2
23. ¿ALGUNA VEZ SIENTES UN HORMIGUEO EN EL ESTÓMAGO? Un nudo en el estómago, mariposas en el estómago	0	1	2
¿ALGUNA VEZ TE CUESTA RESPIRAR? Te quedas sin aliento, o se te corta la respiración o te cuesta respirar	0	1	2
¿SIENTES QUE TIENES QUE IR AL BAÑO MÁS DE LO HABITUAL?	0	1	2
¿TE PARECE DIFÍCIL PERMANECEER SENTADO? Sientes que no puedes permanecer sentado tranquilamente o relajarte	0	1	2
¿ALGUNA VEZ TE SIENTES COMO EN ESTADO DE PÁNICO?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

Autorregistros

Ejemplo 1. Autorregistro sencillo.

CIGARRILLO	HORA
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
31	
32	
33	
34	

CIGARRILLO	HORA
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
31	
32	
33	
34	

Ejemplo 2. Autorregistro complejo

AUTORREGISTRO			
<i>Día:</i>			
<i>Cigarrillo</i>	<i>Hora</i>	<i>Placer (0 a 10)</i>	<i>Situación</i>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			

¡ENHORABUENA!

¡HAS DADO EL PRIMER PASO PARA REDUCIR TU CONSUMO!

Efectos benéficos para la salud a corto, medio y largo plazo que tiene dejar de fumar

20 minutos después del último cigarro:

- La presión arterial baja a cifras normales.
- El corazón late a ritmos normales.
- La temperatura de manos y pies regresa a la normalidad.

8 horas después de dejar de fumar:

- Los niveles de monóxido de carbono y de oxígeno en sangre se normalizan.

24 horas después de dejar de fumar:

- El riesgo de infarto disminuye.

48 horas después de dejar de fumar:

- Mejora el gusto y el olfato.

72 horas después de dejar de fumar:

- Los bronquios se relajan y en consecuencia **se respira mejor**. Incremento de la capacidad pulmonar.

Medio mes a 3 meses después de dejar de fumar:

- Mejora la circulación, el andar y los pulmones.

De 1 a 9 meses sin fumar:

- Disminuyen la tos y la fatiga. **Aumenta la sensación de bienestar**.

5 años después de dejar de fumar:

- El riesgo de morir de enfermedades del corazón es igual al de los no fumadores

10 años después de dejar de fumar:

- El riesgo de cáncer de pulmón es igual al de los no fumadores.

MOTIVOS POR LOS QUE QUIERO DEJAR DE FUMAR

¡Ánimo!

Vamos a ganar

VIDA



EJERCICIOS DE ENTRENAMIENTO EN EL CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

Objetivo	Cómo proceder	Estrategias
<p>Ejercicio 1 En la inspiración, dirige el aire a la parte más baja de los pulmones.</p>	<p>Dirige el aire a la parte más inferior de tus pulmones. Tienes que notar que se mueve la mano colocada sobre el vientre pero no la otra colocada justo encima del estomago</p>	<p>Es un ejercicio difícil así que tomate tú tiempo. “Concéntrate en hinchar la parte inferior de la tripa contra el pantalón”</p>
<p>Ejercicio 2 Dirige el aire a la parte inferior (más baja) y a la parte media de los pulmones</p>	<p>Como en el ejercicio anterior, lleva el aire a la parte baja del vientre, y después, marcas un tiempo diferente y diriges el aire a la parte media. Nota como se hincha ahora el estómago.</p>	<p>Es importante realizar la inspiración en dos tiempos. Primero hinchas la parte baja. Y segundo, hinchas la parte media</p>
<p>Ejercicio 3 Realiza una inspiración completa en 3 tiempos: Primero a la parte inferior, luego media y final mente al pecho</p>	<p>En tres tiempos diferentes dirige el aire primero al vientre, luego al estómago y finalmente al pecho</p>	<p>No exageres con la cantidad de aire que llevas a cada zona. Es importante no forzar la inspiración.</p>
<p>Ejercicio 4 Hacer una espiración normal y completa</p>	<p>Ahora, también en 3 tiempos comienza a realizar la inspiración cerrando los labios para que éstos hagan un pequeño ruido.</p>	<p>Ayudándote con el ruido del aire que sale por tus labios. Regula la espiración para que sea pausada y constante. Silbar al final de la espiración ayuda a expulsar todo el aire residual. Levantar los hombros al final de la espiración también ayuda a echar todo el aire de la zona superior de los pulmones.</p>
<p>Ejercicio 5 Respira por completo y alterna adecuadamente entre inspirar y espirar.</p>	<p>En este ejercicio has de realizar la inspiración y espiración completas pero haciéndolo en un único tiempo, no en tres. Poco a poco me eliminando el silbido para poder establecer un ciclo respiratorio totalmente normal.</p>	<p>Recuerda hacer todo el recorrido: 1º Vientre 2º Estomago 3º Pecho</p>

