

**Programa de Intervención Cognitivo Conductual para Disminución de Tabaquismo en
Centro Penitenciario de Bogotá**

José Eduardo González Sánchez

Asesor

Natalia Andrea Galvis Andrade

**Universidad Nacional Abierta y a Distancia
Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades
Psicología
2023**

Agradecimientos

A mi madre que hizo posible mis estudios, me tiene en sus pensamientos y oraciones diarias; y a mis hijos que con su amor hacen que mantenga la llama permanente de la vida, la ilusión y aumentan mis ganas de luchar; les doy infinitas gracias porque con sus ayudas, hicieron posible que pudiera llegar a este punto de mis estudios, porque han derramado sus lágrimas, gracias porque a pesar de mis errores, sigo estando en sus corazones.

A la docente asesora, Doctora Natalia Andrea Galvis Andrade, por su valiosa gestión, su apoyo, acompañamiento y profesionalismo demostrados a lo largo del diseño, desarrollo y culminación del presente proyecto aplicado.

A los participantes en el proyecto, personas privadas de la libertad, quienes desde el cautiverio, gimen bajo el peso de las culpas, pero demostraron con su participación, sus deseos de cambio, de segundas oportunidades y con ello, luchan y renuevan día a día, las ansias por recobrar la libertad, la salud y a sus familias.

Resumen

Las consecuencias del consumo de tabaco causan millones de muertes alrededor del mundo, convirtiéndose en un factor de riesgo para múltiples enfermedades, en especial de naturaleza cardiovascular, sin embargo, persiste su consumo a pesar de las estadísticas. Este proyecto de investigación aplicado tiene como objetivo implementar un programa de intervención desde el enfoque cognitivo conductual para disminución del consumo de tabaco en personas privadas de la libertad de la comunidad del patio: Establecimiento de Reclusión Especial (ERE-2) del Complejo Penitenciario de Bogotá “La Picota”. Se logró la participación de 5 sujetos en condición de detención. El programa consta de 3 fases. Una fase inicial de evaluación a través del test de Fagerström o test de dependencia de la nicotina y el test Glover – Nilsson para determinar la dependencia conductual del consumo de cigarrillo, así como entrevistas. Una segunda fase de Intervención a través de Talleres de Psicoeducación en estrategias de afrontamiento, regulación emocional, autorreferencias y conocimiento y manejo del tabaquismo, en los cuales se implementaron técnicas de reeducación, ejercicios de autocontrol, ejercicios de mejora de la autoestima y promoción de vida saludable, entre otros. Finalmente, se realizó una tercera fase de evaluación del impacto de la intervención, a través de registros conductuales donde se evidenció una disminución del consumo del tabaco, así como, mayor consciencia de las consecuencias en la salud, evidenciándose resultados positivos de la implementación del programa. Se concluye que los programas cognitivo-conductuales tienen efectos significativos para la prevención e intervención en hábitos de consumo de cigarrillo.

Palabras claves: Tabaquismo, dependencia, Psicoeducación, Intervención

Abstrac

The consequences of tobacco consumption cause millions of deaths around the world, becoming a risk factor for multiple diseases, especially of a cardiovascular nature, however, its consumption persists despite the statistics. This applied research project aims to implement an intervention program from the cognitive behavioral approach to reduce tobacco consumption in people deprived of liberty from the community of El Patio: Establishment de Reclusion Especial (ERE-2) of the Bogotá Penitentiary Complex "La Picota", the participation of 5 subjects in detention condition was achieved. The program consists of 3 phases. An initial phase of evaluation through the Fagerstrom test or nicotine dependence test and the Glover - Nilsson test to determine behavioral dependence on cigarette consumption, as well as interviews. A second phase of Intervention through Psychoeducation Workshops on Coping Strategies, Emotional Regulation, Self-references and Knowledge and Management of Smoking, in which re-education techniques, self-control exercises, exercises to improve self-esteem and life promotion were implemented. healthy, among others. Finally, a third phase of evaluation of the impact of the intervention was carried out, through behavioral records where a representative decrease in tobacco consumption was evidenced, as well as greater awareness of the consequences on health, evidencing positive results from the implementation of the program. It is concluded that cognitive-behavioral programs have significant effects for the prevention and intervention in cigarette consumption habits.

Keywords: Smoking, dependence, Psychoeducation, Intervention.

Tabla de Contenido

Introducción	12
Justificación.....	15
Planteamiento del Problema	19
Objetivo.....	21
Objetivo General.....	21
Objetivos Específicos.....	21
Hipótesis.....	22
Metodología	23
Diseño Metodológico.....	23
Proyecto de Investigación Aplicado	23
Participantes.....	24
Muestra.....	24
Criterios de Inclusión.....	25
Criterios de Exclusión.....	25
Procedimiento	25
Recursos Materiales	25
Recursos Académicos	26
Fases del Programa	27
Instrumentos Psicométricos de Evaluación Psicológica Utilizados.....	31
Resultados.....	31
Consideraciones Éticas	32
Marco Conceptual.....	35
Definición de trastornos relacionados con sustancias y por consumo de sustancias según el DSM-5... 35	35
Sustancias Psicoactivas	35
Concepto de tabaquismo	36
Origen e Historia del Tabaco	37
Tipos de Tabaquismo	39
Tabaquismo Convencional.....	39
Tabaquismo Masticado.....	39
Tabaquismo Verde.....	39
Tabaquismo Invertido.....	39
Tabaquismo Pasivo.....	40

Composición del Tabaco.....	40
Composición Física del Cigarrillo	41
El Tabaco Reconstituido	41
Tabaco Expandido	42
Composición Bioquímica del Cigarrillo	42
Marco Teórico	44
Consecuencias en la Salud del Consumo del Tabaco	44
Principales Características e Implicaciones del Tabaquismo.....	44
Consecuencias Biológicas o Físicas por el Consumo de Tabaco.....	45
Consecuencias Psicológicas por Consumo de Tabaco.....	46
El Tabaquismo y la Depresión	46
El Trastorno Mental y el Tabaco.....	47
El Tabaco y el Estrés.....	47
El Tabaco, la Adolescencia y la Ansiedad	48
El Tabaquismo y el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad	49
El Tabaco y otros Trastornos Adictivos.....	50
Falsas Creencias Sobre el Consumo de Tabaco.....	50
Factores de Riesgo del Consumo de Tabaco.	51
Factores Protectores del Consumo de Tabaco.	52
Estadísticas Relevantes Frente al Consumo de Tabaco	52
El Modelo Cognitivo Conductual	55
Investigaciones Recientes de Intervención desde el Modelo Cognitivo Conductual.....	58
Promoción y Prevención desde la Psicología de la Salud.....	60
Marco Legal.....	64
Ley 1335 del 21 de Julio de 2009 (Ley antitabaco).....	64
Objeto de la Ley (Art. 1).....	64
Convenio Marco para El Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT – OMS, 2010)	65
Ley 1801 de Julio de 2016, Nuevo Código de Policía.....	65
Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social:	66
Resolución 202 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social:	66
Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA, 2019).	66
Resultados.....	68

Resultados de la Evaluación	68
Resultados Test Fagerstrom	69
Resultados Test Glover-Nilsson.....	69
Análisis de Resultados Evaluación Inicial	70
Intervención	77
Etapa I – Evaluación Inicial	77
Etapa II – Intervención.....	78
Evaluación del impacto de la Intervención	79
Resultados Cuantitativos.....	80
Resultados Cualitativos.....	82
Conclusiones	86
Resistencia en la Participación en el Programa.....	86
Desinformación sobre el Tabaquismo.....	86
Adherencia al Programa.....	87
Psicoeducación.....	87
Resultados Positivos y Recaídas	89
Investigaciones e Impacto.....	90
Referencias Bibliográficas.....	93
Apéndices.....	97

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Población con Consumo de Tabaco</i>	54
Tabla 2 <i>Información Sociodemográfica y de Consumo</i>	68
Tabla 3 <i>Dependencia de la Nicotina</i>	69
Tabla 4 <i>Resultados por Tipo de Dependencia</i>	69
Tabla 5 <i>Comparativo Consumo y Reducción antes y después de la Intervención</i>	80
Tabla 6 <i>Impacto de la Intervención en Participantes</i>	81

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Componentes cancerígenos nocivos en el tabaco</i>	41
Figura 2 <i>Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas</i>	53
Figura 3 <i>Prevalencia de consumo de tabaco según sexo y edad</i>	54
Figura 4 <i>Mapa conceptual sobre la salud y calidad de vida</i>	62
Figura 5 <i>Edad de los participantes</i>	71
Figura 6 <i>Edad inicio del consumo</i>	71
Figura 7 <i>Número de intentos para dejar de fumar</i>	72
Figura 8 <i>Motivos para fumar</i>	72
Figura 9 <i>Cantidad de cigarrillos consumidos en el día</i>	73
Figura 10 <i>Grado de dependencia de la nicotina</i>	73
Figura 11 <i>¿Cuánto tiempo pasa entre el momento que se levanta y fuma el primer cigarrillo?</i>	74
Figura 12 <i>Dependencia psicológica</i>	75
Figura 13 <i>Dependencia social</i>	75
Figura 14 <i>Dependencia gestual</i>	76
Figura 15 <i>Comparativo consumo de cigarrillos antes y después de la Intervención</i>	80
Figura 16 <i>Comparativo del consumo y Reducción antes y después de la intervención</i>	81

Lista de Apéndices

Apéndice 1 <i>Consentimiento informado</i>	97
Apéndice 2 <i>Formato de información básica</i>	98
Apéndice 3 <i>Formato Registro punto de partida Tabaquismo</i>	99
Apéndice 4 <i>Formato Registro motivos Tabaquismo</i>	100
Apéndice 5 <i>Formato Registro consumo diario y mensual de Cigarrillos</i>	101
Apéndice 6 <i>Formato de Historia del Fumador</i>	103
Apéndice 7 <i>Formato sobre conocimientos y punto de partida (pre)</i>	106
Apéndice 8 <i>Test de Fagerstrom o dependencia de la Nicotina</i>	107
Apéndice 9 <i>Test Glover – Nilsson o Dependencia conductual del Cigarrillo</i>	108
Apéndice 10 <i>Formato de Evaluación del Impacto (Post)</i>	111
Apéndice 11 <i>Ficha Taller 1: Contextualización</i>	112
Apéndice 12 <i>Formato Diario de Campo – Taller 1 – Fase I Evaluación</i>	117
Apéndice 13 <i>Ficha técnica – Fase II Intervención – Taller 2 – sesión 1</i>	118
Apéndice 14 <i>Formato Diario de Campo – Taller 2 – Fase II Intervención</i>	119
Apéndice 15 <i>Ficha Técnica – Fase II Intervención – Taller 2 – Sesión 2</i>	120
Apéndice 16 <i>Ficha Técnica - Fase II Intervención - Taller 2 - Sesión 3</i>	127
Apéndice 17 <i>Ficha Técnica – Fase II Intervención – Taller 2 – Sesión 3</i>	128
Apéndice 18 <i>Formato Diario de Campo – Taller 2 – Sesión 3</i>	132
Apéndice 19 <i>Ficha Técnica Taller 3 - Fase II Intervención – Sesión 1</i>	133
Apéndice 20 <i>Ficha Técnica Taller 3 – Fase II Intervención</i>	137
Apéndice 21 <i>Ficha Técnica Taller 3 – Fase II Intervención – Sesión 2</i>	138
Apéndice 22 <i>Ficha Técnica Taller 3 – Fase II Intervención – Sesión 3</i>	142

Apéndice 23 <i>Ficha Técnica Taller 3 – Fase II Intervención – Sesión 4</i>	145
Apéndice 24 <i>Formato Diario de Campo Taller 3 – Sesión 4</i>	149
Apéndice 25 <i>Ficha Técnica Taller 4 – Fase II Intervención – Sesión 1</i>	150
Apéndice 26 <i>Formato Diario de Campo – Taller 3 – Sesión 4</i>	154
Apéndice 27 <i>Ficha Técnica Taller 5 – Fase II Intervención – Sesión 1</i>	155
Apéndice 28 <i>Formato cantidad de cigarrillos consumidos última semana</i>	159
Apéndice 29 <i>Registro de motivos personales para consumo cigarrillo antes día D</i>	160
Apéndice 30 <i>Formato Diario de Campo – Fase II Intervención</i>	161
Apéndice 31 <i>Ficha Técnica Taller 5 – Sesión 2 - Fase II Intervención</i>	162
Apéndice 32 <i>Ficha Técnica Taller 5 – Sesión 3 – Fase II Intervención</i>	165
Apéndice 33 <i>Ficha Técnica Taller 5 – Sesión 4 – Fase II Intervención</i>	168
Apéndice 34 <i>Formato Evaluación del Impacto - Fase III</i>	171

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo diseñar e implementar un programa cognitivo conductual orientado a disminuir el consumo de tabaco en población que se encuentra privada de la libertad en el Centro Penitenciario La Picota, este trabajo consta de tres fases, así mismo cuenta con la participación de cinco personas privadas de la libertad que presentan consumo de tabaco; inicialmente se realiza una evaluación con instrumentos de evaluación psicométricos, posteriormente en una segunda fase, se les presenta una intervención mediante la implementación de elementos teórico-prácticos con psicoeducación y focos psicoterapéuticos con enfoque cognitivo conductual, y por último se complementa en una tercera fase, donde se realiza la evaluación del impacto de la intervención, también usando instrumentos de evaluación psicométricos.

Para dar inicio, es importante mencionar que lo más probable es que la situación penitenciaria o de privación de la libertad, conlleve a problemas de toda índole para una persona, y teniendo en cuenta que puede presentar consecuencias de tipo jurídico, se deben sumar las consecuencias en el área económica, familiar, afectiva, etc. del sujeto. Lo cual puede mostrar que estar en esta condición es de difícil manejo, y se debe tener en cuenta también las condiciones internas de una cárcel en Colombia, las cuales presentan hacinamiento y condiciones secundarias al sistema carcelario colombiano, de allí se puede encontrar personas con un estado de ánimo y de salud mental en riesgo, todo lo anterior en su conjunto, hace que las personas privadas de la libertad, tengan una mayor predisposición a iniciar o mantenerse en la adicción al tabaco y/o a otras drogas, se oscurece el escenario con la falta de políticas, programas y normas de antitabaquismo por parte del Estado y específicamente del Instituto Nacional Penitenciario (INPEC) administrador del sistema carcelario en Colombia.

A medida que avanzó el desarrollo del presente proyecto y al observar el interés que despertó en los participantes los nuevos conocimientos y metodologías, se puede confirmar la gran importancia de que todas las personas que consumen tabaco y en especial aquellas en condiciones críticas desde el punto de vista de salud mental, como lo son las personas privadas de la libertad, para que tengan el derecho de recibir información acerca de los efectos nocivos por el consumo de tabaco, así como los beneficios de dejar este hábito y por su puesto el derecho a ser atendidos por los servicios de salud para tratar la adicción.

La Pandemia mostró como resultados, casi 7 millones de personas muertas, según la Organización Mundial para la Salud (OMS), esta cifra se le atribuye tanto a las personas que fallecieron directamente por la pandemia del covid-19, como a las reportadas por los decesos indirectos por otras enfermedades, también atribuibles al covid-19 que fue otra cifra igual de casi 7 millones, (OMS, Publicado en BBC News Mundo, 05 mayo 2022), por fortuna, dichas muertes gracias a las vacunas y a otras medidas, han disminuido ostensiblemente, pero lo triste de la cifra en común, es que también aproximadamente, 7 millones de personas mueren al año por enfermedades asociadas al consumo de tabaco, y más de 890.000 personas no fumadoras están expuestas al humo de tabaco.

Las muertes atribuidas al tabaco se relacionan principalmente con el cáncer, las enfermedades respiratorias, las enfermedades cardiovasculares, el deterioro de la salud mental global y el incremento en el uso de otras drogas, según la misma entidad mundial de salud. La diferencia con el covid-19, es que su consumo, está creciendo año tras año en forma constante, sobre todo entre la población adolescente, pese a los múltiples esfuerzos e iniciativas que, durante décadas, se han puesto en marcha, sigue manteniéndose dicha problemática.

Otra gran coincidencia al recoger los insumos teóricos para el presente proyecto aplicado, donde se pudo evidenciar que muchos autores de las ciencias de la salud, concurren en el sentido que: el principal factor de riesgo de muerte prevenible en el mundo es el consumo de tabaco, pero a pesar de la evidencia científica, las cuales corroboran sobre las personas que consumen tabaco, tienen mayor riesgo de muerte por enfermedades no transmisibles, la medicina en muy consciente en afirmar que las enfermedades directamente relacionadas con el tabaquismo son numerosas y que muchas de ellas son mitigables o prevenibles si se deja de fumar (OMS, Publicado en BBC News Mundo, 05 mayo 2022).

Así mismo, otras ramas de las ciencias humanas y sociales, también coinciden en el sentido de que las políticas públicas dirigidas a combatir el hábito tabáquico son insuficientes y/o ineficaces, en gran parte, porque el impacto de éste consumo es a largo plazo, por lo tanto, las administraciones (incluyendo a los profesionales sanitarios) desde el rango municipal, Departamental y Nacional, no asumen como propio dicha responsabilidad, no ven al problema del tabaquismo como urgente, ni prioritario, la mayoría de políticos lo ven como un problema científico o médico más que social. Aquí, es oportuno evocar las palabras que hace 43 años, George Young, (1979) cuando señaló: La solución al problema del tabaquismo no se encontrará en los laboratorios de investigación, ni en los quirófanos de los hospitales, sino en los parlamentos de las naciones democráticas.

Justificación

El consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco ocasionan graves consecuencias en la salud, en la economía, el ambiente y la sociedad., aproximadamente 7 millones de personas mueren al año por enfermedades asociadas a este consumo. Las muertes atribuidas al tabaquismo se relacionan principalmente con cáncer, EPOC, enfermedades cardiovasculares, deterioro de la salud mental global y el incremento en el uso de otras drogas. Su consumo está creciendo en forma constante, sobre todo entre la población adolescente (IETS, 2018).¹

En Colombia, mueren al año cerca de 32.120 personas por enfermedades asociadas al tabaquismo, por consiguiente, cada día dejan de existir 90 personas por cuenta del consumo del cigarrillo o tabaquismo y el costo de atención sobrepasa los 4,7 billones de pesos, Según el Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, (IETS, 2018) Los niños empiezan a fumar a los 12 años, aún existen más de 2,5 millones de fumadores pesados y en el mundo hay 560 fábricas que producen 6,25 billones de cigarrillos cada año que contaminan con 8,76 millones de toneladas métricas de dióxido de carbono (CO₂). Sin contar que las colillas de cigarrillo representan entre el 30 y el 40 por ciento de los objetos recogidos en las actividades de limpieza costera y urbanos.²

Es muy importante referenciar que en temas de diagnóstico, en Colombia se realizan diferentes encuestas nacionales, especialmente se encuentran: el Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas - (ENCSP) y la Encuesta Nacional de Tabaquismo – (ENT), aunque en estas se puede evidenciar que en el país, hay una disminución progresiva de la prevalencia del consumo de tabaco, las cifras todavía son muy altas, en el más reciente

¹ Organización, Mundial de la Salud - OMS; (2018); Boletín de la OMS del 9 de marzo de 2018; Datos y cifras; El tabaco mata hasta a la mitad de sus consumidores; <http://www.who.int/es>.

² Periódico EL TIEMPO (2018), artículo “No fumo” Por: EDITORIAL 31 de mayo 2018, 12:00 a.m.

documento titulado: *Directrices para promover la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo*, se afirma ³ que la prevalencia del tabaquismo ha disminuido del 12,9% en el 2013 al 9.7% en el 2019. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Así mismo, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2021) se identifican algunos patrones de consumo como son:

En Jóvenes (13-15 años) 2016, reporta que la experiencia del uso de cigarrillo o productos derivados del tabaco en algún momento de la vida, los jóvenes están experimentando con diversos productos así: tabaco sin humo 7,9%, narguile (pipa de origen oriental) 8,9%, otros productos 11,7%, cigarrillos electrónicos 15,4% y cigarrillo 22%. Con respecto a la prevalencia en el último mes, predomina la prevalencia de consumo a cualquier producto siendo del 20,2%, frente a cigarrillo del convencional con un 9% y el cigarrillo electrónico también con una prevalencia del 9%. (p.7).

En esta misma población, al analizar el consumo de tabaco por etnia, se observó una prevalencia en la población indígena del 10%; así mismo, al examinar el lugar de consumo, aunque este predomina en los espacios públicos con un 29%, preocupa el consumo en las casas reportado en un 20,8% y en la de amigos en un 15,9%. Según Ministerio de Salud y Protección Social, (2021), entidad que no duda en afirmar que el Tabaquismo en Colombia es un problema de salud pública.

En el Tercer Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria de Colombia (2016), muestra la prevalencia de uso de tabaco, donde se observa que casi un 50% de los estudiantes declaran haber consumido tabaco alguna vez en la vida, un 27% manifiesta un consumo reciente (último año) y un 16,8% declara un consumo actual (último mes). En todos los escenarios el uso es mayor entre los hombres. Por otra parte, entre aquellos

³ Ministerio de Salud y Protección Social, (2021), *Directrices para promover la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo*.

que no habían consumido tabaco antes del año previo al estudio, se observó que casi un 19% inició el uso de tabaco durante el año anterior al estudio y un 9% lo inició en el en el último mes.

En esta misma encuesta las menores tasas de consumo actual de tabaco se presentan entre los estudiantes de 18 años y menos con 12,5%, seguidas por el grupo de 19-20 años con tasas de 16,3%, mientras que las tasas de consumo más altas están en el grupo de 23-24 años con 20,5%, seguido por el grupo de 21-22 años con 18,4%. También llamó la atención el uso alguna vez en la vida de cigarrillos electrónicos, siendo esta del 16,6%. Los mayores fumadores de cigarrillos electrónicos son los universitarios más jóvenes, quienes a su vez presentaban las menores tasas de uso actual de tabaco.

Frente a la carga de enfermedad en Colombia, el tabaquismo es responsable de que se presenten 34800 muertes al año, con 624.000 años de vida perdidos (Caso a favor de la inversión en la aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco - CMCT, de la OMS 2019); 154.450 muertes pueden evitarse en 15 años si se implementan las intervenciones del CMCT de la OMS.

Con respecto a la carga de enfermedad para Colombia, aproximadamente 32000 muertes se presentan anualmente por causa del tabaquismo, específicamente por enfermedad cardiaca, EPOC, otros cánceres, cáncer de pulmón, tabaquismo pasivo, accidentes cerebro vascular y por neumonía. Sumado a lo anterior, el sistema de salud gasta 4,7 billones de pesos al año atendiendo a las personas afectadas por este riesgo que es prevenible (IETS-INC 2013).

Los tratamientos de cesación adquieren relevancia para la salud pública porque la mayoría de las acciones descritas se dirigen a reducir la demanda de tabaco en jóvenes mediante la prevención de la iniciación en el hábito, pero tienen un limitado efecto entre quienes son fumadores.

De otro lado, en Colombia hasta la fecha no se ha realizado un estudio del impacto del tabaquismo en las cárceles, aunque en un estudio, que si bien no es sobre tabaquismo, pero muy relacionado, si se tiene en cuenta que es uno de los factores de riesgo, y que trata sobre la hoy muy famosa y de moda enfermedad mental de la depresión, originado en las universidades de los Andes y de Harvard; de acuerdo con el “Estudio de prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el sistema penitenciario y carcelario colombiano” la incidencia de depresión en los internos de la cárcel Modelo de Bogotá es del 24%, un porcentaje alarmante cuando se compara con el 3,2% de colombianos que, según la Encuesta Nacional de Salud Mental, tienen ese trastorno. Dicho estudio referencia un informe de la Defensoría del Pueblo que dice, más de un tercio de los reclusos consideran que los servicios de salud en las prisiones son malos y más de la mitad no recibe sus medicamentos. De acuerdo con Lancheros, C. (2016) en las cárceles se evidencian actitudes de desánimo, tristeza y desesperanza, así como ideas de suicidio⁴.

⁴ Carolina Lancheros Ruiz, Autora del artículo titulado: “Las cárceles en Colombia son fábricas de enfermos, publicado en el periódico El Espectador, Salud, según estudios de la Universidad de los Andes y de la Universidad de Harvard, Bogotá, mayo 2016.

Planteamiento del Problema

Para el planteamiento del problema en el presente trabajo académico, se toman en cuenta las siguientes consideraciones:

En primer lugar, observar la dimensión e importancia que ha alcanzado el tabaquismo como un problema de primer orden en la sociedad y que afecta no solo la salud física como también la salud mental. Así mismo el alto nivel de prevalencia en los diferentes países del mundo, ubica el consumo de tabaco, como una problemática que requiere la más urgente intervención en materia de salud pública. Esta atención se ve muy disminuida con relación a otras drogas ya que es de un producto y venta legal lo cual hace que sea de uso masivo académicos de acuerdo con Chávez, R; López, F J., Regalado, J & Espinosa, M. (2004).

El impacto del tabaquismo ocupa la atención de diferentes organizaciones e instituciones mundiales y locales especialmente de la salud como la OMS, institutos de cancerología entre otros, mediante abordajes multidimensionales en el ámbito de intervención y prevención, sin embargo, estas medidas siguen quedándose cortas especialmente en el ámbito educativo en los diferentes ámbitos de la educación y en el núcleo de las familias existen importantes desafíos para instituciones y académicos como manifiestan Chávez, R; López, F J., Regalado, J & Espinosa, M. (2004).

En segundo lugar, la cronicidad de las diferentes enfermedades y sus consecuencias derivadas del consumo de tabaco, siendo las más importantes el cáncer en los diferentes órganos deja lesiones físicas y psicológicas para el fumador que conllevan altos costos a los sistemas de salud de un país, así como a la economía familiar tal como lo expresan Chávez, R; López, F J., Regalado, J & Espinosa, M. (2004).

Entonces si se tiene que el consumo de tabaco es la forma más común de abuso de drogas y se considera que tiene una alta calificación dentro de los estimulantes y de acuerdo con los anteriores análisis planteados, nace la siguiente pregunta: ¿Qué tan eficaz es un programa psicológico del enfoque cognitivo conductual para la deshabituación, reducción y/o eliminación del consumo de tabaco en fumadores dependientes?

Objetivo

Objetivo General

Implementar un programa de intervención cognitivo conductual para disminución del consumo de tabaco en personas privadas de la libertad de la comunidad del patio: Establecimiento de Reclusión Especial (ERE-2) del Complejo Penitenciario de Bogotá “La Picota”.

Objetivos Específicos

Evaluar el grado de dependencia conductual al tabaco en un grupo de personas privadas de la libertad consumidores habituales de cigarrillo.

Realizar un proceso de intervención cognitivo conductual para disminución y/o evitación del consumo de cigarrillo en un grupo de personas privadas de la libertad.

Evaluar los resultados del programa de intervención para disminución del consumo de tabaco en personas privadas de la libertad.

Hipótesis

La hipótesis del proyecto hace referencia a que el tabaquismo tiene una duración prolongada que generalmente se adquiere en la adolescencia, que los distintos componentes que integran el cigarrillo lo hacen adictivo y perjudicial para la salud mental y física, que el consumo está influido por numerosas variables personales que evolucionan en el tiempo de forma diferente y que facilitar el proceso de abandono del consumo de tabaco está condicionado por el tipo de tratamiento utilizado para paliarlo y de la disminución de la probabilidad de recaída.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto se plantea la siguiente hipótesis:

Si la implementación del proyecto aplicado que busca la disminución del consumo de tabaco en personas privadas de la libertad demuestra eficacia, entonces, se desarrollarán y mejorarán las habilidades de afrontamiento en situación de reclusión como la regulación emocional especialmente en cuanto a la comunicación asertiva y las destrezas en negociación para la solución de problemas de las personas privadas de la libertad participantes en el proyecto, lográndose la disminución del consumo de tabaco en los participantes del programa.

Metodología

Diseño Metodológico

En cuanto a la metodología y para entrar en contexto, es relevante hacer referencia en cuanto a la definición de proyecto expresada por la reconocida Organización de Estados Americanos (OEA, 2004) de la siguiente manera como un conjunto de actividades a realizarse en un lugar, tiempo y recursos determinados para lograr los objetivos y metas preestablecidos en la búsqueda de la mejor alternativa de solución posterior a un estudio o diagnóstico de una situación problema.

De otro lado y para no ir tan lejos, en Colombia la Universidad de Antioquia, (2009) dentro de un módulo de trabajo, planteó sobre el concepto de proyecto en una contundente y corta oración así *“un Proyecto es una intencionalidad sistematizada que integra información y decisiones para resolver un problema”* (p.20)

Por lo anterior, si el objetivo de un proyecto consiste en el desarrollo de un proceso que permite resolver un problema relevante y/o complejo, y si se observa el objeto del presente proceso, el cual trata de solucionar el gran problema del consumo de tabaco que afecta la salud humana, tanto mental como física del orden mundial, regional, zonal y específicamente a la población privada de la libertad, aunque todo nace desde el consumo individual de tabaco, en éste caso en este tipo de personas, lo más lógico además que es un requisito planteado por la propia Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD el cual es plantear la resolución de dicho problema, desde un proyecto aplicado.

Proyecto de Investigación Aplicado

Para este tipo de proyecto, se toma la definición de Cardona, N. (2009) quién señala que los proyectos aplicados son instancias aplicadas, en las que se generan o crean productos,

servicios o propuestas dirigidas a la resolución de problemas o necesidades, luego de la identificación y análisis de un problema, así como a través de la aplicación de destrezas de investigación y capacidad de análisis en la búsqueda de soluciones innovadoras⁵.

Desde luego que el tabaquismo es un problema real, ampliamente estudiado y analizado en el mundo académico, científico, social, antropológico, etc., en el presente proyecto aplicado se pretende brindar a una población con un alto nivel de ansiedad, como lo son las personas privadas de la libertad, unos conocimientos y unas herramientas psicológicas que conlleven a adquirir destrezas para resolver problemas y satisfacer la necesidad de liberarse o reemplazar el consumo de cigarrillo ante cualquier asomo de ansiedad en los momentos de crisis.

Participantes

Para este proyecto aplicado, se tomó una muestra al seleccionar a 7 personas privadas de la libertad, de sexo masculino, consumidores de tabaco pertenecientes a la comunidad del patio Establecimiento de Reclusión Especial (ERE-2) del Complejo Penitenciario de Bogotá “La Picota”. Finalmente participaron 5 personas.

Las características de los internos que integran el patio ERE-2 es que son personas exfuncionarios públicos, que por consiguiente son todos con un nivel escolar de por lo menos bachilleres y en su gran mayoría con formación técnico o tecnólogos y otra buena parte son profesionales en diferentes ramas.

Muestra.

Para el presente proyecto aplicado, se utilizó un muestreo por conveniencia, tipo intencional y no probabilístico, porque de acuerdo con lo planteado por Casal y Mateu (2003)

⁵ Cardona, Martha Nubia; (2009), Escuela Superior de Administración Pública ESAP

este tipo de muestreo se caracteriza por la ausencia de métodos aleatorios y en donde la muestra tiene características similares a toda la población integrante de la comunidad del patio:

Establecimiento de Reclusión Especial (ERE-2) del Complejo Penitenciario de Bogotá “La Picota”.

Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión son los siguientes:

Personas privadas de la libertad de sexo masculino pertenecientes a la comunidad del patio Establecimiento de Reclusión Especial (ERE-2) del Complejo Penitenciario de Bogotá “La Picota”,

Mayores de edad que sean consumidores de tabaco y voluntarios para participar en el proyecto aplicado.

Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión de la investigación son:

Encontrarse en tratamiento psiquiátrico.

Presencia de consumo de sustancias psicoactivas o bebidas alcohólicas, dentro del proceso. No hay obligatoriedad sobre el cumplimiento del proyecto aplicado a los internos participantes.

Procedimiento

Recursos Materiales

Los recursos materiales utilizados para el desarrollo del proyecto fueron computador, videobeam, televisor, tablero, marcadores y material didáctico como cuadernos, lapiceros, fichas e instructivos)

Recursos Académicos

Psicoeducación. El término “Psicoeducación” fue utilizado por primera vez en 1911, por John E. Donley en el libro “Psychotherapy and re-education”, más tarde apareció en 1941 en el título del libro *The Psychoeducational Clinic*, escrito por Brian E. Tomlinson (citado por Cárdenas, Guerra & Pérez, 2011).

Actualmente, el desarrollo de esta herramienta se encuentra en cabeza del investigador norteamericano C.M. Anderson quien lidera tratamientos sobre la esquizofrenia. La investigación consiste en capacitar a los familiares con respecto a los síntomas y a los diferentes procesos de la esquizofrenia, con énfasis en la consolidación de la autoridad social y en el mejoramiento del manejo que los miembros de la familia le dan a la enfermedad (Treto, 2009, citado por Álvarez, Pedraza & Molerio, 2012).

Según el modelo del comportamiento o conductual, la psicoeducación tiene sus orígenes en las habilidades sociales y emocionales del reaprendizaje del paciente. Y recientemente, el trabajo con los grupos se ha hecho de manera sistemática, pues se ha comprobado que así los conocimientos se hacen más entendibles (Cárdenas, Guerra & Pérez, 2011). Este modelo de la psicoeducación ha evolucionado y se ha desarrollado en los últimos años. Se amplió su definición y la aplicación en trabajo de campo y en las personas a las que va dirigida.

Taller académico. López, C. (1993) plantea que el taller es una metodología participativa que favorece el proceso de enseñanza-aprendizaje, a través de actividades tanto individuales, como pequeños grupos y grupo total. Se basa en la premisa de aprender haciendo a través del trabajo en grupo.

Con el taller la participación de un individuo a nivel grupal se refuerza, también la conducta, protagónica y solidaria, así como la comunicación. El taller integra técnicas, no

modelos de copiar y repetir. En este proceso de enseñanza-aprendizaje, no se trata de una simple oferta de conocimientos que llega solamente al área cognitiva de la personalidad, sino que es un intercambio de experiencias que traspasa los niveles afectivos, emocionales y las vivencias personales tanto de quienes aprenden y como de quien enseña, quien también aprende.

Foco Terapéutico. De acuerdo con Ferenczi, S. (1967) se refiere al intercambio que debe existir entre paciente y terapeuta, y a la predisposición por desarrollar una relación del tipo conocido como transferencia, y afirma que el foco se entiende como una guía, no es una explicación definitiva de la problemática del paciente, es un modelo de trabajo orientado a organizar la experiencia terapéutica y por ende al enfocarse se acorta la terapia⁶.

