



Anexo 1: HISTORIA TABÁQUICA

CUESTIONARIO SOBRE EL HABITO DE FUMAR

Por favor cumplimente este cuestionario. Sus datos son necesarios para ayudarle en su proceso de abandono del tabaco. Muchas gracias por su colaboración.

NOMBRE Y PAELLIDOS _____

EDAD _____ DOMICILIO _____

Tfno /Fax _____ e-mail _____

Sexo

<input type="checkbox"/>	HOMBRE	<input type="checkbox"/>	MUJER
--------------------------	--------	--------------------------	-------

Estado civil

<input type="checkbox"/>	SOLTERO/A
<input type="checkbox"/>	CASADO/A
<input type="checkbox"/>	DIVORCIDO/A
<input type="checkbox"/>	VIUDO/A

Nivel de estudios

<input type="checkbox"/>	SIN ESTUDIOS	<input type="checkbox"/>	DIPLOMADO UNIVERSITARIO
<input type="checkbox"/>	PRIMARIOS	<input type="checkbox"/>	TITULADO SUPERIOR
<input type="checkbox"/>	BUP/COU/FP2	<input type="checkbox"/>	

Profesión _____

¿A qué edad probó su primer cigarrillo? _____ ¿ Desde que edad fuma regularmente? _____

¿Por qué empezó a fumar? (motivo principal)

<input type="checkbox"/>	Fumaban casi todos mis amigos	<input type="checkbox"/>	Para sentirme más integrado
<input type="checkbox"/>	Fumaba mi mejor amigo (alguien importante para mí)	<input type="checkbox"/>	Me gustaba el sabor y el olor
<input type="checkbox"/>	Me sentía mayor, me sentía independiente	<input type="checkbox"/>	Otros

¿Cuántos años lleva fumando? _____

Indique el número de cigarrillos diarios que fuma actualmente _____

Marca _____

Actualmente, los cigarrillos los fuma:

<input type="checkbox"/>	Enteros hasta el filtro
<input type="checkbox"/>	Casi todo el cigarrillo
<input type="checkbox"/>	La mitad del cigarrillo
<input type="checkbox"/>	Lo enciendo y lo apago

Actualmente fuman algunas de las personas con las que convive en su domicilio:

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

En caso afirmativo, señale cual:

<input type="checkbox"/>	Padre
<input type="checkbox"/>	Madre
<input type="checkbox"/>	Cónyuge/pareja
<input type="checkbox"/>	Hijos

Si usted trabaja fuera de casa, ¿considera que trabaja en un ambiente de fumadores?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

¿Considera usted a su grupo de amigos como fumadores?

Si	No
----	----

¿Ha reducido el consumo de cigarrillos en el último año?

Si	No
----	----

En caso de que haya reducido, ¿cuántos cigarrillos ha reducido al día? _____

¿Ha intentado dejar de fumar alguna vez?

Si	No
----	----

Si ha respondido afirmativamente, ¿cuántas veces? _____

¿Ha dejado de fumar en el transcurso del último año?

Si	No
----	----

¿Cuánto tiempo estuvo sin fumar?

Una semana o menos	Entre un mes y tres meses
Entre una semana y quince días	Aproximadamente seis meses
Entre quince días y un mes	Más de seis meses

¿Utilizó algún procedimiento para dejarlo?. Indique cuál o cuáles:

Terapia sustitutiva de nicotina	Hipnosis	Reducción progresiva
Terapia farmacológica	Acupuntura	Terapia psicológica individual
Consejo médico	Homeopatía	Terapia psicológica grupal

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

Crisis vital: divorcio, enfermedad, muerte, etc	Celebración o acontecimiento festivo	Premiarse en una situación agradable
Estrés	Depresión, aburrimiento	Tomar alcohol y/o drogas
Engordar	Dificultades en el trabajo	Estar en ambiente de fumadores

¿Cree que fumar cigarrillos puede afectar gravemente a su salud?

Mucho
Bastante
Moderadamente
Poco
Nada

Alguna vez su médico le ha sugerido que debe dejar de fumar?

Nunca
Alguna vez
Muchas veces

¿Consume de forma habitual alguna de las siguientes sustancias?

Alcohol	Otras drogas: cannabis, cocaína,
Bebidas estimulantes (café, té, colas)	Psicofármacos (tranquilizantes, anfetaminas...)
Analgésico	Otros

Actualmente ¿Se encuentra en tratamiento psiquiátrico o psicológico?

Si	No
----	----

¿Cuál es el motivo?

<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	Ansiedad
<input type="checkbox"/>	Psicosis
<input type="checkbox"/>	Problemas de pareja/ familia
<input type="checkbox"/>	Otros

Actualmente ¿Desea dejar de fumar?

