

2014-03-27

Técnicas psicológicas de intervención en tabaquismo y dispositivos de aplicación en la ciudad de Mar del Plata

Uzcudún, Fernando Walter

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/105>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA.

FACULTAD DE PSICOLOGIA.

Técnicas psicológicas de intervención en tabaquismo y dispositivos de aplicación en la ciudad de Mar del Plata.

Informe final del trabajo de investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89.

Alumno:

Uzcudún, Fernando Walter.

Matrícula N° 3959/96.

D.N.I. N° 18.007.329.

Cátedra de Radicación:

Escuela de Becarios.

Supervisor:

Dra. Patricia Weissmann.

Noviembre de 2011.

Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y -como tal- es propiedad exclusiva del alumno Fernando Walter Uzcudún, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, y no puede ser publicado en todo o en sus partes, o resumirse, sin previo consentimiento del autor.

El que suscribe, manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por el alumno Fernando Walter Uzcudún, conforme a los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de su contenido a los (.....) días del mes de de 2011.-

.....

Firma del Supervisor.

INFORME DE EVALUACION.

Atento el cumplimiento de los requisitos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al trabajo de investigación presentado por el alumno Fernando Walter Uzcudún.

.....

Firma.

Miembro Integrante
De la Comisión Asesora.

Fecha de Aprobación:

Pags. 6 a 10: Va el proyecto aprobado!.

INDICE.

TITULO I - INTRODUCCION

CAPITULO I – OBJETIVOS.

1 – Razón de la investigación	16
2 – Objetivos generales y específicos	16

CAPITULO II – PROBLEMÁTICA.

1 – Problemática.....	17
2 - Historia del tabaco.....	18
3 - Del tabaco al tabaquismo.....	19
4 - Del tabaquismo a la adicción.....	20
5 - Características de la adicción al tabaco.....	21
6 - De vicio a pandemia.....	22

TITULO II - MARCO TEORICO

CAPITULO III - IMPULSO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

1 - El Convenio Marco.....	24
2 - Legislación local.....	25
3 - Epidemiología del tabaquismo.....	27
3.1 - Prevención Primaria.....	27
3.2 - Prevención Secundaria.....	27
3.3 - Prevención Terciaria.....	28

CAPITULO IV: TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO.

1 - Rol de la Psicología.....	28
2 - Desarrollo teórico.....	28
3 - Intervención terapéutica en tabaquismo.....	31
3.1 - 1950.....	31
3.2 - 1960.....	32
3.3 - 1970.....	32

3.4 - 1980.....	33
3.5 - 1990.....	35
3.6 - 2000.....	36

CAPITULO V: PRINCIPALES HERRAMIENTAS PSICOLOGICAS.

1 – Aclaración.....	38
2 - Herramientas diagnósticas.....	39
2.1 - Motivación.....	39
2.2 - Dependencia física.....	39
2.3 - Dependencia psicosocial.....	40
2.4 - Estado emocional.....	40
2.5 - Situación actitudinal.....	40
3 - Herramientas de intervención.....	40
3.1 - Aspecto físico.....	41
3.1.1 - Desensibilización.....	41
3.1.1.1 - Acupuntura.....	41
3.1.1.2 - Auriculoterapia.....	41
3.1.1.3 - Flores de Bach.....	42
3.1.1.4 - Rayo láser.....	42
3.1.2 - Sustitución.....	42
3.1.2.1 - Parches.....	42
3.1.2.2 - Chicles.....	43
3.1.2.3 - Pastillas.....	43
3.1.2.4 - Spray nasal.....	43
3.1.2.5 – Inhalador.....	43
3.1.3 - Medicación.....	44
3.1.3.1 - Ansiolíticos.....	44
3.1.3.2 - Bupropión.....	44
3.1.3.3 - Vareniclina.....	45
3.1.4 - Relación.....	45
3.1.4.1 - Dieta.....	45
3.1.4.2 - Nutrición.....	45
3.1.4.3 - Ejercicio físico.....	46
3.2 - Aspecto informativo.....	46

3.2.1 - Campañas de publicidad.....	46
3.2.1.1 - Públicas.....	46
3.2.1.2 - Privadas.....	46
3.2.2 - Consejo simple.....	47
3.2.3 - Primera intervención.....	47
3.2.4 - Teletratamiento.....	48
3.2.4.1 - Líneas de ayuda telefónica.....	48
3.2.4.2 - Internet.....	48
3.3 - Aspecto afectivo.....	49
3.3.1 – Facilitadoras.....	49
3.3.1.1 - Hipnosis.....	49
3.3.1.2 - Empatía.....	49
3.3.1.3 - Relajación.....	50
3.3.1.4 - Entrevista motivacional.....	50
3.3.2 - Expresivas.....	51
3.3.2.1 - Silla vacía y silla caliente.....	51
3.3.2.2 - Escritura emocional.....	51
3.3.2.3 - Provocación del enojo.....	51
3.3.2.4 - Paradójicas.....	52
3.4 - Aspecto conductual.....	52
3.4.1 - De refuerzo.....	52
3.4.1.1 - Contrato de contingencias.....	52
3.4.1.2 - Alcancía.....	53
3.4.2 - De control.....	53
3.4.2.1 - Autocontrol.....	53
3.4.2.2 - Autoregistro.....	53
3.4.2.3 - Asignación de tareas.....	54
3.4.2.4 - Exposición.....	54
3.4.3 - Aversivas.....	54
3.4.3.1 - Fumar rápido.....	54
3.4.3.2 - Saciación.....	55
3.4.3.3 – Retención del humo.....	55
3.4.4 - Programas.....	55
3.4.4.1 - Modelado.....	55

3.4.4.2 – Moldeamiento.....	56
3.5 - Aspecto cognitivo.....	56
3.5.1 - Etapas de los programas.....	56
3.5.1.1 - Definición.....	56
3.5.1.2 - Elaboración.....	57
3.5.1.3 - Acción.....	57
3.5.1.4 - Retroalimentación.....	57
3.5.2 - Programas.....	58
3.5.2.1 - Estrategias de afrontamiento.....	58
3.5.2.2 - Reestructuración cognitiva.....	58
3.5.2.3 - Detención del pensamiento.....	58
3.5.2.4 - Adquisición de destrezas.....	58
3.5.2.5 - Solución de problemas.....	59

TITULO III - ASPECTOS METODOLOGICOS

CAPITULO VI: CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO

1 - Diseño	60
2 - Muestra	60
3 - Análisis de los datos	60
4 - Técnicas empleadas para la recolección de los datos.....	61
5 - Localización de los dispositivos.....	61
6 - Entrevistas.....	62
7 - Protocolo.....	63
8 - Observación.....	64
9 - Revisión Bibliográfica	65

CAPITULO VII: DISPOSITIVOS DE INTERVENCION.

