

PROGRAMA DE FORMACIÓN EN TÉCNICAS DE CONDUCCIÓN DE GRUPOS DE PSICOTERAPIA BREVE PARA LA DESHABITUACIÓN AL TABACO.

Carmen Garzón Ibáñez

RESUMEN

Este programa se presenta como una propuesta de trabajo para la elaboración y puesta en marcha del Plan de Capacitación por Competencias. Se halla incluido en el Plan Integral de Tabaquismo Andaluz 2005-2010 en relación con la formación en intervención grupal para la deshabituación en tabaquismo. El protocolo de intervención y formación propuestos se han desarrollado contemplando una posibilidad de aplicación flexible según los niveles de formación requeridos. Se tienen en cuenta el mapa de competencias diseñado, las posibilidades de formación continuada y las oportunidades de mejora. En su nivel básico se estructura de acuerdo con tres puntos: 1) Introducción a los principios básicos de la dinámica de grupo y de la terapia grupal para la deshabituación al tabaco; 2) Entrenamiento en Técnicas de Modificación de Conductas desde una perspectiva Cognitivo-Conductual integradas en un modelo de Terapia Grupal Multicomponente; 3) Consideraciones para su aplicación de acuerdo con la población foco de intervención, profesionales implicados y contexto de aplicación.

Este proyecto se ha elaborado en el contexto del CURSO DE GESTION CLINICA EN SALUD MENTAL (on-line) en colaboración y bajo la supervisión de la Fundación OMIE y la Universidad de Deusto.

PALABRAS CLAVE

Tabaco, intervención grupal.

SUMMARY

This program is presented as a work proposal for the preparation and set up of the Competences by Capacitation Plan. It is included within the Andalusian Comprehensive Plan 2005-2010 in relation to the training in group intervention for tobacco dishabituaton. The proposed protocols of intervention and training have been devised contemplating the possibility of a flexible application according to the different levels of training required. The designed map of competences, the possibility of ongoing training and the opportunities for improvement, are taken into consideration. In its most basic level it is structured around three points: 1) Introduction to the basic principles behind the group dynamics and the group therapy for tobacco dishabituaton; 2) Training in Behaviour Modification Techniques from a Cognitive-Behavioural

approach integrated within a model of Multicomponent Group Therapy; 3) Considerations on its application according to the focal population of intervention, professionals involved, and context of application.

This project has been developed within the context of the CLINICAL MANAGEMENT OF MENTAL HEALTH COURSE, (online), in collaboration, and under the supervision of the OMIE foundation and the University of Deusto.

KEY WORDS

Tobacco, group intervention.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN
2. JUSTIFICACIÓN
3. OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN.
4. CONTENIDOS
5. POBLACIÓN DIANA
6. ENCUADRE
7. RECURSOS
8. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA
9. ANEXOS.
10. BIBLIOGRAFÍA.

1. INTRODUCCIÓN:

La epidemia del tabaquismo.

La Organización Mundial de la Salud considera el tabaquismo como una epidemia que constituye uno de los principales problemas de salud pública mundial; además de las enfermedades, la pérdida de años de vida y las muertes que indiscutiblemente provoca, los gastos sanitarios que ocasiona el tabaco representan una carga asistencial adicional para la salud pública. Hay que añadir que estos riesgos no se limitan sólo a la población fumadora. La Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer de la OMS demostró que los niveles típicos de exposición voluntaria al humo del tabaco provocan cáncer de pulmón aunque las personas no hayan fumado nunca; así, incluye la exposición pasiva al humo del tabaco (el tabaquismo pasivo) dentro de los agentes cancerígenos humanos.

La situación del tabaquismo en Andalucía: epidemiología y repercusiones del tabaco sobre la salud.

El tabaquismo representa el primer factor individual de riesgo de enfermedad y la primera causa aislada de enfermedad, relacionándosele con más de 25 enfermedades, es la principal causa de muerte en Andalucía. En 2002 el tabaco fue el responsable del 14.66% de los fallecimientos, (21.44% en hombres y el 7.31% en mujeres); provocando más de 10.000 fallecimientos anuales y originando 23 años de vida perdidos por cada una de estas muertes en la población de entre 35 y 69 años. (En España la cifra asciende a 55.000 lo que representa un 16% de todos los fallecimientos acaecidos). Esto supone que el tabaquismo origina más muertes que el SIDA, el alcohol, las drogas ilegales y los accidentes de tráfico juntos.

La prevalencia de tabaquismo en 2003 en la población mayor de 16 años se sitúa en el 33% (fuman el 41, 1% de los hombres y el 24, 9% de las mujeres). El consumo de tabaco en la Comunidad Andaluza muestra una desigual distribución provincial con Jaén (39.7%), Córdoba (37.9%), y Cádiz (33.5%) a la cabeza y Málaga (29.7%), Granada (31.4%), Almería (32.0%), Huelva (32.3%) y Sevilla (32.4%) por debajo de la media. En 2003 el mayor porcentaje de personas fumadores se halla en el rango de edad de 25 y 44 años (46.2%), existiendo entre los 16 y 24 años también una alta prevalencia (40%). La edad media de inicio se encuentra alrededor de los 17 años (17.08 años en 1999 y 16.89 en 2003). Si bien, según diversos estudios los primeros contactos con el tabaco suelen darse, en un porcentaje proporcionalmente mayor conforme a la edad, entre los 12 y los 16 años. Apreciándose una tendencia significativa del incremento del consumo entre las mujeres a diferencia de la tendencia general de los hombres (entre 1987 y 2003 se incrementa 6 puntos para las mujeres de 18,8 a 24, 9 y descende para los hombres de 59,0 a 41,1). Además para el grupo de edad adolescente se observa una tendencia de inicio de consumo mayor entre las adolescentes.

En 1999 el consumo de tabaco generó en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) un coste de hospitalización cercano a 135 millones de euros. (El coste a nivel nacional se estima en 3.918,44 millones de euros anuales, estimándose como mínimo el 80% de los ingresos recaudados por el Estado por impuestos al tabaco).

Andalucía a la vanguardia.

Los datos epidemiológicos arriba expuestos han justificado el desarrollo del **Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía 2005-2010** impulsado por la Consejería de Salud en colaboración con la Escuela de Salud Pública Andaluza y con el respaldo institucional del Consejo de Gobierno Andaluz como así quedó recogido en la Declaración Institucional de Consejo Gobierno de Andalucía del 31 de Mayo de 2005 (Día Mundial Sin Tabaco), expresando su compromiso firme por una Andalucía Libre de Humo.

Dicho Plan se inscribe en el Marco Normativo-Legislativo relativo al tabaco impulsado a nivel Internacional (OMS), Comunitario y Nacional y Autonómico. Andalucía con el impulso de numerosas medidas de prevención del consumo de tabaco, promoción de espacios sin humo, y ayuda a las personas que desean abandonar este hábito se ha situado a la vanguardia de las políticas de tabaquismo en el conjunto de país y constituye la primera administración europea en interponer una demanda judicial a las compañías tabaqueras.

El Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía, enmarcado dentro del III Plan Andaluz de Salud, se desarrolla en continuidad con el Plan de Actuación sobre el tabaquismo que la Consejería de Salud inició en el marco del II Plan Andaluz de Salud. Sus líneas de acción reflejan la política de actuación de ambos planes:

1. Comunicación, información, y sensibilización a la población (Prevención y promoción de la salud).
2. Promoción y prevención en diferentes entornos: educativo, laboral, intersectorial, participación y acción local (Orientación comunitaria).
3. Protocolización de la atención a personas fumadoras (Gestión Integral por Procesos y Continuidad asistencial).
4. Atención a grupos de riesgo: embarazo, trastornos mentales, inmigrantes, población privada de libertad (Centrado en el usuario)
5. Formación y desarrollo profesional coordinada desde de Unidades de Apoyo al Tabaquismo. (Implicación activa de los profesionales en Unidades de Gestión Clínica y Gestión por Competencias)
6. Evaluación e investigación e informatización (Plan de calidad y mejora continua: caminando hacia la excelencia).

2. JUSTIFICACIÓN

- El tabaquismo, a pesar de ser una enfermedad crónica con tendencia a las recidivas, es tratable, y por lo tanto es injustificable que una demanda de tratamiento quede

insatisfecha (esto es aún mas cierto dentro del actual marco legislativo antitabaco). Los fracasos de la intervención en el pasado podían atribuirse tanto a la falta de tratamientos efectivos como a la actitud de personal sanitario hacia el tabaquismo y la consideración de éste como un vicio; sin embargo, actualmente se tiene evidencia científica suficiente sobre la efectividad de numerosas estrategias, tanto psicológicas como farmacológicas y el tabaquismo se concibe como una enfermedad crónica.

- El 54% de los centros de salud en Andalucía nunca ha dedicado un espacio para la formación en esta materia (Aranda et. Al, 2001) y en el periodo de la encuesta, sólo el 28% de los centros lo dedicaba. Esta investigación demuestra que la formación se utilizó como instrumento para la incorporación del consejo mínimo a las consulta con gran variabilidad de la implantación del consejo mínimo entre las provincias andaluzas. Otro estudio en el distrito de Málaga, reflejó la variabilidad del contenido de las actuaciones del consejo mínimo o la intervención avanzada (en general, se dirigía a personas adultas de riesgo, más que a embarazadas o a la población general). Además, la mayoría de los profesionales identifico la falta de formación como segundo obstáculo para el desarrollo del programa, detrás de la falta de tiempo.
- La capacitación profesional es precisamente una de las líneas de actuación propuestas como estrategia para el desarrollo y puesta en marcha de Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. La formación de las y los profesionales es trascendental para la extensión del programa de atención al tabaquismo, y también para la calidad y el contenido de sus prácticas. La formación es una de las puertas de entrada de los programas a las Instituciones Sanitarias. Pero no de forma indiscriminada, la formación se dirigirá en dos vertientes fundamentales:
 - 1) Para los profesionales que ya desarrollan actividades en este campo, la formación ira dirigida a la puesta en marcha de **modalidades grupales** de tratamiento centradas en la intervención psicológica.
 - 2) En los centros que en la actualidad no hayan iniciado el programa, la formación irá más orientada a la motivación y la capacitación en consejo mínimo.
- Dicho plan de formación contempla el objetivo de facilitar la adquisición de las competencias profesionales finales, por medio de la elaboración de planes específicos, coordinados y complementarios para cada una de las tres etapas formativas identificadas (pregrado, postgrado o especialización y formación continuada) y, en consonancia con las iniciativas europeas existentes.
- El primer esfuerzo del Plan Integral de Tabaquismo en el ámbito formativo ha sido la identificación de las competencias clave para el éxito que deben desarrollar los y las profesionales; estableciendo para cada una de los tres perfiles clínicos profesionales establecidos (básico, especializado y responsables de las Unidades de Apoyo) planes de formación acordes a los mapas de competencias desarrollados.
- El mapa de competencias del perfil clínico especializado añade al mapa de competencias del perfil clínico básico la capacitación para realizar grupos educativos multicomponentes.