<input type="checkbox"/>	Totalmente
<input type="checkbox"/>	Bastante
<input type="checkbox"/>	Poco
<input type="checkbox"/>	Nada
<input type="checkbox"/>	No sé

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

Sus expectativas sobre le programa de tratamiento que va a realizar son:

<input type="checkbox"/>	Muy buenas
<input type="checkbox"/>	Buenas
<input type="checkbox"/>	No sabe
<input type="checkbox"/>	Malas
<input type="checkbox"/>	Muy malas



ANEXO 2: CUESTIONARIO MEDICO

CUESTIONARIO MEDICO

Los tratamientos farmacológicos de la dependencia tabáquica han de ser personalizados. Para ello es muy importante que **cumplimente todas las preguntas** que a continuación le realizamos. Ello nos permitirá un diagnóstico más preciso y unas pautas más concretas de tratamiento.

Lea detenidamente las preguntas y responda a todas. Si cree que debe completar alguna de las preguntas, anótelas al margen de la misma.

Este **cuestionario** es **confidencial**. Sus respuestas solo serán examinadas por el médico, quien sacará las conclusiones oportunas.

	SI	NO
¿Le han intervenido quirúrgicamente en alguna ocasión?	SI	NO
¿Alguna vez ha sentido dolor u opresión en el pecho?	SI	NO
¿Está diagnosticado de arritmias cardíacas y/o angina de pecho?	SI	NO
¿Ha sentido / siente palpitaciones frecuentemente?	SI	NO
¿Está diagnosticado de infarto de miocardio?	SI	NO
¿Cuándo le diagnosticaron?	MES	AÑO
¿Ha observado cambios de color, frialdad o dolor en las extremidades?	SI	NO
¿Se le hinchan las piernas?	SI	NO
¿Tiene varices?	SI	NO
¿Se le duermen las manos?	SI	NO
¿Padece de vértigo (giro de objetos al mover la cabeza)?	SI	NO
¿Sufre de asma o de algún otro problema bronquial?	SI	NO
¿Tiene pólipos en las cuerdas vocales?	SI	NO
¿Utiliza prótesis dental (dentadura postiza)?	SI	NO
¿Padece bocio o alguna otra enfermedad de tiroides?	SI	NO
¿Padece úlcera de estómago?	SI	NO
¿Es diabético?	SI	NO
¿Padece de gota o aumento de ácido úrico?	SI	NO
¿Tiene el colesterol o los triglicéridos elevados?	SI	NO
¿Padece alguna enfermedad de la sangre?	SI	NO
¿Sufre dolores de cabeza frecuentes/habituales?	SI	NO
¿Padece alguna enfermedad dermatológica (de la piel)?	SI	NO
¿Ha tenido alguna vez problemas con el alcohol?	SI	NO
¿Ha consumido / consume drogas de otro tipo?	SI	NO
¿Ha seguido / sigue algún tratamiento psiquiátrico o psicológico?	SI	NO
¿Le duelen o se le hinchan las articulaciones con relativa frecuencia?	SI	NO

	SI	NO
¿Ha sufrido alguna enfermedad mental, depresión o enfermedad nerviosa?	SI	NO
¿Cuál?		
¿Ha tenido/tiene cuadros de convulsiones o de epilepsia?	SI	NO
¿ Ha padecido/padece algún problema de hígado?	SI	NO
¿Ha padecido/padece algún problema de riñón?	SI	NO
¿Padece estreñimiento de forma habitual?	SI	NO
¿Ha tenido/tiene problemas de anorexia/bulimia)	SI	NO
¿Tiene alergia a algún medicamento?	SI	NO
¿A cuál?		
¿Tiene alergia a cualquier otra cosa? Alimentos, tejidos, sustancias químicas...	SI	NO
¿A que?		
RECIENTEMENTE	SI	NO
¿Le han detectado alguna enfermedad o problema de salud?	SI	NO
¿Ha tenido que seguir algún tipo de tratamiento?	SI	NO
¿Ha notado sensación de falta de aire, de no respirar profundamente?	SI	NO
¿Tiene trastornos del sueño?	SI	NO
¿Está siguiendo algún régimen alimentario?	SI	NO
¿Ha tenido la tensión arterial alta?	SI	NO
¿Se ha tratado / se está tratando con medicación?	SI	NO
¿Nota molestias o ardores de estomago?	SI	NO
¿Tiene tos sin estar acatarrado?	SI	NO
¿Está ronco o se está modificando su voz?	SI	NO
¿Alguna enfermedad o problema relacionado con las fosas nasales?	SI	NO
¿Se deprime o está triste fácilmente o sin motivo aparente?	SI	NO
¿Tiene úlceras / llagas en la boca?	SI	NO

Escriba el nombre de todos los medicamentos que está tomando en la actualidad, los motivos y desde cuando.