1 - Distinción.....	66
2 - Recorte metodológico.....	67
3 - Dispositivos locales.....	68
3.1 - Gubernamentales.....	68
3.2 - No Gubernamentales.....	68
4 - Descripción de los dispositivos.....	68

4.1 - G-1.....	69
4.2 - G-2.....	72
4.3 - NG-1.....	74
4.4 - NG-2.....	75

TITULO IV - RESULTADOS

CAPITULO VIII: DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS.

1 - Logrados	78
2 - No logrados	78

CAPITULO IX: CONCLUSIONES.

1- En relación a la prevención.....	79
2 - En relación a los tratamientos.....	81
2.1 - Situación inicial.....	81
2.2 - Características del desarrollo.....	82
2.3 - Cesación.....	83
3 - Discusión.....	85

BIBLIOGRAFIA.....	88
--------------------------	-----------

TITULO I - INTRODUCCION.

CAPITULO I OBJETIVOS.

1 - Razón de la investigación:

La idea de realizar este trabajo, nace a partir del estudio de la prevalencia y los diversos tipos de prevención de salud en el tema del tabaquismo, que formara parte de un taller de la materia Estrategias Cualitativas y Cuantitativas en Investigación Psicológica, que se dicta en nuestra Facultad.

Siendo que el alumno era fumador en ese momento, se interesó por buscar ayuda para su tratamiento y le fue imposible hallarla. Esto motivó realizar un trabajo en el que se expusieran las necesidades de la comunidad por contar con dispositivos de carácter público y gratuito, así como la oferta de los mismos que –de la mano de las restricciones- la salud pública tiene preparados para los ciudadanos.

Dado que no se pudieron hallar datos confiables sobre esta temática, se pensó en acotar el espectro a la ciudad de Mar del Plata y así fue que se presentó el proyecto de investigación agregado supra.

A esta altura ya se especulaba que la cantidad de instituciones que prestaban este tipo de servicios, era muy limitada, pero no se sabía a ciencia cierta cuántas y cuáles eran. Es por este motivo que no se puede especificar el tamaño de la muestra, tal como acertadamente expresa la corrección del proyecto.

2 - Objetivos General y Específico:

En primera instancia, el objetivo general del trabajo es la indagación de las herramientas con que cuenta un fumador para luchar contra su adicción. Analizar las respuestas que dan las diversas teorías sobre los efectos que las distintas técnicas tienen sobre la persona blanco de los tratamientos. Estudiar sus alcances y observar cuáles de

ellas y en qué forma, pueden ser arrimadas al interesado, por un Estado que se muestra comprometido con la salud.

De allí, el objetivo específico será determinar con qué dispositivos públicos y gratuitos se cuenta en nuestra ciudad de Mar del Plata para combatir esta adicción, sus características, bases teóricas, si cumplen con los cánones mínimos indispensables para ser efectivos y si cuentan con los instrumentos de investigación necesarios para verificar dicha confiabilidad.

En términos generales, se intenta dar cuenta del estado del arte en este sentido en nuestra ciudad, en lo que a intervención psicológica se refiere, y en términos particulares, hacer una crítica lo más pormenorizada posible, de los esfuerzos públicos para combatir este flagelo.

CAPITULO II

PROBLEMÁTICA.

1 - El tabaquismo como trastorno:

El consumo de tabaco en sus diversas formas se ha visto criticado en las últimas décadas, a partir de las investigaciones que -cada vez con mayor énfasis- lo asocian con patologías de diversa índole (Eybenn & Zeeman, 2003), principalmente respiratorias y cardíacas, siendo más investigadas aquellas que asocian el consumo de tabaco al desarrollo de cáncer bronco pulmonar, enfermedad obstructiva crónica, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebro vascular (Micó et al., 2000).

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) -organismo de las Naciones Unidas- viene impulsando en forma progresiva desde los años `60 principalmente, diversas investigaciones y campañas de lucha contra el consumo de tabaco en todas sus formas.

Ha promovido en forma cada vez más enérgica, campañas contra el tabaquismo, y fomentado junto a los países firmantes, políticas de educación, prevención y restricción del hábito, junto a la promoción de alternativas de vida saludables, todas iniciativas que en nuestro país han tenido importante recepción, expresada no solo en la

difusión de los hábitos saludables, sino en la legislación restrictiva del consumo desde varios frentes.

Paralelamente, instituciones de salud de todos los países, se abocan cada vez más a la investigación de las consecuencias del hábito tabáquico, ya utilizando modelos aplicados en otras adicciones, ya aportando creatividad e innovación a partir de las características propias de esta patología, y descubriendo a medida que avanzan las tecnologías a su disposición, mayores y mejores resultados en la lucha contra el consumo de tabaco.

Sin embargo, las características adictivas de algunas sustancias presentes en el humo del tabaco, vencen la voluntad de los fumadores en general, más allá de los buenos oficios con que las personas intenten reconducir su vida. Nos hallamos entonces, frente a un ejército de consumidores habituales, cada vez más concientes de la necesidad de abandonar esta conducta, pero sin el suficiente conocimiento o posibilidad de acceso a medios propicios para lograrlo.