- La Terapia de Grupo Multicomponente aparece como la intervención más eficaz dentro de las intervenciones psicológicas (IC 95%, Stead y Lancaster, 2003), hallándose por encima de la intervención mínima y los manuales de autoayuda y terapias farmacológicas como los Chicles de nicotina, Parches de nicotina, Inhalador de nicotina, Tabletas sublinguales de nicotina, Clonidina y en cuarto lugar tras el Spray nasal de nicotina, el Bupropión y la Nortriptilina.
- Además, entre las necesidades y expectativas de la población andaluza respecto al abordaje del tabaquismo la terapia grupal aparece entre las actividades asistenciales sanitarias del sistema público en los centros de trabajo con una valoración especialmente positiva.
- La formación de los profesionales sanitarios en modalidades de tratamiento grupal del tabaquismo introduce una visión de la relación médico-paciente y de la asistencia clínica sin precedentes. Que puede servir como modelo para otros ámbitos de asistencia clínica e impulsar la revisión curricular de los programas de formación sociosanitaria a nivel de pregrado, grado, postgrado.
- El formato grupal permite la adaptación del abordaje del tabaquismo, así como, del resto del resto del continuo de salud y enfermedad a las características particulares y al contexto de intervención de los grupos de riesgo identificados garantizando su especificidad asistencial y en una triple vertiente de prevención (primaria, secundaria y terciaria) y de promoción de la salud.
- La modalidad grupal en la asistencia sanitaria recoge mejor que ningún otro la vocación comunitaria del segundo y tercer Plan de Salud Andaluz vigentes, facilitando la planificación de estrategias de abordaje del tabaquismo a nivel intersectorial y local por lo que los planes de capacitación profesional pueden hacerse extensivos a otros los colectivos de estudiantes y profesionales con orientación sociosanitaria.
- El formato grupal permite una vía de evaluación e investigación del proceso de la salud-enfermedad que aportará datos relevantes para la comprensión del mismo y sus factores curativos.

3. OBJETIVOS Y LINEAS DE ACCIÓN.

- Abordaje del tabaquismo dentro del marco de actuación del Plan Integral Tabaquismo Andaluz 2005-2010 mediante la elaboración de planes de formación específicos y acordes a los mapas de competencias de cada uno de los tres perfiles clínicos profesionales identificados y coordinados y complementarios para cada una de las etapas formativas identificadas y, en consonancia con las iniciativas europeas existentes.
- Desarrollo y puesta en marcha del plan de capacitación del perfil clínico especializado (perfil 2) y de los responsables de las unidades de apoyo (perfil 3)

para el abordaje del tabaquismo desde la perspectiva de la Terapia de Grupo Multicomponente de acuerdo con el mapa de competencias establecido dentro del Plan Integral de Tabaquismo Andaluz 2005-2010.

- Elaboración y puesta en marcha del protocolo de intervención y de formación específica en Terapia de Grupo Multicomponente por parte de la Escuela de Salud Pública Andaluza y Comisiones de Docencia Hospitalarias en colaboración con Universidades y Sociedades Científicas.
- Impulsar la reforma curricular de los programas de formación de las profesiones sanitarias y psicosociales desde un enfoque sociosanitario orientado hacia la comunidad y la comprensión del compromiso colectivo en las intervenciones de promoción de la salud y en una nueva visión de la relación médico paciente desde la perspectiva de la terapia grupal.
- Poner al alcance de todos los profesionales sociosanitarios implicados en modalidades de tratamiento grupal del tabaquismo de las actitudes, conocimientos, y habilidades generales necesarias de acuerdo con el mapa de competencias establecido por el Plan Integral Andaluz.
- Dotar a todos los profesionales sociosanitarios implicados en modalidades de tratamiento grupal de actitudes, conocimientos y habilidades específicos focalizados en la deshabituación al tabaco desde la perspectiva de la Dinámica de Grupo y de la Terapia de Grupo de acuerdo con los programas de formación de Universidades y Sociedades Científicas reconocidas.
- Garantizar un abordaje del tabaquismo mediante la elaboración y puesta en marcha de protocolos de Terapia Grupal adaptados a las características del paciente motivación, locus de control, rasgos de personalidad y su grupo de riesgo de pertenencia, contexto de intervención y profesionales implicados.
- Desarrollo de un Programa de Supervisión, Formación Continuada y Especializada que responda a las dificultades de los profesionales en su práctica cotidiana y que de lugar a oportunidades de mejora.
- Responder a las necesidades y expectativas de los usuarios y de intervención sobre grupos modélicos y de riesgo identificados.
- Potenciar la efectividad demostrada la Terapia Psicológica en la deshabituación al Tabaco incidiendo en los componentes psicosociales de la dependencia al tabaco mediante su aplicación en grupo.

4. CONTENIDOS

MÓDULO 1. INTRODUCCIÓN A LA DINAMICA Y A LA TERAPIA DE GRUPO.

Los contenidos de este módulo tendrán como principal objetivo la presentación del programa de formación y poner de manifiesto el potencial didáctico y terapéutico de las dinámicas de grupo; e introducir teóricamente a las estrategias fundamentales para la planificación y conducción de una dinámica de grupo desde la perspectiva de una terapia y sus posibilidades de adaptación a la deshabituación al tabaco.

1. DEFINICIÓN DE GRUPO.
2. ORIGEN DE LA DINÁMICA DE GRUPO. EL INDIVIDUO Y EL GRUPO.
3. APORTACIONES DE LA INVESTIGACIÓN DE LA DINÁMICA DE GRUPO A LOS MÉTODOS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.
 - 3.1. Definición de la dinámica de grupos desde una perspectiva didáctica: punto de arranque del enfoque didáctico.
 - 3.2. En qué reside el potencial de aprendizaje de la dinámica de grupo.
 - Tipo de aprendizaje y estado motivacional que genera.
 - Condiciones necesarias para que éste tenga lugar y momentos clave.
 - 3.3. Principios y técnicas básicas para potenciar la función didáctica de las dinámicas de grupo.
4. APORTACIONES DE LA DINÁMICA DE GRUPOS A LA TERAPIA DE GRUPO.
 - 4.1. Definición y revisión histórica de la terapia de grupo.
 - 4.2. Definición de la dinámica de grupo desde esta perspectiva.
 - 4.3. Iluminación del proceso curativo: factores curativos de la terapia de grupo.
 - 4.4. Características del terapeuta:
 - Personales y profesionales;
 - Dificultades y rol dentro del grupo;
 - Terapeutas principiantes (dificultades y aspectos esenciales).
 - 4.5. Estrategias para la formación de grupo de terapia:
 - Planificación de objetivos, tipo y duración de tratamiento.
 - La selección de pacientes: criterios de inclusión/exclusión; homogeneidad/heterogeneidad.
 - Tamaño del grupo.
 - Estructura abierta o cerrada.
 - Preparación al contexto. Preentrenamiento.
 - Ausencia y abandonos.
 - Etapas en la vida del grupo.
 - 4.6. Consignas para el inicio, mantenimiento y desarrollo de una sesión de grupo.
 - Cómo iniciar una sesión de grupo.
 - Cómo mantener una sesión de grupo.
 - Como finalizar una sesión de grupo.

5. LA DESHABITUACIÓN AL TABACO Y LA TERAPIA DE GRUPO MULTICOMPONENTE: UNA APROXIMACIÓN PSICOTERAPÉUTICA INTEGRADORA

5.1. Definición y aproximación a la terapia de grupo multicomponente desde el enfoque cognitivo-conductual y las técnicas de modificación de conducta.

- Técnicas de relajación.
- Técnicas para el manejo de contingencias.
- Técnicas de reestructuración cognitiva.
- Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento.
- Técnicas de resolución de Problemas.

5.2. La aproximación a la terapia de grupo multicomponente desde una perspectiva psicoterapéutica integradora. (Dentro del nivel avanzado)

Como se dijo más arriba, el enfoque cognitivo-conductual es un buen punto de arranque para una primera aproximación a la terapia de grupo en combinación con la formación en técnicas básicas para la conducción de una dinámica de grupo desde una perspectiva educativa y terapéutica. Sin embargo, restringir la terapia de grupo a la aplicación de las técnicas desarrolladas en el contexto del paradigma cognitivo-conductual supone limitar notablemente las posibilidades que en sí misma admite la terapia de grupo y sus múltiples enfoques, transaccional, psicodramático, gestáltico, por mencionar solo unos pocos; así como, desaprovechar la capacidad terapéutica de técnicas desarrolladas por otros modelos psicoterapéuticos. La consideración de la formación de especialistas en Terapia de Grupo y su integración dentro de la red público-asistencial deberá ser contemplada entre las oportunidades de mejora de este programa.

La deshabituación del tabaco es un área de intervención que permite la integración de las principales corrientes psicoterapéuticas actuales (conductuales, cognitivas, sistémicas, humanísticas y dinámicas) desde una triple perspectiva integradora: técnica, teórica y de los factores comunes.

Desde una perspectiva TÉCNICA, las sesiones de grupo pueden estructurarse según el criterio sistémico de Prochaska y Diclemente seleccionando las técnicas terapéuticas según un esquema básico que contempla la concordancia entre las características del cliente, la naturaleza del cambio y cómo producir éste organizado en tres ejes:

- Estadio de cambio: precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento, recaída y
- Proceso de cambio: motivación y preparación para el cambio, entrenamiento en solución de problemas, aprendizaje de nuevas habilidades (de afrontamiento, sociales, asertivas), manejo de contingencias, modificación de creencias disfuncionales, incremento del “insight” entre otras.
- Nivel de cambio: sintomático, cognitivo e interpersonal.

6. LA DESHABITUACIÓN AL TABACO: GRUPOS MODÉLICOS Y GRUPOS DE RIESGO.

6.1. Grupos modélicos: profesionales sociosanitarios.

6.2. Grupos de riesgo:

- Pacientes sanitarios hospitalizados y no hospitalizados.
- Población con patología dual: esquizofrenia, depresión y trastorno mixto ansioso-depresivo.
- Enfoque de género: embarazo.
- Infancia adolescencia y juventud.
- Ambientes laborales: públicos y privados.
- Población inmigrante.

- Población privada de libertad.
- Grupos de recaída.

MÓDULO 2. TERAPIA GRUPAL FOCALIZADA EN LA DESHABITUACIÓN AL TABACO.

Los contenidos de este módulo tendrán como objetivo profundizar y dar continuidad a los contenidos del módulo 1 desde una perspectiva teórica, mediante talleres, y práctica, mediante la implicación en cooterapia en grupos de terapia grupal antitabaco con profesionales acreditados.

I. NIVEL BÁSICO.

1. Directrices básicas para la planificación y conducción de una terapia de grupo antitabaco.
2. Directrices básicas para la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en grupo.
3. Directrices para la construcción de un protocolo de terapia grupal en la deshabituación al tabaco.

1. Directrices básicas para la planificación y conducción de una terapia de grupo antitabaco. En este apartado se profundizará en los siguientes puntos del módulo anterior adaptados a la deshabituación al tabaco:

1.1. Principios y técnicas básicas para potenciar una dinámica de grupo desde una perspectiva didáctica y terapéutica.

- Rol del terapeuta.
- Cohesión grupal y motivación grupal.
- Atención al aquí y ahora.
- Interacción cara a cara.
- Selección adecuada de las técnicas a los objetivos, población y contexto de aplicación.