NOMBRE DE LA MEDICACION	MOTIVO	FECHA INICIO

NOMBRE

FIRMA



ANEXO 2: HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA

CODIGO CURSO		Nº HISTORIA	
---------------------	--	--------------------	--

FILIACION

NOMBRE			
APELLIDOS			
FECHA NACIMIENTO		ESTADO CIVIL	
NIVEL ESTUDIOS		SEXO	
PROFESION			
DOMICILIO			
C.P		E-mail	
TELEFONOS			

ANTECEDENTES PERSONALES

ENFERMEDADES TIPO	FECHA Dco	ACTUALIDAD	
		SI	NO

INTERVENCIONES QUIRURGICAS TIPO	FECHA INTERVENCION

MEDICACION ACTUAL TIPO

TRATAMIENTO PSIQUIATRICO/PSICOLOGICO

	TIPO	MOTIVO
PSICOLOGICO		
PSQUIATRICO		

ALERGIAS TIPO

SI	ESTREÑIMIENTO HABITUAL	NO
----	-------------------------------	----

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

PARENTESCO	VIVE	ENFERMEDADES /CAUSAS DE EXITUS
PADRE		
MADRE		
HERMANOS		

HISTORIA TABAQUICA

EDAD INICIO		AÑOS FUMANDO		Nº CIG/DIA	
MARCA		CAMBIO DE MARCA EN ULTIMO AÑO		RAZON	
Nº INTENTOS PREVIOS DE ABANDONO		TIEMPO MAXIMO DE ABANDONO		CAUSAS DE RECAIDA	
TTº UTILIZADO				¿CON TERAPEUTA?	

AMBIENTE FUMADOR

	Nº FUMAN	
FAMILIA		PARENTESCO
TRABAJO		CARACTER DEL PUESTO (individual, política no fumadora...)
AMIGOS		

CONSUMO DE SUSTANCIAS

	ALCOHOL		OTRAS DROGAS: cannabis, cocaína,
	BEBIDAS ESTIMULANTES (café, colas..)		PSICOFÁRMACOS (tranquilizantes, anfetaminas...)
	ANALGÉSICO		OTROS

EXPECTATIVAS DE ABANDONO

DESEO PERCIBIDO (0 a 10)	
EXPECTATIVAS PROGRAMA TERAPEUTICO	

CUESTIONARIOS

	0-6 Baja	7-9 Moderada	10 Alta
RICHDMON			

	1-3 Leve	4-6 Moderada	7 ó + Alta
FAGERSTRÖM			

	0-11 Leve	12-22 Moderada	23-33 Alta	34-44 Muy alta
GLOVER-NILSSON				

	0-140
CONFI-S	

OTROS DATOS DE INTERES

EXPLORACION

PESO		Kg
T.A. /	
Fr. C		lpm

TALLA		cm
COppm	
IMC		

CABEZA Y CUELLO

--

TORAX

A.C:
A.P:

ABDOMEN

--

EXTREMIDADES

SUPERIORES

--

INFERIORES

--

PRESCRIPCION FARMACOLOGICA

FARMACO		DOSIS BASAL	
T S N	CHICLES		
	COMPRIMIDOS		
	PARCHES 24 H		
	PARCHES 16 H		
	SPRAY NASAL		
BUPROPION	150 mg/24h	DESDE	
	150 mg/12h	DESDE	

CONTACTO TELEFONICO / PERSONAL (Dia D+3d)

--

SEGUIMIENTO 1 (Día D + 1 Semana)
Sesión 4

CO

SINTOMA	SEMANA 1						
DIA de la SEMANA							
CEFALEA							
NERVIOSISMO							
IRRITABILIDAD							
CONCENTRACION							
MAREO							
DEPRESION							
CANSANCIO							
SOMNOLENCIA							
INSOMNIO							
ESTREÑIMIENTO							
↑ APETITO							
IRRI. GARGANTA							
CRAVING (Nº)							

SINDROME DE ABSTINENCIA
1: Leve
2: Moderado
3: Severo

OTROS SINTOMAS / RIESGOS	<input type="text"/>
Tto	<input type="text"/>

DIFICULTAD GLOBAL PERCIBIDA (0 a 10)