Repíte cada ejercicio varias veces (3 o 4)
Practica estos ejercicios al menos 3 veces al día durante 5 minutos

RESPIRACIÓN PROFUNDA

3 fases:

1. Realiza una inspiración profunda.
2. Aguanta la respiración.
3. Exhala lentamente.

Explicación:

Haz una respiración profunda. Aguanta ese aire durante 5-10 segundos sin forzar y después, echa el aire fuera. Tienes que dejarlo fluir lentamente, no lo echas de todo de golpe.

Siente como la tensión y los nervios salen fuera del cuerpo mientras echas el aire fuera

Indicaciones:

El ejercicio dura aproximadamente 1 minuto.

Debes repetirlo unas 2-5 veces.

Cuando estés echando el aire fuera es recomendable decirse unas palabras de relajación “Calma” “Relájate” “Si sigues así lo conseguirás”

¡Recuerda: Tienes que practicar!

¡Pronto notarás los beneficios!

¡Ánimo!

TECNICA DE RESPIRACIÓN PARA EL INSOMNIO

1. **Túmbate boca arriba** en una posición de relajación. La cabeza tiene que estar a la altura del cuerpo o más baja.
2. Cierra los ojos.
3. **Inspira suavemente**. No llenes los pulmones de aire al completo. Espira todo el aire. Repite el ejercicio 3 veces.
4. En la tercera respiración suelta **TODO** el aire y aguanta la respiración todo lo que puedas sin espirar. Después, igual que en anterior apartado, repite las **3 respiraciones suaves** y vuelve a aguantar la respiración al final de la tercera espiración.
5. Puedes distraerte con alguna **imagen mental** para ayudarte a aguantar la respiración.
6. Cuando ya hayas repetido el ciclo de 5 a 8 veces (3 inspiraciones y espiraciones. En la 3ª has de expulsar todo el aire que puedas y después, estar un pequeño tiempo aguantando el aire) **respira suavemente y con normalidad**.

HÁBITOS SALUDABLES Y ACTIVIDAD FÍSICA

- ✓ Realiza todos o casi todos los días 30 minutos de ejercicios de resistencia de intensidad moderada. Por ejemplo: dar un paseo a buen ritmo, bailar, montar en bicicleta, nadar (20 minutos), subir escaleras (15 minutos).
- ✓ Dos días a la semana realiza una serie de ejercicios de fuerza y flexibilidad de 15 minutos de duración.

Llevar una vida activa es **fácil**

**CUALQUIER AUMENTO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA, POR LEVE QUE SEA,
PRODUCE BENEFICIOS EN LA SALUD.**

Algunas ideas:

- Aprovecha para caminar en los trayectos al trabajo o actividades de ocio. Mejor si lo haces más rápido.
- Si utilizas el transporte público, bájate una parada antes y camina.
- Utiliza las escaleras en vez del ascensor.
- Práctica alguna actividad de ocio que te guste (futbol, nadar, bailar, bicicleta)
- Aliméntate de manera adecuada.

Recuerda:

- Siempre hay algún ejercicio que puedes hacer.
- Escoge algo que se adapte a tus gustos y necesidades.
- Empieza poco a poco. Puedes ir sumando minutos hasta llegar a los 30´.
- Si aparecen molestias para y consulta con tu médico o en tu centro de salud.

Beneficios:

- Alivia el estrés.
- Mejora la ansiedad y la depresión.
- Controla el peso corporal.
- Reduce la tensión arterial.
- Previene enfermedades musculares y osteoporosis.
- Reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (del corazón), diabetes y cáncer de colon y mama.