1.2. Características del terapeuta: personales y profesionales; dificultades y rol dentro del grupo; terapeutas principiantes (dificultades y aspectos esenciales). (Anexo I)

1.3. Estrategias para la formación de grupo de terapia antitabaco (Anexo II):

- Planificación de objetivos, tipo y duración de tratamiento.
- La selección de pacientes: criterios de inclusión/exclusión; homogeneidad/heterogeneidad.
- Tamaño del grupo.
- Estructura abierta o cerrada.
- Preparación al contexto. Preentrenamiento.
- Ausencia y abandonos.
- Etapas en la vida del grupo.

1.4. Consignas para el inicio, mantenimiento y cierre de una sesión de terapia de grupo.

Cómo iniciar una sesión.

- Caldear, promover la interacción entre los miembros del grupo y generar un buen clima grupal.
- Motivar y orientar de forma positiva y activa hacia la tarea grupal.
- Participación activa y directiva por parte de los terapeutas.
- Ruedas rápidas: se solicita a cada miembro de la sesión que resuma brevemente sus expectativas de la sesión.
- Asuntos pendientes: dedicar un tiempo en torno a los 10 minutos para cuestiones o aspectos no resueltos de la sesión anterior; felicitación por los logros (reducción o abstinencia) y repaso de las dificultades (desdramatizar, desculpabilizar,...)
- Turno de sugerencias y preguntas.
- Introducción a la cultura grupal.

Cómo mantener una sesión.

- Mantener un nivel de activación dentro de un rango sostenido pero moderado de energía, donde los participantes sean capaces de interactuar entre ellos sin excesiva dependencia de la participación del o los terapeutas ni de la promoción o abuso de ejercicios estructurados.
- A través de la interacción entre los participantes emergerán los contenidos de aprendizaje y el trabajo sobre la conducta foco del cambio, bajo la atenta directriz de los terapeutas.
- El silencio de los terapeutas facilita la participación del grupo.
- La formulación de preguntas concretas, abiertas y que susciten respuestas acumulativas.
- La facilitación de la Tormenta de Ideas.
- Juego de roles y dramatizaciones.
- Ejercicios estructurados destinados básicamente a mantener en marcha al grupo: como la formación de subgrupos (Philipps 66), discusiones y/o debates.
- Manejo de momentos de decaída o bloqueo en el grupo, cotilleo, escasa participación.
- Manejo de miembros difíciles: monopolizadores, pasivos (entre otros).
- Aprovechar a los líderes del grupo. Ej.: el más motivado
- La comunicación no verbal.

Cómo finalizar una sesión.

- No esforzarse por concluir los aspectos tratados durante la sesión antes de cerrarla.
- Resumir: conclusiones.
- Rueda de feedback entre los miembros respecto a la sesión y turno de preguntas evaluación
- Feedback positivo.
- Tareas para casa: cómo hacer para que se cumplan. Modelar en vivo y reforzar. Mostrar y explicar después.
- Visión de los terapeutas.
- Despedida y duelo.

2. Directrices básicas para la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en grupo.

2.1. Introducción y justificación.

Las técnicas de modificación una serie de requisitos fundamentales para priorizar la terapia de grupo antitabaco mediante la aplicación de las mismas.

- Posibilidad de aprendizaje mediante modelado participante y/o coterapia

- Efectividad demostrada en múltiples patologías relacionadas con la salud y el cambio de hábitos.
- Permiten la construcción de protocolos de aprendizaje e intervención evaluables.
- Integración de componentes psicoeducativos y psicoterapéuticos: aprendizaje y cambio de conducta.

2.2. Clasificación y aplicación práctica.

- **Técnicas de relajación.** Orientadas hacia el entrenamiento de la persona en la identificación y control de los síntomas y signo activación psicofisiológica relacionados con estados de tensión y ansiedad sin ayudas farmacológicas externas. Adaptaciones de la Técnica de relajación progresiva de Jacobson (1929) y la variante de Bernstein y Borkovec (1983); Entrenamiento autógeno de Schultz (1987); y otras técnicas.
- **Técnicas para el manejo de contingencias.** Orientadas a la identificación y control de las contingencias ambientales relacionadas con la conducta de fumar. Entrenamiento en autorregistro, técnicas de control de estímulo. Entrenamiento en prevención de respuesta.
- **Técnicas de reestructuración cognitiva.** Orientadas a identificar y modificar cogniciones desadaptativas relacionadas con el consumo de tabaco. Adaptaciones de la Terapia Cognitiva de Beck, 1976; la Terapia Racional-Emotiva de Ellis, 1980; y el Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum, 1977)
- **Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento.** Orientadas a la adquisición de habilidades para hacer frente de forma activa a una variedad de situaciones estresantes que pudieran provocar una recaída. Adaptación de los programas de Inoculación de estrés-IE (Meinchebaum, 1985); Técnicas de autocontrol (Goldfried,) y entrenamiento en el manejo de la ansiedad; y Entrenamiento en habilidades sociales.
- **Técnicas de resolución de Problemas** (D’Zurilla y Golfried, 1971; Mahoney, 1979; y Spivack y Shure, 1971).

3. Directrices para la construcción de un protocolo de terapia grupal en la deshabituación al tabaco.

- I. PLANIFICACIÓN DE OBJETIVOS, TIPO DE TRATAMIENTO Y DURACIÓN DEL MISMO.
- II. EVALUACIÓN: ACOGIDA, ANALISIS DE LA DEMANDA Y SELECCIÓN DE PACIENTES.
- III. PREPARACIÓN PARA LA TERAPIA DE GRUPO MULTICOMPONENTE..
- IV. TRATAMIENTO.
- V. SEGUIMIENTO.

I. PLANIFICACIÓN DE OBJETIVOS, TIPO DE TRATAMIENTO Y DURACIÓN DEL MISMO.

Deshabitación al tabaco mediante terapia grupal multicomponente; 8 sesiones semanales de 2 horas de duración; equipo multidisciplinar: médico, psicólogo y diplomado en enfermería.

La aplicación del tratamiento tendrá lugar mediante la integración de los principios de la dinámica grupal y la terapia de grupo.

I.EVALUACIÓN

ACOGIDA Y ANÁLISIS DE LA DEMANDA.

- Elaboración de la ficha de usuario: datos sociobiográficos.
- Construcción de la **alianza terapéutica** mediante entrevista individual de acuerdo con los principios de la entrevista motivacional de Miller y Rolnick.
- Aplicación de los cuestionarios pertinentes.
- Historia clínica: antecedentes personales y familiares.
- Antecedentes de tabaquismo: diagnóstico y evaluación fisiológica (cooximetría)
- Tasa de consumo actual y entorno de consumo.
- Motivación para dejar de fumar: estadio de cambio y escala de Tomkins.
- Locus de control (escala internalismo/externalismo de Rotter)
- Reactancia psicológica y grado de voluntariedad para el tratamiento.
- Grado de Tolerancia/Dependencia (Fagerström).
- Presencia de estresores vitales.
- Expectativas de éxito (autoeficacia percibida) y dificultades esperadas.
- Disponibilidad hacia la terapia: factores interpersonales, capacidad de trabajo en grupo.
- Cuestionario de ansiedad depresión.

II. SELECCIÓN DE PACIENTES.

La selección de pacientes es una prioridad de cara a minimizar el abandono y maximizar el éxito de la terapia. Una adecuada selección aumenta la tasa asistencia y la cohesión del grupo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Indicaciones específicas de tabaquismo: motivación, dependencia, intentos de cesación, hábitos de consumo de acuerdo con el análisis de la demanda.

Indicaciones de relación interpersonal:

- Disponibilidad para la terapia grupal; capacidad de trabajo en grupo; ser capaz de dar y recibir feedback y empatía.
- Conciencia de tener un problema personal.
- Compromiso de cambio, deseo de ser influido por el grupo, compromiso de apertura y motivación para ayudar al grupo, presencia de estresores vitales.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Organicidad (demencia)
- Bajo nivel intelectual.
- Enfermedades médicas graves o estresores vitales graves..
- Intolerancia a la situación grupal.
- Reticencia a las normas grupales.
- Dificultades operativas (distancia al centro, horarios laborales, etc.)
- Dependerá también de la población de riesgo de pertenencia.
- Voluntariedad.
- Indicaciones derivadas del análisis de la demanda.

HOMOGENEIDAD VERSUS HETEROGENEIDAD.

Homogeneidad: se indica en grupos a corto plazo ya que favorece, la cohesión grupal; tasas más altas de asistencia; apoyo más inmediato, menor conflictividad y generan un alivio sintomático más rápido. Los pacientes para grupo a corto plazo, deberían ser homogéneos en cuanto a su problema y nivel de tolerancia al estrés.

Heterogeneidad:

- **La raza y la clase social** afectan al funcionamiento grupal, a mayor grado de polarización racial mayor grado de dificultad de trabajo en grupos combinados.
- **El balance entre sexos** no influye significativamente siempre que contemos con dos miembros del mismo sexo como mínimo.

GRUPOS DE ESTRUCTURA CERRADA.

TAMAÑO: 8 PACIENTES.

III. PREPARACIÓN PARA LA TERAPIA DE GRUPO O INTRODUCCIÓN A LA CULTURA DE GRUPO.

Explicación del funcionamiento grupal por parte del terapeuta: la confusión en este sentido disminuye la cohesión grupal y aumenta los abandonos.

- Justificación de la necesidad de la terapia y sus métodos: clarificar el potencial terapéutico del grupo.
- Especificación del método de trabajo que se va a desarrollar o tipo de terapia.
- Especificación de objetivos de tratamiento y criterios de evaluación.
- Encuadre espacio-temporal: especificar el lugar, la hora, la duración de las sesiones y su frecuencia (semanal, quincenal,...), duración de la terapia y criterios de terminación.
- Señalar aspectos administrativos, de la organización, y cobertura económica.

- Especificar la estructura abierta o cerrada: aclarar la indicación o no de nuevas personas al grupo una vez que éste se haya formado y comenzado y cuando estaría indicado.
- Señalar las conductas deseables: compromiso de asistencia; participación y avisar cuando no se va a acudir.
- Ajuste de expectativas mediante exploración de fantasías, malentendidos, ansiedades y temores manifiestos: "... esto no me empeorará (desconfianza)...es obligatorio hablar (miedo al rechazo)...es gente de aquí (confidencialidad)...?"
- Anticipar posibles problemas: sentirse desplazado, miedo a hablar, entre otros.

Indicación de preentrenamiento.

Método específico de preparación para el grupo desarrollado en las dos últimas décadas desde los enfoques instructivos, de estructuración cognitiva y el interaccional. Permite predecir el grado de adecuación a la terapia, previene abandonos, incrementa la cohesión grupal y afecta positivamente a los resultados. Su desventaja es que aumenta el tiempo y personal requerido para realizar el trabajo clínico y el análisis de las sesiones de pre-entrenamiento.

IV. TRATAMIENTO

PRIMERA FASE: INTRODUCCIÓN EN GRUPO AL PROGRAMA DE TRATAMIENTO Y PRESENTACIÓN DEL EQUIPO. 1ª Y 2ª SESIÓN

1. Objetivos:

- Presentación del programa y equipo multidisciplinar.
- Ajuste de expectativas.
- Motivación y cohesión grupal: orientación positiva hacia el programa de tratamiento en grupo.