DIFICULTAD SITUACIONAL PERCIBIDA

<input type="text"/>	Realizando tareas profesionales durante la jornada laboral
<input type="text"/>	En reuniones con compañeros, clientes, amigos
<input type="text"/>	Cuando estoy nervioso
<input type="text"/>	Cuando quiero evitar comer
<input type="text"/>	Cuando me ofrecen un cigarrillo
<input type="text"/>	Cuando me siento relajado
<input type="text"/>	Cuando veo a otros fumando
<input type="text"/>	Finalizada una comida o aperitivo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SEGUIMIENTO 2 (Día D + 2 Semanas)
Sesión 5

CO

SINDROME DE ABSTINENCIA 1: Leve 2: Moderado 3: Severo	SINTOMA	SEMANA 2						
	DIA de la SEMANA							
	CEFALEA							
	NERVIOSISMO							
	IRRITABILIDAD							
	CONCENTRACION							
	MAREO							
	DEPRESION							
	CANSANCIO							
	SOMNOLENCIA							
	INSOMNIO							
	ESTREÑIMIENTO							
	↑ APETITO							
	IRRI. GARGANTA							
	CRAVING (Nº)							

OTROS SINTOMAS / RIESGOS	<input type="text"/>
Tto	<input type="text"/>

DIFICULTAD GLOBAL PERCIBIDA (0 a 10)	<input type="text"/>
DIFICULTAD SITUACIONAL PERCIBIDA	
<input type="text"/>	Realizando tareas profesionales durante la jornada laboral
<input type="text"/>	En reuniones con compañeros, clientes, amigos
<input type="text"/>	Cuando estoy nervioso
<input type="text"/>	Cuando quiero evitar comer
<input type="text"/>	Cuando me ofrecen un cigarrillo
<input type="text"/>	Cuando me siento relajado
<input type="text"/>	Cuando veo a otros fumando
<input type="text"/>	Finalizada una comida o aperitivo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SEGUIMIENTO 3 (Día D + 4 Semanas)
Sesión 6

CO _____

SINTOMA	SEMANA 3	SEMANA 4
DIA de la SEMANA		
CEFALEA		
NERVIOSISMO		
IRRITABILIDAD		
CONCENTRACION		
MAREO		
DEPRESION		
CANSANCIO		
SOMNOLENCIA		
INSOMNIO		
ESTREÑIMIENTO		
↑ APETITO		
IRRI. GARGANTA		
CRAVING (Nº)		

SINDROME DE ABSTINENCIA
1: Leve
2: Moderado
3: Severo

OTROS SINTOMAS / RISKOS	
Tto	

DIFICULTAD GLOBAL PERCIBIDA (0 a 10) _____
DIFICULTAD SITUACIONAL PERCIBIDA

	Realizando tareas profesionales durante la jornada laboral
	En reuniones con compañeros, clientes, amigos
	Cuando estoy nervioso
	Cuando quiero evitar comer
	Cuando me ofrecen un cigarrillo
	Cuando me siento relajado
	Cuando veo a otros fumando
	Finalizada una comida o aperitivo

SEGUIMIENTO 4 (Día D + 6 Semanas)
Sesión 7

CO

SINTOMA	SEMANA 5					SEMANA 6				
DIA de la SEMANA										
CEFALEA										
NERVIOSISMO										
IRRITABILIDAD										
CONCENTRACION										
MAREO										
DEPRESION										
CANSANCIO										
SOMNOLENCIA										
INSOMNIO										
ESTREÑIMIENTO										
↑ APETITO										
IRRI. GARGANTA										
CRAVING (Nº)										

SINDROME DE ABSTINENCIA
1: Leve
2: Moderado
3: Severo

OTROS SINTOMAS / RIESGOS	<input type="text"/>
Tto	<input type="text"/>

DIFICULTAD GLOBAL PERCIBIDA (0 a 10)

DIFICULTAD SITUACIONAL PERCIBIDA

<input type="text"/>	Realizando tareas profesionales durante la jornada laboral
<input type="text"/>	En reuniones con compañeros, clientes, amigos
<input type="text"/>	Cuando estoy nervioso
<input type="text"/>	Cuando quiero evitar comer
<input type="text"/>	Cuando me ofrecen un cigarrillo
<input type="text"/>	Cuando me siento relajado
<input type="text"/>	Cuando veo a otros fumando
<input type="text"/>	Finalizada una comida o aperitivo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SEGUIMIENTO 5 (Día D + 8 Semanas)
Sesión 8

CO

SINTOMA	SEMANA 7							SEMANA 8							
DIA de la SEMANA															
CEFALEA															
NERVIOSISMO															
IRRITABILIDAD															
CONCENTRACION															
MAREO															
DEPRESION															
CANSANCIO															
SOMNOLENCIA															
INSOMNIO															
ESTREÑIMIENTO															
↑ APETITO															
IRRI. GARGANTA															
CRAVING (Nº)															