Es intención de este trabajo, realizar un recorrido histórico de las metodologías utilizadas en el tratamiento del tabaquismo, las teorías en que se fundaron y las técnicas que resultaron aplicables en cada modelo, para culminar analizando las diversas alternativas que existen en nuestra ciudad en apoyo del fumador y su lucha contra la adicción al tabaco.

2 - Historia del tabaco.

El tabaco es descubierto junto con América, donde era utilizado por algunas tribus como una forma ritual o mágica de éxtasis voluntario, aunque reservado a ciertas celebraciones específicas.

En 1560, Jean Nicot obtiene de las colonias portuguesas, plantas de tabaco que se cultivaban en el palacio de la soberana Catalina de Médicis, quien trataba con rapé (tabaco triturado) sus habituales migrañas. Al popularizarse su uso por la realeza, la planta toma el nombre de Nicotiana, en honor a su introductor en la corte francesa.

De modo similar se extiende por toda Europa y con el transcurso del tiempo, por todo el mundo occidental, sumando a su notable popularidad, supuestos poderes curativos que diversos médicos desde el siglo XVI defendieron, tales como remedio contra los dolores de cabeza, unguento para el reuma, mejorador del asma, mitigador de

dolores, etc., fuera este tabaco usado en forma triturada, masticado, bebido su té o emplasto con sus hojas (Maldonado-Fernandez, 2005).

3 - Del tabaco al tabaquismo.

La creación del “cigarrillo” tiene su origen en el liado de las colillas en papel que realizaban los pordioseros, pero no fue hasta 1880 en que John A. Bonsack patentó la primera máquina de enrollar cigarrillos, que su consumo comenzó a difundirse rápidamente, gracias a la producción en masa

La Primera Guerra Mundial fue escenario de la mayor distribución de tabaco realizada hasta ese momento en la historia de la humanidad. Entre los pertrechos que se hacían llegar a las tropas, se encontraban los atillos de este vegetal, el que masticado o liado en papel, era una buena forma de combatir el aburrimiento en una guerra que se caracterizó por los largos períodos que poscombatientes permanecían apostados en trincheras.

Con el correr de los años y habiéndose extendido su uso tanto en frecuencia como en cantidad, comenzaron a registrarse las consecuencias perjudiciales de esta adicción. Si bien los primeros estudios eran muy precarios, sirvieron de antecedente a las modernas investigaciones.

El escenario que se presenta en la Segunda Gran Guerra, con tropas más movilizadas y medios de comunicación más fluidos, parecen tener su reflejo en la aparición de los primeros “atados” o “paquetes” de cigarrillos que se entregan a cada soldado junto con el alimento, uniforme y armamento.

El consumo interno de cigarrillos -a falta de consumidores varones que se hallaban en el frente- se ve muy debilitado, motivo por el cual, los encargados del negocio impulsan campañas para que la mujer se identifique con dicho hábito, lo que hace disminuir la presión social existente en contra de que la mujer fumara.

Es incluso visto desde algunos sectores feministas como un “triunfo” de la igualdad de género, al estilo de un reconocimiento social como el que se daba al niño, a quien se lo catapultaba a la adultez a partir de autorizarlo a fumar (Prieto Brandstaetter & Rhodius, 2004).

4 - Del tabaquismo a la adicción.

Por los años `60, el carácter de “hábito” que se le daba a dicho consumo, empieza a cuestionarse, dado que algunas investigaciones parecen demostrar que la nicotina, uno de los elementos presentes en la planta de tabaco y posteriormente en el humo del cigarrillo, es agonista de la dopamina. De allí que la nicotina aumenta el número de receptores neuronales presentes en la sinapsis, los que una vez habilitados, requieren de una provisión ampliada de neurotransmisores que el cuerpo naturalmente no produce y cuyo espacio requiere ser llenado por los nicotínicos.

La nicotina es un alcaloide producido por la planta del tabaco como defensa contra los insectos predadores, ya que activa los receptores colinérgicos produciendo disfunción en el sistema nervioso de los mismos. Su acción se inicia aproximadamente a los 10 segundos de la primera inhalación y en el ser humano incrementa los niveles séricos de dopamina, produciendo cambios fisiológicos en el organismo, tales como la euforia, aumento de las propiedades psicoactivas, efectos antidepresivos, aumento de la memoria y de la atención. Su supresión produce un síndrome de abstinencia, caracterizado por irritabilidad, insomnio, bradicardia, ansiedad, disminución de la concentración, impotencia, confusión y depresión (Prieto Brandstaetter & Rhodius, 2004).

Junto a estas indagaciones, cada vez con más frecuencia se hallan en la literatura científica médica, trabajos que correlacionan el tabaquismo con la aparición de diversas enfermedades, principalmente, las relacionadas con los sectores directamente partícipes del consumo, tales como el sistema bucofaríngeo, broncopulmonar y cardíaco.

Con el correr del tiempo, dichas investigaciones alcanzaron a otras dolencias y patologías indirectamente relacionadas, tanto en lo individual (perjuicios en la salud del sujeto consumidor) como en lo comunitario (perjuicios a terceros derivados de la exposición al humo del cigarrillo).

Dentro de los trabajos que centran su atención en los perjuicios sociales que el tabaco provoca, se hallan las afecciones a la salud de las personas que aspiran el humo en forma indirecta. Los grupos más afectados son los niños, ancianos, discapacitados y otros individuos vulnerables, que aspiran en forma involuntaria el humo proveniente de la combustión del cigarrillo ajeno (*flujo lateral*), o bien del humo exhalado por el consumidor (*flujo principal*), a los que se ha dado la denominación de *fumadores pasivos* (Tapia Conyer, Kuri Morales & Gutiérrez, 2001).

Así, de considerarse un “hábito” en los años ´60, pasó a tratarse como una dependencia en las décadas del ´70 y ´80, para declarárselo indiscutiblemente una adicción desde los ´90 hasta la actualidad, llevando a distintas disciplinas relacionadas con la salud, a desarrollar un campo específico de especialización para esta temática (Teixeira do Carmo, 2005).