2. Actividades:

- Ejercicios de presentación de e interacción entre los miembros del grupo.
- Orientación hacia la cultura de grupo y la dinámica de grupo: atención al aquí y ahora, participación activa e interacción grupal y responsabilidad sobre su tratamiento.
- Explicación sobre el tipo de intervención y su nivel de exigencia y papel activo del cliente y sus objetivos.
- Explicación de la conducta adictiva desde el modelo cognitivo- conductual.
- Modelado participativo de autorregistros.
- Estrategias motivacionales: ¿para qué vamos a dejar de fumar?

SEGUNDA FASE: DESCOMPOSICIÓN DEL HÁBITO DE FUMAR. 3ª y 4ª SESION

1. Objetivos:

- Análisis funcional de la conducta de fumar.

- Debilitamiento vínculos estímulo-conducta-consecuencia.
- Entrenamiento y adquisición de habilidades de coping.
- Mantenimiento de la motivación.
- Reducción gradual.

2. Actividades:

- Análisis en grupo de los autorregistros individuales.
- Entrenamiento en grupo de control de estímulo y prevención de respuesta.
- Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad (juego de roles)
- Identificación conductas alternativas a la conducta de fumar.
- Entrenamiento en relajación.
- Detección y discusión en grupo de creencias disfuncionales: reestructuración cognitiva.

TERCERA FASE: PRUEBAS DE CESACIÓN Y ABSTINENCIA (Abandono del hábito). 5ª y 6ª SESIÓN.

1. Objetivos:

- Inicio a la abstinencia continuada.
- Valoración y manejo de las manifestaciones del síndrome de abstinencia: físicas y psíquicas.

2. Actividades:

- Negociación del “Día D”.
- Prevención de dificultades y ensayo de estrategias.
- Análisis de las dificultades en grupo y entrenamiento en solución de problemas.
- Orientación dietética: cambio de hábitos alimenticios y emociones.
- Refuerzo de logros.

CUARTA FASE: MANTENIMIENTO DE LA ABSTINENCIA. 7ª y 8ª SESIÓN.

1. Objetivos:

- Mantenerse sin fumar.
- Manejo de las manifestaciones del síndrome de abstinencia: físicas y psíquicas: duelo por dejar de fumar
- Evitar la cronificación de las recaídas.

2. Actividades:

- Anticipación y entrenamiento en afrontamiento de situaciones de alto riesgo de recaída: la dependencia psicosocial.
- Reestructuración de creencias disfuncionales en torno a la recaída.
- Construcción del decálogo grupal: despedida.
- Programación de sesiones en grupo de seguimiento (1, 3, 6, 12 meses).

V. SEGUIMIENTO

- Programación de sesiones de seguimiento en grupo a corto y medio plazo (1, 3, 6 y 12 meses).
- Programación de sesiones de seguimiento a largo plazo (18 meses a 5 años).

INTEGRACIÓN EN CADA UNA DE LAS FASES DEL TRATAMIENTO DE CONSIDERACIONES SOBRE EL PROCESO INTERPERSONAL DENTRO DEL GRUPO, PRINCIPIOS Y TÉCNICAS PARA GENERAR UNA DINAMICA DE GRUPO. ANEXO II.

1. Rol del terapeuta y destrezas del terapeuta.
2. Selección y temporalización de las técnicas más adecuadas para generar una dinámica grupal.
3. Consignas para el inicio, mantenimiento y cierre de las sesiones.
4. Pautas de manejo de momentos de bloqueo y pacientes difíciles.
5. Pautas de manejo de los abandonos: son percibidos negativamente por el grupo y amenazan la integridad del mismo. Análisis de los factores grupales relacionados con el abandono: baja cohesión, necesidad de un chivo expiatorio, distancia o falta del apoyo por el terapeuta.
6. Atención a las tapas en la formación del grupo: procesos de interacción interpersonales y su psicodinámica, conflictos y tensiones grupales.

I. Etapa inicial: orientación, participación dudosa, búsqueda de significado.

- Conflicto: estar dentro o fuera del grupo
- Predominio de atención a sus relaciones sociales para sentirse abrigados y pertinentes
- Tareas: describir síntomas, medicamentos, experiencias previas, dar y recibir consejos.
- Trabajo de la cultura de grupo o normas deseables:
 - Expresar libremente los sentimientos que surjan en el grupo; participar activamente e interactuar libremente; aceptar a los otros sin formular juicios.
 - Capacidad para contar cosas de uno mismo; desear comprenderse a sí mismo y desear cambiar
 - Las normas pueden ser explícitas o implícitas
 - El grupo es el responsable de su funcionamiento (toma de decisiones) y agente de su propia terapia.
 - Centrar la interacción en el aquí-ahora: pasar de lo exterior a lo interior; de lo abstracto a lo concreto; de lo genérico a lo personal.
 - Modelar y contener la expresión de sentimientos, examinando los parámetros de terminación y comienzo.
 - Confidencialidad o anonimato.
 - Sondar miedos, temores, expectativas, etc.
 - Clarificación de roles: del terapeuta y de los miembros del grupo.

II. Etapa intermedia: conflicto, dominio y rebeldía.

- Conflicto: estar arriba o abajo, competencia entre los miembros por ser el preferido del líder, idealización, denigración del terapeuta, subagrupamientos, conflicto contradependiente, inhibición de la agresión hacia el líder.

- Tareas: expresar abiertamente el conflicto entre los miembros y de estos con el jefe.
- Tensiones grupales básicas: lucha por el dominio.

IV. Etapa de cohesión.

- Conflicto: estar cerca o lejos del grupo.
- Objetivo: desarrollo de la cooperación, identificación con las metas del grupo.
- Tareas: aumento del nivel de autorrevelación.

II. NIVEL AVANZADO.

1. Los procesos adictivos: modelos explicativos.
2. Limitaciones de la perspectiva cognitivo-conductual.
3. La aproximación sistémica y psicodinámica.

Limitaciones del E. H. A en la deshabituación al tabaco desde la perspectiva cognitivo conductual. La intervención desde el enfoque cognitivo conductual se fundamenta en la concepción lineal de la relación entre la conducta y componentes ambientales y de la persona (lugar, objetos, personas presentes, pensamientos y emociones); sin embargo, una aproximación a la conducta desde una perspectiva constructivista y psicodinámica este enfoque es incompleto, y esto es especialmente cierto para la explicación de las recaídas. La conducta observable responde a procesos complejos de los que resulta difícil tener conciencia, complejidad que se acentúa en las conductas adictivas como el tabaquismo. La conducta de fumar tiene lugar en contextos donde los componentes personales e interpersonales, los pensamientos en juego y los estímulos ambientales se conjugan con el tono emocional dominante como un todo.

El deseo y la conducta de fumar responde a estados motivacionales inconscientes; ayudar a evitar la recaída puede requerir de intervenciones más centradas en el incremento del insight, la confrontación con las propias incongruencias y el trabajo con la ambivalencia motivacional; en definitiva, la toma de conciencia de las paradojas afectivo-racionales que se ponen en juego en la dependencia psicológica y psicosocial del tabaco. Tales intervenciones permitirían un incremento de la conciencia de cada persona sobre las motivaciones inconscientes que pueden estar dominando su conducta, y de cómo interactúan los componentes ambientales con sus emociones y necesidades insatisfechas; así como, sobre la relación funcional entre las adicciones y la regulación de relaciones interpersonales y estados emocionales conflictivos.

El conocimiento por parte de profesionales especializados en la deshabituación al tabaco de la aproximación sistémica y psicodinámica a la terapia de grupo y, desde la perspectiva de la formación continuada, puede considerarse como un requisito fundamental para la correcta comprensión de los procesos adictivos y de las interacciones interpersonales a nivel grupal. Configurándose como un estándar de calidad deseable y necesario para la intervención sobre determinados grupos de riesgo donde hayan fracasado intervenciones de otro tipo.

Una aproximación inicial a este enfoque debería procurar el conocimiento de los siguientes conceptos y destrezas básicas.

- Los procesos adictivos y sus modelos explicativos
- La explicación holística, sistémica (relacional) e intrapsíquica de la conducta humana y las adicciones: el incremento del “insight”.
- Mecanismos de defensa psicológicos: Identificación y manejo de mecanismos de defensa neuróticos típicos.
- La resistencia al cambio: Clarificación, confrontación e interpretación de las manifestaciones de resistencia al cambio.
- La ambivalencia motivacional.
- Transferencia y contratransferencia. Identificación, análisis y manejo de las relaciones transferenciales y contratransferenciales.

MÓDULO 3. TERAPIA DE GRUPO Y GRUPOS DE RIESGO EN LA DESHABITUACIÓN AL TABACO.

Los contenidos de este módulo tendrán como objetivo el énfasis en la investigación sobre las particularidades de cada grupo como fundamento de los programas de intervención y sus líneas de acción relevantes. Y la atención a consideraciones específicas para la integración de las directrices básicas en la terapia de grupo antitabaco y las características particulares de la población a la que se dirige, contexto de aplicación y profesionales implicados destacando:

- La prioridad del enfoque grupal en las estrategias de prevención y promoción de la salud.
- La relevancia de la intervención sobre grupos modélicos (sanitarios y educadores).
- Garantizar la atención grupal a la población sanitaria no hospitalizada dentro de la red clínico asistencial (atención primaria, centros ambulatorios de drogodependencias y unidades hospitalarias).
- Coordinación con las áreas de salud mental en la atención a la población con trastornos mentales (esquizofrenia, depresión, y trastornos mixtos ansioso-depresivo).
- Prioridad de la atención al embarazo en coordinación con los programas de psicoeducación maternal.
- Enfoque de género centrado en información sobre mayor vulnerabilidad diferencial; en estrategias para la identificación y manejo de estados emocionales negativos y de la presión de exigencias sociales y publicitarias.
- Coordinación con el personal de los departamento de prevención de riesgos laborales a nivel público y privado que priorice la formación para el manejo de los conflictos interpersonales en grupo y la ayuda asistencial a los fumadores. De este modo se tendría acceso a gran parte de la población adulta fuera del sistema sanitario. Redundando en una mayor especificidad de los protocolos sanitarios.
- Atención a la infancia, la adolescencia y la juventud desde la prevención y la promoción de la salud en coordinación con los programas ya vigentes (Forma Joven y Prevención para Vivir). Adecuando la intervención a los factores explicativos del inicio temprano y mantenimiento de las conductas adictivas.

- Identificación e intervención sobre menores de riesgo (trastornos de conducta y familias desestructuradas) en coordinación con las Unidades de Trabajo Social y Salud Mental.
- Enfoque multicultural basado en la aproximación al sistema de valores y las dificultades de integración de la población inmigrante.
- Especial atención a las características de personalidad y afectivo-motivacionales de la población privada de libertad.
- La formación de grupos de recaída es relevante tanto para el tratamiento como para la investigación y comprensión de los procesos de adicción y deshabituación y sus factores relevantes.