Fases del Programa

Evaluación. Una vez seleccionado el grupo de internos que participaron en el proyecto aplicado, se realizó un diagnóstico mediante aplicativos o instrumentos psicométricos validados como: cuestionarios, encuesta o test específicos y entrevistas, para establecer el punto de partida y determinar cuál es la dependencia conductual del consumo de tabaco en la muestra seleccionada.

Taller 1 Psicoeducación para evaluación inicial. Realizar talleres de psicoeducación, para asegurar que los participantes entiendan y comprendan, en qué consisten los mecanismos de evaluación para posteriormente realizar la aplicación de los Instrumentos Psicométricos.

⁶ Ferenczi, Sandor, (1967), Los Nuevos Adelantos de la Terapéutica Activa en el Psicoanálisis, en Teoría y Técnica del Psicoanálisis, Editorial Paidós, p. 169, Buenos Aires, Argentina.

Aplicación de Pruebas Psicológicas. La evaluación psicológica, es una disciplina de la psicología, que se ocupa de la medida de algunos aspectos del comportamiento humano, de acuerdo con González Llana (2007) esta medición se realiza por medio de metodologías básicas entre las que se encuentran las técnicas psicométricas, las proyectivas y otros métodos como: la observación, la entrevista, los autoinformes, etc. Hernández, R (1991) considera que dentro de las pruebas psicológicas el instrumento más reconocido es el cuestionario, el cual consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables.

Test de Glover- Nilsson. El Test de Glover-Nilson (GN-SBQ) de dependencia psicológica, social y gestual, en la versión adaptada de Nerín, Crucelaegui, Novella, Beamonte, Sobradriel, Bernal y cols; Está formado por 18 ítems con un rango de puntuación de 0 a 4. Los puntos de corte son los siguientes: menos de 12 puntos (dependencia leve), entre 12 y 22 (dependencia moderada), entre 23 y 34 (dependencia severa) y más de 34 (dependencia muy severa). (Nerín, Crucelaegui, Novella, Beamonte, Sobradriel, Bernal y cols., 2005).

Su objetivo es agrupar en un cuestionario el grado de los patrones de comportamiento en fumadores. Para ello el estudio previo para la realización del cuestionario, se ha basado en el método Delphi modificado para eliminar así duplicaciones obvias y establecer las preguntas iniciales. La utilidad de esta prueba radica en que se podrá analizar el grado de dependencia psicológica social y gestual que se pone frente al trabajo y el grado total de dependencia conductual.⁷

⁷ Glover, ED, Nilsson F, (2005), Cuestionario conductual del fumador, smoking behavioral questionnaire, pp. 443-55.

Test de Fagerström o Test de Dependencia de la Nicotina. La dependencia física, se evalúa mediante el Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström (FTND), versión actualizada de la de Fagerström y Schneider (1991), adaptación española de Becoña, Gómez-Durán, Álvarez-Soto & García (1992).

El test se compone de 6 ítems, donde el primero y el cuarto abarcan un rango de puntuación de 0 a 3, y el resto un rango de 0 a 1. La puntuación total oscila entre 0 y 10, indicando un alto grado de dependencia aquellas puntuaciones más altas, y viceversa. Los puntos de corte son 4 y 7, indicando una puntuación menor de 4 una baja dependencia, entre 4 y 7 una dependencia moderada y mayor de 7 una alta dependencia (Carrasco, Luna y Vila, 1994; Fagerström, 1978; Lee y D'Alonzo, 1993).

Este test fue creado a partir de la búsqueda de datos publicados de un número de personas que fueran representativas con el fin de recolectar datos válidos internacionalmente de la dependencia a la nicotina, se trata de una encuesta que busca corroborar que las personas que buscaban ayuda para dejar de fumar eran mucho más dependientes que las que no lo hacían, por lo tanto, sirve para evaluar el grado de dependencia física de la nicotina.⁸

⁸ Fagerström, KO, KunzeM; (1996), Dependencia a la nicotina versus prevalencia del fumador: comparación a través de los países y de las categorías de fumadores, Editorial Tob Control. Pp 6-52

Intervención. Una vez conocido el estado del consumo de tabaco en cada participante, como punto de partida en cuanto al conocimiento del problema, especialmente en aspectos de creencias y consecuencias del tabaquismo, entonces se aborda a partir de la psicología de la salud desde los modelos cognitivo conductual y biopsicosocial de una manera tal que los participantes adquieran nuevos conocimientos que produzcan cambios en cada uno de ellos, tanto en la salud física, como en la salud mental (pensamientos y comportamientos individuales y colectivos) mediante la realización de talleres de psicoeducación para asegurar que los participantes entiendan y comprendan todos los fenómenos que encierra el tabaquismo, orientados al manejo y reducción del consumo de tabaco, como los relacionados a continuación.

Taller Psicoeducación. Afrontamiento de la ansiedad. Con el foco terapéutico en las estrategias de afrontamiento y manejo de la ansiedad.

Taller Psicoeducación Generalidades y Regulación Emocional. Con focos terapéuticos en relajación por medio de ejercicios de respiración, método de relajación progresiva y ejercicios prácticos del paso a paso para entrenamiento en asertividad.

Taller Psicoeducación para Conocimiento y Manejo del Tabaquismo. Realizar focos terapéuticos a través de ejercicios prácticos, sobre la forma de pensar de sentir y de actuar con referencia al cigarrillo antes del taller y del inicio del proceso de deshabituación, donde adicionalmente se identifican creencias asociadas sobre el consumo de cigarrillo, experiencias propias y eventos donde se observaron los condicionamientos de lenguaje desde la pequeña niñez que sean relacionados con el consumo de cigarrillo y estrategias para afrontar síntomas del síndrome de abstinencia en caso de presentarse.

Instrumentos Psicométricos de Evaluación Psicológica Utilizados

Para la etapa de evaluación en el proyecto aplicado, se utilizaron instrumentos de tipo transversal descriptivos y comparativos, que buscan especificar las características de las personas que consumen tabaco ya que tiene como objetivo la búsqueda de similitudes o de diferencias, teniendo en cuenta que la comparación se sostiene en el criterio de la homogeneidad que caracteriza a las personas privadas de la libertad. Por lo cual se seleccionaron los Test o las pruebas y se diseñaron formatos para registro de la información, los cuales se pueden observar en los Apéndices del presente trabajo

Resultados

En esta etapa necesariamente se tuvieron en cuenta, no solo las frecuencias iniciales del consumo sino también los conocimientos y los comportamientos iniciales, es decir las realizadas en la primera etapa, antes de la intervención y se confrontaron con las aplicaciones posteriores; que brindan una medición de frecuencias finales del consumo de cigarrillo y de conocimientos, especialmente la observación de los cambios de conducta.

Consideraciones Éticas

Para las consideraciones Éticas del presente trabajo, se ha realizado una revisión a la normatividad internacional y nacional con el fin de ajustar los principios éticos que allí se recomiendan, pero es de suma importancia tener en cuenta la naturaleza del proyecto que por tratarse de un tema que impacta enormemente la salud de los seres humanos como lo son las consecuencias del consumo adictivo del tabaco.

Por lo anterior, es importante hacer referencia a la ley 1090 del 6 de septiembre de 2006 dada por el Congreso de Colombia y respaldado por el Colegio colombiano de Psicólogos donde se decretan los parámetros a seguir en el ejercicio de la profesión de la psicología. Aquí se legitima a la psicología como ciencia que a través de la investigación estudia los procesos de desarrollo en todas sus dimensiones sociales, cognoscitivas y afectivas desde la complejidad a favor de las comunidades y grupos sociales teniendo en cuenta lo individual y lo social para aportar al bienestar integral y la calidad de vida. (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2006).

En su parágrafo dos legitima la naturaleza biopsicosocial de las personas apoyado en los conceptos de salud y determina que los profesionales de la psicología tienen una responsabilidad bajo este paradigma y por lo tanto son parte de las ciencias de la salud”.

Siguiendo en el ámbito a nivel nacional, también es importante hacer referencia a la Resolución 008430 de octubre 4 de 1993: en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Título II: de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I: de los Aspectos Éticos de la Investigación con Seres Humanos en el Artículo 5 dice claramente “en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.”

Por lo tanto, de acuerdo con la anterior ley de la república de Colombia, esta disposición legal será el punto de partida de las consideraciones éticas del presente proyecto; así mismo, observando la normatividad al respecto en el ámbito internacional, se encuentra tres importantes documentos a tener en cuenta como referentes en aspectos éticos como: la Declaración de Helsinki, el Reporte Belmont y las Pautas CIOMS.

En la Declaración de Helsinki, es de destacar del principio de la proporcionalidad entre riesgos predecibles y beneficios posibles, así como el respeto a los derechos del sujeto, en los que se prevalece el interés humano sobre los de la ciencia y la sociedad, la necesidad del consentimiento informado y del respeto por las libertades de los individuos; mientras que en el Reporte Belmont: se subraya el respeto por los seres humanos, su beneficencia, y su Justicia; De otro lado, en las Pautas CIOMS: se enfatizan los principios éticos que deben regir la ejecución de la investigación en seres humanos especialmente en los países en desarrollo dadas las circunstancias socioeconómicas, leyes, reglamentos y sus disposiciones ejecutivas y administrativas.

De acuerdo con lo anterior y a lo dispuesto en la Resolución número 008430 del 4 de octubre de 1993 dando cumplimiento con los aspectos mencionados en el Artículo 6, este proyecto aplicado se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

Se explicaron a los participantes los principios éticos que justifican el presente proyecto aplicado de acuerdo con la normatividad a nivel internacional y a nivel nacional en la ya mencionada resolución, así como los riesgos y las garantías de seguridad que se brindan a los participantes.

Se contó previamente con el Consentimiento Informado y por escrito de los participantes en el presente proyecto o de su representante legal con las excepciones dispuestas en la Resolución 008430/93.

Claramente y dentro de las garantías de seguridad, se les informó a los participantes, que se podían retirar del presente proyecto en cualquier momento, si así lo deseaba, observaba o percibía algún tipo de anomalía o riesgo a su integridad personal o moral.

Marco Conceptual

Definición de trastornos relacionados con sustancias y por consumo de sustancias según el DSM-5.

En este punto y para entender el fenómeno del tabaquismo, es de gran importancia tener como referente los conceptos que se encuentran en uno de los documentos más importantes y necesarios para la salud mental y desde luego para la comprensión del presente ejercicio académico, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5), en el cual se puede encontrar la descripción y los criterios que describen los trastornos relacionados con sustancias y trastornos por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia.

De acuerdo con el DSM V el consumo en exceso de estas sustancias, entre las que incluye el tabaco, generan una activación directa general del sistema de recompensa cerebral, que está implicado en el refuerzo comportamental y en la producción de recuerdos, generándose una activación intensa, llegando a descuidar actividades normales, produciendo sentimientos de placer. De esta manera, en caso de menores niveles de autocontrol, que reflejan disfunciones en los mecanismos de inhibición cerebral, se tiene una mayor predisposición a desarrollar trastornos por consumo de sustancias.

Sustancias Psicoactivas

Una sustancia psicoactiva o droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central y es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Además, las

sustancias psicoactivas, tienen la capacidad de modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento (Organización Mundial para la Salud -OMS, 2.002), el tabaco se considera una sustancia psicoactiva.

Las sustancias psicoactivas se clasifican según sus efectos en el sistema nervioso central (depresoras, estimulantes y alucinógenas), en el caso de la nicotina se considera una sustancia estimulante lícita.

Concepto de tabaquismo

La primera mirada que comúnmente se hace para conocer el concepto o significado de algo en el idioma español es, el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE) el cual contiene el término tabaquismo al que atribuye dos significaciones, la primera Intoxicación producida por el abuso del tabaco y la segunda, Adicción al consumo de tabaco.⁹

Ambos significados coinciden con las que, para el tabaquismo, se encuentran en el código de diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) CIE-10ES actualizado en enero de 2018 donde también se establece el código T65.2 para el “efecto tóxico” del tabaco y el F17.2 para la “dependencia de la nicotina.”¹⁰

Sin embargo, el concepto de dependencia tabáquica o de tabaquismo ha tenido algunos cambios en los últimos años, desde aquel visto como un hábito, que ocupaba un lugar insignificante en la práctica clínica, al de ser considerado como una adicción, y, a partir de 2008, como una enfermedad crónica de carácter adictivo, lo que significa un cambio de perspectiva con importantes implicaciones no solo clínicas sino de tipo asistencial. La Asociación Americana de

⁹ Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE); (2022) consultado el 12 octubre 2022.

¹⁰ Manual, CIE 10, (1992). Organización mundial para la Salud OMS, Trastornos mentales y del comportamiento.

Psiquiatría con el Manual de Estadística y Diagnóstico de Trastornos Mentales DSM-5 contribuyeron a reconocer la dependencia a la nicotina y los efectos adictivos de la misma.

Posteriormente, las principales Guías de Práctica Clínica (GPC) de acuerdo con el compendio de definiciones del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial para la Salud (OMS, 2003), donde se hicieron recomendaciones acerca de la necesidad de abordar el tabaquismo como una enfermedad crónica tratable, posibilitando su inclusión en los servicios asistenciales de salud. Así mismo se determinó que un fumador actual es alguien que fuma todos los días (fumador diario) o que fuma en la actualidad, pero no todos los días (fumador ocasional o no diario)¹¹.

Posteriormente el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (2010) reconoce al tabaquismo como una enfermedad crónica, así mismo, identifica que solo una pequeña proporción de los consumidores logra mantener la abstinencia luego del primer intento de abandono, la mayoría de ellos persiste en el consumo de tabaco por muchos años y generalmente pasan por períodos de abstinencia y recaídas, aclara que no validar la naturaleza crónica de la dependencia del tabaco impedirá que los profesionales de la salud valoren y traten de manera homogénea a los fumadores en el tiempo, sin percibirse como una enfermedad crónica.

Origen e Historia del Tabaco

El tabaco de Virginia, Petén o hierba santa, (*Nicotiana tabacum*) es una planta herbácea perenne, de la familia de las solanáceas, originaria de América tropical y de cuyas hojas se produce la mayor parte del tabaco consumido hoy en el mundo, la planta de tabaco surge en el

¹¹ Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. (2003) Revista Española de Salud Pública, citado el 2 Julio 2020; 77(4): pp. 475-496

mundo hace unos 8000 años y se comienza a emplear por los aborígenes desde hace aproximadamente 2000 años (Pérgola, F; García Puga A; 2003).

Desde tiempos remotos, los indígenas cultivaron el tabaco y lo emplearon para múltiples fines para el tratamiento de muchas afecciones del ser humano, tratamiento de animales, tratar enfermedades de las plantas, en las ceremonias religiosas y rituales.¹²

La planta además de causar el placer de las personas, le atribuyen poderes mágicos maravillosos como purificar el alma, predisponiéndola para la contemplación y la comunicación con los dioses, además disimulaba el hambre la fatiga y hasta el dolor, también se creía que a través de su magia se le alejaba del fantasma de la concupiscencia que colocado en las redes de los pescadores atraía a los peces (Pérgola, F; García Puga A; 2003).

Según relata Fray Bartolomé de las Casas, la llegada del tabaco a Europa se debió a Rodrigo de Jerez (marino de Cristóbal Colon, de la niña) y Luis de Torres (judío converso) quiénes según documentos de la época, en noviembre de 1492, fueron enviados “12 leguas más al norte,” donde encontraron una tribu de nativos llamada los “Araphaos,” los cuales, entre otras costumbres, tenían la de consumir tabaco fumándolo en forma de rollos.¹³

El tabaco se puso de moda a partir de 1559, cuando Jean Nicot, logró cultivar plantas de tabaco y tenía el dato de una curación de una úlcera necrosada de piel con cataplasma de tabaco, después envió a la Reina regente de Francia, Catalina de Medicis, su primera cosecha y semillas en 1560¹⁴

¹² Pérgola, F; García Puga A. (2003), Por el camino del tabaco

¹³ Borio, G.(2001) <http://www.tobacco.org/history/tobacco-history.html>.

¹⁴ Calvo Fernández JR, López Cabana A. (2003), El tabaquismo, Universidad de las Palmas. Gran Canaria, España.

Tipos de Tabaquismo

Tabaquismo Convencional

En el humo inspirado del tabaco existen varios carcinógenos; los más importantes, debido a su letalidad, son los hidrocarburos aromáticos policíclicos y las nitrosaminas, que presentan una toxicidad establecida, como el cianuro de hidrógeno, el benzopireno, el monóxido de carbono y óxidos de nitrógeno, entre otros. El tipo de tabaco es influyente y de acuerdo con el color, el oscuro es más alcalino e irritante en comparación con el tabaco claro; como consecuencia, su inhalación es en menor cantidad y se le relaciona más con el cáncer bucal, faríngeo y laríngeo que con el pulmonar.

Tabaquismo Masticado.

Otra manera de consumir el tabaco es de forma masticada, que se obtiene al calentar las hojas de tabaco con unas sustancias químicas, como el carbonato de sodio, las cuales producen una la absorción rápida de la nicotina es soluble en agua y contiene entre sus componentes cenizas, compuestos orgánicos como hierro, calcio, magnesio, potasio, sodio, como glucosa y sacarosa. Este tipo de tabaquismo tiene igual asociación de riesgo potencial de desarrollar cáncer bucal que otras modalidades de consumo tabáquico.

Tabaquismo Verde.

Es producido por la nicotina que absorbe la piel cuando se manipulan hojas de tabaco húmedas cuando se recogen o trasportan. Los niños que laboran en las regiones tabacaleras son especialmente vulnerables a este tipo; También conocido como la enfermedad del tabaco verde.

Tabaquismo Invertido.

Es aquel empleado por un fumador crónico, que ejecuta el hábito introduciendo el extremo distal del cigarrillo dentro de la boca, donde se realiza la combustión sostenida por los

labios y algunas veces por los dientes. El humo que se origina contiene gases y partículas, incluye un sinnúmero de componentes tóxicos capaces de provocar daños como inflamación e irritación, sofocación y carcinogénesis; este método de tabaquismo ocasiona lesiones iniciales reactivas en cavidad bucal como un leuco edema, leucoplasia y desarrollo de un carcinoma.

Tabaquismo Pasivo.

La exposición al humo indirecto del tabaco en el medio laboral, domiciliario y/o urbano es un factor de riesgo para cáncer de cabeza, cuello y pulmón que esto ocurre cuando el individuo inhala una mezcla compuesta principalmente de humo de la corriente secundaria, producto del cigarrillo que arde sin llama y parte del humo principal que se exhala. Siendo un factor de riesgo invisible de contraer cáncer en diversos órganos, como pulmón y vías aerodigestivas superiores (VADS).¹⁵

El humo de tabaco ajeno o tabaquismo pasivo es responsable de una de cada ocho muertes relacionadas con el tabaco, una cifra que alcanza los 600.000 fallecimientos al año, según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la 'epidemia mundial de tabaquismo 2009'. Según la OMS, el consumo de tabaco mata a más de cinco millones de personas cada año, es decir más que el VIH/Sida, la tuberculosis y el paludismo juntos. De continuar la tendencia actual, el consumo de tabaco podría cobrarse la vida de más de ocho millones de personas por año en 2030 y hasta mil millones en total en el siglo XXI.¹⁶

Composición del Tabaco

Es indispensable para los talleres de Psicoeducación tener la información científica del tabaco y sus implicaciones

¹⁵ Revista de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte, Tipos de tabaquismo como factor de riesgo asociado a cáncer bucal. Reporte de dos casos <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud>.

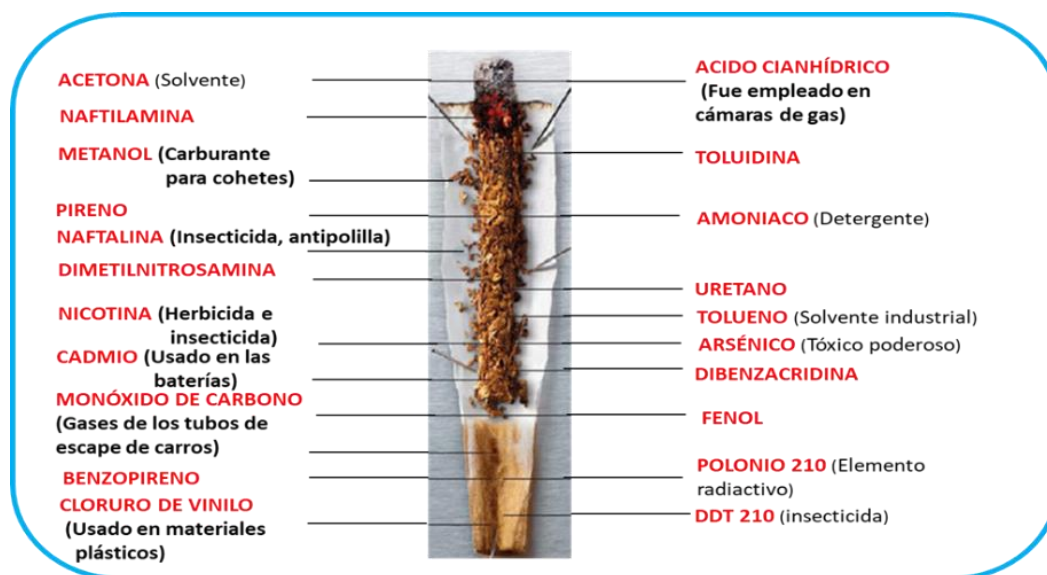
¹⁶ Revista, Hoy, (2009, 29 de diciembre), Causas de tabaquismo pasivo, COLPISA, Madrid.

Composición Física del Cigarrillo

El cigarrillo físicamente está compuesto por hojas de tabaco en el 50% del cigarrillo, 30% tabaco reconstituido y 20% tabaco expandido (con dióxido de carbono).

Figura 1

Componentes Cancerígenos Nocivos en el Tabaco



(Tomado de: http://www.donainnen.es/tabaco_embarazo)

Las hojas de tabaco contienen nicotina. La nicotina se absorbe rápidamente y llega al cerebro en unos 10 segundos lo cual explica su alto poder adictivo. Un cigarrillo promedio tiene 1 gramo de nicotina. Estudios recientes muestran que la nicotina que consume un fumador promedio, tanto de cigarrillos comunes como de cigarrillos light, aumentó en un 10% en los últimos seis años haciendo que sea más difícil dejar de fumar y más fácil hacerse adicto.

El Tabaco Reconstituido

Está formado por una mezcla de tallos molidos, polvillo de tabaco y tabaco recuperado a la que se le agregan aditivos. Los aditivos son fundamentales en la elaboración de un cigarrillo y

tienen dos funciones manipular el contenido de nicotina (por ejemplo, agregando amoníaco, sustancia que aumenta la liberación de la nicotina) y suavizar la aspereza del tabaco (por ejemplo, agregando azúcar, chocolate, miel, regaliz, mentol, etc.).

La lista completa de aditivos no se encuentra disponible. Se estima que son más de 600. Al fumar un cigarrillo, se genera un proceso de combustión incompleta con temperaturas que llegan a los 1000 ° C, y que transforman los componentes originales de la planta.

Tabaco Expandido

Es el tabaco que contiene ingredientes estimulantes o energizantes y aquellos que incorporan supuestos efectos "saludables" como vitaminas, haciendo que los cigarrillos sean más atractivos para los nuevos fumadores. Hay directrices que recomiendan la prohibición o restricción del uso de ingredientes saborizantes, aromatizantes y colorantes, así como la prohibición de los aditivos.

Composición Bioquímica del Cigarrillo

En un artículo de la revista: "El Cirujano General de los Estados Unidos (2.010)" estima que el humo de tabaco contiene unos 7.000 componentes, de los cuales casi 70 son sustancias que producen cáncer, por ejemplo: el arsénico, el benceno, el berilio (es un metal tóxico), 1,3-butadieno (es un gas peligroso), el cadmio (es un metal tóxico), el cromo (es un elemento metálico), el óxido de etileno, el níquel (es un elemento metálico), el polonio-210 (es un elemento químico radiactivo) o cloruro de vinilo y otros que pueden ser tóxicos para el cuerpo humano. El humo visible representa sólo el 5-8% de lo que se produce al fumar un cigarrillo. El resto está compuesto de gases invisibles, entre los que se incluye el gas cianhídrico, es un gas venenoso que reduce la capacidad del organismo para transportar oxígeno y el monóxido de

carbono (CO) es otro gas muy tóxico que constituye del 3 al 6% del humo inhalado. El CO interfiere en el transporte del oxígeno. Al fumar, todos los órganos reciben menos oxígeno. El alquitrán es un residuo negro y pegajoso que contiene miles de sustancias químicas que se desprenden del humo del cigarrillo, sus restos quedan depositados en el pulmón obstruyendo los bronquios y afectando la respiración.

Los filtros, hechos de acetato de celulosa, retienen parte del alquitrán y del humo antes de que éstos lleguen a los pulmones del fumador. También enfrían el humo y lo hacen más fácilmente inhalable. Los filtros no son biodegradables, y son la principal causa de basura en el mundo. Un estudio realizado por la Universidad de San Luis, muestra que los filtros tienen altas concentraciones de cadmio, un metal muy tóxico para la salud.¹⁷

¹⁷ Programa nacional de control de tabaco de argentina: <http://www.msal.gov.ar/tabaco>, del ministerio de salud y desarrollo social de la Republica de argentina, <http://www.msal.gov.ar/>, buenos aires, 2.006

Marco Teórico

Consecuencias en la Salud del Consumo del Tabaco

Principales Características e Implicaciones del Tabaquismo

La dependencia a la nicotina involucra aspectos físicos, después de haber sido inhalada, en siete segundos atraviesa la superficie alveolar de los pulmones, entra en la corriente sanguínea y alcanza el cerebro, en este periodo de tiempo, el fumador siente los efectos placenteros como: el aumento de la capacidad mental, incremento en la concentración, estabilidad en el estado de ánimo y la reducción de ansiedad; la dependencia se genera cuando entra en contacto la nicotina con las neuronas, esta a su vez crea una memoria en las células del cerebro, lo que genera modificaciones neuronales para la próxima excitación. Está comprobado que fisiológicamente, la nicotina produce efectos tolerantes, es decir, después de varias horas de la administración, ocurre un decremento del efecto (Carmo, Pueyo y López, 2.005)

Existen tres tipos de tolerancia que son: la metabólica, la farmacodinámica y la psicológica. El consumo de tabaco induce la formación de enzimas en el hígado, incrementando la tolerancia metabólica de la nicotina y el alquitrán, la tolerancia farmacodinámica hace referencia a la concentración de una determinada droga en el cuerpo regulada por el efecto de la nicotina sobre los receptores colinérgicos, y finalmente la tolerancia psicológica, es una respuesta adaptativa y una conducta compensatoria que reduce estados de ánimo alterados. Por esta razón, la estimulación (aumento de energía), la manipulación sensomotora, la relajación, el hábito en sí de fumar (por automatismo) y la adicción, estas son las principales razones que normalmente reportan los fumadores para seguir en el hábito. Estos motivos indican, que los efectos subjetivos y conductuales de la nicotina, están asociados con las acciones neuroreguladoras de estas sustancias con los neurotransmisores (Carmo, Pueyo y López, 2.005)

Consecuencias Biológicas o Físicas por el Consumo de Tabaco

Si se tiene en cuenta que el humo del tabaco contiene más de **7000** sustancias químicas, de los cuales al menos **250** han sido identificadas como perjudiciales para la salud y al menos **69** son carcinogénicas. Así lo afirmó la Sociedad Americana del cáncer (2015) (American Cancer Society y la World Lung Foundation), por lo tanto, **todas** las formas de tabaco son adictivas y perjudiciales para la salud.¹⁸

Fumar durante el embarazo tiene posibles consecuencias como desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, ruptura prematura de las membranas, nacimiento prematuro, aborto espontáneo/aborto natural.

En el fumador puede generar dolor de garganta, disminución del sentido del gusto y mal aliento, rinosinusitis crónica, alteración del sentido del olfato, enfermedad periodontal (Enfermedad de las encías, gingivitis, periodontitis). Dientes sueltos, pérdida de dientes, caries, placa dental, aneurisma aórtico abdominal, úlcera péptica (esófago, estómago), alteraciones fertilidad masculina, impotencia, cáncer de próstata, enfermedad vascular periférica, trombosis, envejecimiento prematuro de la piel, accidente cerebrovascular, adicción, infarto agudo de miocardio, aterosclerosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquitis crónica, infección respiratoria, exacerbación de asma, resequedad, decoloración y manchado de la piel, cáncer de labios, boca, garganta, laringe y faringe, cáncer de las cavidades nasales y senos paranasales, cáncer tráquea, esófago, pulmón y bronquios, cáncer de mama, cáncer gástrico, del colon y del páncreas, cáncer de vejiga y riñón, cáncer de cuello uterino y de ovario.

El cáncer es una enfermedad producida por la proliferación celular incontrolada, y sucede como resultado de un daño en el DNA. Aunque pueden definirse tantos tipos de cánceres como

¹⁸ Departamento, de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, (2010)

enfermos, cada uno con sus alteraciones moleculares y celulares específicos. Existen más de 200 tipos diferentes de cáncer, siendo los más comunes los siguientes: cáncer de la piel, de pulmón, de mama, de lengua, de paladar blando, de garganta de esófago, de vejiga de colon rectal, entre otros.¹⁹

Consecuencias Psicológicas por Consumo de Tabaco

El Tabaquismo y la Depresión

El tabaquismo se convierte un “desahogo o válvula de escape” para las tensiones emocionales del fumador porque paradójicamente se sabe que: la nicotina tiene una clara función antidepresiva (Salín-Pascual et al., 1996), En un gran número de estudios que se han realizado en los últimos años se ha evidenciado una importante relación entre fumar y depresión (ej., Luger, Suls y Vander Weg, 2014), así como el hecho de que en los programas clínicos de un 30 a un 60% de las personas que acuden a dejar de fumar han tenido una historia previa de depresión mayor (Wilhelm, Wedgwood, Niven y Hay-Lambkin, 2006) por lo tanto, el problema radica, cuando el consumidor de tabaco al sentir que el efecto antidepresivo es temporal siente la necesidad de repetir la dosis (otro cigarrillo), en cada momento de tensión, lo que genera el “enganche” o la dependencia, por tal razón, el tabaquismo está considerado como una drogodependencia y desde luego la sustancia responsable de la dependencia física y psíquica es la nicotina, y se presenta cuando la dosis diaria del fumador supera los 10 cigarrillos.²⁰

Los dos primeros estudios basados en la población fueron los de Glassman et al. (1990) y Breslau et al. (1990), encontrando que el porcentaje de depresión era mayor en las personas que

¹⁹ Karim ZA, Alshbool FZ, Vemanna HP, Adhami N, Dhall S, Espinosa EV, Martins- Green M, (2015), Third Hand Smoke: Impact on Hemostasis and Thrombogenesis. J Cardiovasc Pharmacol, 7 de Abril 2015

²⁰ Breslau N, Kilbery MM, Andreski P. (1991), Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. Arch Gen Psychiat 1991; 48:1069-74.

fumaban respecto a las que no fumaban, encontrando que un 6,6% para los que fumaban respecto al 2,9% para los que no fumaban y, en el estudio de Breslau et al. se encontró un 19,2% de depresión para la dependencia media, 39,0% ²¹

El Trastorno Mental y el Tabaco

Evocando la naturaleza biopsicosocial de las personas donde la salud mental va muy ligada a la salud física y viceversa, es por ello por lo que el tabaco también acarrea importantes consecuencias mentales y emocionales, esto se ve reflejado cuando a diferentes estudiosos del tema de tabaquismo les despierta gran interés en los pacientes psiquiátricos fumadores (Hughes et al., 1986; Tiffany, Conklin, Shiffman y Clayton, 2004; Ranney et al., 2006). Quienes han afirmado que las personas que padecen de un trastorno mental tienen una mayor probabilidad de ser fumadores, por lo cual hacen la recomendación de evitar el consumo de cigarrillo.

También es de tener en cuenta la gran cantidad de investigaciones concluyen que, las personas con esquizofrenia presentan una prevalencia y mayores dificultades que la población general para abandonar el tabaquismo (Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd & Goodwin, 1990; Mueser, Bennett & Kushner, 1995; McChargue, Gulliver & Hitsman, 2002)

El Tabaco y el Estrés

En una persona que tenga problemas de pulmón o de infertilidad por causa del tabaco, y que a la vez tenga un hecho traumático, como una rotura amorosa o el fallecimiento de un ser querido lo más seguro es que experimente cambios en su estado de ánimo debido al alto nivel de estrés que ello genera, un estado emocional que induce a un mayor consumo de tabaco; o incluso a volver a fumar en aquellos que los han dejado.

²¹ Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, Johnson J. (1990) Smoking, smoking cessation, and major depression. JAMA 1990; 264: 1546-9.

Teniendo en cuenta todos los efectos adversos que provoca el tabaco, los efectos físicos nocivos del tabaco afectan a las emociones y viceversa. Hughes (2008) ha sugerido que puede haber un elemento común que predispone a ciertos individuos tanto para la depresión como para fumar, entre los que apunta la baja autoestima, baja habilidad asertiva o alguna causa genética.

El Tabaco, la Adolescencia y la Ansiedad

Hughes et al. (1986) fueron unos de los primeros autores en encontrar relación entre ansiedad y fumar. En su estudio realizado con pacientes psiquiátricos, se encontró que en la mayoría de los trastornos las personas que los padecían fumaban significativamente más que en la población general ²²

Aunque algunos fumadores deciden fumar deliberadamente, en la mayoría de los casos es por la presión social a la que se ven enfrentados, sobre todo en la adolescencia, es la que impulsa a cometer esta conducta. Por ello, determinados fumadores sienten decepción al reconocer que hubiesen preferido enfrentarse, confrontar o repeler a dicha presión pero que no lo hicieron en ese momento. También es muy relevante la relación entre la decepción y los fracasos en el proceso de dejar de fumar.

En un estudio de jóvenes de Nueva York, donde se evaluó la prevalencia de consumo de tabaco y de los diferentes trastornos mentales a los 16 años y, posteriormente, a los 22 años. Se encontró la relación entre fumar 20 o más cigarrillos/día durante la adolescencia y padecer distintos trastornos de ansiedad en la adultez temprana como agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico. Sin embargo, no encontraron relación con el trastorno de ansiedad social, (Johnson et al.; 2000) ²³

²² Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JIE, Dahlgren LA. (1986) Prevalence of smoking among psychiatry outpatients. Am J Psychiat 1986;143: 993-7.