El U.S. Surgeon General distingue entre la habituación al consumo de una droga y la adicción. La primera se caracteriza por el deseo de consumir, mientras que la segunda por la compulsión. La habituación genera dependencia física, mientras la adicción, dependencia física y psicológica, con síndrome de abstinencia ante su falta. En la habituación, los efectos perjudiciales se limitan al individuo, mientras que en la adicción, se extienden al ámbito social. La necesidad de obtención de la droga es preocupante para el habituado, mientras que es intolerable para el adicto, quien pone todos los medios a su disposición para lograrlo.

En el mismo sentido, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1995) establece los siguientes criterios de diagnóstico para considerar dependencia de una sustancia: cantidades crecientes para lograr el efecto de intoxicación; menor efecto ante el consumo continuado; la falta provoca síndrome de abstinencia; se ingiere para evitar dicha abstinencia; consumo con mayor frecuencia, duración o cantidad de la que se pretendía en principio.

Por otra parte, el mismo manual considera como síndrome de abstinencia nicotínica, a la aparición dentro de las 24 hs de interrupción de la ingesta, de cuatro o más de los siguientes signos: estado de ánimo disforico o depresivo; insomnio; irritabilidad; frustración o ira; ansiedad; dificultad de concentración; inquietud; disminución de la frecuencia cardíaca; aumento del apetito (Teixeira do Carmo, 2005).

5 - Características de la adicción al tabaco.

Tanto la dependencia fisiológica como la psicológica al tabaco se crea a partir de la dosis de excitación que la nicotina proporciona a las neuronas, las cuales a partir de ese momento “recordarán” y tenderán a adaptarse para situaciones similares.

Este efecto llevará al aumento gradual de la ingesta a fin de obtener los mismos resultados (aumento de la capacidad de memoria y concentración, estabilidad del estado

de ánimo, reducción de la ansiedad, etc), tanto en ese como en otros campos, a lo largo de un período de acostumbamiento de duración variable.

Luego de este tiempo, denotan como característicos la necesidad de consumir cada vez mayor cantidad de la misma droga para obtener el mismo efecto y que se hará sentir ante la falta del consumo de la sustancia, generando un malestar de diferentes formas, conocido como el síndrome de abstinencia nicotínica supra descrito.

A ello se sumarán ciertas pautas conductuales adquiridas a lo largo de los años de uso de la droga, que con el tiempo se automatizan, tal como llevarse el cigarrillo a la boca, encenderlo en ciertas circunstancias, manipular el atado, encendedor, la ceniza o el humo, aceptar la invitación de un tercero, usarlo antes, durante o después de ciertas acciones, etc.

Otras pautas se derivan del reconocimiento social del uso del tabaco, o bien del significado que le imprime el grupo de pertenencia del fumador y que tienden a valorizar el consumo, además de otras circunstancias externas que podríamos catalogar como estímulos ambientales, tales como la publicidad, el olor a humo, el uso habitual en reuniones, todas las cuales tienden a reforzar el consumo (Llinares Pellicer, 2001).

6 - De vicio a pandemia.

Lo que a principios de siglo se consideraba una afición o hábito, que solo en los casos extremos se lo catalogaba como “vicio”, comenzó a ser cuestionado por los resultados de cada vez más investigaciones que determinaban la incidencia del tabaco en varias enfermedades y muertes.

Ya en 1928, Schonherr propone la idea de que el cáncer en mujeres no fumadoras podría provenir de la inhalación del humo de los cigarros de sus maridos. Hacia mediados de siglo, los investigadores japoneses Yamagawa e Ichikawa demuestran el carácter cancerígeno de ciertos hidrocarburos presentes en el humo de cigarrillo. En 1959, la investigación llevada adelante por Doll y Hill prueba por primera vez en forma concluyente, la relación existente entre tabaco y cancer de pulmón (García Jordá, 2006).

De la mano de estas investigaciones, el establecimiento de la Organización Mundial de la Salud a partir de la creación de la Organización de las Naciones Unidas después de la Segunda Guerra Mundial, lleva adelante las primeras investigaciones de

corte internacional y reúne informes de una gran cantidad de instituciones a lo ancho del planeta, los cuales conducen a la misma conclusión: el tabaco, consumido en las diferentes formas que se conocen, es perjudicial para la salud, provoca enfermedades o coadyuva a su desarrollo y es causante directo e indirecto de gran número de muertes (Acerca de la O.M.S., 2010).

Teniendo en cuenta la importancia que la salud tiene para las personas, así como para sus entornos (grupo familiar, laboral, etc.), la existencia de un factor como el referido, provoca costos de gran magnitud a los países, dado que no solamente se pierden ciudadanos productivos, sino que además, durante su enfermedad se pierden horas hombre de trabajo y recursos para sanear su estado. De ahí que los estilos de vida saludables, con menor aparición de enfermedades y un cuerpo fuerte y preparado para repelerlas, es una de las bases de una economía en desarrollo (Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, 2005).

TITULO II - MARCO TEORICO.

CAPITULO III

IMPULSO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

1 - El Convenio Marco.

La O.M.S. es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de políticas globales basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. Exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a las amenazas transnacionales (Acerca de la OMS, 2010).

Es en este contexto que poco a poco comienza a perfilarse el camino hacia una lucha conjunta contra el tabaquismo, liderada por la OMS y acompañada por el conjunto de las naciones que integran la O.N.U. o la propia O.M.S.

Desde el año 1995, se reforzó esta tarea mediante la negociación con los organismos e instituciones afines de todo el mundo, con el objeto de promover políticas públicas, insistir en la toma de conciencia de los gobiernos -y por su intermedio a la ciudadanía-, del carácter nocivo del consumo de tabaco, principalmente, de la conducta del fumar (Historia del CMCT, OMS, 2010).

Finalmente en el año 2000 toma estado público el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco –C.M.C.T.-, al que gradualmente diferentes países se han ido sumando con su firma y luego ratificando o adhiriendo -según el alcance dado a estos conceptos en cada Estado- por los órganos legislativos internos (Proceso de Negociación del CMCT, OMS, 2010)

La Asamblea Mundial de la Salud lo aprobó el 21 de mayo de 2003, y entró en vigencia el 27 de febrero de 2005. El convenio fue suscripto hasta la actualidad por 185 administraciones partes, de las cuales 174 lo ratificaron o adhirieron en forma paralela o posterior a su puesta en vigor, sancionando en general, leyes internas que recogen sus

principios y valores. Solo 12 países -entre los que se encuentra la República Argentina-, no lo han ratificado aún (Lista de Partes, OMS, 2010).