SINDROME DE ABSTINENCIA
1: Leve
2: Moderado
3: Severo

OTROS SINTOMAS / RIESGOS	<input type="text"/>
Tto	<input type="text"/>

DIFICULTAD GLOBAL PERCIBIDA (0 a 10)

DIFICULTAD SITUACIONAL PERCIBIDA

<input type="text"/>	Realizando tareas profesionales durante la jornada laboral
<input type="text"/>	En reuniones con compañeros, clientes, amigos
<input type="text"/>	Cuando estoy nervioso
<input type="text"/>	Cuando quiero evitar comer
<input type="text"/>	Cuando me ofrecen un cigarrillo
<input type="text"/>	Cuando me siento relajado
<input type="text"/>	Cuando veo a otros fumando
<input type="text"/>	Finalizada una comida o aperitivo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SEGUIMIENTO 6 (Día D + 10 Semanas)
Sesión 9

CO

SINTOMA	SEMANA 9	SEMANA 10
DIA de la SEMANA		
CEFALEA		
NERVIOSISMO		
IRRITABILIDAD		
CONCENTRACION		
MAREO		
DEPRESION		
CANSANCIO		
SOMNOLENCIA		
INSOMNIO		
ESTREÑIMIENTO		
↑ APETITO		
IRRI. GARGANTA		
CRAVING (Nº)		

SINDROME DE ABSTINENCIA
1: Leve
2: Moderado
3: Severo

OTROS SINTOMAS / RIESGOS	<input type="text"/>
Tto	<input type="text"/>

DIFICULTAD GLOBAL PERCIBIDA (0 a 10)

DIFICULTAD SITUACIONAL PERCIBIDA

<input type="text"/>	Realizando tareas profesionales durante la jornada laboral
<input type="text"/>	En reuniones con compañeros, clientes, amigos
<input type="text"/>	Cuando estoy nervioso
<input type="text"/>	Cuando quiero evitar comer
<input type="text"/>	Cuando me ofrecen un cigarrillo
<input type="text"/>	Cuando me siento relajado
<input type="text"/>	Cuando veo a otros fumando
<input type="text"/>	Finalizada una comida o aperitivo
<input type="text"/>	

SEGUIMIENTO 7 (Día D + 12 Semanas)
Sesión 10

CO

SINTOMA	SEMANA 9	SEMANA 10
DIA de la SEMANA		
CEFALEA		
NERVIOSISMO		
IRRITABILIDAD		
CONCENTRACION		
MAREO		
DEPRESION		
CANSANCIO		
SOMNOLENCIA		
INSOMNIO		
ESTREÑIMIENTO		
↑ APETITO		
IRRI. GARGANTA		
CRAVING (Nº)		

SINDROME DE ABSTINENCIA
1: Leve
2: Moderado
3: Severo

Otros SINTOMAS / RIESGOS	
Tto	

DIFICULTAD GLOBAL PERCIBIDA (0 a 10)

DIFICULTAD SITUACIONAL PERCIBIDA

	Realizando tareas profesionales durante la jornada laboral
	En reuniones con compañeros, clientes, amigos
	Cuando estoy nervioso
	Cuando quiero evitar comer
	Cuando me ofrecen un cigarrillo
	Cuando me siento relajado
	Cuando veo a otros fumando
	Finalizada una comida o aperitivo

SEGUIMIENTO 8 (Día D + 6 meses)
Sesión 11

CO

DIFICULTAD GLOBAL PERCIBIDA (0 a 10)

DATOS DE INTERES

SEGUIMIENTO 9 (Día D + 12 meses)
Sesión 12

CO

DIFICULTAD GLOBAL PERCIBIDA (0 a 10)

DATOS DE INTERES

ANEXO 3: MATERIALES

- **Registros de frecuencia de consumo**
- **Listado de razones para dejar de fumar**
 - **Balanza de toma de decisiones**
 - **Gráfica de consumo**
 - **Registro funcional del hábito**
 - **Alternativas a fumar**
 - **Pautas de higiene del sueño**
 - **Pautas de control de peso**
 - **Recaídas: Señales de alerta**

REGISTROS DE FRECUENCIA DE CONSUMO

HORA	L	M	X	J	V	S	D
7-9							
9-11							
11-13							
13-15							
15-17							
17-19							
19-21							
21-23							
23-1							
1-3							
3-5							
5-7							
TOTAL							

HORA	L	M	X	J	V	S	D
7-9							
9-11							
11-13							
13-15							
15-17							
17-19							
19-21							
21-23							
23-1							
1-3							
3-5							
5-7							
TOTAL							