²³ Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen, S, Brook JS. (2000) Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. JAMA 2000; 284: 2348-51

Cada día, las campañas de concientización en contra del tabaco son más impactantes. Además, afortunadamente, ha cambiado mucho la situación: antes, era frecuente ir a un bar y que estuviese lleno de humo, sin embargo, ahora, está prohibido fumar en el interior de todos los locales de hostelería. Actualmente, es habitual que la persona que quiera fumar deba salir del lugar en el que está: del restaurante, del puesto de trabajo, de la casa de los amigos... sin importar las condiciones climatológicas que haya fuera. Si bien es cierto que algunas personas consideran este momento “agradable”, es decir, dejar el sitio en el que estén en ese momento para salir a fumar un cigarro, otros fumadores expresan experimentar un sentimiento de aislamiento

El hecho de que los fumadores “se calmen” ante situaciones estresantes consumiendo un cigarrillo, no es resultado de una relación directa entre «fumar y mejora del estado anímico», sino que se debe a que lo que realmente «se calma» son los efectos del síndrome de abstinencia que provoca la adicción, (Álvarez, 2021)

El Tabaquismo y el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad

El trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) tiene una gran relevancia en la infancia y adolescencia. Distintos estudios han encontrado que existe relación entre que la madre fume durante el embarazo y el surgimiento posterior del TDAH en sus hijos. Por ejemplo, en el estudio de Milberger et al.(1998), encuentran una ratio de 4,4, lo que indica una fuerte asociación entre ambas variables, aunque no se conoce la causa de ello. Otros estudios, como el de Wilens et al.(2000), pusieron en evidencia que las personas con el trastorno de TDAH desarrollan significativamente más trastornos bipolares, y quienes los presentan fuman significativamente más. Por consiguiente, tener el TDAH es un factor de riesgo para otros trastornos y para ser dependiente de la nicotina.

El Tabaco y otros Trastornos Adictivos

Fumar está asociado con otros trastornos adictivos, como el consumo de alcohol, cocaína, cannabis, juego patológico, etc. En relación con el alcohol, (Hitsman et al. 2002), partiendo del hecho de que el 85% de los alcohólicos que acuden a tratamiento fuman, consideran primordial desarrollar estrategias para ayudar también a estas personas a dejar de fumar.

Respecto al juego patológico y al juego problema, cabe destacar que, en los últimos años, en España y en los países más desarrollados, ha alcanzado cifras importantes tanto en población general de adultos como de niños. Puesto que se trata de una conducta adictiva, es habitual encontrar relaciones significativas y consistentes con el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. (Becoña E.,1996).

Falsas Creencias Sobre el Consumo de Tabaco

Las principales creencias recopiladas argumentadas por los fumadores que se abordaron en el programa fueron: Déjenme hacerlo que la gente es libre de decidir si uno fuma o no, todo el mundo sabe lo malo que es fumar, unos pocos cigarrillos al día no hacen daño, los cigarrillos 'light' son menos dañinos, si quieres es fácil dejarlo, los medicamentos específicos no funcionan, un fumador siempre será un fumador, los fumadores sólo pierden un par de años de vida, el tabaco ambiental no mata, el tabaco es bueno para la economía, el problema del tabaco ya está solucionado, la industria ya no se dirige a los jóvenes, hace más daño la contaminación que fumar, de algo hay que morir, mi abuelo vivió 80 años y fumó siempre como una chimenea y para conseguir relajarme tengo que fumar.

Factores de Riesgo del Consumo de Tabaco.

Los más importantes factores de riesgo por el consumo de tabaco con sus respectivos autores son:

El inicio precoz en el consumo de tabaco y otras drogas pone en riesgo la salud física y bienestar psicológico de los adolescentes. (Masferrer, Font y Grass, 2012)

El uso continuado de sustancias psicoactivas afecta negativamente a diferentes áreas de su desarrollo Bio psico social. (Cummins, 2012)

Factores sociales como la situación familiar, la disponibilidad del tabaco, la situación económica y la asociación con amigos o compañeros, la búsqueda de sensaciones, el bienestar subjetivo, la permisividad y la orientación escolar. (Evers, Paiva, Johnson, 2012).

El periodo de la adolescencia es un ciclo vital particularmente crítico y de riesgo para el tabaquismo. Durante el cual, la curiosidad y la fascinación por experimentar nuevas emociones puede inducir a los adolescentes a iniciarse en el consumo del tabaco. (Moral, Rodríguez, Sirvent y Ruiz 2006; Guitart, Bartroli, Villarbí, Castellano 2012).

Entre los factores individuales, los rasgos de la personalidad han demostrado una relación consistente con las conductas de consumo de cigarrillo. (Kosstlecki, 2005).

Existe evidencia empírica de la influencia que hacen los amigos ya que juega un papel importante en la iniciación y mantenimiento del uso de sustancias adictivas, siendo además el principal factor de riesgo para el tabaquismo entre los adolescentes. (Cebrian, 2007; Calleja y Aguilar 2008)

Factores Protectores del Consumo de Tabaco.

(Tomado y modificado de Martínez y Robles, 2001). Los factores de protección ante el uso de tabaco son ²⁴ apego en la familia, normas claras en la familia y rituales en la familia, miedo a las drogas, contacto entre padres y profesores, directividad por parte de los padres, apoyo social, realizar actividades con otros sujetos sintiéndose bien, asistencia a actividades religiosas, alta autoestima, valorar la salud, capacidad para trabajar en grupo, alto rendimiento escolar, valor de autosuperación, cumplimiento de las normas como ciudadanos, autosatisfacción, visión positiva del futuro, cumplimiento de compromisos, normas claras en la escuela, recibir buena formación en la escuela, búsqueda de consejo en la familia y conocimiento de leyes/normas sobre drogas.

Teniendo como referencia el trabajo de revisión llevado a cabo por Robles y Martínez (1998), se podría concluir que entre los factores de protección que mayor evidencia han mostrado destacarían aquellos referidos a: el apego familiar, normas de conducta claras en la familia y la escuela, relaciones familiares satisfactorias a favor de la estabilidad y la cohesión, implicación en actividades religiosas y asistencia a las actividades de la parroquia, valores positivos respecto al cuerpo y la vida y autoaceptación, entre otros. Por su parte, y en un trabajo posterior, estos mismos autores añaden el miedo a las drogas como variable a considerar en futuros estudios ante los resultados que ellos encuentran (Martínez y Robles, 2001).

Estadísticas Relevantes Frente al Consumo de Tabaco

Se encuentran información relevante a nivel de estadísticas brindadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, brindando información socioeconómica

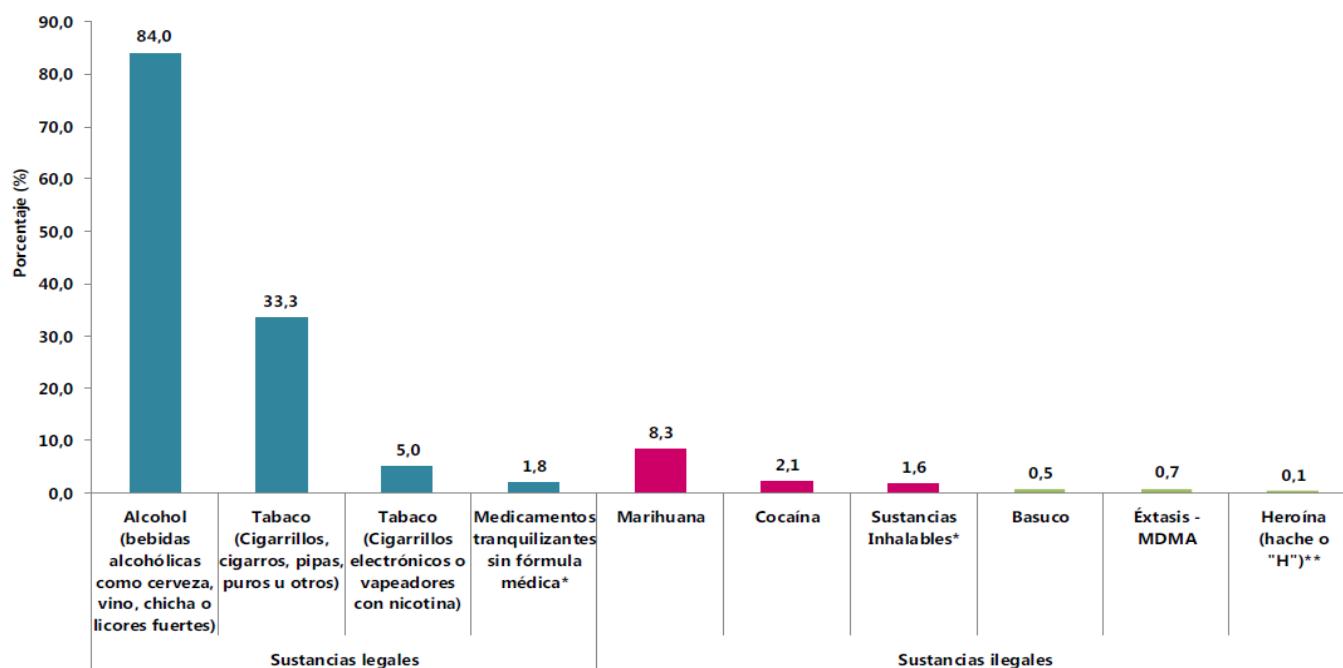
²⁴ Robles, L. y Martínez, J.M., (1998), Factores de protección en la prevención de las drogodependencias, Instituto para el desarrollo de Antioquia (IDEA), Revista Prevención. Julio-diciembre, vol. 17, pp. 58-70, Medellín, Colombia.

con respecto al tabaquismo, permitiendo una visión histórica y social del consumo de tabaco, indispensable para ubicar la investigación en curso.

En las estadísticas del Dane se evidencia la incidencia del consumo de tabaco, lo cual lo convierte en un problema de salud pública, al permear todas las condiciones de sexo, edad y condición de los colombianos

Figura 2.

Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas



Nota (*): medicamentos tranquilizantes incluye Rivotril, Rohypnol, Roches, ruedas, Xanax, Valium, Diazepam, Ativan Lorazepam, Alprazolam, Coquan, Clonazepam, Zolpidem y sustancias inhalables incluye pegantes, sacol, pinturas, thinner, dick, (ladys, fragancia), POPPER.

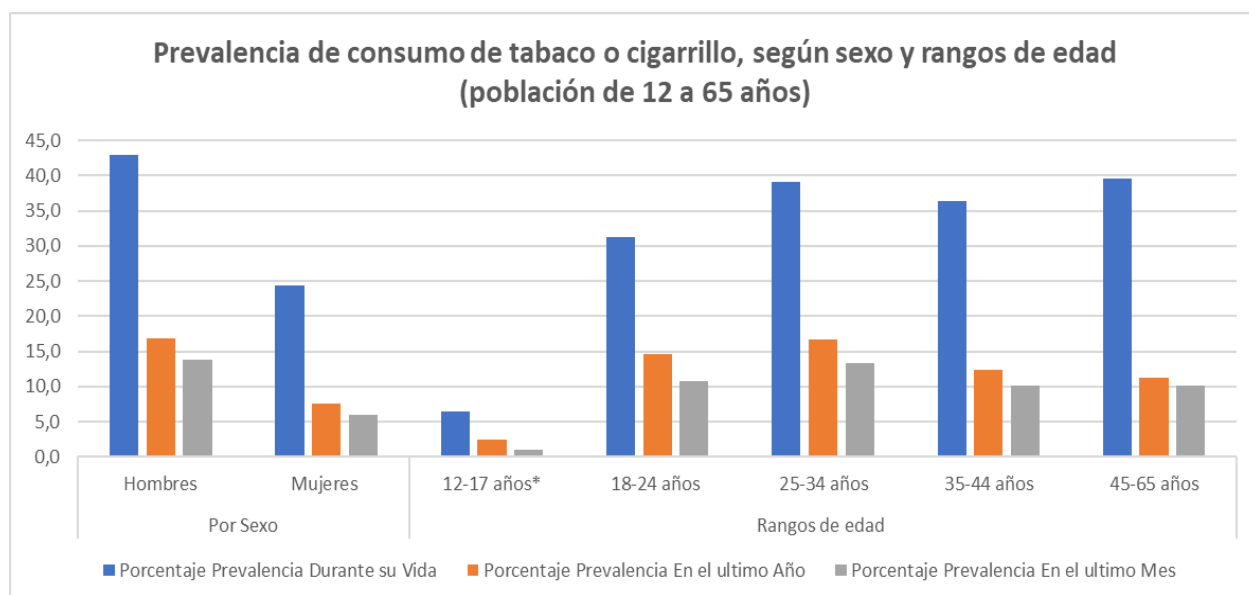
**Contiene datos con baja precisión para Heroína (hache o "H"), debido a que las prevalencias son muy bajas y los CVE superan el 15%.

Fuente: DANE, Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (población de 12 a 65 años) – 2019

Dentro del consumo de sustancias psicoactivas el tabaco ocupa el segundo lugar a nivel de Colombia en edades comprendidas entre los 12 a 65 años evidenciando el impacto del consumo del tabaco con sus implicaciones en la salud física y mental de la población colombiana.

Figura 3

Prevalencia de consumo de tabaco según sexo y edad



Fuente: DANE, Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (2.019) – población de 12 a 65 años.

En las figuras 3 y 4 de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional se evidencia mayor consumo en los hombres y en la edad de 25 años en adelante.

Tabla 1

Población con consumo de tabaco

Consumo de Tabaco (cigarrillos, cigarros, pipas, puros u otros)		Porcentaje		
		Prevalencia		
		Durante su Vida	En el último Año	En el último Mes
Por Sexo	Hombres	43,0	16,9	13,8
	Mujeres	24,3	7,6	6,0
Rangos de edad	12-17 años*	6,5	2,4	1,0*
	18-24 años	31,2	14,6	10,8
	25-34 años	39,1	16,7	13,3
	35-44 años	36,4	12,4	10,1
	45-65 años	39,6	11,3	10,1

Fuente: DANE, Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (2019).²⁵

²⁵ Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA), Periodo 2019.

El Modelo Cognitivo Conductual

El modelo Cognitivo Conductual ha evolucionado a lo largo del tiempo y a través de distintas generaciones, hasta llegar a ser hoy, una de las estrategias de intervención más utilizadas teniendo en cuenta los resultados obtenidos, mediante herramientas metodológicas, teóricas, técnicas e instrumentales todas en aplicaciones académicas y clínicas, con los avances de la tecnología en los últimos años se observa como el modelo Cognitivo conductual va muy de la mano con las variables de naturaleza biológica que exigen conocer con mayor precisión, ya que el mismo cerebro impone condiciones en el trabajo terapéutico, pero también exige que, se le eduque o reeduce (cognición) de algún modo, si bien es cierto que cada vez más se conoce cómo funciona el cerebro, hoy no es suficiente, con citar que cumple con algunas funciones, sino que también es necesario su análisis especializado para comprender cómo influye en el comportamiento (conducta) de una persona en particular.

El desarrollo del Modelo cognitivo conductual inicia en una primera generación con el desarrollo del conductismo o de la terapia de conducta que surge en la década del 50 con la aplicación de las teorías del aprendizaje en el campo de la clínica. Inicialmente se desarrollan dos paradigmas básicos, como el condicionamiento clásico y operante (Klein, 1994). Se trata de paradigmas de carácter asociacionista, que generan diversas técnicas de intervención de base empírica, tales como la relajación, desensibilización sistemática, exposición y prevención de respuesta, inundación, modelado, reforzamiento diferencial, manejo de contingencias, autostop de pensamientos, de biofeedback, entre otras (Klein, 1994; Ruiz, Díaz y Villalobos, 2015). Resultó muy eficaz en el tratamiento de miedos, fobias, espectro de trastornos de ansiedad, y problemas que requieren del modelamiento conductual (aprendizaje de hábitos en diversas formas de discapacidades, entre otras). Por esos momentos, la depresión no era un trastorno

importante, por lo tanto, no estaba en la mira de los desarrollos terapéuticos. Sin duda, la terapia de conducta supuso una revolución en el campo de la psicoterapia de los miedos y las neurosis, con alcances institucionales en pacientes psiquiátricos crónicos o con discapacidades diversas (Ferster & Perrot, 1974; Ruiz et al., 2015). Se destacan los aportes de Pavlov y sus seguidores como Platonov, en el estudio del lenguaje como estímulos condicionados de respuestas somáticas, con propuestas terapéuticas como la analgesia verbal, relajación condicionada, y desensibilización del dolor, como de los efectos terapéuticos iatrogénicos (Platonov, 1958).

Posteriormente con la participación de una segunda generación en la década de los 70 emergen modelos basados en principios del aprendizaje vicario y social, como en modos de procesamiento de la información mental (Klein, 1994; Ruiz et al., 2015). Esta generación considera que tanto las creencias irracionales, esquemas depresógenos o depresores, locus de control, expectativas y atribuciones erróneas, imágenes ansiógenas, como los errores lógicos del pensamiento; constituyen las causas de los problemas emocionales y conductuales. Fue el origen de la terapia Cognitivo-Conductual; que intenta fundamentalmente, modificar o flexibilizar los errores del procesamiento cognitivo, sin dejar de lado el abordaje comportamental, ya que son los cambios de conducta los que en definitiva retroalimentan el procesamiento erróneo de la información. En ese entonces, adquiere gran auge la técnica racional emotiva de Ellis, de reestructuración cognitiva y el modelo de tratamiento de la depresión de Beck, de esquemas de Young, de solución de problemas de Nezu, de modificación de esquemas de Freeman, de conducta asertiva de Marsall, además de los componentes cognitivos de las disfunciones psicosexuales, entre otras. Una vez más, estas terapias ganan prestigio al evaluar sus resultados como exigía la base empírica de origen; (Ruiz et al., 2015).

Posteriormente a fines de la década del 90, inicia una tercera generación de la terapia conductual, que le da importancia a la funcionalidad de la conducta (especialmente verbal), al contexto y a las contingencias; así como a los procesos de construcción de significados vitales: como la regulación emocional y la de plenitud de conciencia (Ruiz et al., 2015). Ahora la enfermedad neurótica, es disfuncional y fuente de malestar, pero se observa que los pacientes por un lado quieren cambiar, pero al mismo tiempo, NO quieren cambiar. Es cuando se le da importancia a la función que cumplen los pensamientos, más que sus contenidos, llevando al paciente a una posición de mayor responsabilidad en cuanto a la superación de su enfermedad. Es el momento de sumar la habilidad de recontextualizar los pensamientos, recuerdos y sensaciones que al analizar los intentos de control, constituyen la principal fuente de malestar y ansiedad, los cuales influyen en la conducta, (evitación experiencial); se destacan nuevos enfoques como la terapia de aceptación y compromiso de Hayes y Wilson; la terapia de conducta dialéctica de Linehan; de mindfulness de Jon Kabat-Zinn, y la terapia funcional-analítica de Kohlenberg.

Más recientemente llegaron las primeras integraciones del modelo cognitivo conductual con las neurociencias, que refieren a los déficits neurocognitivos los cuales no son contemplados por la psicoterapia en general. En tal sentido, algunos enfoques asociacionistas como constructivistas comienzan a poner en consideración tanto las vulnerabilidades biológicas y mecanismos neurobiológicos; como los fenómenos epigenéticos (de origen genético). Una de las actualizaciones más conocidas son las publicadas por Beck, al revisar su clásico modelo cognitivo de la depresión; y ampliarlo con el estudio de las bases neurales de la enfermedad, en tal sentido, los autores observan que los sesgos cognitivos negativos de la depresión se ven facilitados por una influencia deficiente del procesamiento subcortical de la emoción, observado

en el núcleo amigdalino y su proyección a regiones tempo-mediales y corticales. (Disner, Beevers, Haigh y Beck, 2011).

Existen muchos otros terapeutas e investigadores que se han encargado de perfeccionar el modelo cognitivo conductual y así transformarlo en uno de los principales enfoques de la psicología aplicado alrededor del mundo. (Méndez, 1998; Olivares y Moreno, 2018)

El tabaquismo, en el caso de los jóvenes y adolescentes. Aunque son pocos los adolescentes que quieren dejar de fumar (Becoña, 2006) ²⁶, aquellos que han acudido a tratamiento, han conseguido dejar de fumar sólo con tratamientos cognitivo-conductuales (Sussman, Sun y Dent, 2006).

Investigaciones Recientes de Intervención desde el Modelo Cognitivo Conductual.

Las investigaciones más importantes que recientemente se están realizando dentro del modelo cognitivo conductual son los aportes de las neurociencias, las cuales contribuyen enormemente con el abordaje de un espectro más amplio de problemas, derivados de la interacción cerebro-conducta-medio-aprendizaje denominada perspectiva ideográfica y sistémica (Mias, 2018). ²⁷

Las recientes investigaciones que incluyen a las neurociencias se refieren a lo que se denomina como la “Terapia Neuroconductual”; basada en el empleo de técnicas y procedimientos de ejercitación y estimulación de las regiones prefrontales, con el objetivo de ordenar conductualmente al paciente en la construcción de su progreso incluyendo un procesamiento neurocognitivo

²⁶ Becoña E, Míguez MC., (2001), Juego problema y juego de riesgo en adolescentes: su relación con el consumo de tabaco y alcohol. *Adicciones* 2001; 13: 279-88.

²⁷ Mias, Carlos Daniel, (2018), Bases teóricas y fundamentos clínicos para una cuarta generación en Terapia Cognitivo Conductual. Integración y aportes de las Neurociencias.

Otras investigaciones recientes podrían ser aplicables en procedimientos dentro del terreno de lo que se llama como la “psicología de la calidad de vida”, entendiendo que, no todo problema implica patología, sino más bien la búsqueda de un bienestar. En tal sentido, uno de los grandes conceptos llama la atención en los últimos años, provienen de Martin Seligman cuyo objeto de estudio está, no el hombre enfermo, sino el hombre que vive bien o genera emociones positivas, o bien que es capaz de un desarrollo humano óptimo (Seligman, 2000; 2006)

Otro de los conceptos que ha impactado recientemente es el de “Transdiagnóstico” de Barlow et al. (2011), ya que formaliza una experiencia frecuente en la observación terapéutica: que distintos diagnósticos pueden beneficiarse de intervenciones terapéuticas comunes, dada la alta correlación que subyace a los mismos, y la necesaria revisión de criterios clínicos categoriales con alto grado de solapamiento (desde la perspectiva dimensional).

Estos avances investigativos se pueden ver en los procesos de formación académica de los postgrados, como el que se desarrolla en la Universidad Nacional de Córdoba, donde ya están impartiendo un programa de formación en “Terapia Cognitivo Conductual integrada con Neurociencias”, con casuística clínica abordada con la Terapia Neuroconductual.

Por lo anterior se puede decir que ya están planteados algunos fundamentos para lo que se puede denominar una cuarta generación de Terapia Cognitiva Conductual - TCC considerada como una “psicoterapia multimodal”, que implica considerar todo lo necesario en un paradigma “centrado en el paciente” más que “centrado en el tratamiento”

La buena noticia es el entusiasmo de instituciones y profesionales en el estudio y aplicación de la TCC integrada con las neurociencias, demostrado en el hecho que haya cada vez más universidades con estudios de postgrados que comienzan con su inclusión.

Promoción y Prevención desde la Psicología de la Salud

Muchos autores han mostrado el desarrollo de la psicología de la salud, tal como (Marks, 2002; Marks, Murray, Evans y Willig, 2000; Rodin & Salovey, 1989; y Marks y Yardley, 2004), ha influido muchísimo la creciente evidencia investigativa de que gran parte de los actuales índices de mortalidad y enfermedad están relacionados con los estilos de vida de los seres humanos y condiciones psicosocial es en general, como se puede observar en la forma como actuales características de la vida cotidiana, tales como el aumento de situaciones estresantes y de factores de riesgo, la orientación del desarrollo psicoafectivo, el aumento de la pobreza y la violencia cotidiana, el abuso del alcohol y de sustancias psicoactivas están repercutiendo directamente sobre la salud y el desarrollo de la enfermedad. En este sentido, Matarazzo define la psicología de la salud (2002), de la siguiente forma:

Psicología de la salud es el agregado específico de las contribuciones profesionales, científicas y educacionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y de diagnósticos referentes a la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas a ellas, y al análisis y mejoría del sistema de salud y de la formación de políticas en salud. (p. 22 - 23).

Una efectiva educación para la salud no puede lograrse exclusivamente a partir de la transmisión de información, obviando, en consecuencia, el papel de los aspectos psicológicos inherentes a la comunicación y a la asimilación de mensajes de salud y los que se refieren a la formación de nuevas conductas y estilos de vida (Álvarez, 2006; Grau & Guibert, 1997).

Por ello resulta necesario involucrar procesos que propicien la autorregulación y favorezcan el proceso de adopción de precauciones (Flórez, Álvarez & Vázquez, 2010; Guibert & Grau, 1997). Por eso, se insiste en que es necesario buscar nuevas y más efectivas formas de

transmitir mensajes de salud, esto es, mensajes que desarrollen motivaciones y actitudes de autocuidado y que se concreten en conductas protectoras efectivas (Flórez, Álvarez & Vázquez, 2010; Grau & Guibert, 1997).

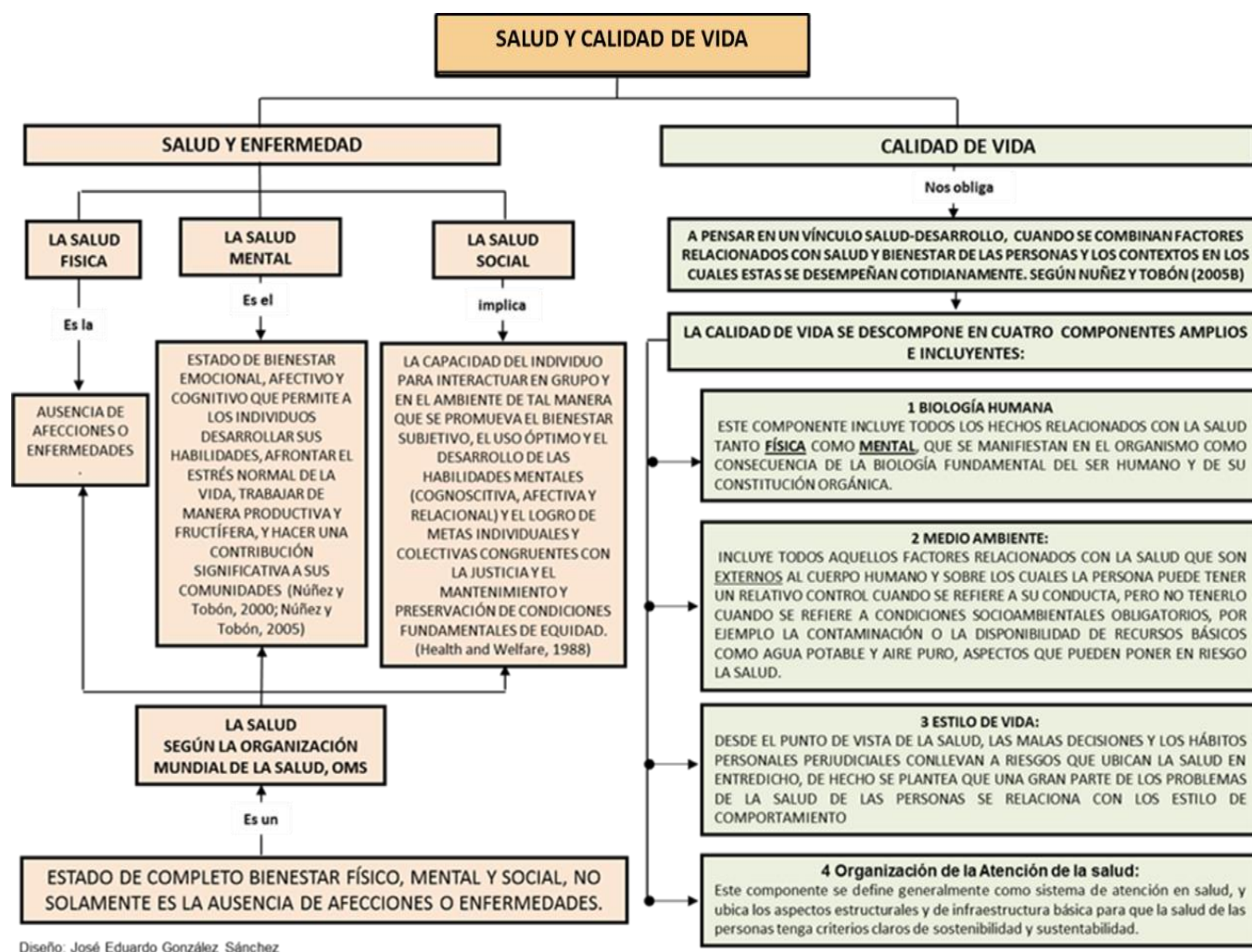
Al respecto, se coincide con Beltrán (2003) cuando señala que lograr una percepción de riesgo del hábito de fumar desde la Psicología de la Salud implica un conjunto de principios básicos para lograr un resultado positivo orientado a la percepción del riesgo, haciendo consciencia de la salud como un proceso continuo, teniendo en cuenta que los efectos directos resultado del hábito de fumar no se observan de manera real, inmediata y directa.

Educar a las personas es mucho más que transmitir conocimientos, significa más bien estimular el desarrollo de concepciones personales sobre la vida, es influir en la regulación de su comportamiento actual, así como en sus proyecciones y metas futuras.

Como los efectos del tabaco tienen su consecuencia a largo plazo, implican que el individuo asuma una perspectiva de vida actual y futurista que le den una visión optimista, pero, si se tiene en cuenta que las personas privadas de la libertad, precisamente tienen alterada la vida del hoy y por ende de su futuro que se torna incierto, más aún, si se trata de una persona que se encuentre sindicada, es decir, sin una condena, que le diga cuanto tiempo va a estar en esa condición, por lo tanto el trabajo de intervención se convierte en un reto, en un verdadero desafío, en el que se juega un importante papel el profesional, para sacar lo mejor no solo de la formación en psicología, sino como persona, para crear en los fumadores, toda una cultura basada en la autoconciencia, la autovaloración y la autorregulación, como pilares para un resultado positivo para la vida. En el siguiente esquema se evidencia un abordaje salutogénico del ser humano, base para la Psicoeducación que se lleva a cabo desde el modelo cognitivo conductual, prevaleciendo las condiciones de salud y calidad de vida.

Figura 4

Mapa Conceptual sobre la salud y calidad de vida ²⁸



Nota: Descripción modelo calidad de vida. Fuente: Mebarak, M. et al. (2009).

El mapa mental de Mebarak, M. et al. (2009) permite conceptualizar la calidad de vida a partir de la salud física, mental y social, así como entender desde el modelo biopsicosocial el abordaje de la salud y enfermedad.

²⁸ Mebarak, Moisés; Castro, Alberto De; Salamanca, María del Pilar; Quintero, María Fernanda; (2009); Salud Mental: Un Abordaje Desde la Perspectiva Actual de la Psicología de la Salud, Psicología desde el Caribe, núm. 23, enero-julio, 2009, pp. 83-112, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

Para ejemplificar mejor la aplicación del modelo Cognitivo Conductual en la reducción del consumo del trabajo se encuentra una intervención basada en evidencia hecha a una mujer de 53 años diagnosticada de esquizofrenia para prevenir el consumo de tabaco en el año 2016 en la Universidad Miguel Hernández de Alicante. Martínez, N. (2016) plantea que al inicio del estudio la mujer consumía 30 unidades diarias, al realizar la evaluación se evidencia que es una fumadora dependiente con nula motivación para dejar de fumar, con síntomas como irritabilidad, ansiedad, dificultad para mantener la concentración y un aumento considerable de apetito.

La propuesta de intervención para reducir el consumo de tabaco que presentó la autora del trabajo está basada en un tratamiento multicomponente, el Programa para Dejar de Fumar de Becoña (2007), de abordaje cognitivo-conductual, dado que autores como Kisely afirman que las intervenciones más eficaces para reducir el consumo en población clínica son semejantes a las utilizadas en población general (Kisely & Campbell, 2008).

Según la autora, fue necesario abordar el tema de la motivación desde el inicio del tratamiento, proporcionó técnicas para iniciar un proceso de deshabitación, también orientaciones en prevención de recaídas, analizó las posibles creencias erróneas sobre el tabaco que tenía el sujeto, incorporó motivaciones para el ejercicio físico y técnicas de respiración profunda, además de la acción de la intervención psicológica que se realizó en seis sesiones, se complementó con el farmacológico con vareniclina para afrontar los síntomas de abstinencia, al final de la intervención se redujo considerablemente el consumo de cigarrillos, esta investigación permite evidenciar los buenos resultados de la aplicación del modelo cognitivo conductual en adicción al tabaco.

Marco Legal

Ley 1335 del 21 de Julio de 2009 (Ley antitabaco)

Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana.²⁹

Objeto de la Ley (Art. 1)

El objetivo de la ley es garantizar el derecho a la salud de la población, en especial de los niños, niñas y adolescentes, protegiéndolos de los efectos del consumo de tabaco y sus derivados, así como de la exposición al humo de cigarrillo. La ley pretende proteger la salud de la población de los efectos nocivos del tabaco, proteger los derechos de los no fumadores a vivir y convivir en espacios 100% libres de humo de tabaco, establecer las bases para la protección contra el humo de tabaco, establecer las bases para el empaquetado y el etiquetado de los productos del tabaco, regular la promoción, la publicidad, el patrocinio, la distribución, la venta, el consumo y el uso de los productos del tabaco, contribuir con la disminución del consumo de tabaco en Colombia, mediante la creación de programas de salud y educación, Fomentar la promoción, la educación para la salud, así como la difusión del conocimiento de los riesgos atribuibles al consumo y a la exposición al humo de tabaco, contribuir con el abandono de la dependencia del tabaco.

²⁹ Congreso de la República. Ley 1335 de 2009. Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1335_2009.html

Convenio Marco para El Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT – OMS, 2010)

Durante la Conferencia de las Partes (COP4), realizada en el 2010, los funcionarios de salud pública de los países participantes aprobaron las directrices parciales sobre regulación de productos de tabaco específicamente de ingredientes que aumentan la atracción y estimulan el inicio en el tabaquismo por los jóvenes.