Las acciones que promueve el C.M.C.T. tienen por objeto impedir el ingreso al consumo, así como la cesación tabáquica de la población consumidora. Están orientadas hacia diversos ámbitos, tales como el control de la producción, promoción y venta de productos derivados del tabaco, la prevención de la iniciación en el consumo en jóvenes, la reducción de las presiones sociales que llevan a esta adicción, etc.

El Convenio divide estas acciones en dos grandes grupos:

- *Destinadas a reducir la demanda.* aumento de precios e impuestos; protección contra la exposición al humo; control del contenido y emisiones de los productos del tabaco; información sobre los mismos; advertencias en los paquetes o atados; educación y concientización de la comunidad; prohibición de su publicidad y patrocinio; establecer programas para el abandono del tabaco.

- *Destinadas a reducir la oferta.* controlar el comercio ilícito; prohibir la venta a menores de edad; ofrecer alternativas viables para modificar la explotación y producción de dichos productos.

La última iniciativa lanzada por la Organización Mundial de la Salud es la estrategia MPOWER (Iniciativa Liberarse del Tabaco, 2008). Esta consiste en los siguientes seis puntos básicos:

- Monitoring: Vigilar el consumo de tabaco y las medidas de prevención.
- Protecting: Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco.
- Offering: Ofrecer ayuda para el abandono del consumo de tabaco.
- Warning: Advertir de los peligros del tabaco.
- Enforcing: Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio.
- Raising: Aumentar los impuestos al tabaco.

2 - Legislación local.

Sin perjuicio de la falta de ratificación, nuestro país se ha plegado a esta iniciativa, sancionando a nivel nacional y sugiriendo sancionar en los niveles legislativos inferiores, leyes acordes a las acciones planteadas por la OMS, destinadas a lograr un frente común en la lucha contra esta adicción.

Aunque el poder de lobby de las empresas tabacaleras locales ha obtenido adhesiones para evitar la ratificación del convenio, ello no ha obstado a que por iniciativa de diversas entidades gubernamentales y sociales, se hayan ido sancionando en todos los niveles legislativos, normas que imponen controles cada vez más estrictos para este tipo de productos.

La Ley Nacional N° 23344, sancionada en el año 1986, impuso la advertencia obligatoria “El fumar es Perjudicial Para la Salud”, que hoy es de conocimiento público y notorio, existente en todos los envases de productos derivados del tabaco de producción nacional.

La Ley N° 10600 de la Provincia de Buenos Aires -del año 1987-, prohíbe fumar en el transporte público de pasajeros y vehículos oficiales.

La Ordenanza N° 8777 del Partido de General Pueyrredón, dictada en el año 1992, establece la prohibición de fumar en oficinas públicas y espacios cerrados de esta comuna.

La Resolución N° 742 del Consejo Superior de la Universidad Nacional de Mar del Plata, del año 1997, establece la prohibición de fumar en aulas, oficinas, laboratorios y lugares donde se dicten clases en nuestra institución educativa.

De ahí en más, una serie de Leyes, Ordenanzas, Decretos y Resoluciones a nivel nacional, provincial, municipal e institucional, han ido ampliando las restricciones al consumo, comercialización y publicidad de estos productos (Digesto de Legislación de Control de Tabaco, 2007).

Cualquier norma de ingerencia en nuestro país puede hallarse en el portal “Legislaud Argentina” del Ministerio de Salud de la Nación, que actualiza constantemente la normativa de nuestro país y el MERCOSUR, desde los boletines oficiales provinciales y municipales, así como desde otras fuentes fidedignas legislativas y reglamentarias.

Finalmente, es de destacar el reciente dictado de la ley 26687-del 02/06/2011-, a la que se ha denominado en los medios de comunicación como “ley antitabaco”, que entró en vigencia el pasado 15 de Junio. Modifica leyes anteriores y aumenta las restricciones, sobre todo de fumar en lugares públicos, que queda totalmente prohibido, así como en los lugares de trabajo.

También obliga a insertar gráficos en las etiquetas de los paquetes, con la intención de provocar aversión al consumo, acompañados de frases alusivas a los posibles daños del fumar; prohíbe totalmente la publicidad, la venta a menores, la venta

de cigarrillos sueltos y el uso de estilos que sugieran menor riesgo (como light o suaves, por ejemplo); regula la cantidad máxima de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono.

3 - Epidemiología del tabaquismo:

La Atención de la Salud ha merecido en las últimas décadas, un estudio más profundo y un análisis más minucioso de las condiciones de tratamiento que deben ser encaradas por las autoridades sanitarias a nivel mundial.

Aunque existen diversas clasificaciones y distinciones, la mayoría de los autores e instituciones reconocen tres instancias básicas (Rodríguez Marin, 1995):

3.1 - Prevención Primaria:

Es el conjunto de actividades sanitarias que se realizan antes de que aparezca la enfermedad y comprende las campañas y acciones de promoción, protección y profilaxis. Está más orientada a la comunidad en general.

Se destaca la existencia de un *agente*, que en nuestro caso es el tabaco, un *huésped*—el fumador- y un *entorno* que incide sobre el comportamiento del huésped en relación al agente (García Rodríguez & Rodríguez León, 2007). Los agentes causales o factores de riesgo, tras un período de latencia o adaptación al entorno, interaccionan con el huésped y dan lugar a la enfermedad. En ausencia de tratamiento, esta puede dar lugar a la cronicidad, invalidez o muerte del sujeto.

Recordemos las etapas del curso evolutivo de las enfermedades propuesto por Leavell & Clark (1953). Prepatogénico o de susceptibilidad; Patogénico, que se subdivide en Presintomático y Sintomático; y Período en que se manifiestan las consecuencias finales de la evolución natural. En el caso del tabaquismo, estas se corresponden con los tres niveles de prevención (Perez Trullén et al, 2004).