6. POBLACIÓN DIANA:

- **Profesionales sanitarios** implicados en programas de prevención y deshabituación al tabaco mediante terapia grupal: psicólogos clínicos, médicos especialistas; médicos de atención primaria; centros de tratamiento en drogodependencias ; diplomados en enfermería; personal auxiliar de enfermería.
- **Profesionales no sanitarios** implicados en programas de prevención y deshabituación al tabaco: profesores de educación secundaria; profesores de educación primaria; psicólogos y educadores sociales de las unidades de atención social y sistema penitenciario; profesionales de prevención de riesgos laborales.
- **Estudiantes de grado y de pregrado** de profesiones sanitarias y psicosociales mediante asignaturas de libre configuración y/o en programas de formación de postgrado (PIR, MIR y Matronas).

7. ENCUADRE

- Cursos de formación de formación de formadores bajo la dirección de la Escuela Andaluza de Salud Pública y en colaboración con Universidades y Fundaciones de reconocido prestigio.
- Desarrollo del programa de formación en terapia grupal centralizados en las Unidades de Apoyo de Distrito y Hospitales, dentro del Programa General de Capacitación de Personal asistencial para el Abordaje del Tabaquismo; dentro de los cursos de formación para perfil 2 tal y como esta programada dentro del Plan Integral Andaluz del Tabaquismo.
- Dichos cursos tendrán una duración de 35 horas teóricas y los siguientes contenidos: la epidemia del tabaquismo y sus consecuencias, historia natural del tabaquismo, técnicas de entrevista motivacional, valoración de la persona fumadora, consejo mínimo, intervención avanzada, intervención grupal y organización del sistema sanitario.
- Durante la vigencia del Plan se realizará, al menos, un curso por distrito y hospital. La formación teórica se complementará con la programación de prácticas

supervisadas mediante cooterapia en, al menos dos grupos de terapia grupal, con un profesional acreditado (30 horas de duración).

- La duración de los talleres teóricos relativos a cada uno de los módulos de intervención grupal propuesto se establecerá de acuerdo con el nivel de profundidad de los contenidos protocolizados, no siendo en ningún caso inferior a 15 horas.
- El desarrollo de programa de supervisión y seguimiento (centralizada desde las Unidades de Apoyo y Hospitales) de los diferentes terapeutas formados mediante grupos de supervisión con un profesional acreditado deberá contemplarse como complemento adicional para la oportunidad de mejora. Los encuentros podrán tener lugar con una periodicidad determinada según los recursos asistenciales: oscilando entre el término de cada terapia grupal y/o de cada sesión grupal realizada.
- Programación de los Plan de Formación Continuada bajo la supervisión de la Escuela de Salud y Pública Andaluza y Universidades y Fundaciones acreditadas que garanticen la oportunidades de mejora y contemple la cobertura a una formación de psicoterapeutas de grupo especializados de acuerdo con los requisitos de la FEAP.

RECURSOS

- Personal acreditado para la formación en terapia de grupo.
- Programas de formación en terapia de grupo acreditado.
- Red asistencial coordinada a nivel regional, provincial y por distritos o Unidades de Apoyo; intersectorial y local.
- Disponibilidad de espacios físicos apto para el desarrollo de talleres de formación y dinámica de grupos.
- Guía de práctica clínica y supervisión de la terapia de grupo para la deshabituación al tabaco.
- Cuestionarios de evaluación de aprendizaje.
- Cuestionarios de satisfacción de profesionales y usuarios.
- Recursos tecnológicos y sistemas de información adaptados a los protocolos de evaluación e investigación programados.
- Material fungible.
- Programas de formación continuada de Terapia Grupa

8. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.

La evaluación del presente programa deberá efectuarse tomando como referencias el “Modelo de matriz de Tansella y Thornicroft (GRUPO EPSILON); grupo EPCAT; y grupo MAHEIM-GRANADA.”

INDICADORES DE ESTRUCTURA.

- Numero de Unidades de Apoyo al Tabaquismo entran en funcionamiento a nivel regional, provincial y por distrito o área de salud considerado. El Plan Integral

Andaluz de Tabaquismo tiene prevista la puesta en marcha de 20 Unidades de Apoyo al Tabaquismo en Andalucía a lo largo del 2006.

- Presupuesto destinado a la formación en programas de Formación en Terapia de Grupo.
- Presupuesto destinado a la Investigación de la Terapia de Grupo.
- Número total de centros dentro de la red sanitaria ponen en marcha programas de terapia grupal para la deshabituación al tabaco. Existen 1478 centros de atención primaria y 32 hospitales en Andalucía.
- Número total de centros a nivel intersectorial y local ponen en marcha programas de terapia grupal para la deshabituación al tabaco. (Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales sobre el año 2002, en España existe una red de 3360 UTS, con una ratio de una para cada 11000 ciudadanos españoles).

INDICADORES DE PROCESO

- Número total de cursos de formación de formadores impartidos por la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Número total de profesionales perfil 3 participan en los cursos de formación de formadores.
- Número total de cursos de formación de perfil 2 se imparten a nivel regional, por provincia y por Unidad de Apoyo.
- Número total de profesionales perfil 2 participan en cursos de formación de terapia de grupo a nivel regional, provincial y por Unidad de Apoyo.
- Número medio de participantes perfil 2 por cada curso de formación impartido.
- Número total de profesionales de perfil 2 que reciben prácticas en cooterapia a nivel autonómico, provincial y por Unidad de Apoyo.
- Número medio de prácticas en cooterapia a nivel regional, provincial y por Unidad de Apoyo.
- Número de sesiones de supervisión y seguimiento de la práctica de terapia grupal a nivel regional, provincial y por Unidad de Apoyo.
- Número total de profesionales participan en sesiones de supervisión y seguimiento de sus prácticas de grupo a nivel regional, provincial y por Unidad de Apoyo.
- Número medio de horas de formación recibidas por cada profesional.
- Estadísticos cuestionarios de evaluación de asimilación de contenidos
- Estadísticos cuestionarios de satisfacción con la formación recibida.
- Número total de terapias grupales efectuadas a nivel autonómico, provincial y en coordinación con las Unidades de Apoyo.
- Número total de usuarios participan en terapias de grupo a nivel regional, provincial y por Unidad de Apoyo.
- Indicadores de proceso relacionados con la coordinación y formación en terapia grupal a nivel intersectorial.

INDICADORES DE RESULTADO

- Tasa de ausencias y abandonos de la terapia grupal.

- Tasa de abstinencia media al termino de la terapia grupal.
- Estudios de eficacia mantenimiento de la abstinencia mediante seguimiento a corto plazo 1, 3, 6 y 12 meses.
- Estudios de eficacia mantenimiento de la abstinencia mediante seguimiento a largo plazo 18 meses hasta 5 años.
- Cuestionarios de satisfacción percibida en los usuarios.
- Indicadores de estudios de eficacia comparada de los tres niveles de intervención programada: intervención mínima, avanzada y terapia de grupo multicomponente.

9. ANEXOS.

ANEXO I.

Tabla 1. Características y dificultades del terapeuta.

| CARACTERÍSTICAS PERSONALES | DESTREZAS PROFESIONALES | | DIFICULTADES DEL TERAPÉUTA |
|---|-------------------------|---------------------|--|
| Presencia emocional | Escucha activa | Iniciación | Ansiedad inicial |
| Valentía | Parafraseo | Definición de metas | Autoapertura |
| Voluntad para confrontarse con uno mismo | Clarificación | Evaluación | Manejo de miembro difíciles. |
| Sinceridad y Autenticidad | Síntesis | Feedback | El manejo de las reacciones propia ante la resistencia de los miembros |
| Sentido de identidad | Preguntas. | Sugerencia | El reto de manejar un sistema. |
| Confianza y entusiasmo en el proceso grupal | Interpretación | Protección | Limitaciones del terapeuta: cura de humildad. |
| Imaginación y creatividad | Confrontación | Apertura propia | Resistencia a ser cuestionado por el grupo. |
| | Reflejo de sentimientos | Modelado | |
| | Empatía | Vinculación | |
| | Facilitación | Bloqueo | |
| | Señalamiento | Finalización | |
| | | | |

Cura de humildad y limitaciones del terapeuta

Las técnicas terapéuticas no pueden desligarse de las características y conductas personales del terapeuta. Así pues sería bueno, preguntarnos si el éxito o fracaso del grupo son atribuibles a las características de los participantes o a las técnicas específicas aplicadas al grupo. Evidentemente estas son variables importantes pero no deben ser consideradas como determinantes únicos de los resultados del grupo.

Los terapeutas del grupo pueden adquirir conocimientos teóricos y prácticos extensivos sobre dinámicas grupales, pueden disponer de una amplia formación en procedimientos técnicos y diagnósticos y sin embargo seguir siendo poco efectivos en la estimulación crecimiento y cambio de los miembros del grupo. Los terapeutas llevan a todos los grupos sus cualidades, valores y experiencias vitales personales. La clave del éxito como terapeuta de grupo es el compromiso de no dejar nunca de luchar para llegar a estar cada vez más realizado como ser humano.

CARACTERÍSTICAS PERSONALES.

Las siguientes características personales están vinculadas al liderazgo efectivo del grupo porque su presencia o ausencia pueden facilitar o inhibir el proceso grupal. Es importante mantenerlas en mente mientras evaluamos nuestras propias características.

PRESENCIA EMOCIONAL.

Significa ser movido por la alegría y el dolor que experimentan los otros. Si los terapeutas reconocen y expresan sus propias emociones, pueden implicarse emocionalmente más a los otros. La habilidad de los terapeutas para mostrar estas experiencias les facilita empalizar y comprender a los miembros del grupo. La presencia conlleva también “estar allí” para los miembros, lo que implica preocupación genuina y voluntad para participar en su mundo psicológico. Estar presente significa que los terapeutas no se fragmentan cuando llegan a la sesión grupal, que no se preocupan por otros asuntos y que están abiertos a las reacciones del grupo.

PODER PERSONAL

Implica la confianza en sí mismo y la conciencia de la influencia propia sobre los otros. No es posible transmitirle a otros lo que uno mismo no posee. Debeos destacar que el poder no significa dominio y explotación de otros, lo que sería abuso de poder. Los terapeutas realmente poderosos emplean el efecto que tienen sobre los participantes del grupo para animarles a ponerse en contacto con su propio poder en desuso y no para potenciar su dependencia. Los terapeutas de grupo son en algunos momentos una fuente importante de inspiración para los miembros que luchan por ser las personas poderosas que son capaces de ser.

VALENTÍA.

Los terapeutas efectivos son conscientes de que deben mostrar valentía en sus interacciones con los miembros del grupo y que no pueden esconderse tras su rol especial de terapeuta. Muestran valentía adoptando riesgos en el grupo y admitiendo sus errores, mostrándose vulnerables de vez en cuando, confrontándose a los otros y revelando sus propias reacciones a quienes se enfrentan, actuando en base a intuiciones y creencias, discutiendo con el grupo sus pensamientos y sentimientos sobre el proceso grupal y mostrando voluntad por compartir su poder con otros miembros del grupo. No pueden modelar lecciones a los miembros

del grupo adoptando una posición ante la vida y actuando como si fueran perfectos. (Voluntad de avanzar a pesar de sentirse inseguros y temerosos).

VOLUNTAD PARA CONFRONTARSE CON UNO MISMO.