Ley 1801 de Julio de 2016, Nuevo Código de Policía

La cual comenzó a regir el 30 de enero de 2.017, después de 45 años sufre una modificación este código cuyo objeto es:

Las disposiciones previstas en este código son de carácter preventivo y buscan establecer las condiciones para la convivencia en el territorio nacional al propiciar el cumplimiento de los deberes y obligaciones de las personas naturales y jurídicas, así como determinar el ejercicio del poder, la función y la actividad de Policía (p.2)

Los numerales 7 y 8 del artículo 140, expresamente prohíbe Fumar en lugares prohibidos. Se puede observar en cada esquina de nuestras poblaciones, la publicidad evidente, la promoción, el patrocinio y la venta al menudeo, que se encuentran prohibidos por la Ley 1335, por el Convenio Marco de la OMS y por el código de Policía para el Control del tabaco sin embargo los encontramos sin control tanto en espacios abiertos, como en los cerrados de atención al público, es otra ley que se convierte en un “saludo a la bandera” ya que no hay quien exija ni haga cumplir ésta ley de la república.

Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social:

Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.³⁰

Resolución 202 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social:

Por la cual se modifica el artículo 10 de la Resolución 4505 de 2012 y se sustituye su anexo técnico con el propósito de ajustarlo a la captación y registro de información relacionada con las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.³¹

Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA, 2019).

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE realizó la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, en el marco del Convenio de asociación No. 251 de 2019 suscrito entre el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y el Fondo Rotatorio del DANE-FONDANE y el Ministerio de justicia y del Derecho, cuyo objeto es “adelantar acciones conjuntas para la realización de la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (2019).³²

El Ministerio de Justicia y del Derecho, a través del Observatorio de Drogas de Colombia (ODC), ha coordinado el desarrollo de los estudios nacionales sobre consumo de drogas, de

³⁰ (s.f.),

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

³¹ (s.f.), https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20202%20de%202021.pdf

³² Boletín Técnico Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA -2.019), del Departamento, Administrativo Nacional de Estadística – DANE.

forma periódica y en diferentes grupos poblacionales como son la población general, escolares y estudiantes universitarios. El contar con esta información de dichos estudios ha sido fundamental para conocer la situación del consumo de drogas, además constituye el fundamento para el diseño de acciones de política pública, planes, programas y proyectos, en el escenario nacional y departamental. De otra parte, ha permitido brindar información a los órganos de control, investigadores, ciudadanos, organizaciones de la sociedad civil, estudiantes, y cumplir con compromisos internacionales relacionados con el reporte periódico de información.

Resultados

Resultados de la Evaluación

A continuación, los resultados de la evaluación inicial realizada para establecer la línea base para el inicio del programa:

Tabla 2

Información Sociodemográfica y de Consumo

Participante	Edad	Edad inicio consumo	Intentos por dejar de fumar	Cigarrillos consumidos día
1	41	30	5	3
2	32	20	3	3
3	29	18	1	6
4	26	23	0	6
5	25	18	3	5

Nota: Descripción de las características de la muestra participante en el programa.

Fuente: Autor

La muestra estuvo conformada por 5 participantes con edades comprendidas entre 25 a 41 años, con edades de consumo entre 18 y 30 años, con hasta 5 intentos previos por dejar de fumar y con un consumo de 3 a 6 cigarrillos por día. Dentro de los motivos para fumar la mayoría (80%) manifestó que lo hacía por la percepción de tranquilidad y en segundo lugar, (40%) por problemas y estrés.

Resultados Test Fagerstrom

Tabla 3

Dependencia a la nicotina

Dependencia	Número de participantes	% de Participantes
Alto Grado	0	0%
Bajo Grado	5	100%
Total	5	100%

Nota: Nivel de dependencia de la nicotina. *Fuente:* Autor

De acuerdo con los resultados de la aplicación del test de Fagerstrom el nivel de dependencia de los participantes es bajo. Se destacaron resultados como que el 40% de los participantes fuman su primer cigarrillo hasta 5 minutos después de levantarse, 40% mas de 60 minutos después y el 20% de 31 a 60 minutos después de levantarse. Así mismo, el 20% expresó que el cigarrillo que mas le desagrada de dejar de fumar es el primero de la mañana y el resto de los participantes cualquier otro.

Resultados Test Glover-Nilsson

Tabla 4

Resultados por Tipo de Dependencia

Nivel	Psicológica	Social	Gestual
Leve	80	80	100
Moderado	20	20	0
Alto	0	0	0
Total	100	100	100

Nota: Nivel de dependencia por resultados Test. *Fuente:* Autor

De acuerdo con los resultados predomina un nivel de dependencia leve en los participantes, especialmente en la dependencia gestual. Solo un participante evidenció un nivel de dependencia moderado a nivel psicológico y social.

Se destacan algunas respuestas como ante la pregunta ¿Mi hábito de fumar es muy importante para mí? se evidenció que el 60% respondió la opción de Algo y 40% Nada, evidenciando bajo nivel de consciencia sobre la adicción al tabaco.

En la pregunta ¿Se angustia cuando se queda sin cigarrillos o no consiguen encontrar el paquete de cigarrillos? se encontró que el 20% respondió a menudo, el 40% raramente y el 40% nunca.

En la pregunta ¿Algunos lugares o circunstancias lo incitan a fumar: como su sillón favorito, sofá, habitación, en el patio, ¿o con bebidas como el café, té, alcohol, etc.? el 40% respondió que A Veces, el 40% Raramente y el 20% Nunca.

Las respuestas anteriormente descritas permiten evidenciar por qué el nivel de dependencia puntúa bajo en la mayoría de los participantes.

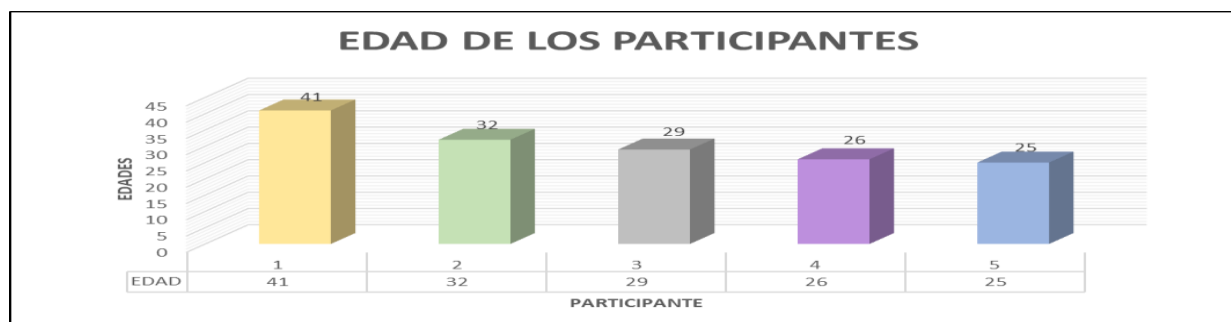
Análisis de Resultados Evaluación Inicial

Los resultados de los diferentes instrumentos psicométricos para la recolección de datos en el presente proyecto aplicado, se ha determinado que:

Las edades de los participantes oscilan entre los 25 años y los 41 años, destacándose que el menor de los participantes tiene 25 años.

Figura 5

Edad de los Participantes

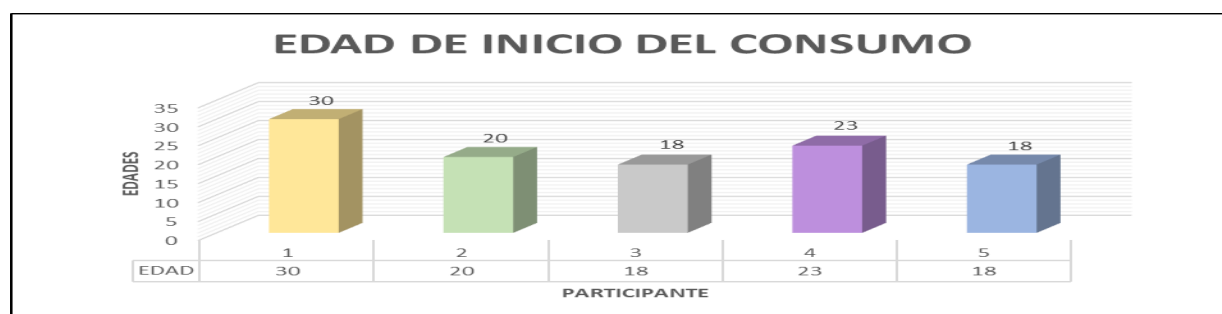


Fuente: Autor

Ninguno de los participantes manifestó que la edad de inicio del consumo cigarrillo fue menor de los 18 años, si bien es cierto que era imposible la participación de niños menores de edad, no se puede perder de vista que en la reciente Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA), realizada en Colombia (Departamento, Administrativo Nacional de Estadística – DANE, 2.019), hay una preocupante cifra de cerca del 13% de niños consumidores de cigarrillo en dicha encuesta nacional.

Figura 6

Edad de inicio del Consumo

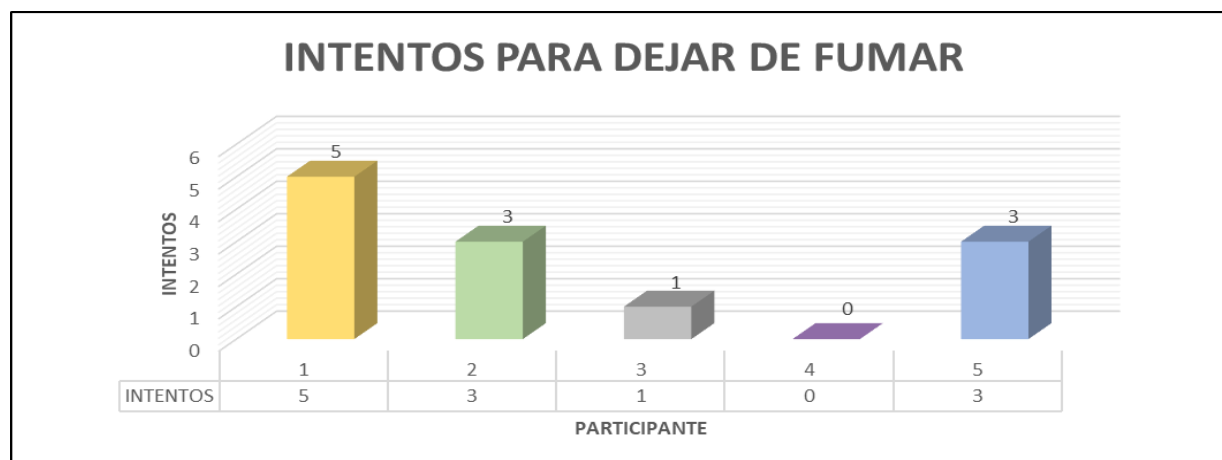


Fuente: Autor

El 60% de los participantes tuvo de 3 a 5 intentos para dejar de fumar, y el 40% tuvo uno o ningún intento para dejar de fumar, según lo indicado.

Figura 7

Número de intentos para dejar de fumar

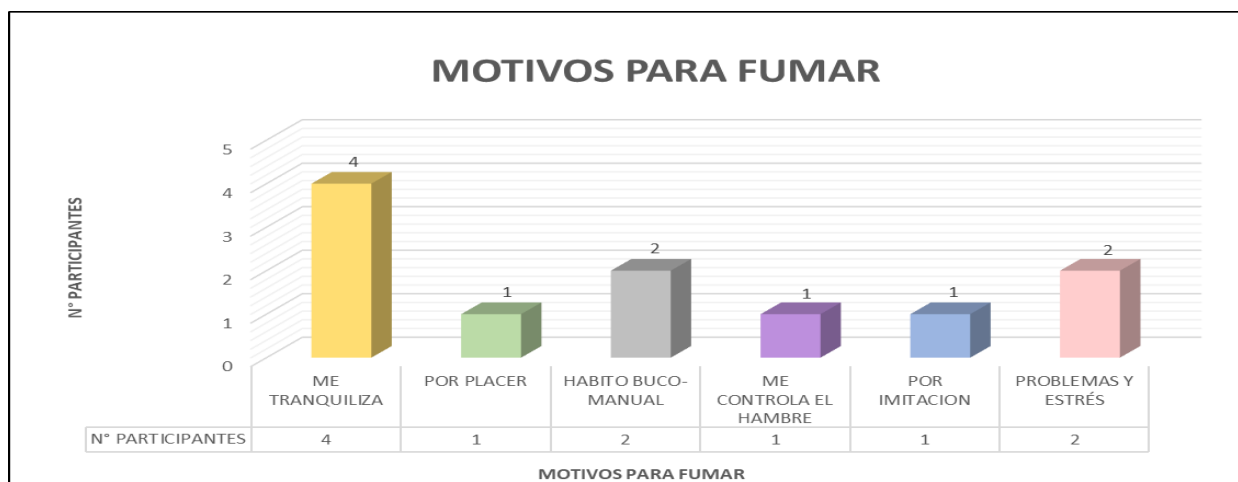


Fuente: Autor

El 60% de los participantes consume entre 5 y 6 cigarrillos al día, mientras que el 40% consume 3 o menos cigarrillos al día, según lo expresado por los participantes.

Figura 8

Motivos para fumar

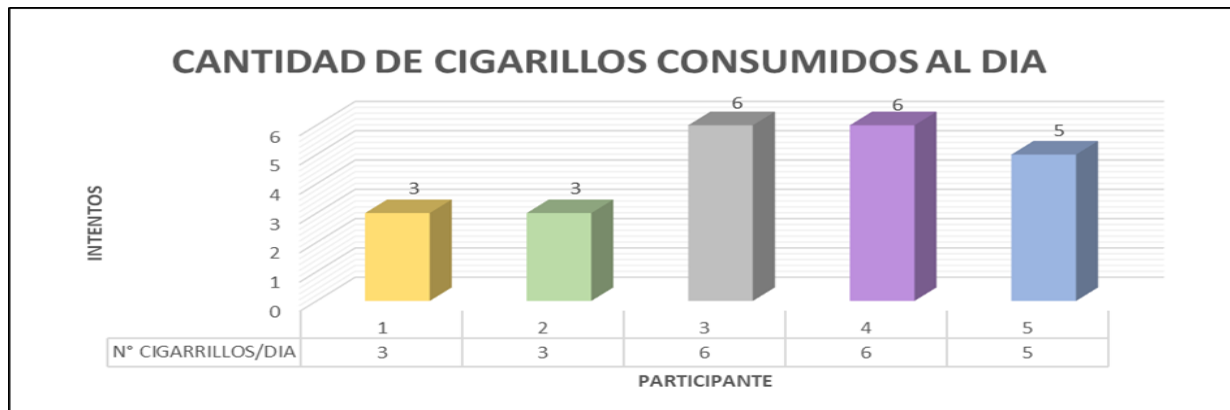


Fuente: Autor

Llama la atención que, según lo expresado por los participantes, para el 80% de ellos manifiesta que uno de los motivos por el cual consume cigarrillos es porque lo tranquiliza, así mismo para el 40% manifiesta que lo hace por el estrés que le ocasionan los problemas. según lo expresado por los participantes.

Figura 9

Cantidad de cigarrillos consumidos en el día

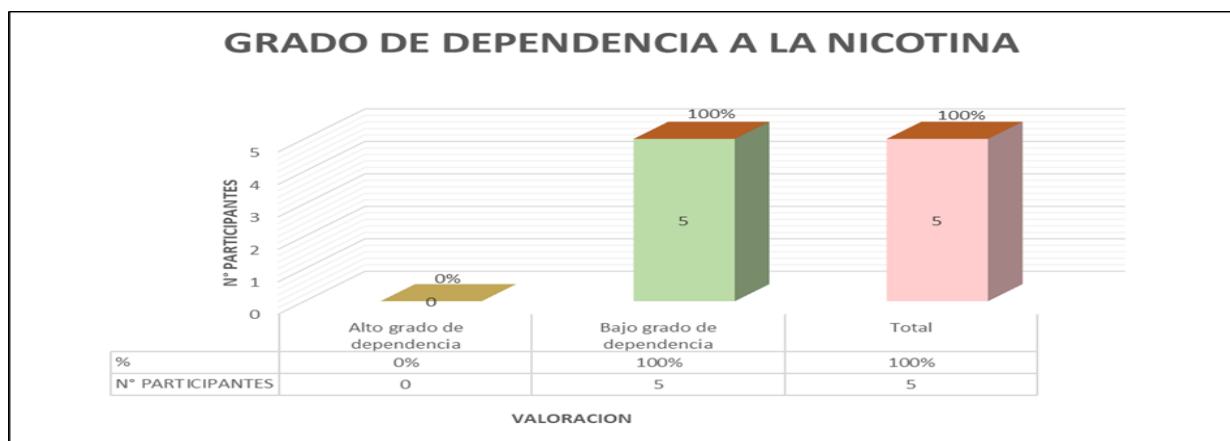


Fuente: Autor

Según expresado en el Test Fagerstrom utilizado en el proyecto aplicado, todos los participantes (el 100%) tienen un bajo grado de dependencia a la nicotina.

Figura 10

Grado de dependencia a la nicotina

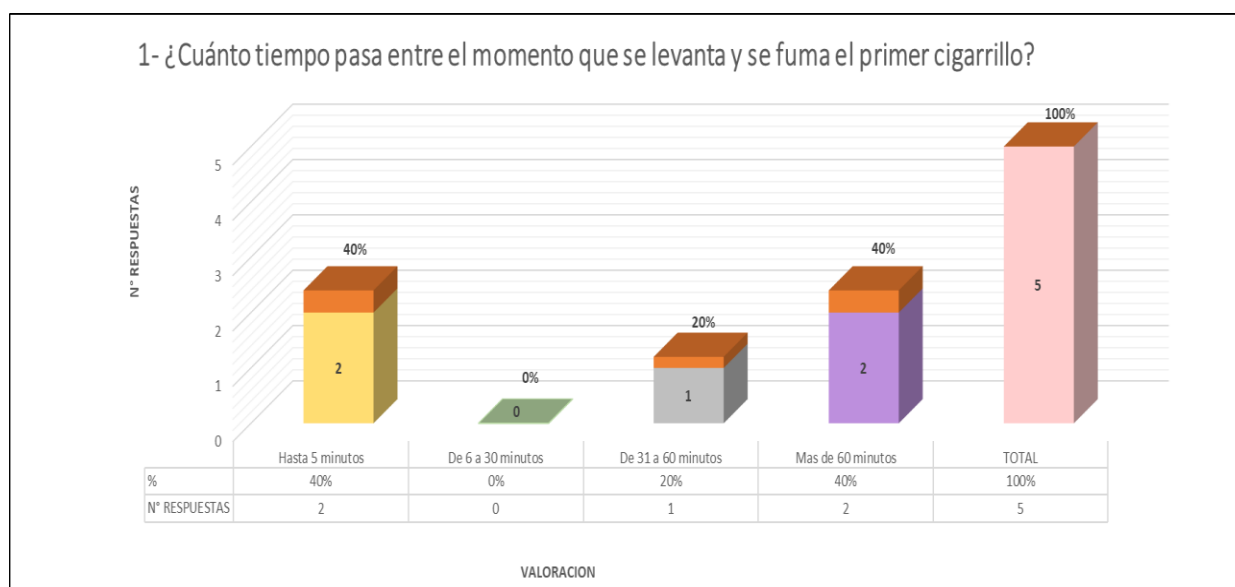


Fuente: Autor

Según el Test Fagerstrom, para el 80% de los participantes, consumen el primer cigarrillo después de 30 minutos o más después de levantarse, mientras que para el 40% consumen su primer cigarrillo dentro de los 5 primeros minutos después de levantarse.

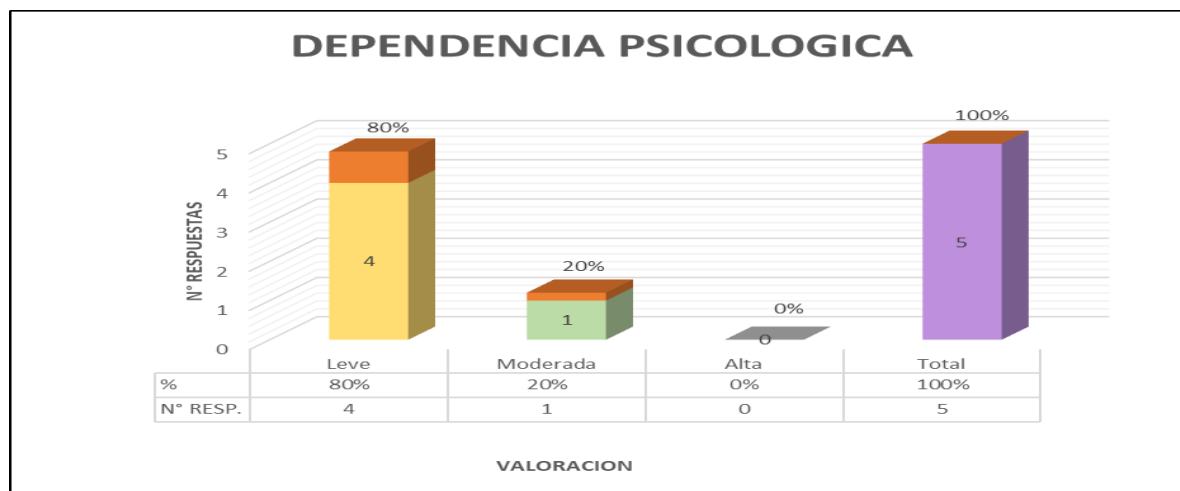
Figura 11

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

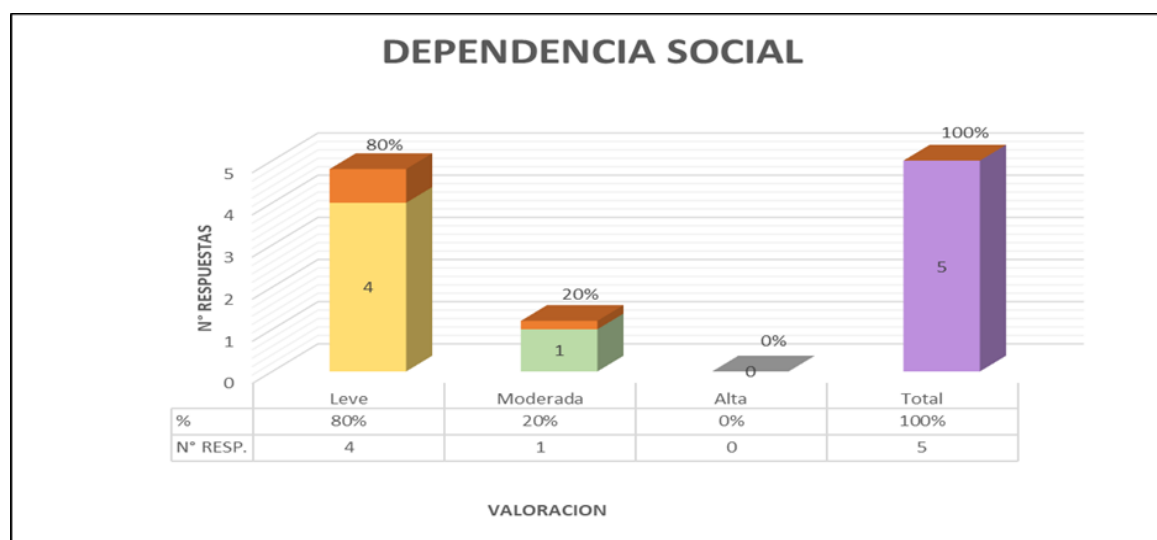


Fuente: Autor

Según el Test Fagerstrom, para el 80% de los participantes, le desagrada más dejar de fumar cualquier otro cigarrillo del día, mientras que para el 20% le desagrada más dejar de fumar el primer cigarrillo de la mañana.

Figura 12*Dependencia psicológica**Fuente: Autor*

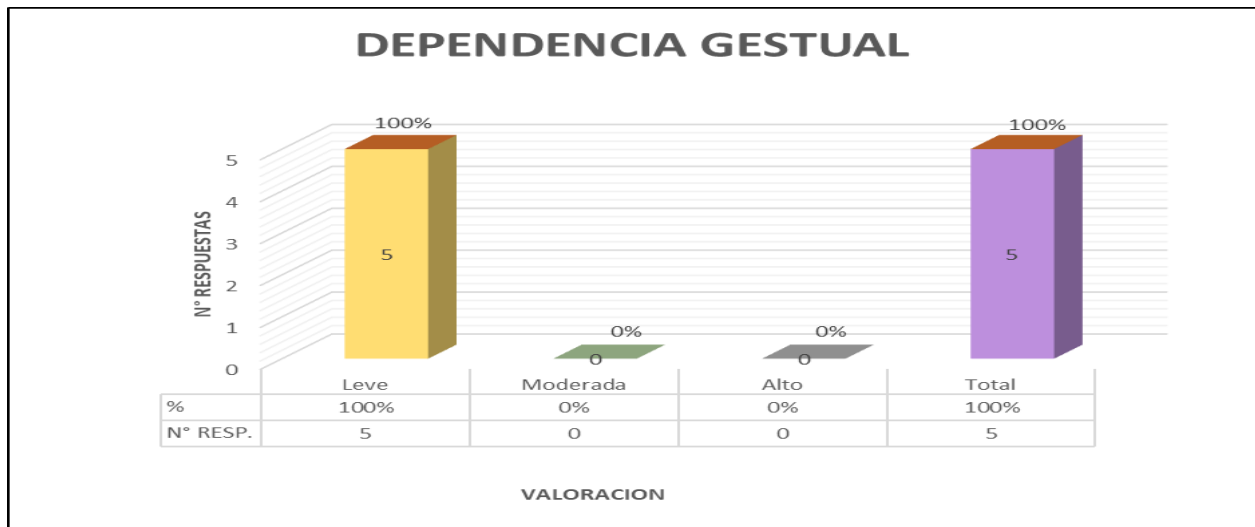
Según el Test Glover-Nilsson, el 80% de los participantes, tienen una dependencia psicológica leve a la nicotina, mientras que para el 20% tienen una dependencia psicológica moderada a la nicotina.

Figura 13*Dependencia social**Fuente: Autor*

Según los resultados, el 80% de los participantes, tienen una dependencia Social leve a la nicotina, mientras que para el 20% tienen una dependencia Social moderada a la nicotina.

Figura 14

Dependencia gestual



Fuente: Autor

Todos los participantes tienen una dependencia leve gestual.

Según el Test Glover-Nilsson, a la pregunta N° 1 ¿Mi hábito de fumar es muy importante para mí Según el Test Glover-Nilsson, todos los participantes (100%), tienen una dependencia Gestual.

Intervención

Para una mejor comprensión del Programa de evaluación e intervención cognitivo conductual para disminución de tabaquismo en centro penitenciario de Bogotá, continuación se realiza a una presentación de cada uno de los momentos: Evaluación de la conducta de tabaquismo, Intervención y Evaluación del impacto.

El programa se organizó a través de talleres, cada taller en sesiones claramente identificadas. Un total de 5 talleres con sus respectivas sesiones, en los anexos se encuentran las acciones detalladas a través de los formatos diarios de campo, fichas técnicas de los talleres y agendas semanales.

Cada taller tuvo una planeación donde se elaboró una ficha técnica de la actividad (Anexos), así como, presentaciones en power point de las temáticas abordadas y en algunos casos videos. A continuación, se presenta el programa en cada uno de sus momentos:

Etapa I – Evaluación Inicial

La etapa I consta de un taller de contextualización del proyecto y aplicación de instrumentos de evaluación:

Taller 1 - Contextualización del proyecto aplicado

Sesión 1: Diligenciamiento de formatos y test de Fagerstrom

- Formato de Consentimiento Informado
- Formato de información básica
- Formato test de Fagerström o test de dependencia de la nicotina

Sesión 2: Diligenciamiento de formatos y test Glover Nilsson

- Desarrollo y diligenciamiento de Instrumentos de evaluación:

- Formato test Glover – Nilsson para determinar la dependencia conductual del consumo de cigarrillo

- Formato de entrevista 1.

- Formato de entrevista 2

Sesión 3: Diligenciamiento de formatos

- Formato de entrevista 3

- Formato de historia del fumador

- Formato (pre) sobre conocimientos y punto de partida

Etapa II – Intervención

La etapa de intervención se realiza a través de sesiones de Psicoeducación

Taller 2

Sesión 1: Ansiedad y tipos de ansiedad

Sesión 2: Conocimientos y conceptualización sobre la ansiedad - Tipos de Ansiedad

Sesión 3: Estrategias de afrontamiento - Tipos de respuesta para el control y manejo de la ansiedad

Taller 3: Regulación Emocional

Sesión 1: Generalidades regulación emocional

Sesión 2: Respiración profunda

Sesión 3: Relajación progresiva

Sesión 4: Entrenamiento asertivo

Taller 4: Las Autorreferencias

Sesión 1 y 2: Autoestima, autoconcepto, autocontrol y autoeficacia

Taller 5: Conocimiento y manejo del tabaquismo

Sesión 1: Psicoeducación para dejar de fumar – me preparo – antes del día D

Sesión 2: Psicoeducación para dejar de fumar – me decido – antes del día D

Sesión 3: Foco terapéutico para dejar de fumar – me atrevo – hoy día D

Sesión 4: Foco terapéutico para dejar de fumar – me refuerzo – Después del día D

El programa finaliza con la Etapa III correspondientes a Evaluación del impacto de la intervención

Evaluación del impacto de la Intervención

En esta tercera parte del proyecto aplicado, se hace una descripción de los resultados obtenidos, se tomarán en cuenta los aspectos cuantitativos, a partir de las frecuencias de consumo al iniciar la etapa de evaluación, confrontándolas con la medición de frecuencias finales después de la intervención, las cuales fueron evaluadas mediante el Formato de evaluación Post (Anexo 31), igualmente se toma en cuenta los aspectos cualitativos, los cuales, mediante dicho formato, se evaluaron los conocimientos y comportamientos finales, posterior a la intervención, especialmente observando los cambios de conducta.

Resultados Cuantitativos

En la siguiente tabla se evidencian los resultados del programa:

Tabla 5

Comparativo del consumo y Reducción antes y después de la Intervención

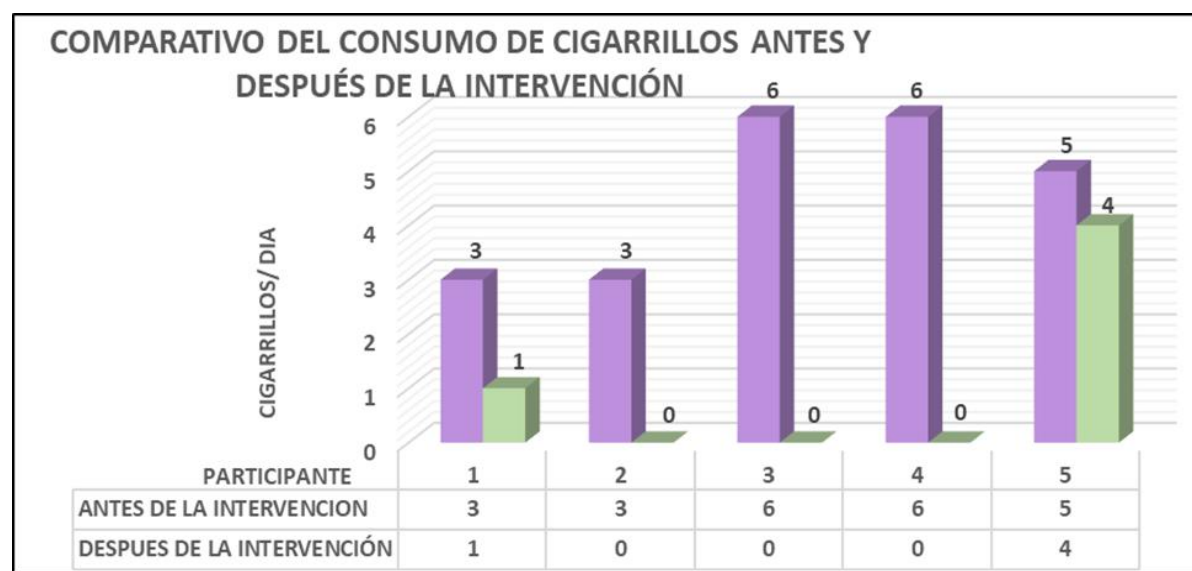
Participante	No cigarrillos consumidos por día / antes del programa	No cigarrillos consumidos por día / después del programa	Disminución del consumo / No cigarrillos	% Reducción en el consumo por No cigarrillos
1	3	1	2	67%
2	3	0	3	100%
3	6	0	6	100%
4	6	0	6	100%
5	5	4	1	20%

Nota: Registro de consumo de cigarrillos antes y después del programa. *Fuente:* Autor

En la tabla 4 y figura 16 se observan los resultados significativos en la reducción del consumo del tabaco en los participantes en el programa. El 60% de los participantes logró eliminar el consumo de tabaco, mientras que el 40% de los participantes tuvo una reducción significativa en el consumo.