3.2 - Prevención Secundaria:

Son las acciones que se desarrollan ante la aparición de factores de riesgo, dado que a pesar de haber sido objeto de una prevención primaria, hay grupos o individuos que muestran una direccionalidad hacia la enfermedad. Esta comprende el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo, entre otras acciones directas e indirectas.

Está más orientada a los grupos de riesgo y especialmente a los fumadores que aún no han desarrollado patologías relacionadas con el consumo, en especial los

adolescentes y jóvenes iniciáticos, cuyo índice de adicción es aún menor que en los adultos.

3.3 - Prevención Terciaria:

Es el tratamiento específico aplicado a una persona cuando la enfermedad ha aparecido, con el objeto de rehabilitarla y paliar o morigerar sus efectos. Está más orientada al paciente aquejado de la enfermedad y al tratamiento de la dolencia específica.

CAPITULO IV TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO.

1 - Rol de la Psicología.

Nuestra ciencia se ha interesado desde hace varias décadas en el tratamiento de esta adicción, echando mano al principal método de intervención que la caracteriza, a saber, el uso de la palabra.

Dado que el tabaquismo involucra tanto la conducta de fumar como la actitud hacia el consumo, además de ciertos procesos mentales (pensamientos, valoraciones, creencias), han sido diversas las escuelas y orientaciones teóricas de nuestra disciplina que se han interesado por dar respuesta al problema de esta adicción.

2 - Desarrollo teórico.

El condicionamiento clásico e instrumental, de la mano de Pavlov, Watson y Skinner entre otros, explica la adicción como una conducta que ha recibido una determinada serie de refuerzos para llegar a instalarse como modo habitual de respuesta. Esta corriente justifica el comportamiento en la idea de que la consecuencia satisfactoria de una conducta predice mayor probabilidad de repetición, lo que en tabaquismo se entiende a partir del fenómeno neurológico que genera la ingesta de nicotina.

Desde estas líneas teóricas, se entiende que la solución a las adicciones consiste en la *deshabitación* tabáquica por medio de dos acciones principales, tal como serían los métodos aversivos y el manejo de los refuerzos. La aversión consiste en provocar una asociación entre un estímulo desagradable y la conducta que queremos evitar, de modo tal que tienda a repetirse cada vez menos.

Podemos castigar –proveer estímulos desagradables- cada vez que se reitera la conducta, pero también podemos administrar refuerzos positivos –premios-, o refuerzos negativos –extinción de estímulos desagradables-, cuando se evita la conducta indeseada. Estos principios dieron lugar a diversas y novedosas técnicas que se aplicaron con resultados diversos en los pacientes consumidores de tabaco (Santamaría Suarez et al., 2011).

También se han desarrollado procesos de cambio divididos en etapas, conocidos con el nombre de moldeamiento y modelamiento, que van desde la identificación de la conducta que deseamos erradicar, hasta la extinción de la misma, utilizando diferentes herramientas en cada momento. Estos modelos de intervención se aplican tanto a pacientes individuales como a grupos de fumadores (Guillen & Gala, 1997).

El cognitivismo intenta determinar los procesos mentales involucrados en el conocimiento (percepción, memoria, aprendizaje, razonamiento, conceptualización) y de qué manera la información se almacena, recupera, comprende y organiza. Estudia la forma en que las personas evalúan causas y consecuencias, de qué modo abordan esa información y cómo toman decisiones -como la de comenzar a fumar o dejar de hacerlo- en función de ella, de su capacidad para la acción, de su motivación, etc.

Utiliza diversos modelos de redes neuronales para suponer cuál es la forma de instalarse de una creencia, un pensamiento, un recuerdo y a partir de ahí, entender qué es lo que lleva al comportamiento (Pozo, 1996).

Como forma de tratamiento, busca descomponer el proceso comportamental en un sinnúmero de situaciones que luego intentará codificar como símbolos, esquemas, imágenes y otras formas de representación mental, con el objetivo de establecer la funcionalidad de la conducta resultante y a partir de ella, buscar por diferentes medios la restructuración de dichos procesos de cognición para modificar su forma final de expresión.

Los modelos psicosociológicos actuales analizan al sujeto adicto en relación al entorno, situándolo en una sociedad con sus características particulares, historia, mitos y

tradiciones, como un sujeto atravesado por las condiciones y formas de desenvolvimiento de un época en particular.

Se pasa de conceptos tales como *personalidad* o *rasgo* a otros más abarcativos, como *redes de contención* o *modalidades* vinculares, que aportan nueva luz sobre el carácter multifactorial de las adicciones y se ponen de manifiesto en orientaciones de carácter sociológico tales como la Física Cuántica, la Teoría de la Complejidad o la Teoría del Campo (Morín, 2004).

A partir de los años `80 se han multiplicado estas visiones, centrándose en las fuerzas que moldean la matriz vincular y que en cada caso potencian las conductas. En general, consideran que determinada organización del medio externo es promotora o permisiva de algunos comportamientos, mientras que otras los rechazan o repelen.

Se pone en primer plano la presión del entorno -familiar, económico, político- para realizar determinadas conductas, así como los rituales en que las mismas se sacralizan. El reconocimiento de su grupo afectivo y de pertenencia potencia su ejercicio y promueve su reiteración. Así, el caso del inicio del consumo de tabaco en la adolescencia, respondería –entre otras cosas- a que existe un imaginario social que entiende que el joven al comenzar a fumar *se hace hombre*, por ejemplo.

En la década de 1990 surgen teorías que extienden la cuestión a las formas locales y parcelarias de naturalización de ciertos comportamientos, relacionados con los hábitos de consumo, moda o publicidad que tienen como resultado la aparición de ciertos emergentes que son considerados “efecto no deseado”. Se relacionan las adicciones con ciertas condiciones socioeconómicas tales como el auge consumista del capitalismo neoliberal y la falta de otros modelos alternativos, a partir del vacío que deja lo institucional ante la sobrestimación del individualismo.