Una tarea del terapeuta es promover la autoexploración de los clientes. Como los terapeutas no pueden esperar que los participantes hagan algo que ellos mismos no están preparados a hacer, deben demostrar que tienen **voluntad de cuestionarse a sí mismos**. Esto puede adoptar la forma de formular y responder preguntas como las siguientes:

- a. *¿Por qué dirijo grupos?*
- b. *¿Qué obtengo con esta actividad?*
- c. *¿Por qué me comporto de este modo en el grupo?*
- d. *¿Qué impacto producen mis actitudes, valores, sesgos, sentimientos y conductas en el resto de las personas del grupo?*
- e. *¿Cuáles de mis necesidades se satisfacen a través de mi rol como terapeuta del grupo?*
- f. *¿Uso en alguna ocasión los grupos que dirijo para satisfacer mis necesidades personales a expensas de las necesidades de los miembros?*

La auto-confrontación es un proceso continuo y no existen respuestas simples para estas preguntas. El principal factor es el formular preguntas continuamente con el fin de determinar el grado de honestidad propia sobre sus motivaciones para seguir siendo terapeuta del grupo

La auto-conciencia es un factor concomitante a la voluntad de auto-confrontarse. Los terapeutas que son conscientes de sí mismos son capaces de trabajar terapéuticamente con las transferencias que emergen en el entorno grupal tanto hacia sí mismos como hacia el resto de los miembros del grupo. Además, son conscientes de su propia vulnerabilidad y no responsabilizan a los miembros de sus reacciones ni usan al grupo como el espacio para desarrollar su propia terapia.

SINCERIDAD Y AUTENTICIDAD.

Una de las cualidades más importantes de los terapeutas es el interés sincero en el bienestar y crecimiento de los otros. Como **la sinceridad conlleva el “ser directo”**, implica en comunicar a los miembros lo que no quiere oír. Para el terapeuta del grupo, la preocupación significa desafiar a los miembros para que se observen partes de sus vidas que ellos niegan y eliminar cualquier forma de conducta deshonesta en el grupo.

La autenticidad es un familiar muy cercano a la sinceridad. Los terapeutas auténticos no viven bajo pretextos y no se esconden tras máscaras, defensas, roles estériles y fachadas. La autenticidad implica la voluntad de abrirse apropiadamente y compartir sentimientos y las reacciones con lo que suceda en el grupo. Sin embargo la autenticidad no implica “dejar que salga todo”.

SENTIDO DE IDENTIDAD.

Los terapeutas para poder ayudar a los miembros del grupo a descubrir quienes son, deberán disponer de un sentido claro de su propia identidad. Esto implica:

- g. Ser consciente de los propios valores.
- h. Vivir en base a patrones internamente derivados y no en base a expectativas ajenas.
- i. Ser consciente de los puntos fuertes, limitaciones, necesidades, temores, motivaciones y metas propias.
- j. Conocer las capacidades propias, lo que se desea obtener en la vida y la forma de conseguirlo.

Uno de los puntos principales de una experiencia de terapia grupal implica que los miembros descubran quienes son y qué identidades ha asumido sin haberlo pensado conscientemente.

CONFIANZA Y ENTUSIASMO EN EL PROCESO GRUPAL.

El entusiasmo que los terapeutas transmitan a sus grupos pueden tener una cualidad “contagiosa”. Si los terapeutas irradian vida, las posibilidades de dirigir “grupos muertos” son escasas. El terapeuta debe mostrar ilusión por su trabajo y satisfacción por encontrarse en los grupos.

Puede ocurrir que terapeutas dirigen grupos en centros sólo porque es el trabajo que les corresponde pero sin estar convencidos de que la intervención grupal supondrá un cambio. Los terapeutas de grupo que carecen de entusiasmo por lo que están haciendo no es probable que inspiren a sus miembros ni que les proporcionen un incentivo para trabajar...la falta de entusiasmo...se refleja en la falta de interés de los miembros del grupo.

IMAGINACIÓN Y CREATIVIDAD.

Se debería evitar el estancamiento en técnicas ritualizadas y presentaciones programadas (a ver...).

Una de las ventajas del trabajo grupal es que ofrece muchas posibilidades para la imaginación. La misma estructura de los grupos favorece la creatividad porque permite la aplicación de múltiples enfoques.

Comentario final.

No hay que preocuparse pensando que se tiene que mantener todas estas cualidades en el máximo grado.**El reto consiste en observar de forma honesta la cualidades personales y evaluar su capacidad como persona para inspirar a otros.**No es cuestión de ser un terapeuta perfectamente integrado que ya ha “llegado”. ¡Después de todo, una vez llegado, no hay dónde ir!Todas estas características descritas son fundamentales, pero no suficientes; las destrezas y conocimientos específicos son imprescindibles para un liderazgo efectivo.

CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES.

El liderazgo efectivo requiere destrezas específicas y la adecuada ejecución de ciertas funciones. Las destrezas necesitan ser aprendidas y practicadas.

ESCUCHA ACTIVA

Implica prestar atención al hablante y ser sensible al mensaje comunicando tanto a nivel verbal como no verbal.

“Yo escucho a cada individuo que se expresa con tanta atención,precisión y sensibilidad como me es posible. Independientemente de que la intervención sea superficial o significativa, escucho.” (Rogers, 1970, p.47). Se escucha más que palabras, presta atención al significado que se halla tras el contenido verbal y no verbal.

PARAFRASEO

Implica retransmitir con otras palabras lo que alguien ha manifestado con el fin de aclarar el significado tanto para el emisor como para el resto del grupo.

El parafraseo efectivo capta la esencia del mensaje, clarifica el significado de lo dicho y elimina así cualquier posible ambigüedad.

El valor del parafraseo es doble: comunica a los participantes que están siendo entendidos y les ayuda a ver con más claridad los aspectos contra los que luchan, sus propios sentimientos y pensamientos sobre tales aspectos.

CLARIFICACIÓN

Captar la esencia de un mensaje a nivel de sentimientos y de pensamientos, simplificar las afirmaciones del participante centrándose en el núcleo del mensaje.

La clarificación ayuda a los participantes a diferenciar los sentimientos conflictivos y confusos de los pensamientos, comprender el mensaje.

SÍNTESIS

Se denomina así a la destreza para resumir todos los elementos importantes de la interacción grupal o parte de una sesión.. esta habilidad es útil al cambiar de un tema a otro.

La síntesis es necesaria al final de la sesión y motiva a los participantes a pensar en lo aprendido o experimentado durante la sesión y las posibles formas de aplicarlo a la vida cotidiana.

Se puede solicitar a cada miembro que resuma lo sucedido.

PREGUNTAS

Es una técnica de la que tiende a abusar, sobre todo de los terapeutas principiantes. Bombardear a los participantes con preguntas no conduce a resultados productivos y puede tener incluso un impacto negativo en el grupo.

No todas las preguntas son improcedentes. Las preguntas cerradas que requieren una respuesta simple son las más estériles y también los son las preguntas del “por qué”. Por el contrario las preguntas abiertas pueden tener un gran valor ya que abren alternativas y nuevas áreas de auto-exploración:

INTERPRETACIÓN

El terapeuta interpreta cuando ofrece posibles explicaciones sobre un pensamiento. La interpretación puede ayudar al individuo a considerar nuevas perspectivas y alternativas.

La **interpretación** requiere mucha habilidad. Interpretar apresuradamente, favorecer que los participantes dependan de los significados y respuestas del terapeuta son algunos de los errores más frecuentes.

La “**temporalización**” es un aspecto especialmente importante. Las interpretaciones no sólo deben de ser efectuadas en el momento oportuno, además deben ser expresadas de forma sugerente para dar a la persona la oportunidad de evaluar su validez.

CONFRONTACIÓN

Puede ser una forma valiosa para incitar a los miembros a ser más honestos consigo mismo. Si no se maneja adecuadamente también puede ser perjudicial tanto a la persona confrontada como al proceso grupal.

La confrontación puede ser considerada como ataque. Esa es la razón por la que los terapeutas experimentados solo confrontan cuando se preocupan o interesan por la persona y le dan la oportunidad de considerar lo dicho.

Los terapeutas experimentados nunca dirían:” José, usted es una persona aburrida”. Por lo contrario podrían decir,”José me parece difícil prestar atención a lo que dices”

LOS TERAPEUTAS PRINCIPIANTES: DIFICULTADES Y ASPECTOS ESENCIALES.

Puede preguntarse si dispone o no de lo necesario para ser un terapeuta efectivo. Un consejo sería el tener paciencia consigo mismo y no exigirse llegar a ser el perfecto terapeuta de forma inmediata.

La mayoría de los terapeutas (incluidos yo mismo) se cuestionaron su competencia repetidas veces al inicio de su rol como terapeutas de grupo y aun hoy en día se pasa por momentos difíciles. Estas dudas sobre la propia capacidad no son un problema cuando se dispone de la voluntad para seguir formándose.

Ansiedad Inicial

Antes de dirigir su primer grupo, sin duda se sentirá ansioso por hacer que empiece el grupo y por mantenerlo en marcha. Se formulará cuestiones cómo:

- k. ¿Conozco ya lo suficiente cómo para dirigir un grupo?
- l. ¿Qué esperan los participantes de mí?
- m. ¿Seré capaz de poner el grupo en marcha? ¿Cómo?
- n. ¿Se me acabarán los comentarios o las actividades antes de finalizar la sesión?
- o. ¿Debería adoptar un rol activo o debería esperar a que el grupo empiece por sí mismo?
- p. ¿Debería tener un programa establecido o debería dejar que sean los miembros del grupo quienes decidan los temas a comentar?
- q. ¿Qué técnicas debería utilizar en los estadíos iniciales del grupo?
- r. ¿Qué hago si nadie desea participar? ¿Y si son demasiados los que quieren intervenir?¿cómo seré capaz de tener en cuenta a aquellos que deseen involucrarse?
- s. ¿Querrán volver los miembros del grupo?

Estas dudas y preocupaciones son normales y la ansiedad moderada puede ser beneficiosa porque pueden conducir a una autovaloración honesta. Pero la ansiedad puede ser contraproducente si se alimenta de si misma y se le permite que nos conduzca a la inactividad.

Animamos a los terapeutas principiantes a verbalizar sus preguntas y dudas y a examinarlas en el curso de esta sesión. (mirar)

“Los estudiantes dicen a menudo que los compañeros parecen saber mucho más, contar con mejor formación, talento, destrezas y auto confianza que ellos; pero cuando escuchas a sus compañeros expresar la ansiedad, estos estudiantes se percatan que sus compañeros luchas con las mismas dificultades y dudas”.

Examinar estos sentimientos con los compañeros puede ayudar al terapeuta principiante a eliminar la ansiedad contraproducente e injustificada.

Auto-Apertura.

No es anormal tender hacia los extremos, revelando en exceso o en defecto.

Escasa auto-apertura

Si intenta mantener las expectativas estereotipadas del rol, protegido tras su fachada profesional puede perder su identidad personal en el grupo y no permitir que sepan nada de usted.

Tal reserva profesional puede expresarse mediante interpretaciones y sugerencias formulando preguntas en vez de manifestando afirmaciones personales, actuando como un mero coordinador, proporcionando un ejercicio estructurado después del otro para mantener activo al grupo y clarificando determinados aspectos.