Figura 15

Comparativo consumo de cigarrillos antes y después de la Intervención

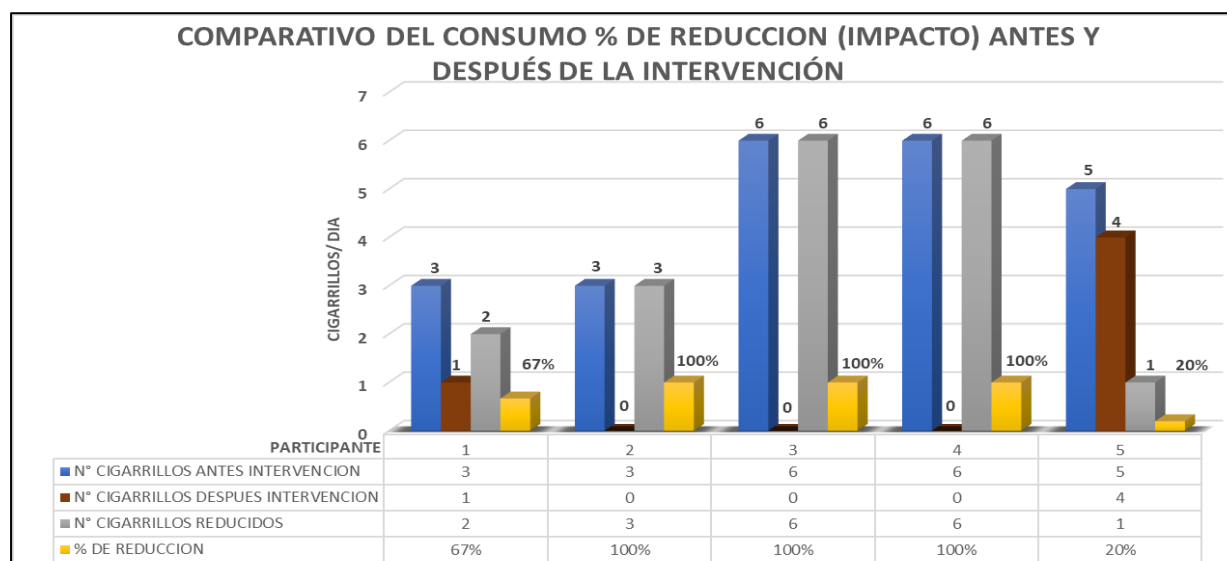


Fuente: Autor

Tabla 6*Impacto de la Intervención en los Participantes*

Reducción consumo cigarrillo	No Participantes	%
Reducción total del consumo	3	60%
Reducción parcial del consumo	1	20%
Reincidencia del consumo	1	20%

Nota: Registro de la reducción del consumo. *Fuente:* Autor

Figura 16*Comparativo del consumo y Reducción antes y después de la intervención*

Fuente: Autor

La información de la tabla 5 y figura 17 confirma que los resultados de la intervención en minimización de la conducta de fumar es alta, si bien es cierto, que a primera vista los resultados son muy satisfactorios, también es cierto que es demasiado pronto para evaluar el efecto final de la intervención, puesto que, se debe tener muy en cuenta que, en este tipo de tratamientos psicológicos para dejar de fumar, la verdadera y real efectividad se ve, en el transcurrir del tiempo,

después de la intervención y más aún dentro del contexto carcelario, aunque cientos de investigaciones avalan la eficacia y eficiencia de los tratamientos para dejar de fumar, pues la recaída sigue siendo un fenómeno frecuente entre aquellos que en algún momento lograron la abstinencia (Piasecki, 2006; Becoña et al., 2010;).

Resultados Cualitativos.

En cuanto a los resultados cualitativos de esta fase, es necesario tener en cuenta las respuestas de los participantes al Formato de evaluación del impacto (POST), Apéndice 3; de la siguiente manera:

Dentro del presente trabajo académico se considera importante contrastar sobre los conocimientos generales y/o particulares adquiridos en la segunda fase de intervención, como punto de comparación para realizar la evaluación del Impacto de la intervención por el consumo del tabaco, sobre los temas más importantes que hizo parte el proyecto aplicado, la información será necesaria complementar la estrategia y corregir en futuros trabajos.

Ante la primera pregunta ¿Qué conoces y que sabes de la ansiedad?

Se evidencia que los participantes la reconocen como sensaciones de miedo, reacciones de defensa ante “amenazas”, angustia, alarma natural que produce agitación, taquicardia y temores.

En la segunda pregunta ¿Qué conoces de la dependencia al tabaco?

Los participantes reconocen que la persona fuma para “calmar sus alteraciones anímicas”, “calmarse o estar bien”, ve el cigarrillo como una ayuda, cuando sienten tristezas o alegrías, la persona encuentra diferentes excusas frente al hábito.

En la tercera pregunta ¿Qué factores de tu vida te ponen en riesgo a que consumas tabaco?

Los participantes identifican diversos detonadores como problemas judiciales, problemas de pareja, amistades y familias fumadoras, depresión, situaciones económicas, preocupaciones por los hijos, encierro por detención, decepción consigo mismo, amistades en general, celebraciones, ansiedad y estrés.

Una cuarta pregunta ¿Qué factores de tu vida pueden hacer que disminuya el consumo de tabaco?

Los participantes reconocen factores protectores como trabajo estable, buena relación familiar, deporte, estabilidad económica, educación y conocimiento, felicidad y menos problemas, buenos amigos, hábitos saludables, prevención.

La quinta pregunta ¿Como actúas cuando sientes ansiedad, ira, frustración?

Los participantes manifiestan comportamientos adaptativos como ejercicios de respiración, evasión de la situación, relajación, autoregulación en la forma de hablar, relajando la tensión del cuerpo, ansiedad. Solo uno de los participantes manifiesta que tuvo comportamientos desadaptativos como confrontaciones. Un participante identifica un nuevo estilo de afrontamiento cuando manifiesta “hacer el primer punto de control de la respiración, después el segundo de relajación y el ejercicio de autocontrol”

El presente proyecto aplicado muestra en las anteriores respuestas, indicadores de cambio como se puede apreciar, mediante el aprendizaje y las apreciaciones subjetivas de cada participante, confirmando soporte empírico, que respalda el trabajo de intervención logrado desde el enfoque cognitivo conductual, con el abordaje de la psicoeducación y de la regulación emocional. (Epstein & Baucom, 2002; Cáceres, J. 2012; Higuera, 2002, Epstein, Fischer, & Hahlweg 2014).

En primera instancia, para todos los participantes, el proyecto aplicado, se incorporó de manera didáctica un componente psicoeducativo, por medio del diseño de los diferentes talleres,

Taylor (2006), Crosby (2008), Jackson et al (2009), pero fue a partir de la primera fase de diagnóstico, cuando se logró identificar los síntomas, la intensidad de la dependencia a la nicotina, así como los comportamientos y las dinámicas que acompañan este tipo adicción. Esto facilitó que los participantes, a pesar de permanecer confinados se identifiquen con el problema común y se relacionen más, interpreten y aclaren los temas a tratar desde su conceptualización y aprendizajes progresivos durante la fase de intervención, la cual fue presentada como principios básicos, pero también se adoptó como “insumos” el asumir positivamente las dificultades educativas y de recursos afectivos que el contexto carcelario conlleva.

Es importante destacar que la buena integración y ajuste logrado por ser un grupo pequeño, esto se aprovechó que el factor de comunicación, fue casi personalizado, pero lo destacable fueron las virtudes del modelo cognitivo conductual, con el componente cognitivo y la psicoeducación, se logró una reestructuración cognitiva y de pensamientos erróneos, lo cual incide directamente en las autorreferencias (Autoconcepto, autoestima, auto eficiencia); igualmente se debe destacar el componente conductual por los cambios generados con la regulación emocional y de manera importante, mediante las herramientas de auto control, esto en la misma dirección de los hallazgos de algunos investigadores (Epstein & Baucom 2002) y de otros estudios más clásicos, también han confirmado, la eficacia del trabajo de intervención en cogniciones y el posterior éxito en el componente de comunicación como lo indica el estudio realizado por (Johnson et al, 1996).

Dentro del modelo cognitivo conductual utilizado en el presente proyecto aplicado, existen tres principios básicos que sustentan la metodología y los resultados obtenidos, El primero consiste en que la cognición afecta al comportamiento y a la emoción; el segundo, en que a la cognición se le puede dar un seguimiento y lograr cambiarla; finalmente, el tercero, en que,

cambiando las propias creencias, se puede generar modificaciones en la conducta y, así, lograr experiencias más adecuadas (Garay y Keegan, 2016).

Finalmente, y para corroborar la eficacia del modelo cognitivo conductual aquí utilizado, es muy importante tener en cuenta las siguientes referencias: Mera (2015), Vernon y Doyle (2017) quienes sostienen que el modelo cognitivo conductual es una de las mejores terapias que se encuentran en la actualidad. Esto es por tres motivos: primeramente, por ser la más investigada dentro del campo de la psicoterapia; como segundo punto, porque en sus estudios demuestra la eficacia en su intervención en comparación con otros modelos (Barlow, 2018; Corbridge, Brummer y Coid, 2018; Moreno y Deus, 2016; Rivera, 2015) y como tercer punto, los modelos que hay en TCC han sido bastante estudiados (Corbridge, Brummer y Coid, 2018; Ruiz y Ruiz, 2018; Taylor et al., 2019).

Conclusiones

Resistencia en la Participación en el Programa

A pesar que inicialmente se presentó cierta resistencia en los participantes en el aspecto motivacional para vincularlos al programa, teniendo en cuenta que ellos son personas privadas de la libertad, quienes manejan por obvias razones, altos grados de ansiedad no solo por los problemas jurídicos, personales, económicos, sino por todo lo que conlleva el confinamiento y la situación carcelaria, entonces no es fácil pretender eliminar un hábito generalizado en esta población que según su percepción les permite minimizar la ansiedad, como lo es el cigarrillo.

Por lo tanto, el concentrar a los participantes, personas que están obligados en un sitio en condición de castigo y más aún para tratar de cambiarles una conducta muy característica de las cárceles del mundo: la de ser personas “rudas y fumadoras”, fue realmente una tarea titánica, se tornó más difícil en el momento que coincidió con el mundial de futbol y la mayoría de ellos eran aficionados a este deporte.

Sin embargo, se ajustaron los horarios y una vez conseguida la motivación, utilizando como estrategia dos de los aspectos más neurálgicos para las personas detenidas, como lo son el tema de la familia y el de la salud (física y mental), los primeros aspectos afectados en esta situación.

Desinformación sobre el Tabaquismo

Llamó la atención la poca información sobre el tema del tabaquismo que expresaron los participantes. Para ello, se referenciaron diferentes temas y autores al respecto, iniciando por la conducta de consumir cigarrillo, la cual ha sido estudiada por años y por varios autores en diversos contextos y poblaciones, pasando por el tema de las edades de consumo (Ariza & Nebot, 2004), por las condiciones o consecuencias en la salud (Varona, García, René & Molina, 2010),

por el nivel educativo (Ariza & Nebot, 2004). Igualmente se hace un especial énfasis, que también se ha indagado y estudiado acerca de los efectos a corto y largo plazo, en el sistema nervioso, así como la identificación de estructuras cerebrales, respiratorias y cardiovasculares que intervienen (Pérez & Cornella, 2004).

Adherencia al Programa

A medida que se avanzaba en los talleres, creció el interés y la participación en los ejercicios de deshabitación, parte muy clave del proyecto, tal como lo expusieron sientes autores entre otros: Becoña, Míguez, Fernández del Río y López, (2010); Fiore et al., (2008); Hartmann-Boyce, Stead, Cahill y Lancaster, (2013); Patnode et al., (2015); Schlam y Baker, (2013); Siu, (2015) quienes coinciden en afirmar que los tratamientos psicológicos para dejar de fumar, que han demostrado de modo sistemático su eficacia en los últimos 50 años, se basan en tres componentes principales Técnicas motivacionales, para promover que el fumador cambie su conducta y que no abandone el tratamiento; Técnicas psicológicas de deshabitación, con las que se le entrena para el abandono del consumo de tabaco y el mantenimiento de la abstinencia; y Técnicas de prevención de la recaída, cuyo objetivo es evitar que la persona recaiga en el consumo una vez que ha dejado de fumar.

Psicoeducación

Fue muy importante dentro del proceso del presente proyecto aplicado, por tratarse precisamente del contexto carcelario, adoptar la doble estrategia de no solo educar a las personas privadas de la libertad (PPL), sino que ir más allá, mucho más que el solo hecho de transmitir conocimientos, sino que dentro de este complicado ambiente, se consideró muy importante estimular en los internos participantes, el desarrollo de concepciones personales sobre la vida: es

decir influir en la regulación emocional e identificar los comportamientos individuales que llevaron no solo a consumir tabaco, sino a cometer hechos delictivos contra la sociedad.

Igualmente fue importante tener en cuenta que el 80% de los participantes oscilan las edades entre los 25 y los 32 años y la edad de inicio de consumo de ese mismo porcentaje fue en la juventud, entonces por tratarse de personas jóvenes era común en ellos que percibieran que tenían una baja vulnerabilidad o bajo riesgo a su salud y por consiguiente consideraban como lejana la opción a enfermarse (Gómez, Barrueco, Maderuelo y Torrecilla, 2.008; Ugarte, 2.008; Domínguez, 2.008).

De ahí que la estrategia en los diferentes talleres fue enfatizar en como, por lo general los efectos del consumo de cigarrillo tienen sus consecuencias a largo plazo, por lo tanto, la estrategia implicó en propiciar una perspectiva de vida diferente y en salir de su círculo de confort conociendo la realidad de las enfermedades a las que se exponían, pero con una realidad futurista y con una visión optimista y sana para su núcleo familiar, en la que ellos tienen un papel importante como líderes, mediante el conocimiento sobre la ansiedad, la depresión, el tabaquismo y las herramientas psicológicas de la regulación emocional, las autorreferencias como: la autoestima, la autoconciencia, la autovaloración y la autorregulación, así como las herramientas de autocontrol, todas ellas puestas al servicio de sus metas y proyecciones futuras.

Teniendo en cuenta las anteriores referencias, precisamente se diseñaron los talleres del presente proyecto aplicado en la segunda etapa de intervención, orientados al conocimiento y manejo de la ansiedad y por ende del estrés, al conocimiento y aplicación de las autorreferencias (Autoestima, autoeficacia, Auto concepto), en cuanto a la elevada impulsividad y el bajo autocontrol, se dedicó un taller específico para el conocimiento y manejo de la regulación emocional con herramientas de autocontrol que contiene los aspectos de: Respiración profunda, relajación progresiva y entrenamiento asertivo, lo anterior como se puede observar, con el objeto

de atacar el primer punto anterior: las causas de la recaída que más se han estudiado, para cerrar el círculo virtuoso, todo conlleva a que si se logra con lo anterior que cada individuo aprenda a controlar la impulsividad y la ansiedad se consiguen “dos pájaros de un solo tiro” es decir 1º bajar al máximo el consumo de cigarrillo y con ello 2º una mayor afectividad (ser más amado y querido), en su entorno familiar y social.

Resultados Positivos y Recaídas

Hay algunas desalentadoras cifras en estudios los cuales han indicado que, tres de cada cuatro fumadores que consiguen mantenerse abstinentes durante un mes, recaen en el primer año, (Etter y Stapleton, 2006; Ferguson, Bauld, Chesterman y Judge, 2005; Hughes, Keely y Naud, 2004; pero como si fuera poco, entre los que consiguen permanecer abstinentes, durante un año, más del 30 % recaen posteriormente (Etter y Stapleton, 2006).

Con las anteriores cifras, se podría afirmar que con un solo fumador que se logre arrebatar de las manos de la nicotina, en cualquiera de las técnicas anti-tabáquicas, se puede darse por bien servido.

Realmente son positivos los resultados anteriormente expuestos en cuanto a la rebaja del consumo después de la intervención, comparado con los altos índices de recaídas, indicados anteriormente, por eso los esfuerzos de las ciencias humanas deberían centrarse en conocer y estudiar a fondo este fenómeno, con el objetivo de evitar que muchos fumadores recaigan en los meses que siguen después del abandono.

Según Piñeiro y Becoña, (2013) entre las causas de la recaída que más se han estudiado están la presencia de afecto negativo, la baja tolerancia al estrés, la baja autoeficacia, la elevada impulsividad y el bajo autocontrol (Brandon, Vidrine y Litvin, 2007). En cuanto al momento en el que se produce la recaída, Hunt, Barnett y Branch (1971) estudiaron el curso temporal que

tiene la recaída en personas en tratamiento para dejar de consumir diversas sustancias (tabaco, alcohol o heroína). Encontraron que la mayoría de las personas recaían en los tres primeros meses, tras el abandono y, a partir de este momento, el porcentaje de recaídas iba disminuyendo progresivamente a lo largo del tiempo siguiendo una curva descendente. A pesar de que este estudio se realizó hace más de 40 años, todavía en la actualidad se sigue observando el mismo patrón de recaída (Kirshenbaum, Olsen y Bickel, 2009).

Los tratamientos de prevención del tabaquismo adquieren relevancia para la salud pública, pero se debe tener en cuenta que la mayoría se dirigen a reducir la demanda de tabaco en jóvenes mediante la prevención de la iniciación en el hábito, pero son menores los programas para quienes son fumadores crónicos.

Investigaciones e Impacto

En Colombia hasta la fecha no se ha realizado un estudio del impacto del tabaquismo en las cárceles. El consumo de tabaco es la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte en el mundo. Y a pesar de tener conocimiento y muchas veces casos cercanos de fallecimiento por las enfermedades causadas por el tabaco se siguen consumiendo.

Los fumadores tienen conocimientos que los que inhalan humo son afectados. La irresponsabilidad que hay por parte del que consume está en que ellos sabiendo que el humo del tabaco puede afectar a las personas de su alrededor lo siguen haciendo.

El consumo del tabaco es la puerta de entrada para iniciar con otras drogas ilegales y los primeros que están en riesgo es nuestra niñez y juventud pues hoy más que nunca están expuestas y vulnerables permanentemente. Se puede apreciar como a las cárceles llegan cada vez más jóvenes por diferentes tipos de delitos.

El creciente índice de consumo a nivel mundial de tabaco, alcohol y de drogas se ha convertido en un serio problema de salud pública y que se esconde en el derecho del pleno desarrollo de la personalidad de una minoría, pero no se tiene en cuenta que se pone en peligro la salud de la mayoría de los hombres y las mujeres del mañana.

En Colombia, no existe una verdadera política criminal, mucho menos tenemos reales políticas de resocialización, evidenciando desatención de este aspecto; con los recortes presupuestales, en los temas de crear o mejorar las prisiones, oscurece aún más el panorama y estaremos para lograr programas financiados y estructurados para prevenir el consumo de cigarrillo en las cárceles colombianas, es decir tendremos potenciales enfermos de cáncer cuando los internos de hoy, salgan a disfrutar de la libertad.

Tras un primer intento de abandono del cigarrillo, sólo una pequeña proporción de los consumidores de tabaco logra mantener la abstinencia. La mayoría de ellos persiste en el consumo de tabaco por muchos años y generalmente pasan por períodos de abstinencia y recaídas.

No apreciar la naturaleza crónica de la dependencia del tabaco, impedirá que los profesionales sanitarios valoren y traten de forma homogénea a los fumadores a lo largo del tiempo y por ello la primera recomendación clave es que, se considere al tabaquismo como una *enfermedad crónica*.

La exposición al humo indirecto del tabaco en el medio laboral, domiciliario y/o urbano es un factor de riesgo para contraer el cáncer de cabeza, cuello y pulmón, ya que esto ocurre cuando una persona inhala una mezcla compuesta principalmente de humo de la corriente secundaria, producto del cigarrillo que arde sin llama y parte del humo principal que se exhala.

Es necesario implementar evaluaciones e intervenciones desde el modelo cognitivo conductual que permitan la atención y minimización de adicciones en los centros penitenciarios,

evidenciando el rol del Psicólogo en este contexto, brindando herramientas como la autoregulación emocional, psicoeducación.

Los factores que inducen a una persona a dejarse atrapar por la dependencia a la nicotina son tantos y tan complejos que esta enfermedad requiere de respuestas profesionales, interdisciplinarias y de trabajo conjunto.

Referencias Bibliográficas

- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Becoña, E., Fernández del Río, E., López Durán, A., Martínez, Ú., Martínez, C., Rodríguez, R. (2014). *El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco*. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del Psicólogo*, 35 (3), 161-168.
- Calvo, J., López, A. (2003). *El tabaquismo*. Universidad de Las Palmas Gran Canaria.
- Cardona, M. (2009). *Guía metodológica para la elaboración del proyecto aplicado* Escuela Superior de Administración Pública ESAP.
- Chávez, R., López, F., Regalado, J., Espinosa, M. (2004). Consumo de tabaco, una enfermedad social. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 17(3), 204-214.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852004000300007&lng=es&tlng=es.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2019). *Boletín Técnico Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA)*
<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/encspa/bt-encspa-2019.pdf>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU (2010). *El humo del tabaco causa enfermedades: cómo le afecta a usted*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud.
http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2010/consumer_booklet/spanish/pdfs/consumer_sp.pdf.

- Fagerström, K. O., Kunze, M., Schoberberger, R., Breslau, N., Hughes, J. R., Hurt, R. D., ... & Zatoński, W. (1996). *Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers*. *Tobacco control*, 5(1), 52-56.
- González, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. newpsi.bvs-psi.org.br
http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf
- Glover ED, Nilsson F, Westin A, Glover PN, Laflin MT, Persson B. *Developmental history of the Glover-Nilsson smoking behavioral questionnaire*. *Am J Health Behav*. 2005 Sep-Oct;29(5):443-55. doi: 10.5555/ajhb.2005.29.5.443. PMID: 16201861.
- Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen, S, Brook JS. (2000) *Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood*. *JAMA*. 2000 Nov 8;284(18):2348-51. doi: 10.1001/jama.284.18.2348. PMID: 11066185.
- Ley 1335. Ley Antitabaco. (21 de julio de 2009). Normas Legales, No. 47.417. Diario Oficial de Colombia. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1335_2009.html
- López, C. (1995). *Talleres ¿cómo hacerlos?* Troquel.
<https://bnm.educacion.gob.ar/catalogo/Record/95640>
- Mebarak, M., Castro, A, Salamanca, MD, & Quintero, MF (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la Psicología de la Salud. *Psicología desde el Caribe*, (23), 83-112.
- Mías, C. (2018). *Bases teóricas y fundamentos clínicos para una cuarta generación en Terapia Cognitivo Conductual. Integración y aportes de las Neurociencias* (Ponencia). Tercer Congreso Internacional y VI Congreso Nacional de Psicología. Argentina.

<https://www.researchgate.net/publication/348634587>

Ministerio, de Salud y Protección Social, 2021. *Directrices para desarrollar programas para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo*, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, Dirección de Promoción y Prevención, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/directrices-cesacion-consumo-atencion-tabaco.pdf>, Noviembre de 2021, Bogotá, Colombia.

Organización Mundial de la Salud (2003). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y Organización Mundial de la Salud*. 2003, 37. Organización Mundial de la Salud (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

Real Academia Española (2022). *Diccionario de la Lengua Española (edición tricentenario)*. <https://dle.rae.es/tabaquismo>

Rebolledo, M., Escalante, M., Espitia, S., Carmona, Z. (2012). *Tipos de tabaquismo como factor de riesgo asociado a cáncer bucal. Informe de dos casos*. Revista Salud Uninorte, 28 (3), 438-444. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-5522012000300012&lng=en&tlng=es

Robles, L. y Martínez, J.M., (1998), *Factores de protección en la prevención de las drogodependencias*, Instituto para el desarrollo de Antioquia (IDEA), Revista Prevención. Julio-diciembre, vol. 17, pp. 58-70. Medellín, Colombia.

Ruiz, J. (2007). *Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario*. Revista Latinoamericana de Psicología, 39, (s.f.),

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80539308>>ISSN0120-0534

Samudio, J. (2001). El comportamiento criminal en Colombia. Revista Latinoamericana de Psicología, 33(1). (s.f.), <http://www.redalyc.org/pdf/805/80533107.pdf>

Apéndices
Apéndice 1

Consentimiento Informado

Yo _____ identificado(a) con documento de identidad N° _____ de _____ en pleno uso de mis facultades legales, mentales, cognitivas y volitivas, de manera consciente y sin ninguna clase de presión, faculto y autorizo a **José Eduardo González Sánchez** con documento de identidad N° 6774215 de Tunja, quien como estudiante de Psicología ha puesto en conocimiento mi participación a través del ejercicio de:

PROGRAMA DE PREVENCIÓN SOBRE CONSUMO DE TABACO.

el cual se desarrolla con fines estrictamente académicos.

Así mismo manifiesto que, me han informado que puedo retirarme del proceso en cualquier momento. Que los límites de la confidencialidad y manejo de información y datos serán según las disposiciones **de la Ley de INFORMACIÓN QUE SE ME HA SUMINISTRADO**. Acepto que el ejercicio lo va a desarrollar un psicólogo en formación del programa de Psicología de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, quien a su vez estará supervisado por la **Doctora NATALIA GALVIS ANDRADE**, docente asesora del presente **proyecto aplicado**, que cuenta con la experticia, idoneidad y cualificación requerida para el ejercicio de dicha función de acompañamiento. Se me informa y acepto, que no se verá afectada mi intimidad y derecho al anonimato.

Acepto las condiciones que se me presentan, dado en

Ciudad: _____, el día ____ del mes de _____ del año _____.

Para constancia se firma de conformidad.

Nombres y apellidos del participante: _____

Firma: _____

Identificación: _____

Fecha (Año Mes Día): _____

Apéndice 2

Formato de Información Básica

Objetivo: Antes que nada, el participante debe tener claro que la ética profesional, primará sobre todas las cosas y aspectos durante el desarrollo del presente trabajo académico y por lo tanto declaro la reserva en el manejo de los datos e información personal que se obtengan durante el desarrollo de este. Teniendo claro lo anterior el participante tiene la libertad de responder todo o parte de los datos aquí solicitados. Dichos datos tienen un objeto meramente académico en el sentido de conocer el perfil, y con fines exclusivamente estadísticos, dejar de fumar no es un acto de un día a otro, es todo un proceso y para ello se debe tener contar con información básica teniendo en cuenta las diferencias como personas y analizar dichas diferencias también darán luces para diseñar estrategias diferentes porque detrás de cada persona hay una historia diferente.

Con en el presente formato se pretende establecer las diferencias características básicas que tenemos todos los individuos desde la pequeña niñez y por lo tanto contar con dicha información será importante para direccionar la estructura de la intervención del problema del tabaquismo.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ DEPARTAMENTO: _____

NIVEL DE EDUCACION: _____ TIPO: PRIVADA ___ PUBLICA _____

EDAD: _____ RELIGION: _____

ESTRATO SOCIAL: _____

ENTIDAD O INSTITUCIÓN QUE LABORÓ _____

ESTADO CIVIL: CASADO: ___ UNION LIBRE: ___ VIUDO (a): ___ SEPARADOS: ___

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES:

CASADOS: ___ UNION LIBRE: ___ VIUDO (a): ___ SEPARADOS: ___ MADRE O PADRE SOLTERO: ___

Nº HERMANOS _____ MUJERES _____ HOMBRES _____

Apéndice 3

Formato Registro punto de partida del Tabaquismo

Participante: _____

Objetivo: Es importante identificar las características que definen su consumo de cigarrillo que nos ayudará a diseñar la estrategia correcta que busque la disminución o terminación del consumo de tabaquismo. Dejar de fumar no es un acto de un día a otro, es todo un proceso y para ello se debe tener claro que no todos los cigarrillos se encienden por la misma razón, ni en la misma circunstancia, por lo tanto, cada cigarrillo consumido tiene un diferente “valor”. Por eso, en el presente formato debes reconocer todos los cigarrillos consumidos durante un día, señalando la hora y la circunstancia, pensamientos o situación en que lo llevó a hacerlo, muy importante señalar un valor para ello debes tener en cuenta el grado de importancia o de necesidad que tiene cada cigarrillo así:

- Pocas ganas el **1**; - Muchas ganas el **2**; o - Urgente con el **3**.

Para el primer ejercicio, no se aplica el espacio de “Alternativas al cigarrillo” porque se supone que aún no tiene herramientas, a medida que avance la fase de intervención pasada la primera semana se evaluará incluyendo y pensando en el aspecto **alternativas aprendidas** para evitar las situaciones que llevan a encender un cigarrillo y hacerle frente.

CIGARRILLO N°	Hora	Circunstancia o motivo	Importancia de 1 a 3	OBS.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Apéndice 4

Formato Registro motivos Tabaquismo

Participante: _____

Objetivo:

Reconocer los motivos por los que fumas o iniciaste con el consumo, es tan importante como reconocer los motivos por los que **quieres dejar de fumar**, pero tenerlos presentes durante todo el proceso también le da un significado **permanente** al proceso que vas a iniciar. Dichos motivos tienen que ser personales, es decir, que tengan **algún sentido para ti**. Tienes que tener esta lista a la mano (en un cuaderno, en una agenda, colgada en algún lugar visible, etc.), precisamente porque se convertirá en un **elemento motivador permanente** para mantenerte dentro del proceso y tu decisión para **dejar de fumar**.

REGISTRO DE MOTIVOS

N°	MOTIVOS PARA FUMAR	MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Apéndice 5

Formato de registro consumo diario y mensual de cigarrillos

Objetivo: Es importante establecer el punto de partida y determinar la cantidad del consumo de cigarrillo que nos ayudará a conocer el consumo diario de cigarrillo y así diseñar la estrategia correcta que busque la disminución o terminación del consumo de tabaquismo. Dejar de fumar no es un acto de un día a otro, es todo un proceso y para ello conocer cómo está la dependencia en la etapa inicial del proceso. Por esta razón, en el presente formato debes reconocer **la cantidad** de los cigarrillos consumidos.

REGISTRO DE CONSUMO SEMANA 1 PUNTO DE PARTIDA

Dia N°	Fecha	CANTIDAD						
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
							TOTAL SEMANA	

REGISTRO DE CONSUMO MENSUAL

Dia N°	Fecha	CANTIDAD						
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
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								
30								
31								
TOTAL MES								

Apéndice 6

Formato de Historia del Fumador

Objetivo: En cualquier proceso educativo, terapéutico, social, etc. Dentro del punto de partida es importante contar con la información necesaria para diseñar, estructurar y complementar la estrategia correcta y personalizada que busque el objetivo principal del proceso que consiste en la disminución o terminación del consumo del tabaco. Para ello es importante ser sincero contigo y con el proceso llenando el siguiente formato de historia del fumador:

FECHA: (D/M/A) ____/ ____/ ____/

NOMBRE: _____

Edad: _____ años Sexo: Mujer ____ Hombre ____ otro (lgbtq+) ____

Edad de inicio del consumo: _____ años

1. ¿Cuántos intentos has hecho para dejar de fumar? _____
2. ¿Cuál es el tiempo máximo en meses que has estado sin fumar? _____
3. ¿Qué método/s has utilizado?
 - a. Psicoterapia
 - b. Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN)
 - c. Acupuntura
 - d. Bupropión
 - d. Vareniclina
 - e. Sin tratamiento
 - f. Otros _____
4. Motivo/s de recaída/s: _____
5. ¿Quieres o necesitas ayuda para dejar de fumar? No Sí
6. ¿Alguien fuma en tu casa? No Sí ¿Quién?:
7. ¿Tienes hijos? No Sí
8. ¿Qué te gusta del tabaco? (Motivos para fumar)

a. Me tranquiliza. <input type="checkbox"/>	b. Me estimula. <input type="checkbox"/>
c. Me facilita la concentración. <input type="checkbox"/>	d. Por placer. <input type="checkbox"/>
e. Por dependencia social. <input type="checkbox"/>	f. Hábito buco-manual. <input type="checkbox"/>
g. Me controla el hambre (peso). <input type="checkbox"/>	h. Por imitación. <input type="checkbox"/>
i. Por dependencia física. <input type="checkbox"/>	j. Otros(especificalos) _____.

9. **Importancia:**

Califique de 1 a 5 la importancia que tiene para usted sobre el consumo del cigarrillo en este momento inicial del proceso, donde 5 es muy importante y 1 es poco importante (1-5):

_____ /

10. Dependencia: Test de Fagerström breve.

A. ¿Qué cantidad de tabaco fumas diariamente?

Marque la cantidad de cigarrillos, (**en promedio**) que fumas diariamente frente al rango correspondiente:

Marque la cantidad frente al rango	Nº Cigarrillos al día	Puntos
	31	3
	21-30	2
	11-20	1
	<10	0

Valores orientativos
(unidades/día) **Total puntos:** _____ /

B. ¿Cuánto tiempo pasa desde que te levantas y fumas el primer cigarrillo?

Puntos	Tiempo	Marque con una X
3	Menos de 5 minutos	
2	De 6 a 30 minutos	
1	De 31 a 60 minutos	
0	Más de una hora	

Total puntos: _____ /

C. Resultado del test de Fagerström breve: 5-6 (**Alta**) 3-4 (**Moderada**) 1-2 (**Baja**)

11. Índice de paquetes de cigarrillo consumidos al año (Promedio)

Cigarrillos /día	Cigarrillos mes (x 30)	Paquetes de cigarrillos/ mes (/20)	Paquetes de cigarrillos/ AÑO (x12)	Valor del paquete hoy	Valor promedio / Año

12. Salud:

A. ¿Tienes algún problema de salud relacionado o no con el tabaco? No Sí

¿Cuál/es? _____

B. ¿Tomas algún tipo de medicación? No Sí

¿Cuál/es? _____

C. ¿Te preocupa el peso? No Sí Peso: _____

D. Tratamiento : Si has tenido algún tipo de tratamiento indique:

TSN caramelos/chicles TSN parches

Medicamento Bupropión Medicamento Vareniclina

Sin ayuda farmacológica Otros: _____

Observaciones: (Contraindicaciones, pautas, abandono)

13. Recaídas: Si has tenido recaídas indique causa/s:

¡**Felicitaciones!** El hecho de tener la voluntad para completar con sinceridad esta HISTORIA DEL FUMADOR es un primer paso

Apéndice 7

Formato sobre Conocimientos y punto de partida (pre)

Participante: _____

Objetivo: Dentro del presente trabajo académico se considera importante conocer del punto de partida desde el punto de vista sobre los conocimientos generales y/o particulares sobre los temas más importantes que consta el proyecto aplicado, la información será necesaria no solo para diseñar, estructurar y complementar la estrategia correcta en la intervención sino que posteriormente para tenerla como punto de comparación en la tercera fase para realizar la **evaluación del Impacto de la intervención** por el consumo del tabaco.

1. ¿Qué conoces y que sabes de la ansiedad?
2. ¿Qué conoces de la dependencia al tabaco?
3. ¿Cómo sabes si alguien tiene una dependencia al tabaco?
4. ¿Qué factores de tu vida te ponen en riesgo a que consumas tabaco?
5. ¿Qué factores de tu vida pueden hacer que disminuya el consumo de tabaco?
6. ¿Como actúas cuando sientes ansiedad, ira, frustración?