LISTADO DE RAZONES PARA DEJAR DE FUMAR

RAZONES POR LAS QUE QUIERO DEJAR DE FUMAR

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

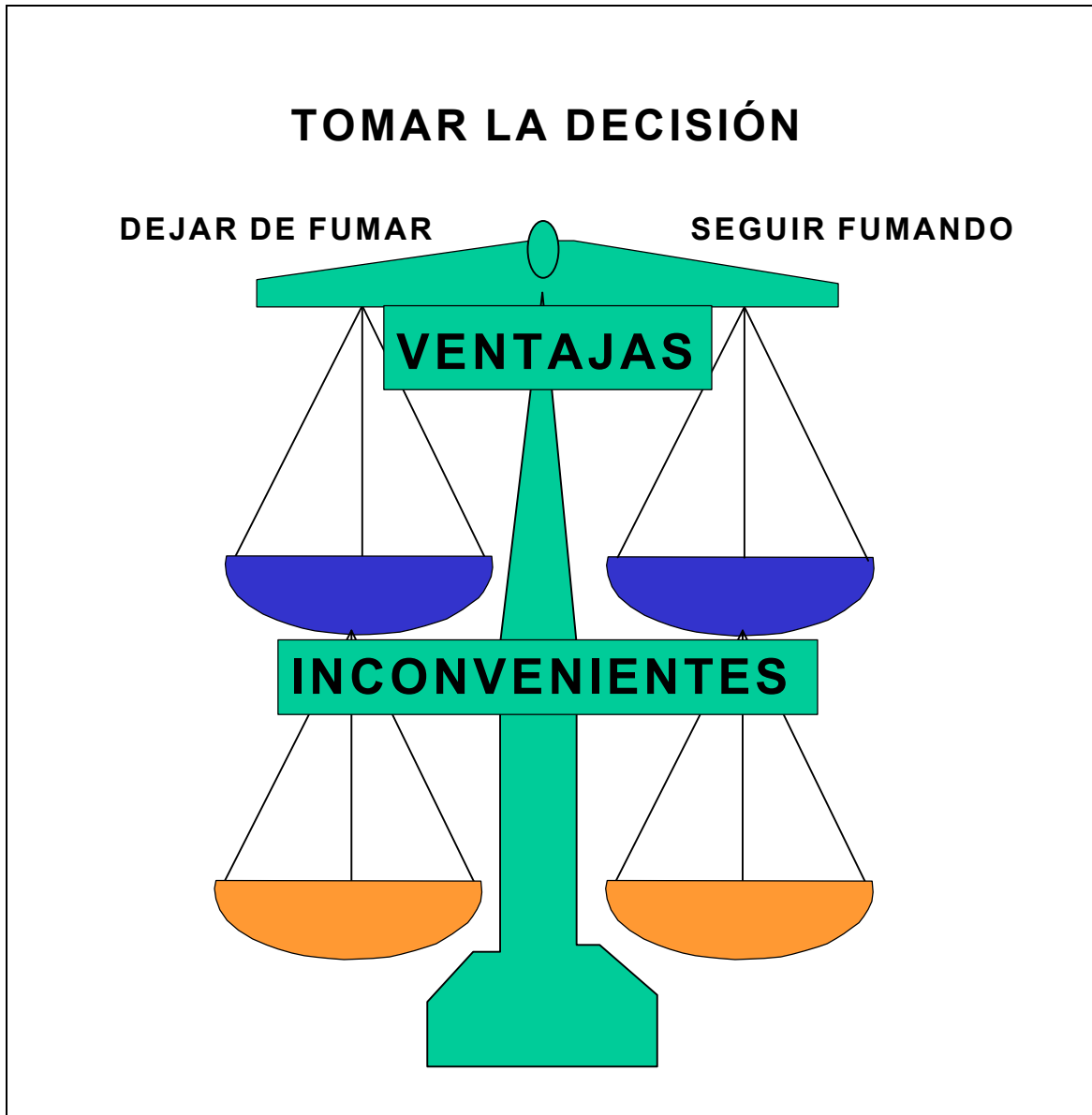
RAZONES POR LAS QUE QUIERO DEJAR DE FUMAR