La apertura del terapeuta referente a lo que está sucediendo en el grupo es la forma más productiva de compartir. Si usted presiente que los miembros del grupo no se hallan muy motivados y que no se implican en la sesión, es probable que se sienta dolido y cansado por la necesidad de ser usted quien mantiene activa las reuniones. Manifestar cómo le afecta esta falta de motivación es normalmente útil y adecuado. (ejemplo)

Excesiva auto-apertura

La mayoría de los terapeutas principiantes, y muchos experimentados, sienten la necesidad de aprobación y aceptación de los miembros del grupo. Es fácil cometer el error de “pagar las deudas de calidad de miembro” compartiendo detalles íntimos para mostrar que usted es tan humano como ellos. Es un error asumir “mientras más revelaciones mejor” sin evaluar sus intervenciones, la disposición de los miembros, el impacto que puede producir sus detalles íntimos sobre los miembros y el grado en que sus intervenciones son relevantes para el proceso actual del grupo. La dirección de los grupos es una tarea exigente y usted puede aumentar la dificultad confundiendo su rol y funciones con los participantes. (ejemplo)

Auto-apertura facilitada y adecuada del terapeuta

No es necesario revelar detalles de su pasado o de su vida personal para darse a conocer como persona o para empalmar con los participantes. Unas pocas palabras pueden transmitir mucho y los mensajes no verbales (el contacto, una mirada, un gesto) pueden expresar sentimientos de identificación y comprensión. La temporalización es un factor crítico porque lo que puede ser inadecuado de revelar en las sesiones iniciales podría ser muy útil en un estadio posterior. (ejemplo)

Manejo de miembros difíciles

Aprender a manejar terapéuticamente la resistencia en las diversas formas que ésta adopta es un desafío fundamental de los terapeutas del grupo. Puede ocurrir que el terapeuta se sienta incompetente para manejar a ciertos miembros problemáticos. La resistencia tiene un significado y surge de los miembros del grupo. (ejemplo)

El manejo de las reacciones propias ante la resistencia de los miembros

Cuando los miembros de un grupo muestran una conducta que usted considera problemática, debe ser consciente de la tendencia a responder con sentimientos fuertes. Es importante ser consciente de la contratransferencia y de aprender a manejar con efectividad los propios sentimientos. La supervisión es lo más útil para manejar la contratransferencia. Una de las ventajas de trabajar con un coterapeuta es que su compañero puede ofrecerle un valioso feedback desde una perspectiva objetiva y ayudarle ver cosas que pueden hallarse fuera de su consciencia.

El reto de manejar un sistema

Consideraciones respecto al contexto institucional en el que tendrá lugar la terapia de grupo: ventajas e inconvenientes, el terapeuta y el sistema.

ANEXO II.

TERAPIA GRUPAL FOCALIZADA EN EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO DE SITUACIONES DE RIESGO DE RECAÍDA DE FUMAR: UN ENFOQUE DE GÉNERO.

1. Definición y revisión histórica del EHA.
2. Fases del entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
3. Objetivo de la sesión de EHA en un programa de deshabituación.
4. Consignas para su desarrollo.
 - 4.1. Consignas para el inicio de la sesión.
 - Objetivo.
 - Contenidos.
 - Papel del conductor.

- Técnicas desarrolladas en este momento.
- 4.2. Consignas para el mantenimiento de la sesión.
 - Objetivo.
 - Contenidos.
 - Papel del conductor: activo y directivo.
 - Técnicas desarrolladas en este momento.
- 4.3. Consignas para el cierre de la sesión.
 - Objetivo.
 - Contenidos.
 - Papel del conductor.
 - Técnicas desarrolladas en este momento.

5. Memoria de situaciones y habilidades de afrontamiento.

4. 2. Aplicación de los contenidos desarrollados más arriba mediante el modelado de la etapa de mantenimiento de una sesión de EHA, de situaciones de riesgo de recaída de tabaco mediante una dinámica de grupo.

Centrada en la detección de las situaciones y factores causales y/o factores correlacionados con el riesgo de recaída específicos y la identificación, planificación, adquisición y entrenamiento de los recursos habilidades de afrontamiento específicos.

El desarrollo de los contenidos tendrá lugar mediante la presentación de casos prácticos y la formulación de preguntas clave que estimulen las respuestas requeridas a través del debate grupal de las mismas.

Consignas para la fase central de desarrollo y mantenimiento de la sesión de EHA.

Objetivo: Desarrollar los contenidos centrales de aprendizaje y terapia mediante la dinámica grupal.

Papel del terapeuta: Observador participante que abre el debate y modera la discusión grupal; propone ejercicios y modela tareas.

Técnicas: Formulación de preguntas clave. Clarificación. Síntesis. Juego de roles. Formación de subgrupos.

Contenidos: Desarrollo de las fases de EHA

A) Modelado de la fase educativa.

Para ella se comienza presentando y/o dramatizando un **caso práctico** (o mejor aún se pregunta al grupo por una situación donde crean que les resultará muy difícil no fumar) y se van **formulando preguntas clave** respecto al mismo de manera que entre todos los presentes se generen los contenidos necesarios de aprendizaje mediante la puesta en común de las respuestas, la discusión de las mismas y su contraste con las diapositivas o la memoria del conductor del grupo.

I. Clarificación del sentido y significado del entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

El objetivo es orientar y motivar pasivamente para la tarea; mediante la definición de “afrentamiento” por oposición a “evitación” como aquella conducta que nos permite permanecer en una situación de alto riesgo de recaída y superar el deseo de fumar, pero que requiere de tiempo y de entrenamiento previo. Dejando que el grupo llegue por sí mismo a la conclusión de la necesidad del afrontamiento y de su entrenamiento previo para que se ejerza con éxito.

1º. Se presenta el caso práctico de situación de alto riesgo de recaída y se lanza la primera pregunta clave al grupo.

¿Qué creéis que sería mejor para la persona evitar o afrontar la situación?

Conforme se emiten las razones a favor o en contra éstas se van disponiendo en los listados de razones a favor y en contra previamente diseñadas para la evitación y el afrontamiento; que posteriormente se contrastaran con los contenidos de las diapositivas o memoria de trabajo del conductor.

Existen **dos alternativas básicas** para el manejo de situaciones difíciles: la evitación y el afrontamiento.

La **EVITACIÓN** consiste en huir o escapar de dichas situaciones y puede ser la conducta mas adecuada cuando todavía vacilamos en nuestro deseo de dejar de fumar y no contamos con recursos de manejo eficaces.

Exponernos a circunstancias donde las ganas de fumar sean muy imperiosas supone una alta probabilidad de que encendamos un cigarrillo, de precipitar un fracaso precoz y un notable sentimiento de incompetencia que de al traste con nuestra motivación para dejar de fumar, aumentando la percepción de la dificultad para dejar de fumar y haciendo el camino hacia el éxito más penoso.

Evitar ese tipo de situaciones puede ser la estrategia mas eficaz durante los primeros momentos de deshabituación al tabaco, de esta manera protegemos nuestra estima del más que probable fracaso mientras nos hacemos mas fuertes en nuestra voluntad como ex-fumadores y nos pertrechamos de buenos recursos.

De hecho una indicación deseable y que frecuentemente se hace siempre que comienza un nuevo grupo de tabaco es que evitéis durante los primeros momentos de deshabituación aquellas situaciones donde la tentación de fumar sea muy fuerte, ponerse a prueba entonces puede ser totalmente contraproducente.

El **AFRONTAMIENTO** consiste en hacer frente a la situación problemática, permaneciendo en la misma, poniendo en juego conductas o habilidades que nos permitan superar nuestro deseo de fumar por más fuerte que éste sea.

Afrontar situaciones de riesgo para un fumador y el aprendizaje de estrategias de manejo adecuadas se convierte en una condición inevitable de la deshabituación al tabaco por tres razones básicas:

1. No siempre nos será posible evitarlas

2. El afrontamiento, adecuadamente efectuado (en el momento y lugar idóneos y tras la adquisición de estrategias de manejo pertinentes que garanticen al máximo el éxito) es una actitud mas adaptada y eficaz ante cualquier circunstancia de la vida que la huida, que además redonda en la percepción de auto eficacia, aumentando la autoestima y la confianza en nuestras capacidades y recursos vitales, reafirmandonos en nuestro estatus de ex –fumadores.

3. Porque habremos dispuesto de tiempo suficiente para adquirir y entrenar las conductas de manejo adecuadas y adquirir cierta confianza en nuestra condición de ex – fumadores.

Afrontar las situaciones de riesgo para un fumador, se convierte pues, en la opción más eficaz transcurrido cierto tiempo desde el comienzo de su deshabituación al tabaco, de ahí que sea en esta quinta sesión donde nos dediquemos con especial énfasis al entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

2º. Si decidimos que el afrontamiento es la alternativa deseable para una situación de alto riesgo de recaída de fumar, se lanzan nuevas pregunta clave.

¿Qué diríais que es necesario hacer para afrontarla? ¿Qué sentido tiene hablar de entrenamiento en habilidades de afrontamiento? ¿Por qué tendríamos que entrenarlas?

Para afrontar la situación no basta con intentar permanecer en ella e intentar manejarla como buenamente se pueda, es necesario prepararse adecuadamente para ella, conocer al enemigo desarrollando habilidades de afrontamiento específicas para las mismas.

¿Porqué denominarlas como “habilidades de afrontamiento”?

Estas estrategias o recursos se denominan “habilidades de afrontamiento” porque aprendizaje y entrenamiento.

¿En qué creéis que consiste?

Propuesta de definición de EHA y sus fases, y objetivos.

El EHA consiste en anticipar y evaluar situaciones alto riesgo de recaída de fumar y planificar y entrenar habilidades de afrontamiento en condiciones de seguridad para aplicarlas y evaluarlas posteriormente en la situación real.

Consta de tres fases: educativa; planificación, aprendizaje y entrenamiento de habilidades de afrontamiento y aplicación y evaluación en la situación real.

Su objetivo es dotar a la persona de recursos que le permitan abordar con éxito una variedad de situaciones recaída.

Constituye una de las intervenciones básicas en tabaquismo y tiene como objetivoel mantenimiento de la abstinencia mediante la prevención y manejo de la recaída.

II. Evaluación de las situaciones de alto riesgo para un ex –fumador.

El objetivo de este apartado es identificar y anticipar las situaciones de alto riesgo de recaída de fumar, analizando sus características y las contingencias ambientales, externas a la persona (lugares, objetos, personas) y personales, internas a la persona (estado emocional y pensamientos), comunes y específicos de todas ellas, que anteceden y siguen a la conducta de fumar y su posible relación causal con las ganas de fumar y/o la posibilidad de recaída. Ayudando que cada persona aprenda a identificar y evaluar las suyas.

3º Se retoma el caso práctico y se pide al grupo que detecte los elementos clave para explicar las características de todas las situaciones difíciles (componentes comunes y especificidad personal o vulnerabilidad diferencial) y preparar la construcción de la hipótesis explicativa. Lanzando nuevas preguntas.

¿Creéis que existen situaciones específicas para cada persona?