Apéndice 8

Test de Fagerstrom o dependencia de la Nicotina

Participante: _____

VALORACIÓN TEST DE FAGERSTRÖM

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre el momento que se levanta y se fuma el primer cigarrillo?	HASTA 5 minutos	3
	DE 6 A 30 minutos	2
	DE 31 A 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?	SI	1
	NO	0
Cual cigarrillo le desagrada más dejar de fumar	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
Cuántos cigarrillos fuma al día	Menos de 10 cigarrillos	0
	Entre 11 y 20 cigarrillos	1
	Entre 21 y 30 cigarrillos	2
	31 o más cigarrillos	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Si	1
	No	0
¿Fuma, aunque esté tan enfermo tenga que guardar cama la mayor parte?	Si	1
	No	0
TOTAL PUNTAJE		
PUNTAJE		GRADO DE DEPENDENCIA
6 o más		Alto grado de dependencia
Menos de 6		Bajo grado de dependencia

GRADO DE DEPENDENCIA: _____

Apéndice 9

Test Glover – Nilsson o Dependencia conductual del Cigarrillo

Participante: _____

Preguntas 1 a 3					
0- Nada en absoluto. 1- Algo. 2- Moderadamente. 3- Mucho. 4- Muchísimo.					
1- Mi hábito de fumar es muy importante para mí.	0	1	2	3	4
2- Juego y manipuló El cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar	0	1	2	3	4
3- Juego y manipulo el paquete de tabaco como parte del ritual del hábito de fumar	0	1	2	3	4
Preguntas 4 a las 18					
0- nunca 1- raramente 2- a veces 3- a menudo 4- siempre					
4. Ocupa manos y dedos para evitar el tabaco.	0	1	2	3	4
5. Suele ponerse algo en la boca para evitar de fumar.	0	1	2	3	4
6. Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea	0	1	2	3	4
7. Se angustia cuando se queda sin cigarrillos o no consiguen encontrar el paquete de cigarrillos.	0	1	2	3	4
8. Cuando no tiene cigarrillos le resulta difícil concentrarse o realizar cualquier tarea.	0	1	2	3	4
9. Cuando se haya en un lugar en el que está prohibido fumar ¿juega con su cigarrillo o paquete de cigarrillos?	0	1	2	3	4

10. Algunos lugares o circunstancias lo incitan a fumar: como su sillón favorito, sofá, habitación, en el patio, o con la bebida como el café, té, alcohol, etc.	0	1	2	3	4
11. Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina sin desearlo realmente.	0	1	2	3	4
12. Te ayuda a reducir el estrés el tener un cigarrillo en la mano, aunque sea sin encenderlo.	0	1	2	3	4
13. A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca como lapiceros, palillos, chicles, etc. y los chupa para relajarse del estrés tensión y frustración.	0	1	2	3	4
14. Parte del placer de fumar, procede del ritual de encender el cigarrillo.	0	1	2	3	4
15. Parte del placer del tabaco, consiste en mirar el humo cuando lo inhala.	0	1	2	3	4
16. ¿Enciende alguna vez un cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene uno encendido en el cenicero?	0	1	2	3	4
17. Cuando estaba solo en un restaurante, parada de bus, fiesta, etc. ¿se siente más seguro o más confiado con un cigarrillo en la mano?	0	1	2	3	4
18. Suele encender un cigarrillo ¿SI sus amigos lo hacen?	0	1	2	3	4

Puntuación final: _____

Fuente: internet http://Prevencio.uib.cat/digitalAssets/206/206277_test.de.glover-nilsson.doc

Valoración Test Glover – Nilsson o Dependencia conductual del Cigarrillo

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA:

mediante las preguntas 1,6,7 y 8 se determina el grado de dependencia en función de la puntuación obtenida.

Puntuación.	Dependencia
0 al 5	Leve.
6 al 10.	Moderada.
11 al 16	Alta

DEPENDENCIA SOCIAL:

Las preguntas 17 y 18 son determinantes de este tipo de dependencia.

Puntuación.	Dependencia
0 al 2	Leve.
3 al 5	Moderada
6 al 8	Alta

DEPENDENCIA GESTUAL.

Es evaluada por los ítems 2,3,4,5 y los comprendidos del 9 al 16 ambos incluidos.

Puntuación.	Dependencia
0 al 15	Leve
16 al 31	Moderada
32 o Más	Alta

Fuente: internet http://Prevencio.uib.cat/digitalAssets/206/206277_test.de.glover-nilsson.doc

Apéndice 10

Formato de Evaluación del Impacto (Post)

Participante: _____

Objetivo: Dentro del presente trabajo académico se considera importante conocer sobre los conocimientos generales y/o particulares como punto de comparación para realizar la evaluación del Impacto de la intervención por el consumo del tabaco y sobre los temas más importantes que hizo parte el proyecto aplicado, la información será necesaria complementar la estrategia y corregir en futuros trabajos.

1. ¿Qué conoces y que sabes de la ansiedad?

2. ¿Qué conoces de la dependencia al tabaco?

3. ¿cómo sabes si alguien tiene una dependencia al tabaco?

4. ¿Qué factores de tu vida te ponen en riesgo a que consumas tabaco?

5. ¿Qué factores de tu vida pueden hacer que disminuya el consumo de tabaco?

6. ¿Como actúas cuando sientes ansiedad, ira, frustración?

¿Cuántos cigarrillos está fumando hoy? _____/

Apéndice 11

Ficha Taller 1: Contextualización

ETAPA I - EVALUACIÓN INICIAL - FICHA TÉCNICA TALLER 1 CONTEXTUALIZACION PROYECTO APLICADO

<i>Fecha</i>	26-Octubre-2.022
<i>Grupo Asignado</i>	Un grupo de internos del patio ERE-2 pertenecientes al Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
<i>Lugar</i>	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
<i>Actividad</i>	<p>Etapa I - Evaluación inicial:</p> <p>1- Presentación y contextualización proyecto aplicado</p> <p style="padding-left: 20px;">a. Presentación de participantes y expectativas.</p> <p style="padding-left: 20px;">b. Presentación del proyecto y de la metodología</p> <p>2- Aplicación de instrumentos de evaluación psicológica mediante el diligenciamiento de los siguientes formatos:</p> <p style="padding-left: 20px;">a. FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p style="padding-left: 20px;">b. FORMATO DE INFORMACION BASICA</p> <p style="padding-left: 20px;">c. FORMATO TEST DE FAGERSTRÖM O TEST DE DEPENDENCIA DE LA NICOTINA.</p> <p style="padding-left: 20px;">d. FORMATO TEST GLOVER – NILSSON DETERMINAR LA DEPENDENCIA CONDUCTUAL DEL CONSUMO DE CIGARRILLO</p> <p style="padding-left: 20px;">e. FORMATO DE ENTREVISTA 1</p> <p style="padding-left: 20px;">f. FORMATO DE ENTREVISTA 2</p> <p style="padding-left: 20px;">g. FORMATO DE ENTREVISTA 3</p> <p style="padding-left: 20px;">h. FORMATO DE HISTORIA DEL FUMADOR.</p> <p style="padding-left: 20px;">i. FORMATO (PRE) SOBRE CONOCIMIENTOS Y PUNTO DE PARTIDA</p>
<i>Objetivos</i>	<p>Objetivo General: Establecer el punto de partida y determinar cómo está la dependencia conductual del consumo de cigarrillo en un grupo de internos del patio ERE-2 pertenecientes al Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG)la muestra seleccionada.</p> <p>Objetivos Específicos: Mediante psicoeducación asegurar que los participantes en el proyecto, entiendan y comprendan los procesos psicodiagnósticos como instrumentos de evaluación psicológica para poder pasar a la aplicación de los mismos y que serán aquí utilizados.</p>

<p><i>Sustento Teórico</i></p>	<p>“ Un taller educativo nos permite reflexionar sobre cualidades, lo que nos agrada y nos disgusta, comenzamos a descubrir el yo y responder nuestro ¿quién soy yo? Por tanto, un proceso de desarrollo saludable lo constituye una serie ininterrumpida de situaciones de libre elección a la que la persona se ve enfrentada interminablemente a lo largo de su ciclo vital,” Maslow (1993)</p> <p>“ Un grupo de psicólogos se interesó en el estudio de los procesos psicológicos como lo hiciera Wundt, y otros se inclinaron por el estudio de las diferencias observadas en esos mismos procesos psíquicos, de unas personas a otras. Es precisamente esta idea sobre las diferencias entre las personas , y el como medir dichas diferencias lo que da origen al surgimiento de los instrumentos de evaluación psicológica,” González Llana (2.007)</p> <p>“ Al hablar de la historia del psicodiagnóstico, diferencia las fuentes del mismo de su constitución como disciplina científica. Distingue la prehistoria de la historia, de acuerdo a determinados ejes de referencia: En la primera sobresalen los grandes paradigmas del conocimiento humano (mítico, racional-especulativo y científico), en la segunda, los grandes modelos psicológicos (experimental, correlacional y aplicado),” Fernández Ballesteros (1.993)</p> <p>“ La evaluación psicológica es una disciplina de la psicología que se ocupa de la medida de algunos aspectos del comportamiento humano; esta medición se realiza por medio de metodologías básicas entre las que se encuentran las técnicas psicométricas y las proyectivas y otros métodos como la observación, la entrevista, los autoinformes, etc.,” González Llana (2.007).</p> <p>“ El taller es una metodología que permite superar la enseñanza centrada en el alumno como oyente y el profesor como transmisor-informado, evitando que se aborde el conocimiento como algo ya dado, lo que implica superar el corte comúnmente presente entre la enseñanza, el aprendizaje y la realidad.” Ardenghi y Agnelli (2012)</p> <p>“ El taller educativo implica una práctica concreta que facilita la inserción del alumno en la realidad que constituirá su futuro campo de acción, de modo que permite el desarrollo sólido de competencias profesionales. Betancourt (1996)</p>

<i>Metodología</i>	<p>A- SESIÓN 1: Se expone a los participantes una presentación en formato Power point titulado CONTEXTUALIZACION PROYECTO APLICADO.ppt (adjunto) Así mismo se presenta y desarrollan de forma personalizada los siguientes instrumentos de evaluación (adjunto)</p> <p>1-FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO 2-FORMATO DE INFORMACION BASICA. 3-FORMATO TEST DE FAGERSTRÖM O TEST DE DEPENDENCIA DE LA NICOTINA.</p> <p>B- SESIÓN 2: Se presenta y desarrollan de forma personalizada los siguientes instrumentos de evaluación (adjunto)</p> <p>4-FORMATO TEST GLOVER – NILSSON DETERMINAR LA DEPENDENCIA CONDUCTUAL DEL CONSUMO DE CIGARRILLO 5-FORMATO DE ENTREVISTA 1 6-FORMATO DE ENTREVISTA 2</p> <p>C- SESIÓN 3: Se desarrollan de forma personalizada los siguientes instrumentos de evaluación (adjunto)</p> <p>7-FORMATO DE ENTREVISTA 3 8-FORMATO DE HISTORIA DEL FUMADOR 9-FORMATO (PRE) SOBRE CONOCIMIENTOS Y PUNTO DE PARTIDA.</p>
<i>Instrumentos Utilizados</i>	<p>Recursos Físicos: 1- Formularios Instrumentos de evaluación. 2- Lapiceros. 3- Tablero</p> <p>Recursos Materiales: 1- Computador 2- Video- beam</p> <p>Técnicas psicológicas utilizadas: 1-Instrumentos de evaluación psicológica. a. Encuesta validada b. Test de glover-nilsson. c. Entrevistas, cuantitativas y cualitativas</p>

Hallazgos o Resultados	<p>Según expresado en el Test Fagerstrom utilizado en el proyecto aplicado, todos los participantes (el 100%) tienen un bajo grado de dependencia a la nicotina.</p> <p>Según el Test Glover-Nilsson, el 80% de los participantes, tienen una dependencia psicológica leve a la nicotina, mientras que para el 20% tienen una dependencia psicológica moderada a la nicotina.</p> <p>Según el Test Glover-Nilsson, Todos los participantes (100%), tienen una dependencia Gestual.</p>
EVIDENCIAS	
<p>Referencias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- González, Llaneza Felicia Mirian, (2.007), Instrumentos de Evaluación Psicológica, Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba, 2.007 2- <i>htt/: Prevensio.uib.cat/digitalAssets/206/206277_test.de.glover-nilsson.doc</i> 3- Lorenzo, A. (2.000). Las bases psicológicas de los programas internacionales de rehabilitación para damnificados por incidentes críticos de gran envergadura. Tesis Doctoral en psicología. Jarkov: Universidad Nacional del Ministerio del Interior de Ucrania. 	

ETAPA I - EVALUACIÓN INICIAL
AGENDA TALLER 1 - EVALUACIÓN INICIAL.
MES DE: Octubre / 2022

DIA	HORA	DURACIÓN	SESION	RESUMEN DEL CONTENIDO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO
Miércoles 26 octubre	13:30 – 15:30	2 horas	Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de la contextualización proyecto aplicado. • Desarrollo de Instrumentos de evaluación: <ul style="list-style-type: none"> - Formato consentimiento informado; - Formato de información básica; - Formato test de Fagerström o test de dependencia de la nicotina. 	José E. González	Presentación en Power point. De forma personalizada
Jueves 27 octubre	13:30 – 15:30	2 horas	Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de Instrumentos de evaluación: <ul style="list-style-type: none"> - Formato test Glover – Nilsson determinar la dependencia conductual del consumo de cigarrillo - Formato de entrevista 1; - Formato de entrevista 2; 	José E. González	De forma personalizada
Viernes 28 octubre	13:30 – 15:30	2 horas	Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de Instrumentos de evaluación: <ul style="list-style-type: none"> - Formato de entrevista 3 - Formato de historia del fumador; - Formato sobre conocimientos y punto de partida. 	José E. González	De forma personalizada

Apéndice 12
*Formato Diario de Campo – Taller 1 -
 Fase I Evaluación*

Fecha	Miércoles, 26 octubre 2.022		
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota” - Patio ERE-2		
Participantes	Sujeto 1, Sujeto 2, Sujeto 3, Sujeto 4, Sujeto 5		
Hora de Inicio	01:30 p.m.	Hora Final:	03:30 p.m.
Objetivo de la Actividad	<p>Establecer el punto de partida y determinar cómo está la dependencia del consumo de cigarrillo en un grupo de internos del patio ERE-2 pertenecientes al Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG) la muestra seleccionada. Mediante psicoeducación asegurar que los participantes en el proyecto, entiendan y comprendan los procesos psicodiagnósticos como instrumentos de evaluación psicológica para poder pasar a la aplicación de los mismos y que serán aquí utilizados.</p>		
Desarrollo de la Actividad:	<p>1- Presentación en formato Power Point de la contextualización proyecto aplicado.</p> <p>2- Desarrollo de Instrumentos de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formato consentimiento informado; - Formato de información básica; - Formato test de Fagerström o test de dependencia de la nicotina. <p>3- Desarrollo de Instrumentos de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formato test Glover – Nilsson determinar la dependencia conductual del consumo de cigarrillo - Formato de entrevista 1; - Formato de entrevista 2; <p>4- Desarrollo de Instrumentos de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formato de entrevista 3 - Formato de historia del fumador; - Formato sobre conocimientos y punto de partida. 		
Observaciones	<p>Se realiza la bienvenida a los participantes, seguido de una dinámica para la presentación de los participantes.</p> <p>En la Presentación del taller y la manera como se abordará cada uno de los temas se observa gran motivación e interés para continuar con el proceso. En los contenidos de la agenda, se explican las reglas de juego del taller y algunos aspectos de logística.</p>		

Apéndice 13

*Ficha técnica – Fase II Intervención – Taller 2
Sesión 1 Conocimiento y manejo de la Ansiedad*

Fecha	Lunes, 31- octubre -2.022
Grupo Asignado	Un grupo de internos del patio ERE-2 pertenecientes al Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Actividades	<p>Etapa II - Intervención:</p> <p>1- Presentación del taller y de los contenidos de la agenda.</p> <p>2- Presentación de un video sobre la ansiedad en formato MP4 titulado EL TRASTORNO DE LA ANSIEDAD con una duración de 24.41 minutos.</p> <p style="padding-left: 20px;">a. Análisis y socialización del video.</p> <p style="padding-left: 20px;">b. Conclusiones del video</p> <p>3- Presentación de cada uno de los temas sobre el conocimiento y conceptualización de la ansiedad.</p>
Objetivos	<p>Objetivo General: Psicoeducar en ansiedad y brindar estrategias para el manejo de ansiedad.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoeducar y asegurar que los participantes en el proyecto, entiendan y comprendan sobre el trastorno de la ansiedad. 2. Capacitar a los participantes mediante la presentación de un video, sobre las estrategias para el afrontamiento y los tipos de respuesta para el manejo del trastorno de la ansiedad.
Sustento Teórico	<p>“Las competencias integran conocimientos, habilidades, capacidades y valores que se manifiestan en la acción mediante un desempeño eficiente en un contexto determinado” Kobinger (1998)</p> <p>“ Todas las personas están estimuladas por una tendencia inherente a actualizar, es decir, a desplegar todas sus potencialidades, favoreciendo su desarrollo, conservación y enriquecimiento, de modo que es importante generar esos espacios de reflexión en donde, coordinados por profesionales de la psicología, se encamine a las personas a procesos de crecimiento personal.” Rogers (1983)</p> <p>“ Es necesario implementar estrategias educativas para el crecimiento y desarrollo integral donde se promueva el autoconocimiento y las habilidades emocionales y sociales donde se trabaje sobre el autocontrol, el respeto por los otros y la sensibilidad social para lograr canalizar de forma adecuada la agresividad e impulsividad.” Jadue, (2003)</p>

	<p>“La salud mental, como parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social. Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. La enfermedad mental es la segunda causa de carga de enfermedad en las sociedades con economías de mercado, sin que haya perspectiva de control de estas cifras, por pronosticarse un aumento considerable.” Grupo de Trabajo Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad, (2008),</p>
<p><i>Metodología</i></p>	<p>SESIÓN 1: PRESENTACIÓN DE UN VIDEO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación a los participantes de un video en formato MP4, titulado EL TRASTORNO DE LA ANSIEDAD con una duración de 26:41 minutos. (adjunto). 2. Así mismo se realizará un análisis con respecto a vida personal de cada uno de los participantes y conclusiones del mismo. 3. Aplicación del instrumento psicodiagnóstico: la escala de Hamilton para la ansiedad. 4. Análisis y valoración de los resultados.
<p><i>Instrumentos Utilizados</i></p>	<p>Recursos Físicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Formularios Instrumentos de evaluación. 2- Lapiceros. 3- Tablero <p>Recursos Materiales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Computador. 2- Video- beam. <p>Técnicas psicológicas utilizadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Psicoeducación. 2- Aplicación de instrumento psicométrico. 3- Foco psicoterapéutico.
<p><i>Hallazgos o Resultados</i></p>	<p>Después de la Presentación del video y mediante la dinámica de intercambio de experiencias de cada uno de los participantes se observa un cambio de percepción y gran motivación e interés para continuar con el proceso.</p>

EVIDENCIAS

- 1- Lobo A, Campos R. (1997), Factores etiopatogénicos. En :Trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: Editorial EMISA; p.41-76.
- 2- Ministerio de sanidad y consumo, (2008), Grupo de Trabajo Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, Guías de práctica clínica del sistema nacional de salud, Plan Nacional Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo, UETS N° 2006/10. Madrid, España.
- 3- Lobo A, Camorro L, (2002), Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica. 118(13): 493-9, <https://lamenteesmaravillosa.com> .
- 4- Pascual Pascual P, (2005), Villena Ferrer A, Morena Rayo S, Téllez Lapeira, JM, López García C. El paciente ansioso. Guías Clínicas.;5(38), <http://www.fisterra.com>.
- 5- Garrido, Picazo M, (2,008), Médico de Familia. Centro de Salud Silvano. Manejo de la ansiedad en Atención Primaria, Madrid. España.
- 6- Palacios, Julia Reiriz, (2.005), Doctora en Medicina. Especialista en Neurología. Coordinadora de la materia de Estructura y Función del Cuerpo Humano, Sistema respiratorio: anatomía, Universidad de Barcelona, España.
- 7- Canet, J; West, JB, (2.001), Fisiología Respiratoria.. Capítulos 2, 5 y 6.
- 8- Blanco, Esther; (2018), Psicóloga Clínica de Psicoterapia y Personalidad, La respiración profunda, miembro de Persum Psicólogos, Oviedo, Asturias, España

**FASE II – INTERVENCIÓN.
AGENDA TALLER 2 - CONOCIMIENTO Y MANEJO DE LA ANSIEDAD**

FECHA	HORA	DURACIÓN	SESION	RESUMEN DEL CONTENIDO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO
Lunes 31-Oct-2.022	13:30 – 15:30	2 horas	Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Presentación de un video en formato MP4, titulado: EL TRASTORNO DE LA ANSIEDAD • 2. Análisis, socialización y enseñanzas del video. • Dinámica sobre experiencias de ansiedad • Análisis y valoración de los resultados 	José E. González	Psicoeducación De forma grupal
Martes 01-Nov-2.022	13:30 – 15:30	2 horas	Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en formato Power point titulado: 1ª parte del Taller educativo para conocimiento la ansiedad.ppt : conocimientos y conceptualización sobre la ansiedad. Primera parte 	José E. González	Psicoeducación De forma grupal
Miércoles 02-Nov-2.022	13:30 – 15:30	2 horas	Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en formato Power point titulado: 2ª parte, Estrategias de afrontamiento y tipos de respuesta para el control y manejo de la ansiedad. Segunda parte 	José E. González	Psicoeducación De forma personalizada

Apéndice 14

Formato Diario de Campo – Taller 2 – Fase II Intervención

Fecha	Lunes 31-Oct-2.022		
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota” - Patio ERE-2		
Participantes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sujeto 1 2. Sujeto 2 3. Sujeto 3 4. Sujeto 4 5. Sujeto 5 		
Hora de Inicio	01:30 pm.	Hora Final:	03:30 pm.
Objetivo de la Actividad	<p>Psicoeducar en ansiedad y brindar estrategias para el manejo de ansiedad.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoeducar y asegurar que los participantes en el proyecto, entiendan y comprendan sobre el trastorno de la ansiedad. 2. Capacitar a los participantes mediante la presentación de un video, sobre las estrategias para el afrontamiento y los tipos de respuesta para el manejo del trastorno de la ansiedad. 		
Desarrollo de la Actividad:	<p>Se realiza la presentación de un video en formato MP4, titulado: EL TRASTORNO DE LA ANSIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se hace un análisis, socialización y enseñanzas del video. • Se realiza una dinámica sobre experiencias de ansiedad • Se hace un análisis y valoración de los resultados 		
Observaciones	<p>Se observa en los participantes que tiene muchas expectativas con el proceso y conocían la palabra ansiedad generalmente relacionado con un desespero, pero al confrontarlas con los términos y respectivos significados relacionados en el video cambian las percepciones y conceptos que tenían con el tema de la ansiedad.</p>		

Apéndice 15

Ficha Técnica Fase II Intervención – Sesión 2 - Conocimiento y Manejo de la Ansiedad

Fecha	Martes 01-noviembre-2.022
Grupo Asignado	Un grupo de internos del patio ERE-2 pertenecientes al Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Actividades	<p>ETAPA II - INTERVENCION:</p> <p>1- Presentación del taller y de los contenidos de la agenda.</p> <p>2- Presentación de cada uno de los temas sobre el conocimiento y conceptualización de la ansiedad</p> <p>a. Se expone a los participantes una presentación en formato Power point titulado TALLER EDUCATIVO PARA CONOCIMIENTO LA ANSIEDAD.ppt – Primera parte.</p> <p>b. Se hace un análisis, socialización y conclusiones de la presentación.</p> <p>c. Se realiza una dinámica sobre experiencias de ansiedad</p>
Objetivos	<p>Objetivo General: Psicoeducar en ansiedad y brindar estrategias para el manejo de ansiedad.</p> <p>Objetivos Específicos: Psicoeducar y asegurar que los participantes en el proyecto, entiendan y comprendan conceptos y teorías sobre el trastorno de la ansiedad.</p>
Sustento Teórico	<p>“Las competencias integran conocimientos, habilidades, capacidades y valores que se manifiestan en la acción mediante un desempeño eficiente en un contexto determinado” Kobinger (1998)</p> <p>“ Todas las personas están estimuladas por una tendencia inherente a actualizar, es decir, a desplegar todas sus potencialidades, favoreciendo su desarrollo, conservación y enriquecimiento, de modo que es importante generar esos espacios de reflexión en donde, coordinados por profesionales de la psicología, se encamine a las personas a procesos de crecimiento personal.” Rogers (1983)</p> <p>“ Es necesario implementar estrategias educativas para el crecimiento y desarrollo integral donde se promueva el autoconocimiento y las habilidades emocionales y sociales donde se trabaje sobre el autocontrol, el respeto por los otros y la sensibilidad social para lograr canalizar de forma adecuada la agresividad e impulsividad.” Jadue, (2003)</p> <p>“La salud mental, como parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social. Los trastornos mentales constituyen una importante carga</p>

	<p>económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. La enfermedad mental es la segunda causa de carga de enfermedad en las sociedades con economías de mercado, sin que haya perspectiva de control de estas cifras, por pronosticarse un aumento considerable.” Grupo de Trabajo Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad, (2008).</p>
Metodología	<p>SESIÓN 2: PRESENTACIÓN EN FORMATO POWER POINT</p> <p>A- Psicoeducación en ansiedad, se expone a los participantes una presentación en formato Power point titulado: 1ª parte del Taller educativo para conocimiento la ansiedad.ppt : conocimientos y conceptualización sobre la ansiedad y las diferencias de la ansiedad como emoción y la ansiedad como patologí</p>
Instrumentos Utilizados	<p>Recursos Físicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Formularios Instrumentos de evaluación. 2- Lapiceros. 3- Tablero <p>Recursos Materiales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Computador. 2- Video- beam. <p>Técnicas psicológicas utilizadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Psicoeducación. 2- Aplicación de instrumento psicométrico. 3- Foco psicoterapéutico.
Hallazgos o Resultados	<p>Se observa en los participantes que tiene muchas expectativas con el proceso y relacionan los conocimientos del video del taller anterior con los conceptos, los términos y respectivos significados relacionados y aprendidos en la presentación de power point, cambian las percepciones y conceptos que tenían con el tema de la ansiedad.</p>
EVIDENCIAS	
<ol style="list-style-type: none"> 1- Pascual Pascual P, (2005), Villena Ferrer A, Morena Rayo S, Téllez Lapeira, JM, López García C. El paciente ansioso. Guías Clínicas.;5(38), http://www.fisterra.com. 2- Ministerio de sanidad y consumo, (2008), Grupo de Trabajo Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, Guías de práctica clínica del sistema nacional de salud, Plan Nacional Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo, UETS N° 2006/10. Madrid, España. 3- Lobo A, Camorro L, (2002), Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica. 118(13): 493-9, https://lamenteesmaravillosa.com . 	

- 4-** Lobo A, Campos R. (1997), Factores etiopatogénicos. En :Trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: Editorial EMISA; p.41-76.
- 5-** Garrido, Picazo M, (2,008), Médico de Familia. Centro de Salud Silvano. Manejo de la ansiedad en Atención Primaria, Madrid. España.
- 6-** Palacios, Julia Reiriz, (2.005), Doctora en Medicina. Especialista en Neurología. Coordinadora de la materia de Estructura y Función del Cuerpo Humano, Sistema respiratorio: anatomía, Universidad de Barcelona, España.
- 7-** Canet, J; West, JB, (2.001), Fisiología Respiratoria.. Capítulos 2, 5 y 6.
- 8-** Blanco, Esther; (2018), Psicóloga Clínica de Psicoterapia y Personalidad, La respiración profunda, miembro de Persum Psicólogos, Oviedo, Asturias, España

**FASE II - INTERVENCION.
AGENDA TALLER 2 – CONOCIMIENTO Y MANEJO DE LA ANSIEDAD.**

FECHA	HORA	DURACIÓN	SESION	RESUMEN DEL CONTENIDO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO
Lunes 31-Oct-2.022	13:30 – 15:30	2 horas	Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Presentación de un video en formato MP4, titulado: EL TRASTORNO DE LA ANSIEDAD • 2. Análisis del video • Aplicación del instrumento psicodiagnóstico: la escala de Hamilton para la ansiedad. • Análisis y valoración de los resultados 	José E. González	Psicoeducación De forma grupal
Martes 01-Nov-2.022	13:30 – 15:30	2 horas	Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en formato Power point titulado: 1ª parte del Taller educativo para conocimiento la ansiedad.ppt : conocimientos y conceptualización sobre la ansiedad. Primera parte 	José E. González	Psicoeducación De forma grupal
Miércoles 02-Nov-2.022	13:30 – 15:30	2 horas	Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en formato Power point titulado: 2ª parte, Estrategias de afrontamiento y tipos de respuesta para el control y manejo de la ansiedad. Segunda parte 	José E. González	Psicoeducación De forma personalizada

Apéndice 16

Ficha Técnica - Fase II Intervención - Taller 2 - Sesión 2

Conocimiento y Manejo de la Ansiedad

Fecha	Martes 01-noviembre-2.022		
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota” - Patio ERE-2		
Participantes	<ol style="list-style-type: none"> 1- Mauricio García Herreros 2- Yulkir Rodríguez Ruiz 3- Daniel Alonso Puentes Flórez 4- Yeferson Gabriel Gaitán Diaz 5- Yeferson Jaramillo Beltrán 		
Hora de Inicio	01:30 pm.	Hora Final:	03:30 pm.
Objetivo de la Actividad	Psicoeducar en ansiedad y brindar estrategias para el manejo de ansiedad. asegurando que los participantes en el proyecto, entiendan y comprendan conceptos y teorías sobre el trastorno de la ansiedad.		
Desarrollo de la Actividad:	<p>Se expuso a los participantes una presentación en formato Power Point, titulado TALLER EDUCATIVO PARA CONOCIMIENTO LA ANSIEDAD.ppt – Primera parte.</p> <p>Se hizo un análisis, socialización y enseñanzas de la presentación.</p> <p>Se realizó una dinámica sobre experiencias de ansiedad de cada uno de los participantes y se confrontan con los conceptos.</p>		
Observaciones	Se observa en los participantes que tiene muchas expectativas con el proceso y conocían la palabra ansiedad generalmente relacionado con un desespero, pero al confrontarlas con los términos y respectivos significados relacionados en la presentación y la interrelación y exposición de experiencias individuales cambian las percepciones y conceptos que tenían con el tema de la ansiedad.		

Apéndice 17

Ficha Técnica – Fase II Intervención – Taller 2 – Sesión 3

Conocimiento y Manejo de la Ansiedad

Fecha	Miércoles, 02-noviembre-2.022
Grupo Asignado	Un grupo de internos del patio ERE-2 pertenecientes al Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Actividades	<p>Fase II - Intervención:</p> <p>1- Presentación del taller y de los contenidos de la agenda.</p> <p style="padding-left: 40px;">a. Se expone a los participantes una presentación en formato Power point titulado TALLER EDUCATIVO PARA MANEJO DE LA ANSIEDAD.ppt</p> <p style="padding-left: 40px;">b. Realizar Focos Terapéuticos de las estrategias de afrontamiento y manejo de la ansiedad.</p>
Objetivos	<p>Objetivo General: Psicoeducar en ansiedad y brindar estrategias para el manejo de ansiedad.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoeducar y asegurar que los participantes en el proyecto, entiendan y comprendan sobre el trastorno de la ansiedad. 2. Capacitar a los participantes mediante focos psicoterapéuticos, sobre las estrategias para el afrontamiento y los tipos de respuesta para el manejo del trastorno de la ansiedad.
Sustento Teórico	<p>“Las competencias integran conocimientos, habilidades, capacidades y valores que se manifiestan en la acción mediante un desempeño eficiente en un contexto determinado” Kobinger (1998)</p> <p>“ Todas las personas están estimuladas por una tendencia inherente a actualizar, es decir, a desplegar todas sus potencialidades, favoreciendo su desarrollo, conservación y enriquecimiento, de modo que es importante generar esos espacios de reflexión en donde, coordinados por profesionales de</p>

	<p>la psicología, se encamine a las personas a procesos de crecimiento personal.” Rogers (1983)</p> <p>“ Es necesario implementar estrategias educativas para el crecimiento y desarrollo integral donde se promueva el autoconocimiento y las habilidades emocionales y sociales donde se trabaje sobre el autocontrol, el respeto por los otros y la sensibilidad social para lograr canalizar de forma adecuada la agresividad e impulsividad.” Jadue, (2003)</p> <p>“La salud mental, como parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social. Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen. La enfermedad mental es la segunda causa de carga de enfermedad en las sociedades con economías de mercado, sin que haya perspectiva de control de estas cifras, por pronosticarse un aumento considerable.” Grupo de Trabajo Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad, (2008),</p>
<p><i>Metodología</i></p>	<p>SESIÓN 3: PRESENTACIÓN EN FORMATO POWER POINT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se expone a los participantes una presentación en formato Power point titulado: 2ª parte del Taller educativo para EL MANEJO de la ansiedad.ppt. 2. Foco psicoterapéutico en Estrategias de afrontamiento y tipos de respuesta para el control y manejo de la ansiedad.
<p><i>Instrumentos Utilizados</i></p>	<p>Recursos Físicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Formularios Instrumentos de evaluación. 2- Lapiceros. 3- Tablero <p>Recursos Materiales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Computador. 2- Video- beam. <p>Técnicas psicológicas utilizadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Psicoeducación. 2- Aplicación de instrumento psicométrico. 3- Foco psicoterapéutico.

<i>Hallazgos o Resultados</i>	(Se deja en blanco hasta q se aplique el taller)
<i>EVIDENCIAS</i>	
<p>1- Blanco, Esther; (2018), Psicóloga Clínica de Psicoterapia y Personalidad, La respiración profunda, miembro de Persum Psicólogos, Oviedo, Asturias, España</p> <p>2- Palacios, Julia Reiriz, (2.005), Doctora en Medicina. Especialista en Neurología. Coordinadora de la materia de Estructura y Función del Cuerpo Humano, Sistema respiratorio: anatomía, Universidad de Barcelona, España.</p> <p>3- Canet, J; West, JB, (2.001), Fisiología Respiratoria.. Capítulos 2, 5 y 6.</p> <p>4- Lobo A, Campos R. (1997), Factores etiopatogénicos. En :Trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: Editorial EMISA; p.41-76.</p> <p>5- Ministerio de sanidad y consumo, (2008), Grupo de Trabajo Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, Guías de práctica clínica del sistema nacional de salud, Plan Nacional Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo, UETS N° 2006/10. Madrid, España.</p> <p>6- Lobo A, Camorro L, (2002), Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica. 118(13): 493-9, https://lamenteesmaravillosa.com .</p> <p>7- Pascual Pascual P, (2005), Villena Ferrer A, Morena Rayo S, Téllez Lapeira, JM, López García C. El paciente ansioso. Guías Clínicas.;5(38), http://www.fisterra.com.</p> <p>8- Garrido, Picazo M, (2,008), Médico de Familia. Centro de Salud Silvano. Manejo de la ansiedad en Atención Primaria, Madrid. España.</p>	

FASE II - INTERVENCION.
AGENDA TALLER 2 – SESIÓN 3 - CONOCIMIENTO Y MANEJO DE LA ANSIEDAD.