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

RAZONES POR LAS QUE QUIERO DEJAR DE FUMAR

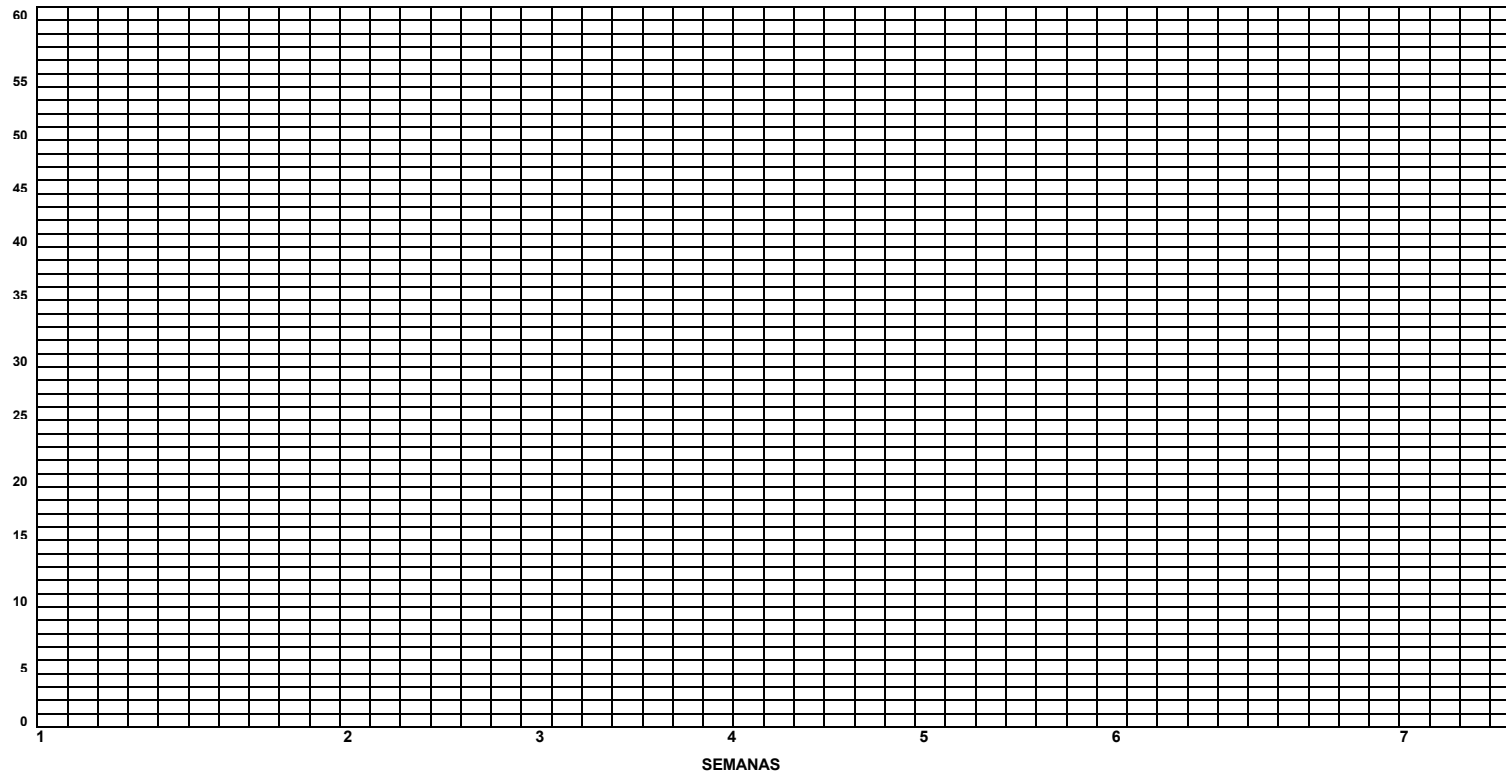
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

BALANZA DE TOMA DE DECISIONES





Grafica de consumo



REGISTRO FUNCIONAL DEL HÁBITO

NOMBRE:

DIA:

HORA	LUGAR	SOLO	ACOMPANADO	SENSACIÓN PRECIGARRO	SENSACIÓN POSTCIGARRO

ALTERNATIVAS QUE VD. PUEDE UTILIZAR EN LUGAR DE FUMAR

- Mascar chicle, comer caramelos sin azúcar
- Beber muchos zumos o agua, ya que ayudan a eliminar la nicotina por orina
- Respirar grandes bocanadas de aire y expulsarlo lentamente
- Recordar que las sensaciones de abstinencia son pasajeras y controlables
- Dormir
- Ducharse o darse un baño
- Jugar con objetos pequeños
- Evitar o salir de las situaciones difíciles que no podamos controlar y nos vayan a llevar a fumar
- Cambiar el foco atencional, buscando actividades distractoras:
 - Ver TV
 - Oír música
 - Limpiar la casa
 - Ejercicio físico
 - Llamar por teléfono
 - Hacer puzzles
 - Hacer trabajos manuales
 - Mirar escaparates
 - Cocinar
- Focalizar la atención en los aspectos agradables de la situación

HIGIENE DEL SUEÑO

Las siguientes estrategias terapéuticas tienen por objeto adquirir hábitos positivos que ayudarán a eliminar las circunstancias que favorecen el insomnio.