Dos son las características fundamentales de las situaciones de riesgo:

- **PRESENCIA DE COMPONENTES COMUNES A TODAS ELLAS** directamente o indirectamente relacionados con el deseo de fumar, la recaída y los recursos de afrontamiento que será necesario entrenar y que son los descritos en el análisis anterior.
- **ESPECIFICIDAD O VULNERABILIDAD DIFERENCIAL** esto significa pueden ser distintas para cada persona y exigiendo estrategias diferentes según cada caso, de ahí la necesidad de cada uno identifique las situaciones más comprometidas y se prepare para afrontarlas poniendo en marcha los recursos más eficaces.

¿Qué características o elementos de la situación arriba descrita consideraréis que se relacionan más con las ganas de fumar y el posible riesgo de recaída?

Conforme cada miembro del grupo va emitiendo respuestas estas se van catalogando en cada una de las categorías especificadas para los componentes comunes a todas las situaciones de alto riesgo y se les pide que seleccionen aquellos que puedan estar más relacionados con las ganas de fumar.

Ambientales o externas a la persona: objetos, contexto o circunstancias que rodean la situación y personas presentes.

- **CONTEXTO O CIRCUNSTANCIAS:** trabajo, bares, casa, fiestas, hospital, universidad, coche, los incidentes que rodean la situación... cualquier tipo de situación que implique cierto estrés como exámenes, entierros, etc.
- **PERSONAS:** amigos, parejas, hijos, superiores, desconocidos, etc. Como se sienten, qué dicen.
- **OBJETOS:** anuncios, ceniceros, mecheros, comidas, bebida etc.

Del sujeto o internas a la persona: fisiológicas, emocionales, cogniciones, motivaciones conscientes e inconscientes, otras conductas manifiestas del momento.

- **PENSAMIENTOS:** todas las creencias anticipadas en torno a la misma y cualquier tipo de creencia, deseo, tentación que nos invite a fumar en la situación.
- **EMOCIONES:** tristeza, ansiedad, alegría, preocupación, soledad, vacío, pérdida, aburrimiento, hambre, melancolía, etc.

III. Construcción del modelo o hipótesis explicativa lineal u holístico.

4º En todas las situaciones los componentes interactúan entre sí (con nuestra conducta) pero es posible que cada persona destaque más uno sobre el resto. Es importante destacar cual es el elemento o interacción más relevante para cada persona ya que en función del mismo se comienza a planificar que habilidades vamos a entrenar. Esto no quiere decir que al mismo no se generen recursos de afrontamiento en relación con el resto de los componentes y se contemple la situación como un todo interrelacionado.

¿De qué manera creéis que se relacionan estos elementos para provocar la recaída? ¿Que componente de la situación creéis que se relaciona más con el riesgo de recaída?

Se toma nota de los componentes e interacciones entre componentes señalados como más relevantes para la recaída.

2º Modelado de la fase de planificación adquisición y entrenamiento de las habilidades de afrontamiento en función de la hipótesis explicativa

5º En correspondencia con las contingencias de riesgo de fumar dominantes descritas (componentes o interrelaciones destacadas) en las situación propuesta por el grupo se pide al mismo que genere que recurso/s o estrategia/s sería necesario adquirir y entrenar para abordar la situación. Lanzando una nueva pregunta clave.

¿Qué estrategia, recurso o habilidad sería indicado de acuerdo con la hipótesis formulada arriba?

Conforme el grupo va emitiendo respuestas se van clasificando en cada una de las categorías de afrontamiento especificadas en los contenidos de la memoria y/o en las diapositivas:

I. Clasificación de las habilidades de afrontamiento.

Centradas en la modificación del ambiente: demanda de ayuda, crearse un espacio sin humo.

Conductuales: desviar la atención; retirarse momentáneamente de la situación, entrenamiento en asertividad.

Cognitivas: reevaluación de la situación y reestructuración cognitiva, autoinstrucciones.

Centradas en la emoción: relajación, psicoeducación emocional.

Centradas en el incremento del insight mediante la clarificación, la confrontación e interpretación de las incongruencias y contradicciones manifiestas y/o encubiertas.

II. Adquisición y entrenamiento.

6º Se pregunta nuevamente al grupo por como entrenar dicha habilidad o habilidades en el grupo.

¿Cómo se os ocurre que podríamos entrenar dicho recurso con el grupo?

Mediante modelado, ensayos de conducta en imaginación y/o juego de roles, discusión grupal. A continuación se desarrolla el ejercicio que halla propuesto el grupo: discusión grupal, modelado, ensayo de conducta o juego de roles.

7º Evaluamos los resultados del ejercicio o de la dinámica grupal..

¿Qué os parecido el ejercicio? ¿Cómo os habéis sentido? ¿Dificultades? ¿Otros aspectos que quisierais comentar? ¿Creéis que los recursos entrenados han sido eficaces?

En caso de que solo se halla trabajado con una situación de riesgo se pide al grupo que cada uno identifique su propia situación y la trabaje de acuerdo con el esquema aprendido o que lo hagan por subgrupos de acuerdo con el tamaño de éste y a continuación se hace de nuevo una exposición grupal de las mismas de acuerdo con el tiempo disponible.

3º Modelado de la fase de aplicación y evaluación en la situación real de las habilidades de afrontamiento aprendidas.

8º Puesta en práctica de las conductas aprendidas Indicación de tareas para casa. Anticipación de problemas. Que permitan la exposición a situaciones reales y evaluación de las dificultades y del grado de éxito obtenido; así como la corrección de las deficiencias en caso de que fuese necesario reabriendo un nuevo ciclo de EHA en aquella fase más necesaria en sesiones de seguimiento. Se lanzan nuevas preguntas clave.

¿Creéis que es posible la aplicación de todo esto en la vida real?

La tercera fase del EHA se puede reservar para el cierre de la sesión.

10. DOCUMENTACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA

- Aportaciones de la psicoterapia de grupo a la atención pública en salud mental. comps: Alejandro Ávila Espada y Antonio García de la Hoz. Ed. Quipu
- Aproximaciones a la Psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Guillen Feixas y M^a. Teresa Miró. Paidós
- Apuntes de psicodrama nº 3 ed. ASSG 2001(Asociación de psicodrama y psicoterapia)

- Apuntes de psicodrama nº 4 ed. ASSG 2004(aplicación de las técnicas de psicodrama en programas de deshabituación al tabaco).
- Artículo: "Tabaquismo en la mujer consideraciones especiales"L. de la Rosa y M^a Otero. Trastornos Adictivos. Jueves 1 de Abril 2004. Volumen 06. Número 02p.113-124
- Artículo: "Las Mujeres y el Tabaco: Características Ligadas al género" Elisardo Becoña Iglesias y Fernando L. Vázquez Gonzalez.
- Del diván al círculo. P. Guillén Nacer y J. A. Loren Camarero. Ed. Tecnipublicaciones.
- Experiencias en grupos. W. Bion, Ed. Paidós.
- Extra salud Nº 4 . Cuerpo-Mente. Adelgazar con salud. Edita: RBA Revistas, S.A. Edición 7/01.
- Guía breve de psicoterapia de grupo. Sophia Vinogradov e Irvin D. Yalom. Paidós.
- Hacia una Tipología de Toxicomanías Juveniles. Cancrini L. La Psicoterapia: Gramática y Sintaxis. Ed. Paidós (también en la Caja de Pandora)
- Juegos en dinámica de grupos. V. Loew y G. Figueira, Ed. Club de estudio.
- La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de las conductas adictivas. W. R. Miller /S. Rollnick. Paidos.
- La familia del toxicodependiente. Cirillo y cols en Ed. Paidós.
- La Entrevista Terapéutica: Comunicación e Interacción en Psicoterapia" M^a Begoña Rojí Menchaca. Cuadernos de la UNED.
- La familia del toxicodependiente. Cirillo y cols en Ed. Paidós.
- La salud mental en España: el informe SESPAS 2001. L. Salvador-Carulla; A. Bulbena; M. Gómez- Beneyto; P.E. Muñoz; F. Torres y J.L. Vázquez-Barbero.
- Otto Kernberg. Introducción a su obra. Luis Gomberoff. Mediterraneo.
- Psicología Social. Jose Francisco Morales y otros(Miguel Moya. Enrique Reboloso. J.M. Fernandez Dols. Carmen Huici. Jose Marques. Darío Páez. J.M. Pérez). McGrawHill.
- Psicoterapia del grupo. L. Grinberg, M. Langer y E. Rodrigué. Paidós
- Psicoterapia Grupo-AnalíticaS. H. Foulkes, Ed. Gedisa.
- Sociología de los grupos escolares: Sociometría y Dinámica de Grupos" Juan Sebastián Fernandez Prados. Universidad de Almería 2000.
- Tecnicas de Modificación de Conducta" Jose Olivares Rodríguez y Francisco Xavier Méndez Carrillo.
- Teoria y práctica de la terapia grupal. Gerald Corey. Biblioteca de Psicología. Descle de BrouWer.

- Teoría y práctica de la terapia de grupos” Irvin D. Yalom , F. C. E.
- Terapia de grupo. H. I. Caplan y B. J. Sadock. Ed. Panamericana.
- Terapia familiar del abuso y adicción a drogas. Stanton, M.D. y Cols. Editorial Gedisa.
- Tratamiento Psicológico de Hábitos y Enfermedades” Jose María Buceta y Ana M^a Bueno. Psicología. Pirámide. Rev.Esp.Salud Pública 2000. 74:13-23

OTROS DOCUMENTOS CONSULTADOS

- Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales: Calidad por Sistema. Sistema Sanitario Público de Andalucía. Edita Junta de Andalucía, Consejería de Salud.
- Guía de programas 2001-2002. Área Asistencial. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para las Drogodependencias.
- Guía de programas 2001-2002. Área de Prevención-Formación. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para las Drogodependencias.
- Guía de programas 2001-2002. Aspectos generales. Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para las Drogodependencias.
- Guía para la detección e intervención con menores de riesgo. Coordinadores: Ana González Menéndez; Jose Ramón Fernández Hermida; Roberto Secades Villa. Edita: Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias. Convenio de colaboración suscrito con el Plan Nacional sobre Drogas. D. L: AS- 4441/04.
- Guía de intervención: Menores y Consumos de Drogas. Carmen Arbex Sánchez. Edita: ADES (Asociación de Técnicos para el desarrollo de Programas Sociales). D. L: M-44040-2002.
- Plan de actuación sobre el tabaquismo de Andalucía. Marco del II Plan Andaluz de Salud y II Plan Andaluza sobre Drogas y adicciones. Sistema Sanitario Público de Andalucía. Edita Junta de Andalucía, Consejería de Salud.
- Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2006. Sistema Sanitario Público de Andalucía. Edita Junta de Andalucía, Consejería de Salud.
- II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008. Caminando hacia la excelencia. Edita Junta de Andalucía, Consejería de Salud.
- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Sistema Sanitario Público de Andalucía. Edita Junta de Andalucía, Consejería de Salud.
- PREVENIR PARA VIVIR. Guía didáctica. Fundación de Ayuda a la Adicciones. www.eduso.net/salud/drogodependencias/docomenatación.forofad.es

- <http://members.fortunecity.com/dinámico/técnicas.htm>
- <http://www.isowat.org/index.php?y=home&lang.es>