FECHA	HORA	DURACIÓN	SESION	RESUMEN DEL CONTENIDO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO
Lunes 31-Oct-2.022	13:30 – 15:30	2 horas	Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Presentación de un video en formato MP4, titulado: EL TRASTORNO DE LA ANSIEDAD • 2. Análisis del video • Aplicación del instrumento psicodiagnóstico: la escala de Hamilton para la ansiedad. • Análisis y valoración de los resultados 	José E. González	Psicoeducación De forma grupal
Martes 01-Nov-2.022	13:30 – 15:30	2 horas	Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en formato Power point titulado: 1ª parte del Taller educativo para conocimiento la ansiedad.ppt : conocimientos y conceptualización sobre la ansiedad. Primera parte 	José E. González	Psicoeducación De forma grupal
Miércoles 02-Nov-2.022	13:30 – 15:30	2 horas	Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en formato Power point titulado: 2ª parte, Estrategias de afrontamiento y tipos de respuesta para el control y manejo de la ansiedad. Segunda parte 	José E. González	Psicoeducación De forma personalizada

Apéndice 18
Formato Diario de Campo – Taller 2 – Sesión 3

Fecha	Miercoles, 02-noviembre-2.022		
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota” - Patio ERE-2		
Participantes	1- Sujeto 1 2- Sujeto 2 3- Sujeto 3 4- Sujeto 4 5- Sujeto 5		
Hora de Inicio	01:30 pm.	Hora Final:	03:30 pm.
Objetivo de la Actividad	<p>Psicoeducar en ansiedad y brindar estrategias para el manejo de ansiedad y asegurar que los participantes en el proyecto, entiendan y comprendan sobre el trastorno de la ansiedad.</p> <p>Capacitar a los participantes mediante focos psicoterapéuticos, sobre las estrategias para el afrontamiento y los tipos de respuesta para el manejo del trastorno de la ansiedad.</p>		
Desarrollo de la Actividad:	<p>Se expuso a los participantes una presentación en formato Power point, titulado TALLER EDUCATIVO PARA CONOCIMIENTO LA ANSIEDAD.ppt – segunda parte.</p> <p>Se hizo un análisis, socialización y enseñanzas de la presentación.</p> <p>Se realizó una dinámica sobre experiencias de ansiedad de cada uno de los participantes y se confrontan con los conceptos.</p>		
Observaciones	<p>Se observa en los participantes que tiene muchas expectativas con el proceso y conocían la palabra ansiedad generalmente relacionado con un desespero, pero al confrontarlas con los términos y respectivos significados relacionados en la presentación y la interrelación y exposición de experiencias individuales cambian las percepciones y conceptos que tenían con el tema de la ansiedad.</p>		

Apéndice 19

Ficha Técnica Taller 3 - Fase II Intervención – Sesión 1

REGULACIÓN EMOCIONAL

SESIÓN 1- PSICOEDUCACIÓN GENERALIDADES Y CONCEPTUALIZACIÓN

Fecha	Jueves, 03 de noviembre 2.022
Grupo Asignado	Un grupo de internos del patio ERE-2 pertenecientes al Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Actividades	<p>SESIÓN 1- GENERALIDADES Y CONCEPTUALIZACIÓN</p> <p>1- Bienvenida a los participantes.</p> <p>2- Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos.</p> <p>3- Se expone a los participantes una presentación en formato Power point en la que se explican cada uno de los temas sobre las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre la Regulación emocional</p>
Objetivos	<p>Objetivo General: Psicoeducar y construir conocimientos en las estrategias de regulación emocional y habilidades para el manejo de ansiedad</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entender y comprender sobre los conceptos y la definición de: regulación emocional, las emociones, el proceso emocional. 2. Conocer las técnicas y estrategias de regulación emocional. 3. Conocer el modelo del proceso de regulación emocional postulado por Gross 4. IMPORTANCIA DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL EN LA NIÑEZ 5. Aprender a generar emociones positivas y adoptar una actitud positiva ante la vida a pesar de la condición de privación de la libertad.
Sustento Teórico	<p>“La regulación emocional es el proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, se trata de unos procesos externos e internos responsables de visualizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas” Garrido, Picazo M, (2,008)</p> <p>“La emoción es una reacción afectiva que tienen los seres humanos ante las distintas circunstancias que le acontecen en su vida. Una de las características principales de la emoción es el hecho de que son de gran relevancia en el comportamiento humano, que en ocasiones puede ser socialmente aceptable y en ocasiones puede ser socialmente inaceptable. Es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a la acción. La Emoción es un proceso psicológico que nos prepara para adaptarnos y responder al entorno. Su función principal es la adaptación que es la clave para entender la máxima premisa de cualquier organismo vivo: la supervivencia.” Bisquerra, 2000.</p>

	<p>“Para la explicación de este proceso hay una extraordinaria proliferación de planteamientos teóricos. Las distintas aportaciones proceden de análisis de tipo: conductual, biológico y cognitivo.</p> <p>En la orientación conductual, la contribución de los psicólogos del aprendizaje ha sido decisiva en la Psicología de la Emoción, ya que en su seno se han desarrollado las conceptualizaciones fundamentales que basan el proceso emocional en el propio proceso de aprendizaje. Las aportaciones más importantes se centran en el estudio del miedo y la ansiedad.</p> <p>El estudio de los sistemas cerebrales implicados en el procesamiento de la información emocional se lleva a cabo desde un área multidisciplinar de investigación reconocida como neurociencia afectiva.” Fernández-Abascal y Jiménez Sánchez, 2.002</p> <p>“Las estrategias de regulación emocional se agrupan en tres bloques:</p> <p>1° Aquellas que implican un cambio de atención de la fuente de malestar a otra de estimulación.</p> <p>2° Aquellas relacionadas con la búsqueda de apoyo.</p> <p>3° Las que basan la atención en la fuente del malestar con el objetivo de modificar el contexto de la situación.” Gross (2007)</p>
<p>Metodología</p>	<p>SESIÓN 1: GENERALIDADES Y CONCEPTUALIZACIÓN PRESENTACIÓN EN FORMATO POWER POINT</p> <p>1. Se expone a los participantes una presentación en formato Power point titulado: TALLER 3 REGULACIÓN EMOCIONAL SESIÓN 1 GENERALIDADES Y CONCEPTUALIZACIÓN.ppt</p> <p>2. Dinámica, Recoger las expectativas y confrontarlas con objetivos y contenido del taller.</p> <p>a. Los participantes comentan la experiencia lograda en la presentación y ejercicio académico.</p> <p>b. Comentarios generales.</p> <p>3. Síntesis y repaso de los términos y respectivos significados relacionados con los temas expuestos.</p>
<p>Instrumentos Utilizados</p>	<p>Recursos Físicos:</p> <p>1- Audiovisuales, micrófono, televisor.</p> <p>2- Lapiceros.</p> <p>3- Tablero, Marcadores, borrador</p> <p>Recursos Materiales:</p> <p>1- Computador</p> <p>1- Video-beam</p>

	<p>Técnicas psicológicas utilizadas:</p> <p>1- Psicoeducación. 2- Mediante reeducación. 3- Foco psicoterapéutico. Ejercicios de regulación emocional</p>
Hallazgos o Resultados	(Se deja en blanco hasta q se aplique el taller)
EVIDENCIAS	
<p>1- Garrido, Picazo M, (2,008), Médico de Familia. Centro de Salud Silvano. Manejo de la ansiedad en Atención Primaria, Madrid. España.</p> <p>2- Fernández, Abascal, Enrique G. y Jiménez, Sánchez María Pilar, (2009). Psicología de la emoción.</p> <p>3- Bisquerra, R. (2016). 10 ideas claves. Educación emocional. Barcelona: GRAO Editores, http://www.rafaelbisquerra.com/es/competencias-emocionales.html, (Consulta: 10 de septiembre de 2022)</p> <p>4- Bisquerra, R. (2009). Psicopedagogía de las emociones. http://www.rafaelbisquerra.com/es/educacion-emocional/objetivos- Madrid: Síntesis.</p> <p>5- Goleman, D. (1996). Inteligencia emocional, Editorial Kairós, Barcelona http://www.rafaelbisquerra.com/es/inteligencia-emocional/modelo-de-goleman.html (Consulta: 12 de septiembre de 2022)</p> <p>6- Gardner, H. (1995). Inteligencias múltiples. La teoría en la práctica, Paidós, Barcelona.</p> <p>7- Garrido, Picazo M, (2,008), Médico de Familia. Centro de Salud Silvano. Manejo de la ansiedad en Atención Primaria, Madrid. España, https://www.importancia.org/emocion.php.(Consulta: 18 de septiembre de 2022)</p> <p>8- Carstensen, Isaacowitz y Charles, (1999); teoría de la selectividad emocional, citado en Hervás y Vázquez, (2006), p.13.</p>	

AGENDA SEMANAL
FASE II – INTERVENCION - TALLER 3 – REGULACIÓN EMOCIONAL

FECHA	HORA	DURACIÓN	SESION	RESUMEN DEL CONTENIDO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO
Jueves 3-Nov-2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	1	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida a los participantes. • Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. • Exposición de una presentación en formato Power point en la que se explican los temas, las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre la Regulación emocional 	José E. González	Psicoeducación De forma grupal
Viernes 4-Nov-2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	2	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición de una presentación en formato Power point en la que se explican los temas, las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre el proceso de la respiración profunda. • Se realiza con los participantes ejercicio práctico del paso a paso del procedimiento básico de respiración profunda 	José E. González	Psicoeducación Foco psicoterapéutico De forma grupal
Lunes 7-Nov-2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	3	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. • Se expone a los participantes una presentación en formato Power point en la que se explican cada uno de los temas sobre las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre el método de la Relajación progresiva. • Se realiza con los participantes ejercicio práctico del paso a paso del método de la Relajación progresiva. 	José E. González	Psicoeducación Foco psicoterapéutico De forma personalizada
Martes 8-Nov-2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	4	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. • Se expone a los participantes una presentación en formato Power point en la que se explican cada uno de los temas sobre las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre el entrenamiento asertivo. • Se realiza con los participantes ejercicio práctico del paso a paso del entrenamiento asertivo. 	José E. González	Psicoeducación Foco psicoterapéutico De forma grupal

Apéndice 20

Ficha Técnica Taller 3 – Fase II Intervención

Fecha	Viernes 04-noviembre-2.022		
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota” - Patio ERE-2		
Participantes	<ol style="list-style-type: none"> 1- Mauricio García Herreros 2- Yulkir Rodríguez Ruiz 3- Daniel Alonso Puentes Flórez 4- Yeferson Gabriel Gaitán Diaz 5- Yeferson Jaramillo Beltrán 		
Hora de Inicio	01:30 pm.	Hora Final:	03:30 pm.
Objetivo de la Actividad	<p>Psicoeducar y construir conocimientos en las estrategias de regulación emocional y habilidades para el manejo de ansiedad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entender y comprender sobre los conceptos y la definición de: regulación emocional, las emociones, el proceso emocional. 2. Conocer las técnicas y estrategias de regulación emocional. 3. Conocer el modelo del proceso de regulación emocional postulado por Gross 4. IMPORTANCIA DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL EN LA NIÑEZ <p>Aprender a generar emociones positivas y adoptar una actitud positiva ante la vida a pesar de la condición de privación de la libertad</p>		
Desarrollo de la Actividad:	<p>Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos.</p> <p>Exposición de la presentación en formato Power point en la que se explican los temas, las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre la Regulación emocional</p>		
Observaciones	<p>Los participantes aprenden los procesos para mantener y modular la duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos externos, responsables de visualizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir adecuadamente las metas y objetivos.</p>		

Apéndice 21

Ficha Técnica Taller 3 – Fase II Intervención – Sesión 2

Fecha	4 noviembre de 2.022
Grupo Asignado	Un grupo de internos del patio ERE-2 pertenecientes al Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Actividades	<p>PRÁCTICAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL - LA RESPIRACIÓN PROFUNDA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Bienvenida a los participantes. 2- Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. 3- Se expone a los participantes una presentación en formato Power point en la que se explican cada uno de los temas sobre las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre el proceso de la respiración profunda. 4- Realizar Focos Terapéuticos de ejercicios prácticos del paso a paso del procedimiento básico de respiración profunda.
Objetivos	<p>Objetivo General: Realizar foco psicoterapéutico sobre el proceso de la respiración profunda</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprender como es el proceso biológico de la respiración . 2. Conocer cuáles son las etapas de la respiración . 3. Conocer como es el proceso de la oxigenación 4. Conocer y comprender la importancia de la respiración profunda 5. Aprender el procedimiento básico de respiración profunda.
Sustento Teórico	<p>“El sistema respiratorio está formado por las estructuras que realizan el intercambio de gases entre la atmósfera y la sangre. El oxígeno (O₂) es introducido dentro del cuerpo para su posterior distribución a los tejidos y el dióxido de carbono (CO₂) producido por el metabolismo celular, es eliminado al exterior.” Palacios, Julia Reiriz, (2.005).</p> <p>“ Es esencial la respiración para la vida. Pero una correcta respiración profunda, es lo mejor contra los estados de ansiedad y contra el estrés. Bien hecha una respiración profunda, puede sobre oxigenar y purificar mejor la sangre. Se ha podido establecer que una sangre insuficientemente oxigenada contribuye a empeorar los estados de ansiedad, depresión, fatiga, ya que dentro del cuadro clínico de la ansiedad está la taquicardia y por consiguiente dificultad al respirar lo que hace que muchas veces una situación ansiosa y/o estresante sea aún más difícil de superar. Por ello, un correcto proceso de respiración profunda es</p>

	<p>esencial para buenos hábitos de salud tanto física como mental. .” Blanco, Esther; (2018)</p> <p>“ Consiste en adoptar un patrón de respiración que implica una inspiración profunda, seguida de un período de retención (entre cinco y diez segundos) y posteriormente una lenta exhalación del aire. Se lleva a cabo iniciando una postura cómoda, ojos cerrados, sin estímulos distractores, centrándose en las propias sensaciones corporales. Guerra, M.P. (2.007)</p>
Metodología	<p>SESIÓN 2: FOCO PSICOTERAPÉUTICO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se expone a los participantes una presentación en formato Power point titulado: TALLER 3 REGULACIÓN EMOCIONAL SESIÓN 2 PRÁCTICAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL.ppt 2. Realizar con los participantes el paso a paso del procedimiento básico de respiración profunda. 3. Dinámica, Reconocer las expectativas y confrontarlas con objetivos y contenido del taller. 4. Síntesis y repaso de los términos y respectivos significados relacionados con los temas expuestos.
Instrumentos Utilizados	<p>Recursos Físicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Audiovisuales, micrófono, televisor. 2- Lapiceros. 3- Tablero, Marcadores, borrador <p>Recursos Materiales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Computador 2- Video- beam <p>Técnicas psicológicas utilizadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Psicoeducación. 2- Mediante reeducación. 3- Foco psicoterapéutico. Ejercicios del procedimiento básico de respiración profunda
Hallazgos o Resultados	(Se deja en blanco hasta q se aplique el taller)
EVIDENCIAS	
<ol style="list-style-type: none"> 1- Garrido, Picazo M, (2,008), Médico de Familia. Centro de Salud Silvano. Manejo de la ansiedad en Atención Primaria, Madrid. España. 2- Palacios, Julia Reiriz, (2.005), Doctora en Medicina. Especialista en Neurología. Coordinadora de la materia de Estructura y Función del Cuerpo Humano, Sistema respiratorio: anatomía, Universidad de Barcelona, España. 	

- 3- Canet, J; West, JB, (2.001), Fisiología Respiratoria. Capítulos 2, 5 y 6.
- 4- Blanco, Esther; (2018), Psicóloga Clínica de Psicoterapia y Personalidad, La respiración profunda, miembro de Persum Psicólogos, Oviedo, Asturias, España
- 5- Lobo A, Campos R. (1997), Factores etiopatogénicos en trastornos de ansiedad en atención primaria.: Editorial EMISA; p.41-76. Madrid, España
- 6- Thibodeau GA y Patton Kt.; (1.995) Anatomía y Fisiología, Segunda edición, p. 583, Madrid España.

**AGENDA SEMANAL
TALLER 3 – REGULACIÓN EMOCIONAL**

FECHA	HORA	DURACIÓN	SESION	RESUMEN DEL CONTENIDO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO
Jueves 3-Nov-2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	1	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida a los participantes. • Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. • Exposición de una presentación en formato Power point en la que se explican los temas, las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre la Regulación emocional 	José E. González	Psicoeducación De forma grupal
Viernes 4-Nov-2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	2	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición de una presentación en formato Power point en la que se explican los temas, las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre el proceso de la respiración profunda. • Se realiza con los participantes ejercicio práctico del paso a paso del procedimiento básico de respiración profunda 	José E. González	Psicoeducación Foco psicoterapéutico De forma grupal
Lunes 7-Nov-2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	3	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. • Se expone a los participantes una presentación en formato Power point en la que se explican cada uno de los temas sobre las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre el método de la Relajación progresiva. • Se realiza con los participantes ejercicio práctico del paso a paso del método de la Relajación progresiva. 	José E. González	Psicoeducación Foco psicoterapéutico De forma personalizada
Martes 8-Nov-2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	4	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. • Se expone a los participantes una presentación en formato Power point en la que se explican cada uno de los temas sobre las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre el entrenamiento asertivo. • Se realiza con los participantes ejercicio práctico del paso a paso del entrenamiento asertivo. 	José E. González	Psicoeducación Foco psicoterapéutico De forma grupal

Apéndice 22

Ficha Técnica Taller 3 – Fase II Intervención – Sesión 3

REGULACIÓN EMOCIONAL - LA RELAJACIÓN PROGRESIVA.

Fecha	07 noviembre de 2.022
Grupo Asignado	Un grupo de internos del patio ERE-2 pertenecientes al Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Actividades	<p>PRÁCTICAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL - LA RELAJACIÓN PROGRESIVA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Bienvenida a los participantes. 2- Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. 3- Se expone a los participantes una presentación en formato Power point en la que se explican cada uno de los temas sobre las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre el método de la Relajación progresiva. 4- Realizar Focos Terapéuticos de ejercicio práctico del paso a paso del método de la Relajación progresiva.
Objetivos	<p>Objetivo General: Realizar foco psicoterapéutico sobre el método de la Relajación progresiva.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer y comprender la definición del método de carácter fisiológico de la Relajación progresiva. 2. Comprender cuáles son los motivos para realizar la relajación progresiva. 3. Conocer y comprender cual es el método para la relajación progresiva. 4. Realizar ejercicio práctico de relajación progresiva.
Sustento Teórico	<p>“ La Relajación progresiva es un método de carácter fisiológico, orientado hacia el reposo, siendo especialmente útil ante la tensión muscular por la ansiedad, el insomnio, la depresión, los miedos, las fobias y en los trastornos en los que es necesario un reposo muscular intenso.” Martínez Roca; (2005).</p> <p>“ Lograr disminuir los estados de ansiedad generalizados, relajar la tensión muscular, facilitar la conciliación del sueño. Si se está ansioso, bajo presión o con nervios por alguna situación estresante, insomnio, o por un alto estado de tensión muscular esta técnica permitirá un autocontrol y un elevado nivel de relajación.” Cautela JR, Groden J; (2005)</p> <p>“ Este método tiene tres fases: Primera fase: De tensión-relajación. Se trata de tensionar y luego de relajar diferentes grupos de músculos en todo su cuerpo, con el fin de que aprenda a reconocer la diferencia que existe entre un estado de tensión muscular y otro de relajación muscular. Esto permite el logro de un estado</p>

	<p>de relajación muscular que progresivamente se generaliza a todo su cuerpo. Se debe tensionar varios segundos entre cinco y diez minutos y relajar lentamente. Segunda fase: De revisión mental de los grupos de músculos, comprobando que se han relajado al máximo. Tercera fase: De relajación mental. En la cual se debe pensar en una escena agradable, positiva y posible o en mantener la mente en blanco, se trata de relajar la mente a la vez que continúa relajando todo su cuerpo. Estas tres fases pueden durar entre 10 y 15 minutos. Martínez Roca; (2005)</p>
<p><i>Metodología</i></p>	<p>SESIÓN 3: LA RELAJACIÓN PROGRESIVA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se expone a los participantes una presentación en formato Power point titulado: TALLER 3 REGULACIÓN EMOCIONAL SESIÓN 3 PRÁCTICAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL LA RELAJACIÓN PROGRESIVA.ppt 2. Realizar con los participantes el paso a paso del método de la Relajación progresiva. 3. Dinámica, Reconocer las expectativas y confrontarlas con objetivos y contenido del taller. 4. Síntesis y repaso de los términos y respectivos significados relacionados con los temas expuestos.
<p><i>Instrumentos Utilizados</i></p>	<p>Recursos Físicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Audiovisuales, micrófono, televisor. 2- Lapiceros. 3- Tablero, Marcadores, borrador <p>Recursos Materiales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Computador 2- Video- beam <p>Técnicas psicológicas utilizadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Psicoeducación. 2- Mediante reeducación. 3- Foco psicoterapéutico. Ejercicios del método de la Relajación progresiva.
<p><i>Hallazgos o Resultados</i></p>	<p>(Se deja en blanco hasta q se aplique el talle</p>

EVIDENCIAS

- 1- Groden J. y Cautela JR; (2005), Técnicas de relajación, Manual práctico para adultos, niños y educación especial, Editorial Martínez Roca, Barcelona, España.
- 2- Ministerio de sanidad y consumo, (2008), Grupo de Trabajo Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, Guías de práctica clínica del sistema nacional de salud, Plan Nacional Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo, UETS N° 2006/10. Madrid, España.
- 3- **Garrido**, Picazo M, (2,008), Médico de Familia. Centro de Salud Silvano. Manejo de la ansiedad en Atención Primaria, Madrid. España.
- 4- **Bisquerra**, Rafael. (2009). Psicopedagogía de las emociones, Síntesis.
<http://www.rafaelbisquerra.com/es/inteligencia-emocional/modelo-de-goleman.html>
(Consulta: 12 de septiembre de 2.022), Madrid, España.

Apéndice 23

Ficha Técnica Taller 3 – Fase II Intervención – Sesión 4

REGULACIÓN EMOCIONAL - ENTRENAMIENTO ASERTIVO.

Fecha	8 noviembre de 2.022
Grupo Asignado	Un grupo de internos del patio ERE-2 pertenecientes al Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Actividades	<p style="text-align: center;">PSICOEDUCACIÓN EN REGULACIÓN EMOCIONAL - EL ENTRENAMIENTO ASERTIVO</p> <p>1-Bienvenida a los participantes. 2-Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. 3-Se expone a los participantes una presentación en formato Power point en la que se explican cada uno de los temas sobre las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre el entrenamiento asertivo. 4-Realizar Focos Terapéuticos de ejercicio práctico del paso a paso del entrenamiento asertivo.</p>
Objetivos	<p>Objetivo General: Realizar Psicoeducación sobre el entrenamiento asertivo.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer y comprender la definición del entrenamiento asertivo. 2. Conocer en qué consisten las dimensiones de la conducta asertiva. 3. Reconocer en que consiste una conducta asertiva y una NO asertiva. 4. Conocer y comprender sobre el decálogo de los derechos asertivos 5. Conocer y comprender las diferentes técnicas y habilidades asertivas 6. Comprender en que consiste la escucha activa.
Sustento Teórico	<p>“La asertividad se define como un conjunto de conductas, emitidas por una persona en un contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa persona de un modo directo, firme y honesto, respetando al mismo tiempo los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de la(s) otra(s) persona(s).” Caballo, Vicente E. (1983)</p> <p>“Las dimensiones de la conducta asertiva Consiste en tener: La capacidad de decir NO; La capacidad de pedir favores o hacer peticiones; La capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos; La capacidad de iniciar, continuar y terminar conversaciones generales.” Cautela JR, Groden J; (2005)</p> <p>“La escucha activa constituye la forma más efectiva de hacer frente a las barreras de la comunicación entre las personas, es una de las habilidades fundamentales de la conducta asertiva. Escuchar activamente implica poner todos los medios al alcance para lograr entender lo que nos quieren decir, mostrando además un afán de interés ante la presencia del mensaje y una conducta de colaboración con el emisor en su tarea de comunicar.” Van-der Hofstadt, Carlos J. (2003).</p>

<p><i>Metodología</i></p>	<p>SESIÓN 4 – PSICOEDUCACIÓN - EL ENTRENAMIENTO ASERTIVO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se expone a los participantes una presentación en formato Power point titulado: FASE II – INTERVENCIÓN. PSICOEDUCACIÓN ENTRENAMIENTO ASERTIVO.ppt 2. Dinámica, Recoger las expectativas y confrontarlas con objetivos y contenido del taller. <ol style="list-style-type: none"> a. Los participantes comentan la experiencia lograda en la presentación y ejercicio académico. b. Comentarios generales. 3. Dinámica sobre conductas asertivas y no asertivas del diario vivir dentro del entorno penitenciario. 4. Síntesis y repaso de los términos y respectivos significados relacionados con los temas expuestos.
<p><i>Instrumentos Utilizados</i></p>	<p>Recursos Físicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Audiovisuales, micrófono, televisor. 2- Lapiceros. 3- Tablero, Marcadores, borrador <p>Recursos Materiales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Computador 2- Video- beam <p>Técnicas psicológicas utilizadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Psicoeducación. 2- Mediante reeducación. 3- Dinámicas académicas
<p><i>Hallazgos o Resultados</i></p>	<p>(Se deja en blanco hasta q se aplique el taller)</p>

EVIDENCIAS

1. **Van-Der Hofstadt**, Carlos J., (2003). “El libro de las habilidades de comunicación”; Editorial Díaz de Santos, Madrid, España.
2. **Caballo**, Vicente E. (1983). “Asertividad: definiciones y dimensiones”, en Estudios de Psicología, N°13, pp. 52-62. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>
3. **Bisquerra**, R. (2016). 10 ideas claves. Educación emocional. Editorial Graó, Barcelona, España.
4. **Garrido**, Picazo M, (2,008), Médico de Familia. Centro de Salud Silvano. Manejo de la ansiedad en Atención Primaria, Madrid. España.
5. **Ministerio** de sanidad y consumo, (2008), Grupo de Trabajo Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, Guías de práctica clínica del sistema nacional de salud, Plan Nacional Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo, UETS N° 2006/10. Madrid, España.
6. **Lobo** A, Campos R. (1997), Factores etiopatogénicos. En trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: Editorial EMISA; p.41-76.

AGENDA SEMANAL
FASE II – INTERVENCION - TALLER 3 – REGULACIÓN EMOCIONAL

FECHA	HORA	DURACIÓN	SESION	RESUMEN DEL CONTENIDO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO
Jueves 3-Nov-2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	1	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida a los participantes. • Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. • Exposición de una presentación en formato Power point en la que se explican los temas, las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre la Regulación emocional 	José E. González	Psicoeducación De forma grupal
Viernes 4-Nov-2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	2	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición de una presentación en formato Power point en la que se explican los temas, las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre el proceso de la respiración profunda. • Se realiza con los participantes ejercicio práctico del paso a paso del procedimiento básico de respiración profunda 	José E. González	Psicoeducación Foco psicoterapéutico De forma grupal
Lunes 7-Nov-2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	3	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. • Se expone a los participantes una presentación en formato Power point en la que se explican cada uno de los temas sobre las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre el método de la Relajación progresiva. • Se realiza con los participantes ejercicio práctico del paso a paso del método de la Relajación progresiva. 	José E. González	Psicoeducación Foco psicoterapéutico De forma personalizada
Martes 8-Nov-2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	4	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. • Se expone a los participantes una presentación en formato Power point en la que se explican cada uno de los temas sobre las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre el entrenamiento asertivo. • Se realiza con los participantes ejercicio práctico del paso a paso del entrenamiento asertivo. 	José E. González	Psicoeducación Foco psicoterapéutico De forma grupal

Apéndice 24

Formato Diario de Campo Taller 3 – Sesión 4

EL ENTRENAMIENTO ASERTIVO

Fecha	Martes 08-noviembre-2.022		
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota” - Patio ERE-2		
Participantes	<ol style="list-style-type: none"> 1- Mauricio García Herreros 2- Yulkir Rodríguez Ruiz 3- Daniel Alonso Puentes Flórez 4- Yeferson Gabriel Gaitán Díaz 5- Yeferson Jaramillo Beltrán 		
Hora de Inicio	01:30 pm.	Hora Final:	03:30 pm.
Objetivo de la Actividad	<p>Psicoeducar y construir conocimientos en las estrategias de regulación emocional y habilidades para el manejo de ansiedad</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Entender y comprender sobre los conceptos y la definición de: regulación emocional, las emociones, el proceso emocional. 6. Conocer las técnicas y estrategias de regulación emocional. 7. Conocer el modelo del proceso de regulación emocional postulado por Gross 8. IMPORTANCIA DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL EN LA NIÑEZ <p>Aprender a generar emociones positivas y adoptar una actitud positiva ante la vida a pesar de la condición de privación de la libertad</p>		
Desarrollo de la Actividad:	<p>Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos.</p> <p>Exposición de la presentación en formato Power point en la que se explican los temas, las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre la Regulación emocional</p>		
Observaciones	<p>Los participantes aprenden los procesos para mantener y modular la duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos externos, responsables de visualizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir adecuadamente las metas y objetivos.</p>		

Apéndice 25

Ficha Técnica Taller 4 – Fase II Intervención – Sesión 1

LAS AUTORREFERENCIAS

SESIÓN 1- EL AUTOESTIMA, EL AUTOCONCEPTO, EL AUTOCONTROL Y AUTOEFICACIA

Fecha	Miércoles, 9 noviembre de 2.022
Grupo Asignado	Un grupo de internos del patio ERE-2 pertenecientes al Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Actividades	<p style="text-align: center;">PSICOEDUCACIÓN DE LAS AUTORREFERENCIAS : LA AUTOESTIMA, EL AUTOCONCEPTO, EL AUTOCONTROL Y LA AUTOEFICACIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Bienvenida a los participantes. 2- Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. 3- Se expone a los participantes una presentación en formato Power point en la que se explican cada uno de los temas sobre las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre las Autorreferencias: la autoestima, el autoconcepto, el autocontrol y la autoeficacia. 4- Realizar Focos Terapéuticos de ejercicios prácticos con paso a paso para el manejo de la autoestima, el autoconcepto, el autocontrol y la autoeficacia.
Objetivos	<p>Objetivo General: Realizar Psicoeducación para entender el proceso de las autorreferencias: la autoestima, el autoconcepto, el autocontrol y la autoeficacia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer y comprender la definición de las Autorreferencias y su importancia. 2. Conocer en qué consisten la autoestima. 3. Reconocer en que consiste la autoestima como el motor de nuestro comportamiento. 4. Conocer y comprender las características de los individuos con autoestima alta y baja. 5. Conocer y comprender las generalidades sobre el autoconcepto y sus componentes. 6. Comprender en que consiste el autocontrol emocional y cuáles son los rasgos de una persona autocontrolada. 7. Conocer y comprender las generalidades sobre la autoeficacia y sus objetivos
Sustento Teórico	<p>“Se entiende como autoreferencias, aquel proceso de “Un observar a sí mismo a partir de otro, (meta-observación) para ver lo que antes NO había visto o que YA lo conocía, pero desde un lugar diferente. Desde un punto de vista psicoterapéutico, ya sea desde el sistema consultante o del terapeuta, ambos sistemas en conjunto conforman el sistema terapéutico.” Celis, R., Rodríguez-Ceberio, M. (2016).</p>

	<p>“Cuando hablamos de autoestima, nos estamos refiriendo a una actitud hacia uno mismo. es el resultado de una larga secuencia de acciones y sentimientos que se van sucediendo en el transcurso de nuestros días. Indica los aspectos evaluativos y afectivos de nosotros mismos.” Roa, García Ana; (2005)</p> <p>“El autoconcepto son todas aquellas percepciones que una persona mantiene sobre si misma, formadas a través de la interpretación de las propias experiencias y del medio ambiente, influenciadas por los refuerzos y las reacciones de las personas significativas para la persona, así como por los propios mecanismos cognitivos (de aprendizaje o conocimiento); Un autoconcepto positivo conduce a una autoestima positiva y viceversa.” González - Pineda, Núñez. (1.997)</p> <p>“El autocontrol emocional, Se define como las técnicas o habilidades para reconocer y gestionar las emociones, buscando soluciones y respondiendo de forma asertiva ante situaciones estresantes. Dentro de estas habilidades se encuentran las psicofisiológicas de autocontrol emocional.” Zafrilla Sánchez, José; Laencina López, Tomás; (2.007)</p> <p>“La autoeficacia son las creencias en tus HABILIDADES para tratar con las diferentes situaciones que se presentan, juega un rol importante no solamente en la manera de sentirte respecto a un objetivo o tarea, sino que será determinante para conseguir o no las metas en tu vida. Es el conjunto de creencias que asociamos a nuestras habilidades y aptitudes, es lo que creemos saber acerca de lo que podemos lograr, si se lo propone.” García Allen, Jonathan; (2.015)</p>
<p><i>Metodología</i></p>	<p>SESIÓN 1 – PSICOEDUCACIÓN - LAS AUTOREFERENCIAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se expone a los participantes una presentación en formato Power Paint titulado TALLER 4. LAS AUTOREFERENCIAS.SESIÓN 1 - AUTOESTIMA, AUTOCONCEPTO, AUTOCONTROL, AUTOEFICACIA.ppt 2. Dinámica, Recoger las expectativas y confrontarlas con los objetivos y el contenido del taller. <ol style="list-style-type: none"> a. Los participantes comentan la experiencia lograda en la presentación y ejercicio académico. b. Comentarios generales. 3. Dinámica sobre ejercicio de autocontrol con los participantes 4. Síntesis y repaso de los términos y respectivos significados relacionados con las autorreferencias .
<p><i>Instrumentos Utilizados</i></p>	<p>Recursos Físicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Audiovisuales, micrófono, televisor. 2- Lapiceros. 3- Tablero, Marcadores, borrador <p>Recursos Materiales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Computador

	<p>2- Video- beam</p> <p>Técnicas psicológicas utilizadas:</p> <p>1- Psicoeducación.</p> <p>2- Mediante reeducación.</p> <p>3- Dinámicas académicas</p>
<p><i>Hallazgos o Resultados</i></p>	<p>(Se deja en blanco hasta q se aplique el taller)</p>
<p>EVIDENCIAS</p>	
<p>1- Celis, R., Rodríguez-Ceberio, M. (2016). Manual Moderno Constructivismo y construccionismo social en psicoterapia, Una perspectiva crítica, Bogotá.</p> <p>2- Roa, García Ana, Centro Clínico de la Psicología y el Lenguaje. Universidad Complutense de Madrid. Paseo del Molino, 11, 3ºA. 28045, E-mail: ana-roa@telefonica.net, Madrid. España.</p> <p>3- Nathaniel Branden (2010: 18), citada por Ana Roa García (2.013).</p> <p>4- Shavelson, Hubner y Stanton, Citado por González - Pineda, Núñez.(1.997)</p> <p>5- Zafrilla Sánchez, José; Laencina López, Tomás; (2.007), Título: Autocontrol, Mexico</p> <p>6- Bandura, Albert: ¿crees en ti mismo?, Citado por García Allen, Jonathan; (2.015), La Autoeficacia de Albert Bandura.</p> <p>7- Bisquerra, R. (2016). 10 ideas claves. Educación emocional. Editorial Graó, Barcelona, España.</p>	

FASE II – INTERVENCIÓN. AGENDA TALLER 4 - SESIÓN 1 - LAS AUTOREFERENCIAS

FECHA	HORA	DURACIÓN	SESION	RESUMEN DEL CONTENIDO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO
Miércoles 09-nov- 2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	1	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida a los participantes. • Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. • Exposición de una presentación en formato Power Point en la que se explican los temas sobre las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre las Autorreferencias: la autoestima, el autoconcepto, el autocontrol y la autoeficacia. 	José E. González	Psicoeducación De forma grupal
Jueves 10-nov- 2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	2	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición de una presentación en formato Power Point en la que se explican los temas, conceptualización y conocimiento la autoestima, el autoconcepto, el autocontrol y la autoeficacia. 	José E. González	Psicoeducación Foco psicoterapéutico De forma grupal

Apéndice 26

Formato Diario de Campo – Taller 3 – Sesión 4

LAS AUTOREFERENCIAS

<i>Fecha</i>	Miércoles 09-noviembre-2.022		
<i>Lugar</i>	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota” - Patio ERE-2		
<i>Participantes</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Mauricio García Herreros 2- Yulkir Rodríguez Ruiz 3- Daniel Alonso Puentes Flórez 4- Yeferson Gabriel Gaitán Díaz 5- Yeferson Jaramillo Beltrán 		
<i>Hora de Inicio</i>	01:30 pm.	<i>Hora Final:</i>	03:30 pm.
<i>Objetivo de la Actividad</i>	<p>Psicoeducar y construir conocimientos 2. Conocer en qué consisten las Autorreferencias</p> <p>Reconocer en que consiste la autoestima como el motor de nuestro comportamiento.</p> <p>Conocer y comprender las características de los individuos con autoestima alta y baja.</p> <p>Conocer y comprender las generalidades sobre el autoconcepto y sus componentes.</p> <p>Comprender en que consiste el autocontrol emocional y cuáles son los rasgos de una persona autocontrolada.</p> <p>Conocer y comprender las generalidades sobre la autoeficacia y sus objetivos</p>		
<i>Desarrollo de la Actividad:</i>	<p>Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos.</p> <p>Exposición de la presentación en formato Power point en la que se explican los temas, las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre las Autorreferencias: la autoestima, el autoconcepto y el autocontrol autoeficacia</p>		
<i>Observaciones</i>	<p>Los participantes aprenden a reconocer y diferenciar las autorreferencias, les llama la atención sobre la gran influencia en los comportamientos del ser humano cuando hay desbalance de la autoestima, del autoconcepto del autocontrol y de la autoeficacia, como procesos para mantener y modular adecuadamente el estado de ánimo.</p>		

Apéndice 27

Ficha Técnica Taller 5 – Fase II Intervención – Sesión 1

CONOCIMIENTO y MANEJO DEL TABAQUISMO: ME PREPARO.