ACTÍVATE Y GANA EN SALUD

PRONTO SENTIRÁS LOS BENEFICIOS

¡30 MINUTOS AL DÍA SON SUFICIENTES!

TABLAS DE EJERCICIOS DE FUERZA Y FLEXIBILIDAD

EJERCICIOS DE FUERZA:

Cada ejercicio debe hacerse al menos 10 veces y lentamente.

Sentado/a y apoyado/a en el respaldo, levantar un pie del suelo hasta estirar la pierna y luego la otra.



Sentado/a y apoyado/a en el respaldo, elevar lo posible las dos rodillas juntas.



Tumbado/a, elevar la pelvis y bajada.



Flexionar y extender los brazos en esa posición.



EJERCICIOS DE FLEXIBILIDAD:

Cada ejercicio debe hacerse al menos 10 veces y lentamente.

Tumbado/a llevar las dos rodillas hacia el pecho.



Llevar la cabeza hacia un hombro y repetirlo hacia el otro.



De pie, girar suavemente la cintura a uno y otro lado.



Sentado/a y apoyado/a en el respaldo, entrelazar los dedos y girar las palmas por encima de la cabeza, estirando los brazos.



¡Añade los tuyos!

<i>Beneficios por dejar de fumar</i>	<i>Perjuicios por dejar de fumar</i>
Más dinero	Irritabilidad / Ansiedad
Se respira mejor	Sentimientos de tristeza
Mejor apariencia (no se huele a tabaco)	“Engordar”

<i>Beneficios por fumar</i>	<i>Perjuicios por fumar</i>
Desaparece el malestar del mono	Mal aliento
Aprobación social por parte de otros fumadores	Toses y garganta seca
“Relajación”	Menos dinero

<i>Antecedentes</i>	<i>Consecuentes Positivos/Buenos</i>	<i>Consecuentes Negativos/Malos</i>
Sentirse nervioso	Placer	Culpa
Estar aburrido	Se reduce la tensión	Atribuciones negativas (“soy débil”)
Pensar en fumar	Estimulación	Riesgos para la salud
Sentirse feliz, alegre	Relajación	Menos dinero
Sentirse enfadado, irritable	Aprobación social	Dedos manchados
Acabar de comer	Jugueteo con el cigarro	Mal aliento

iANIMO!

Reducir es posible

Si te lo propones

lo conseguirás

Contrato de Contingencias

Prepárate para reducir/dejar de fumar. Recuerda las razones que tenías para conseguirlo y escríbelas de nuevo. Elige un día para reducir/dejarlo y apuntalo.

Esto es un **contrato de contingencia**. Has de respetar la fecha elegida para reducir tu consumo y tratar este contrato como cualquier otro. Mucho más en este caso, ya que es un contrato beneficioso para tu salud y calidad de vida.

Razones personales para reducir/dejar de fumar

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Día:

Mes:

Año:

Firma:

Una vez establecidos los motivos y fijada la fecha, haz varias fotocopias de este contrato y ponlas en lugares que frecuentes (cocina, baño, cuarto, terraza...). La idea es que lo veas con mucha frecuencia.

¡LO VAS A CONSEGUIR!

CAMBIOS DE MARCA

- ❖ Si fumas Fortuna, Camel, Marlboro y LM (0.9) → Cambia a alguna de estas marcas:
 - Benson & Hedges
 - Chesterfield Lights
 - Condal (Bajo en Nicotina y Alquitrán)
 - Coronas Lights
 - Ducados (Bajo en Nicotina y Alquitrán)
 - Fortuna Lights
 - LM Lights
 - Lucky Strike Lights
 - Marlboro Lights
 - Rothmans Suave
 - Sombra
 - Viceroy Lights

- ❖ Si fumas Benson o Benson Largo (0.6) → Cambia a alguna de estas marcas:
 - Fortuna Extra Lights
 - Gold Coast Ultra Lights
 - Philip Morris Super Lights

- ❖ Si fumas Philip Morris (0.4) → Cambia a alguna de estas marcas:
 - BN Ultra Lights
 - Coronas Ultra Lights
 - Gauloises Blondes Ultra Lights
 - Nobel Ultralights
 - R1