Facilitado por la soledad que generan los medios electrónicos de comunicación y las cada vez más habituales condiciones de aislamiento, se pierden los límites del propio cuerpo ante la falta de encuentro con el otro. Estos solo se recuperan a partir del dolor y el sufrimiento en diversas formas, generado por los comportamientos transgresores que llegan al riesgo de vida, tales como los deportes extremos, las proezas físicas y el abuso de sustancias tóxicas.

El consumo de tabaco estaría acompañando la mayoría de estas actividades y desde este punto de vista, la consideración de la adicción pasa a extenderse a otros productos o actividades, tales como el sexo y el trabajo. Estos pueden llegar a volverse automatizados y displacenteros, resultado de responder a las demandas de ser y hacer

cada vez más, cada vez mejor y cada vez más rápido, impulsado por la *managerización* del hombre del nuevo milenio (Aubert, 2007).

Siguiendo estas pautas, la sociedad actual fuerza el descubrimiento de nuevos fármacos que permitan abandonar el consumo en forma rápida y efectiva, para volver sin solución de continuidad a formar parte del “prototipo sano” que integran los -cada vez menos- individuos que se encuentran fuera de las -cada vez más extensas y abarcativas- categorías nosológicas. Se otorga un carácter moralizador al diagnóstico realizado en base a dichas descripciones y por ende se hostiga a los sujetos para que encuadren sus comportamientos dentro de los parámetros considerados *normales* (Rojas & Sternbach, 1994).

3 - Intervención Terapéutica en Tabaquismo.

Las técnicas de intervención fueron variando con el correr de los años, asumiendo diferentes modalidades, a veces guiados por los marcos teóricos en boga y otras veces basadas en los resultados con que las investigaciones sobre eficacia iban abasteciendo paulatinamente a la práctica clínica.

3.1 - 1950:

En esta etapa aparecen los primeros trabajos sobre daños asociados al consumo de tabaco. En 1955 se establece el primer servicio de atención para esta adicción en la Clínica de Cardiología de Estocolmo –Suiza-, donde los médicos aplicaban un tratamiento combinado de consejo médico, conferencias educativas y folletos informativos (Perez Trullen et al, 2001).

La psiquiatría también comenzó a interesarse por el tratamiento del tabaquismo, echando mano de los métodos que estaban en boga para el tratamiento de otras patologías, los cuales podemos separar en dos grupos. Por un lado, las terapias con internación, donde no dudaban en aplicar las herramientas más radicales, tales como el shock eléctrico, baños de agua fría, aislamiento.

Por el otro, en el ámbito clínico se trabajaba con intervenciones generalmente combinadas, de métodos educativos y prescripción de fármacos recientemente desarrollados, como los primeros ansiolíticos, antidepresivos y estimulantes, que arrojaban resultados diversos y severos trastornos secundarios (Ocampo et al, 2008).

3.2 - 1960:

Por estos años se implementan los primeros dispositivos grupales, destacándose tres tipos principales.

Los primeros son los llamados “Plan de Cinco Días” impulsados en un primer momento por instituciones religiosas y luego tomados por administraciones gubernamentales y ONGs de promoción de la salud. En ellos se observa una tendencia más dirigista por parte del coordinador-educador, partiendo de los métodos educativos utilizados en la década anterior y afirmando el compromiso en criterios de salud e higiene muy relacionados con principios morales.

En los grupos del segundo tipo hallamos la puesta en práctica de las primeras técnicas psicológicas derivadas de teorías que se comenzaban a validar científicamente por esos años. Son los “Grupos de Autoayuda” que agregan al método educativo las técnicas de autoayuda por las que se intenta fortalecer los recursos internos de los sujetos para afrontar la abstinencia. Además, promueven la intersección de las cuestiones grupales con la problemática individual.

La tercera clase son los conocidos como “Grupos de Discusión” que centran su atención en la conformación de alianza entre los asistentes para poder lograr el objetivo común del abandono. A estas alturas, las teorías de grupo de Lewin y continuadores en todo el mundo, como las de Pichon Riviere en el ámbito local, habían obtenido un consenso bastante extendido. Los resultados de los primeros estudios marcaban firmes pautas de acción que encontraban su correlato en la práctica que llevaban adelante estos grupos, generalmente pertenecientes a ONGs dedicadas a la salud, tal como en nuestro país ocurrió con Lalcec (Olano Espinosa et al, 2007).

3.3 - 1970:

Otras prácticas validadas desde el marco teórico de la Psicología por estos tiempos, fueron los llamados “condicionamientos”, basados en el suministro de refuerzos o premios, y el retiro de ellos o la imposición de castigos, con el objeto de torcer la conducta de fumar.

Dentro de ese espectro, se promocionaban nuevas metodologías para el tratamiento, tales como la saturación, por la que se instaba a seguir fumando –o a fumar rápido- en varias sesiones y hasta lograr el rechazo definitivo. El desvanecimiento

gradual, que partiendo de la cantidad de ingesta habitual como base, obligaba al descenso gradual y diario del consumo hasta llegar a la abstinencia.

Estos se impartían en forma individual o grupal y buscaba extinguir el comportamiento resultante de la adicción por medio de diversas técnicas aversivas a las que se exponía al paciente hasta las últimas consecuencias, lo que muchas veces se acercaba a la violación de pautas éticas muy básicas.

Comienzan asimismo a aplicarse las primeras técnicas cognitivas, que en lugar de buscar una respuesta mecánica, automática del fumador, intentan conducirlo por un proceso de convencimiento por medio de la motivación y el interés en el abandono.

Por el lado de la OMS se impulsan las primeras políticas antitabaco. Las publicaciones de salud van otorgando cada vez mayor espacio a este flagelo. El ambiente libre de humo comienza a promocionarse como sinónimo de vida sana.

La mayor aditividad de los fármacos, con menores efectos colaterales, hace que se los utilice con mayor frecuencia y mejores resultados, aunque todavía se trata de medicamentos creados para el tratamiento de otras patologías y no existe aún investigación dirigida al efecto que causan en fumadores (Perez Trullen et al, 2001).