<i>Fecha</i>	Lunes, 14 noviembre de 2.022
<i>Grupo Asignado</i>	Un grupo de internos del patio ERE-2 pertenecientes al Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
<i>Lugar</i>	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
<i>Actividades</i>	<p>PSICOEDUCACIÓN CONOCIMIENTO y MANEJO DEL TABAQUISMO - SESIÓN 1–PSICOEDUCACIÓN – ME PREPARO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Bienvenida a los participantes. 2- Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, los antecedentes y objetivos. 3- Se expone a los participantes una presentación en formato Power point en la que se explican cada uno de los temas para que los participantes, adquieran conocimientos e información necesaria sobre el tabaquismo y las actividades a realizar antes del día “D” (Dia de apagar el ultimo cigarrillo) 4- Realizar Focos Terapéuticos de un ejercicio práctico sobre la forma de pensar de sentir y de actuar con referencia al cigarrillo antes del taller y del inicio del proceso de deshabituación. 5- Se gestionan los documentos para la fase me preparo, antes del día “D”
<i>Objetivos</i>	<p>Objetivo General: Realizar Psicoeducación para adquirir los conocimientos e información necesaria sobre el tabaquismo y las actividades a realizar antes del día “D” (Dia de apagar el ultimo cigarrillo)</p> <p>Objetivos Secundarios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar conocimiento y apoyo a las personas que quieren dejar de fumar. 2. Conocer la definición del tabaquismo como la adicción y en qué consiste. 3. Conocer cuáles son los grupos de componentes del cigarrillo que inciden en la salud y cuáles son los más cancerígenos. 4. Reconocer y comprender como actúa el humo del cigarrillo en el organismo a partir del proceso de la respiración. 5. Conocer cuáles son las enfermedades del fumador más comunes mediante imágenes impactantes. 6. Comprender en que consiste el tabaquismo pasivo. 7. Conocer cuáles son las tareas de preparación antes del día “D” (Dia de apagar el ultimo cigarrillo).

<p><i>Sustento Teórico</i></p>	<p>“ Se define el tabaquismo como la adicción al tabaco, provocada por uno de sus componentes activos, LA NICOTINA. El mecanismo de acción de esta sustancia no solo es estimular el sistema nervioso central, sino condicionar el abuso de su consumo, ya que la nicotina por sí sola no es cancerígena, pero sí adictiva.” H. Pardell, E. Saltó, Ll. Salleras (2005)</p> <p>“Define el tabaquismo como la dependencia a la nicotina del tabaco, la cual produce, luego de una ingesta constante; el tabaquismo es la intoxicación crónica del organismo, como producto del abuso del tabaco, es un fenómeno social de primera magnitud que se ha convertido en la primera causa de muerte y discapacidad .” Organización Mundial de la Salud (OMS) (2.018)</p> <p>“Se estima que el humo de tabaco contiene unos 7.000 componentes, de los cuales casi 70 son sustancias que producen cáncer, por ejemplo: el arsénico, el benceno, el berilio (un metal tóxico), 1,3-butadieno (un gas peligroso), el cadmio (un metal tóxico), el cromo (un elemento metálico), el óxido de etileno, el níquel (un elemento metálico), el polonio-210 (un elemento químico radiactivo) o cloruro de vinilo y otros que pueden ser tóxicos para el cuerpo humano.” Tapia; (2.001)</p> <p>“El tabaquismo pasivo se define como la exposición al humo indirecto del tabaco en el medio laboral, domiciliario y/o urbano, es un factor de riesgo para cáncer, esto ocurre cuando el individuo inhala una mezcla compuesta principalmente de humo de la corriente secundaria, producto del cigarrillo.” Córdoba, Clemente y Allen; (2.003)</p>
<p><i>Metodología</i></p>	<p>PSICOEDUCACIÓN CONOCIMIENTO y MANEJO DEL TABAQUISMO - SESIÓN 1– ME PREPARO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se expone a los participantes una presentación en formato Power point titulado TALLER SESION 1. ME PREPARO . CONOCIMIENTO y MANEJO DEL TABAQUISMO.ppt 2. Dinámica, Recoger las expectativas y confrontarlas con los objetivos y el contenido del taller. <ol style="list-style-type: none"> a. Los participantes comentan la experiencia lograda en la presentación y confrontan desde su experiencia personal con el cigarrillo y si cambia la percepción del tabaquismo. b. Comentarios generales e imagen sobre el tabaquismo antes y ahora. 3. Dinámica sobre tareas de preparación antes del día “D” 4. Síntesis y repaso de los términos y respectivos significados relacionados con el tabaquismo, el proceso de deshabitación del cigarrillo y etapas del cambio .

<i>Instrumentos Utilizados</i>	<p>Recursos Físicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Audiovisuales, micrófono, televisor. 2- Lapiceros. 3- Tablero, Marcadores, borrador <p>Recursos Materiales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Computador 2- Video- beam <p>Técnicas psicológicas utilizadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Psicoeducación. 2- Mediante reeducación. 3- Dinámicas académicas
<i>Hallazgos o Resultados</i>	(Se deja en blanco hasta q se aplique el taller)
EVIDENCIAS	
<ol style="list-style-type: none"> 1- Ministerio de salud y desarrollo social de la Republica de argentina, (2.006); Programa nacional de control de tabaco; http://www.msal.gov.ar/tabaco, Buenos Aires, Argentina 2- Rodríguez, José; (2.017) Universidad del Norte, Revista de la División de Ciencias de la Salud, http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud, Barranquilla, Colombia 3- Ministerio de salud y desarrollo social de la Republica de argentina, (2.006) Programa nacional de control de tabaco; http://www.msal.gov.ar/tabaco, tomado del, http://www.msal.gov.ar/, Buenos Aires, argentina 4- Rodríguez, José; (2.018); Universidad del Norte Revista de la División de Ciencias de la Salud de la, Tipos de tabaquismo como factor de riesgo asociado a cáncer bucal. http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud, Barranquilla, Colombia. 5- Sainz, María, (2.009), Autora del artículo “falsas creencias sobre el tabaco” publicado en el Periódico el mundo, Madrid, España 6- Arbinaga Ibarzábal, F. (2.014); Factores de protección ante el uso de tabaco y alcohol en jóvenes menores de edad Clínica y Salud, publicado en http://www.redalyc.org; Madrid, España. 7- Agencia de Salud Pública, Provincia de Cataluña, Programa de atención primaria, Sense Fum, para prevención y consumo del tabaco, http://salutpublicagencat.cat; Cataluña, España. 8- Organización, Mundial de la Salud - OMS; (2018); Boletín de la OMS del 9 de marzo de 2018; Datos y cifras; El tabaco mata hasta a la mitad de sus consumidores; http://www.who.int/es. 	

**AGENDA – FASE II – INTERVENCIÓN.
TALLER 5 CONOCIMIENTO y MANEJO DEL TABAQUISMO**

FECHA	HORA	DURACIÓN	SESION	RESUMEN DEL CONTENIDO	RESPONSABLE	PROCEDIMIENTO
Lunes 14-oct- 2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	1	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida a los participantes. • Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. • Exposición de una presentación en formato Power Paint Primera parte en la que se explican los temas, las generalidades, conceptualización, conocimientos e información necesaria sobre el tabaquismo 	José E. González	Psicoeducación De forma grupal
Martes 15-oct- 2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	1	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. • Exposición de una presentación en formato Power Paint segunda parte en la que se explican los temas, las generalidades, conceptualización, conocimientos e información necesaria sobre el tabaquismo 		
Miércoles 16-Nov- 2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	2	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición de una presentación en formato Power Paint en la que se Ampliar los conocimientos, y brindar herramientas con el fin de motivar la participación en el proceso para el abandono del tabaquismo e iniciar actividades antes del día “D” (Día de apagar el ultimo cigarrillo) • Se realiza con los participantes ejercicio prácticos para deshabituarse el consumo de cigarrillo. 	José E. González	Psicoeducación De forma grupal
Jueves 17-Nov- 2.022	13:30 – 15:00	1. ½ horas	3	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. • Se expone a los participantes una presentación en formato Power point en la que se explican cada uno de los temas sobre las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre estrategias para el día “D” (Día de apagar el ultimo cigarrillo). 	José E. González	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • De forma Grupal

Apéndice 28

Formato cantidad de cigarrillos consumidos última semana

FORMATO PARA ESTABLECER LA CANTIDAD DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS (ULTIMA SEMANA- ANTES DEL DIA “D”)

Objetivo: Es importante establecer el punto de partida y determinar la cantidad del consumo de cigarrillo que nos ayudará a no a conocer la gravedad de la situación sino a diseñar la estrategia correcta que busque la disminución o terminación del consumo de tabaquismo. Dejar de fumar no es un acto de un día a otro, es todo un proceso y para ello conocer como esta la dependencia en la etapa inicial del proceso

Por esta razón, en el presente formato debes reconocer **la cantidad** de los cigarrillos consumidos.

REGISTRO DE CONSUMO SEMANA 1 ANTES DEL DIA “D”

Dia N°	Fecha	CANTIDAD						
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
							TOTAL SEMANA	

Apéndice 29

Registro de motivos personales para consumo cigarrillo antes día D

Participante: _____

Objetivo:

Reconocer los motivos por los que fumas o iniciaste con el consumo, es tan importante como reconocer los motivos por los que **quieres dejar de fumar**, pero tenerlos presentes durante todo el proceso también le da un significado **permanente** al proceso que vas a iniciar. Dichos motivos tienen que ser personales, es decir, que tengan **algún sentido para ti**. Tienes que tener esta lista a la mano (en un cuaderno, en una agenda, colgada en algún lugar visible, etc.), precisamente porque se convertirá en un **elemento motivador permanente** para mantenerte dentro del proceso y tu decisión para **dejar de fumar**.

REGISTRO DE MOTIVOS

N°	MOTIVOS PARA FUMAR	MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Apéndice 30

Formato Diario de Campo – Fase II Intervención

Fecha	Lunes 14 -noviembre-2.022		
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota” - Patio ERE-2		
Participantes	1- Sujeto 1 2- Sujeto 2 3- Sujeto 3 4- Sujeto 4 5- Sujeto 5		
Hora de Inicio	01:30 pm.	Hora Final:	03:30 pm.
Objetivo de la Actividad	Psicoeducar para explicar cada uno de los temas para que los participantes, adquieran conocimientos e información necesaria sobre el tabaquismo y las actividades a realizar antes del día “D” (Dia de apagar el ultimo cigarrillo) Realizar Focos Terapéuticos mediante un ejercicio práctico sobre la forma de pensar de sentir y de actuar con referencia al cigarrillo antes del taller y del inicio del proceso de deshabitación.		
Desarrollo de la Actividad:	Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, de los antecedentes y objetivos. Exposición de la presentación en formato Power Paint en la que se explican los temas, las generalidades, conceptualización y conocimiento sobre el tabaquismo		
Observaciones	Los participantes reconocen los motivos por los que fuman o se iniciaron con el consumo de tabaco, les llama la atención el cambio de percepción ahora observan la importancia de reconocer los motivos por los que quieren dejar de fumar, y de tenerlos presentes durante todo el proceso, también sobre los motivos personales que cada uno tiene para cambiar de estilo de vida.		

Apéndice 31

Ficha Técnica Taller 5 – Sesión 2 - Fase II Intervención.
CONOCIMIENTO y MANEJO DEL TABAQUISMO: ME DECIDO

Fecha	Martes, 15 de noviembre 2.022
Grupo Asignado	Un grupo de internos del patio ERE-2 pertenecientes al Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Actividades	<p>CONOCIMIENTO y MANEJO DEL TABAQUISMO - SESIÓN 2 – PSICOEDUCACIÓN – ME DECIDO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Bienvenida a los participantes. 2- Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, los antecedentes y objetivos. 3- Se expone a los participantes una presentación en formato Power point en la que se explican cada uno de los temas para que los participantes amplíen los conocimientos, y brindar herramientas con el fin de motivar la participación en el proceso para el abandono del tabaquismo e iniciar actividades antes del día “D” (Día de apagar el ultimo cigarrillo) 4- Realizar Focos Terapéuticos de un ejercicio práctico con el fin de identificar cuáles son las falsas creencias sobre el consumo de cigarrillo. 5- Se gestionan los documentos para la fase me decido, antes del día “D”
Objetivos	<p>Objetivo General: Realizar Psicoeducación para ampliar los conocimientos, y brindar herramientas con el fin de motivar la participación en el proceso para el abandono del tabaquismo e iniciar actividades antes del día “D” (Día de apagar el ultimo cigarrillo)</p> <p>Objetivos Secundarios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar cuáles son las falsas creencias sobre el consumo de cigarrillo. 2. Conocer cuáles son los factores de riesgo del consumo de cigarrillo. 3. Conocer y comprender cuáles son los factores de protección ante el uso de tabaco. 4. Tomar conciencia de los beneficios por dejar de fumar. 5. Conocer cuáles son los sustitutos de la nicotina y el comparativo de costos
Sustento Teórico	<p>“ Cada día se fuman en el mundo nada menos que 15 billones de cigarrillos y las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud OMS, apunta a que en los próximos años se producirá un aumento significativo de esta cifra debido al crecimiento de la población mundial” Ameijeirias (2.005).</p> <p>“DÉJENME HACERLO QUE LA GENTE ES LIBRE DE DECIDIR SI UNO FUMA O NO (!?)” Nacemos libres y tenemos derecho a la libertad...” y “El libre desarrollo de la personalidad” dos derechos trajinados que confluyen en el momento de justificar el consumo, porque que todos CREEMOS que somos seres con completa libertad de decisión. PERO dicha libertad tiene sus condicionamientos, en el caso específico del tabaco, esta libertad queda</p>

	<p>condicionada por la misma adicción y los anuncios publicitarios, esto se puede apreciar en los cientos de adictos que QUISIERAN abandonar el cigarrillo (u otras drogas) pero al final afirman: NO PUEDO Arbinaga Irazábal, F. (2.016)</p> <p>“LOS FABRICANTES DE TABACO GASTAN MAS DINERO EN PUBLICIDAD QUE LAS SUMAS INVERTIDAS PARA CONTROLAR EL TABAQUISMO (!?)”. Lo cierto es que la industria tabaquera se asegura de que haya suficiente nicotina en cada cigarrillo para mantener la adicción de las personas. Arbinaga Irazábal, F. (2.016)</p> <p>Causas del tabaquismo, Se consideran tres series de causas de tabaquismo: La primera, la forman los factores hereditarios o congénitos, entre los cuales está la predisposición para ser fumador activo, de acuerdo a particularidades de su personalidad y el factor genético que regula la producción de una enzima que interviene en el metabolismo de la nicotina. La segunda está constituida por las experiencias infantiles que ocurren en la época de la formación de la personalidad, aquí interviene como elemento poderoso la aceptación y el fumar de los padres como modelos de conducta, o el rechazo de éstos al cigarrillo más adelante. La tercera, está constituida por los factores desencadenantes o actuales del inicio del tabaquismo, entre ellos, influencia de amigos y la publicidad, estos factores actúan sobre el resultado de la interacción entre la primera y segunda serie, que es lo que se llama “la disposición” lo que es la decisión de adoptar la conducta de fumar (Barrueco, 2.007)</p>
<p><i>Metodología</i></p>	<p>CONOCIMIENTO y MANEJO DEL TABAQUISMO SESIÓN 2 PSICOEDUCACIÓN, ME DECIDO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se expone a los participantes una presentación en formato Power point titulado: TALLER SESIÓN 2. ME DECIDO . CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL TABAQUISMO ME DECIDO.ppt 2. Dinámica, Recoger las expectativas y confrontarlas con los objetivos y el contenido del taller. <ol style="list-style-type: none"> a. Los participantes comentan la experiencia lograda en la presentación y confrontan desde su experiencia personal con el cigarrillo y si cambia la percepción del tabaquismo. b. Comentarios generales sobre el tabaquismo antes y ahora. 3. Dinámica para identificar cuáles son: las falsas creencias y los factores de riesgo y factores de protección sobre el consumo de cigarrillo que tiene cada participante. 4. Síntesis y repaso de las diferentes actividades, tareas y compromisos que adquieren los participantes para realizarlos antes del día “D”

<i>Instrumentos Utilizados</i>	<p>Recursos Físicos: 1- Audiovisuales, micrófono, televisor. 2- Lapiceros. 3- Tablero, Marcadores, borrador</p> <p>Recursos Materiales: 1- Computador 2- Video- beam</p> <p>Técnicas psicológicas utilizadas: 1- Psicoeducación. 2- Mediante reeducación. 3- Dinámicas académicas</p>
<i>Hallazgos o Resultados</i>	(Se deja en blanco hasta q se aplique el taller)
<i>EVIDENCIAS</i>	
<p>Referencias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Arbinaga, Irazábal, F. (2.016) Factores de protección ante el uso de tabaco y alcohol en jóvenes menores de edad Clínica y Salud, publicado en http://www.redalyc.org. 2- Vázquez, Treviño María; (2.015); Universidad de Alicante, Factores de riesgo para el consumo de tabaco en la adolescencia: Estado de Tamaulipas, Alicante, España. 3- Verra, F, Zabert, G, Morello, P; (2.009); Consumo de tabaco en estudiantes de educación secundaria de Argentina. Buenos Aires, Argentina. 4- Pardell, H. I, E Saltó, Ll Salleras. (2005). Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo, Editorial Médica Panamericana S.A. España 5- Organización, Mundial de la Salud – OMS; (2.012), Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco, El tabaco es mortífero en todas sus formas, cifras del tabaquismo, Ginebra, Suiza. 6- Martínez, JA, Amaya W; (2.005); Factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en adolescentes estudiantes de secundaria, Bucaramanga, Colombia. 	

Apéndice 32

Ficha Técnica Taller 5 – Sesión 3 – Fase II Intervención
CONOCIMIENTO y MANEJO DEL TABAQUISMO: ME DECIDO

Fecha	Miércoles, 16 de noviembre 2.022
Grupo Asignado	Un grupo de internos del patio ERE-2 pertenecientes al Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Actividades	<p>CONOCIMIENTO y MANEJO DEL TABAQUISMO - SESIÓN 2 – FOCOS TERAPÉUTICOS – ME ATREVO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Bienvenida a los participantes. 2- Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, los antecedentes y objetivos. 3- Se expone a los participantes una presentación en formato Power point en la que se explican cada uno de los temas para dar a conocer el modelo cognitivo conductual con el fin de identificar el origen del consumo de cigarrillo, y con nuevos conocimientos lograr el cambio de la percepción antes del día “D” (Día de apagar el ultimo cigarrillo). 4- Realizar Focos Terapéuticos con el fin de identificar cuáles fueron las experiencias propias, los eventos de: observación de condicionamiento de lenguaje desde la pequeña niñez que sean relacionados con el consumo de cigarrillo. 5- Se gestionan los documentos para la fase me atrevo , antes del día “D”
Objetivos	<p>Objetivo General: Mediante focos terapéuticos dar a conocer el modelo cognitivo conductual para identificar el origen del consumo de cigarrillo, y con nuevos conocimientos lograr el cambio de la percepción y con ello un cambio de conducta en la adicción al tabaco, antes del día “D” (Día de apagar el ultimo cigarrillo)</p> <p>Objetivos Secundarios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer cuál es el componente cognitivo para el consumo de cigarrillo. 2. Identificar y comprender cuales fueron los eventos que, mediante la propia experiencia, la observación, el lenguaje y los procesos de condicionamiento están relacionados con el consumo de cigarrillo. 3. Realizar autoobservación y autorregistro cronológico de eventos relacionados con el tabaquismo. 4. Conocer cuál es el componente conductual para el consumo de cigarrillo tabaquismo los comportamientos se aprenden de diversas maneras. 5. Conocer y comprender cuáles son las recomendaciones a realizar en los días previos al día “D” 6. Conocer en que consiste el condicionamiento operante 7. Realizar una dinámica grupal y contrato del plan de premios y castigos 8. Conocer y comprender cuáles son las actividades para realizar la noche antes del día “D”

<p><i>Sustento Teórico</i></p>	<p>“ El modelo cognitivo conductual es una intervención que consiste y tiene como fin la reducción del malestar psicológico y modificar los comportamientos desadaptativos, a través del cambio en los procesos cognitivos. Teniendo en cuenta que las emociones y los comportamientos son los que generan las cogniciones.” Stallard (2001).</p> <p>“Considera que los comportamientos se aprenden de diversas maneras: Mediante la propia experiencia, la observación de los demás, procesos de condicionamiento, el lenguaje. El tabaquismo, se origina en todas o alguna de las anteriores situaciones Gálvez (2019)</p> <p>“El Tabaquismo es un problema que se explica fundamentalmente, en tres aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por los factores sociales de disponibilidad, accesibilidad y publicidad. - Por factores psicológicos de procesos cognitivos y de reforzamiento. - Por la dependencia fisiológica de la nicotina. <p>Una vez instaurada tal conducta se produce el desarrollo de diferentes variables como: los efectos de la nicotina, la evitación del síndrome de retirada y la pérdida de las consecuencias positivas de tipo social y personal vinculadas al acto de fumar.” Lafuente, Malena, Salvador Alicia, (2.021)</p> <p>“El Condicionamiento Operante es un tipo de aprendizaje asociativo relacionado con el desarrollo de nuevas conductas en función de sus consecuencias. Las conductas son espontáneas y sus consecuencias determinan el aprendizaje. Las conductas reforzadas aumentan o se mantienen; y las no reforzadas disminuyen.” F.B Skinner; (1950)</p>
<p><i>Metodología</i></p>	<p>CONOCIMIENTO y MANEJO DEL TABAQUISMO SESIÓN 3 FOCOS TERAPÉUTICOS, ME ATREVO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se expone a los participantes una presentación en formato Power point titulado: 3. TALLER SESION 3 ME ATREVO . CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL TABAQUISMO.ppt 2. Dinámica, Recoger las expectativas y confrontarlas con los objetivos y el contenido del taller. <ol style="list-style-type: none"> a. Los participantes comentan la experiencia lograda en la presentación y confrontan desde su experiencia personal con el cigarrillo y si cambia la percepción del tabaquismo. b. Comentarios generales sobre el tabaquismo antes y ahora. 3. Dinámica para identificar cuáles son: las falsas creencias y los factores de riesgo y factores de protección sobre el consumo de cigarrillo que tiene cada participante. 4. Síntesis y repaso de las diferentes actividades, tareas y compromisos que adquieren los participantes para realizarlos antes del día “D”

<p><i>Instrumentos Utilizados</i></p>	<p>Recursos Físicos: 1- Audiovisuales, micrófono, televisor. 2- Lapiceros. 3- Tablero, Marcadores, borrador</p> <p>Recursos Materiales: 1- Computador 2- Video- beam</p> <p>Técnicas psicológicas utilizadas: 1- Psicoeducación. 2- Mediante Focos terapéuticos. 3- Dinámicas académicas</p>
<p><i>Hallazgos o Resultados</i></p>	<p>(Se deja en blanco hasta q se aplique el taller)</p>
<p>EVIDENCIAS</p>	
<p>1- Almaraz, D., & Alonso-Castillo, M. (2018). Terapia cognitivo conductual para dejar de fumar: Revisión sistemática. Enfermería comunitaria, 14, 1-8.Suiza.</p> <p>2- Caballero, N., & Gálvez, C. (2019). Manual de intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a enfermedades crónicas. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=YaZ8DwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false.</p> <p>3- Espinosa, L. (2019). Intervención en terapia cognitiva de Aaron Beck, en pacientes con depresión, de un centro de salud de la ciudad de Panamá. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Panamá, República de Panamá.</p>	

Apéndice 33

Ficha Técnica Taller 5 – Sesión 4 – Fase II Intervención

CONOCIMIENTO y MANEJO DEL TABAQUISMO: ME REFUERZO.

Fecha	Jueves, 17 de noviembre 2.022
Grupo Asignado	Un grupo de internos del patio ERE-2 pertenecientes al Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Lugar	Complejo Penitenciario de Bogotá (COBOG), “La picota”
Actividades	<p>PSICOEDUCACIÓN CONOCIMIENTO y MANEJO DEL TABAQUISMO - SESIÓN 4 – PSICOEDUCACIÓN – ME REFUERZO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Bienvenida a los participantes. 2- Presentación del taller, de los contenidos de la agenda, los antecedentes y objetivos. 3- Se expone a los participantes una presentación en formato Power point en la que se explican cada uno de los temas para que los participantes, adquieran conocimientos y comprendan que es el síndrome de abstinencia nicótica y el impacto dentro del proceso del abandono del consumo de cigarrillos. 4- Realizar Focos Terapéuticos para aprender a manejar los síntomas del síndrome de abstinencia en caso de presentarse. 5- Realizar la dinámica mi premio mayor en cigarrillos
Objetivos	<p>Objetivo General: Comprender que es el síndrome de abstinencia nicótica como una de las mayores preocupaciones dentro de los procesos para abandonar el tabaquismo con el fin de reforzar los conocimientos y habilidades para evitar la recaída en el consumo de cigarrillo.</p> <p>Objetivos Secundarios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer en que consiste el síndrome de abstinencia nicótica. 2. Reconocer cuales son las características del síndrome de abstinencia nicótica 3. Conocer cuál es la importancia del ejercicio físico y el síndrome de abstinencia. 4. Conocer algunas alternativas para los primeros días sin fumar y evitar el síndrome de abstinencia. 5. Comprender en que consiste el desliz y la recaída y como evitarlos. 6. Conocer cuáles son los autoengaños más frecuentes para volver a fumar y cuáles son las alternativas. 7. Conocer y comprender cómo se enfrentan los síntomas del síndrome de abstinencia

<p><i>Sustento Teórico</i></p>	<p>“Define Síndrome de Abstinencia de la Nicotina como una serie de síntomas y signos con los que el organismo de una persona responde ante la falta de ingreso de nicotina al cuerpo, como consecuencia, bien del cese brusco de su consumo, o tras una disminución importante de la dosis que acostumbraba emplear. .” American Psychiatric Association (APA) (2.013)</p> <p>“La mayoría de los fumadores presenta una sintomatología específica como respuesta a la rápida eliminación de la nicotina y la disminución de sus niveles séricos en un corto período de tiempo. La pérdida brusca de nicotina produce en el plazo de horas los síntomas típicos del síndrome de abstinencia tabáquica.” Álvarez, Cristina; (2.021)</p> <p>“Se considera que la capacidad de la nicotina para crear adicción es más intensa que la de otras sustancias consideradas como “drogas duras” como cocaína, heroína o alcohol ” Álvarez, Cristina, (2.021)</p> <p>“La disminución de la frecuencia cardíaca y el aumento de peso son características distintivas de la abstinencia del tabaco, siendo el resto de manifestaciones similares a los de otros síndromes de abstinencia de drogas: ansiedad, despertar durante el sueño, depresión, dificultad para concentrarse, impaciencia, irritabilidad/ira e inquietud.” Hughes et al, (1994)</p> <p>“Una característica fundamental en el síndrome de abstinencia la constituye su carácter transitorio (temporal), durando hasta que se reestablece el equilibrio del organismo tras la retirada de la Nicotina.” Toll BA, O’Malley, (2007)</p>
<p><i>Metodología</i></p>	<p>CONOCIMIENTO y MANEJO DEL TABAQUISMO SESIÓN 4 FOCOS TERAPÉUTICOS, ME REFUERZO.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se expone a los participantes una presentación en formato Power point titulado: TALLER SESION 4. ME REFUERZO . CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL TABAQUISMO.ppt 2. Dinámica, Recoger las expectativas y confrontarlas con los objetivos y el contenido del taller. <ol style="list-style-type: none"> a. Los participantes comentan la experiencia lograda en la presentación y confrontan desde su experiencia personal con los síntomas percibidos por cada participante con referencia al síndrome de abstinencia. b. Comentarios generales e imagen sobre el tabaquismo antes y ahora. 4. Focos terapéuticos para identificar los autoengaños para volver a fumar y cuáles son las alternativas. 5. Focos terapéuticos para aprender a manejar los síntomas del síndrome de abstinencia en caso de presentarse. 6. Síntesis y repaso de los términos y respectivos significados relacionados con el síndrome de abstinencia.

<p><i>Instrumentos Utilizados</i></p>	<p>Recursos Físicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Audiovisuales, micrófono, televisor. 2- Lapiceros. 3- Tablero, Marcadores, borrador <p>Recursos Materiales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Computador 2- Video- beam <p>Técnicas psicológicas utilizadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Focos terapéuticos . 2- Mediante reeducación. 3- Dinámicas académicas
<p><i>Hallazgos o Resultados</i></p>	<p>(Se deja en blanco hasta q se aplique el taller)</p>
<p><i>EVIDENCIAS</i></p>	
<p>1- Álvarez, Cristina Juliá; (2.021), Universidad De Salamanca, Facultad de Medicina, Evolución en el tiempo del síndrome de abstinencia en fumadores en proceso de cesación, tesis doctoral, Salamanca, España.</p> <p>2- Manual, American Psychiatric Association- APA. (2013) Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5. 5ª ed. Arlington, Estados Unidos.</p> <p>3- Ramos, Pinedo A; Prieto Gómez E.; (2012), Estudio clínico del fumador. En: Jiménez- Ruiz, C.A; Fagertröm K., editores. Tratado de Tabaquismo. 3ª ed.: Aula Médica; pgs. 295-308; Madrid, España</p> <p>4- Agencia de Salud Pública, Provincia de Cataluña, Programa de atención primaria, Sense Fum, para prevención y consumo del tabaco, http://salutpublicagencat.cat; Cataluña, España.</p>	

Apéndice 34

Formato Evaluación del Impacto - Fase III

FORMATO DE EVALUACIÓN DEL IMPACTO (POST)

Participante: _____

Objetivo: Dentro del presente trabajo académico se considera importante contrastar sobre los conocimientos generales y/o particulares adquiridos en la segunda fase de intervención, como punto de comparación para realizar la **evaluación del Impacto de la intervención** por el consumo del tabaco, sobre los temas más importantes que hizo parte el proyecto aplicado, la información será necesaria complementar la estrategia y corregir en futuros trabajos.

1. **¿Cuántos cigarrillos está fumando hoy (Después de la intervención)?**
2. **¿Qué conoces y que sabes de la ansiedad?**
3. **¿Qué conoces de la dependencia al tabaco?**
4. **¿cómo sabes si alguien tiene una dependencia al tabaco?**
5. **¿Qué factores de tu vida te ponen en riesgo a que consumas tabaco?**
6. **¿Qué factores de tu vida pueden hacer que disminuya el consumo de tabaco?**
7. **¿Como actúas cuando sientes ansiedad, ira, frustración?**