1. Prepararse de antemano para dormir

- I. Establecer una rutina horaria para fijar el reloj biológico. Mantenga un horario regular, procurando que la hora de acostarse y levantarse no difiera mucho de un día a otro.
- II. Practicar ejercicio físico regular. Aunque la actividad física mejora la calidad del sueño los ejercicios vigorosos en las tres horas antes de dormir generan un estado de excitación interna que hace difícil conciliar el sueño.
- III. Moderar el consumo de alcohol, especialmente durante la cena o después de ella. A pesar de inducir el sueño, produce despertares precoces y reduce el tiempo total de sueño.
- IV. Evitar el consumo de estimulantes, cafeína, té o bebidas cola, en la noche. No duerma la siesta y, en caso de necesitarlo, que no supere los 20 minutos.
- V. No cene copiosamente, pues la ingesta de alimentos en grandes cantidades hace pesada la digestión e impide alcanzar un descanso reparador. Es preferible una cena ligera unas dos horas antes de irse a la cama.
- VI. Tomar un baño caliente media hora antes de acostarse puede ayudar a relajarse, así como leer un libro o beber un vaso de leche caliente.

2. En el momento de dormir

- I. Mejorar las condiciones ambientales, reducir los ruidos y evitar las temperaturas extremas. Procurar que el dormitorio se encuentre a oscuras, en silencio y bien ventilado.
- II. Relájese, no trate de forzar el sueño. Evite las preocupaciones, la cama no es el mejor lugar para pensar, así como tampoco el sitio para realizar otras actividades como leer, revisar cuentas, hablar por teléfono o ver la televisión.
- III. Restricción del sueño: acortar el tiempo de cama al tiempo real de sueño. Posteriormente se irá acortando la hora de acostarse a 15 a 30 minutos.
- IV. Después de más de 30 minutos en la cama si poder conciliar el sueño es preferible levantarse e intentarlo de nuevo un poco más tarde.
- V. No tomar medicamentos contra el insomnio por iniciativa propia. Consultar a un especialista.

PAUTAS PARA EL CONTROL DEL PESO

1. Comience a practicar algún tipo de ejercicio físico de manera regular y dedique a ello más de dos horas semanales.
2. Organice sus sesiones de entrenamiento de manera que incluyan 25 minutos de fortalecimiento muscular con el fin de combatir la pérdida de masa muscular asociada a la edad y, por tanto la pérdida de velocidad del metabolismo.
3. Una semana antes de dejar de fumar, empiece a anotar diariamente sus comidas.
4. Siga anotándolas una vez que deje de fumar. Compárelas con sus notas de antes de dejar de fumar e identifique las horas a las que come más y los tipos de alimentos ingeridos.
5. Coma despacio
6. Disminuya la ingesta en 200-300 Kcal/día
7. Aprenda a sobrellevar los momentos difíciles y tenga siempre a mano para picar fruta o algún tentempié de bajo contenido en grasas.
8. Incremente el contenido en frutas y verduras dentro de la alimentación.

RECAIDAS: SEÑALES DE ALERTA

En numerosas ocasiones los síntomas de una recaída aparecen mucho antes del consumo. Poder identificar estos síntomas o señales posibilitan prevenir una recaída. Se trata de promover el desarrollo de la capacidad de autoobservación.

- I. **Aparición de pensamientos repetitivos con respecto al consumo.** Pueden aparecer en forma de ideas relativas al uso del tabaco, sueños o deseo de volver a fumar, etc.
- II. **Actitud de desafío con respecto al plan de recuperación.** Se manifiestan críticas hacia el tratamiento, terapeuta o institución asistencial.
- III. **Descuidar el plan de tratamiento.** Dejar de asistir a las reuniones programadas, dejar de hacer los ejercicios pautados, etc.
- IV. **Sentimientos de frustración y/o impaciencia** porque el deseo y la necesidad de fumar no desaparece tan rápido como quisiera.
- V. **Irritabilidad sin causa aparente**, principalmente dirigida a las personas que han ayudado o animado durante el proceso de abandono.
- VI. **Obsesión con la imagen o consecuencias derivadas del tratamiento.** Dietas excesivas, preocupación acerca del peso, etc.
- VII. **Sentimientos de depresión y ansiedad flotantes.** Estados emocionales negativos que no necesariamente se relacionan con ningún evento externo.
- VIII. **Discusiones frecuentes en el hogar y familia.**
- IX. **Insomnio, intranquilidad y dificultad para descansar.**