3.4 - 1980:

De la mano del crecimiento filosófico espiritual de ciertos grupos mayoritariamente incluidos en lo que se llamó el movimiento *New Age*, aparecen técnicas que combinan herramientas científicas de validez discutible, con supuestos procesos espirituales que esos instrumentos potencian.

Este movimiento y otro de similar tenor, son producto del vacío que fueron dejando los estados nacionales en la atención de la salud de la población. En razón de las diferentes crisis económicas y políticas que atravesaron los países de esta región, el estado benefactor se vuelve excluyente, dejando a la ciudadanía a merced de un servicio sanitario de bajísima calidad. Esto lleva a las personas a buscar respuestas puntuales e individuales y fácilmente pueden ser tentados con soluciones mágicas.

Dentro de estas se cuenta la hipnosis, que habiendo sido previamente utilizada en diversas terapias, se presenta como un estado de adormecimiento durante el cual se aprovecha para insertar en la mente la orden de dejar de fumar, rechazar el cigarrillo, olvidar que se ha fumado, etc.

Otras que se hicieron muy conocidas a pesar de su casi nula verificación científica fueron la acupuntura, la auriculoterapia, el rayo laser y las flores de Bach, casi

todas orientadas a la desensibilización de supuestas zonas de experimentación del placer, lo que haría decaer el deseo.

El bajo costo económico y de esfuerzo propio, así como la mínima invasividad de estas prácticas -tanto desde lo físico como desde lo psicológico-, hace que mantengan su clientela hasta la actualidad, incluso sin estudios que los validen.

Por estos años la preocupación por los efectos colaterales del tabaquismo creció en importancia, dado que los resultados de las investigaciones médicas comenzaron a correlacionarse con los números de las economías nacionales en todo el mundo. Quedó en claro que las consecuencias derivadas del fumar -así como del alcoholismo y la drogadicción- podían ser medidas no solo en índices de prevalencia, sino también en horas de trabajo perdidas o en porcentajes de presupuesto público de salud dilapidado.

Así surgió la primera gran reacción organizada de los gobiernos, que comenzaron a incluir en sus presupuestos, los gastos de campañas de promoción de estilos de vida saludable, de publicidad en contra de las adicciones, de programas de tratamiento de las adicciones, etc. Estas políticas se reforzaron mediante progresivos aumentos de precio de los productos derivados del tabaco.

Por el lado de los tratamientos, se popularizaron los grupos de autoayuda para los problemas derivados de diferentes patologías, tomando como modelo el método original de Alcohólicos Anónimos, adaptados a otras necesidades y características: Neuróticos Anónimos, Asociación de Lucha contra la Obesidad, Jugadores Anónimos, Narcóticos Anónimos, entre muchos otros.

En dichos grupos se brinda una fuerte contención, acompañada de consejos de autocontrol, crítica moralista y concientización, en un estilo que podríamos definir como ecléctico o multiteórico, tanto en relación a los contenidos, como a los resultados que se esperan (Nava Quiroz & Vega Valero, 2006).

Por otra parte, los tratamientos individuales incluían la prescripción de lectura de diversos libros de autoayuda apropiados a la problemática particular del paciente. Hubo literatura muy afamada de aplicación general como *Tus Zonas Erróneas* (Dyer, E., 1976) o el *Método Silva de Control Mental* (Silva, J., 1972) y otras más centradas en la problemática del tabaquismo, como el libro *Es Fácil Dejar de Fumar Si Sabes Como!* (Carr, A., 1986)

Por el lado de la farmacología, se comienzan a producir en forma masiva, diversas formas de administración de nicotina, siendo los chicles y parches los que cobran mayor fama. Se utilizan en forma sucesiva o conjunta, nuevos fármacos que han

demostrado mejores resultados que los de la anterior generación en el tratamiento de afecciones psiquiátricas, razón por lo cual se ponen a prueba en otros campos, tal como el referido al tabaquismo.

Finalmente, podemos agregar los nuevos desarrollos de la psicología cognitiva, que comienzan a presentarse como los más efectivos. Generalmente estos son aplicados en forma combinada con los principios y técnicas conductuales, y utilizan para aumentar su efectividad, los primeros métodos de sustitución de la nicotina, tales como los chicles y parches.

3.5 - 1990:

La noticia del costo presupuestario que acarrea para el sector sanitario las afecciones derivadas del tabaquismo, impulsa todo tipo de iniciativa de salud, educación, etc. Se apunta a la salubridad integral del individuo, con intensas campañas en medios de comunicación que promueven estilos de vida saludable. Resultaba en cierto modo contradictorio, sobre todo porque fueron años en los que la intervención estatal fue muy cuestionada, y el ahorro en la función gubernamental era la línea directriz de las políticas públicas que se promovían en Latinoamérica.

Se multiplican las campañas antitabaco desde el sector público como desde el privado, promoviendo la formación de grupos de investigación, promoción y militancia en contra del cigarrillo.

Fruto de estas acciones, en parte impulsadas a nivel global por la O.M.S., tal como se adelantara, comienzan a sancionarse leyes restrictivas de la venta, publicidad y consumo de tabaco, que provocan un aumento de la presión social rechazando el consumo, así como el reconocimiento exagerado del sujeto que no fuma o que ha decidido dejar de hacerlo.

Estas iniciativas son reforzadas con el aumento de precios, como ya había sucedido en la década anterior, más el aumento progresivo de los impuestos al tabaco y sus productos derivados.

Por estos años asistimos a un importante avance de la globalización, a través de los medios masivos de comunicación, la telefonía celular y la popularización del uso de internet. De esta forma el mensaje antitabaco era compartido en todo el mundo y día a día nos llegaban los ecos de nuevas acciones y originales formas de combatir el consumo, superando y reforzando la presión social que se venía instalando.

Esto lleva a los representantes populares a hacerse eco del aspecto más represivo de las acciones contra la adicción, promoviendo la sanción de leyes restrictivas y formalizando las tendencias al aumento de precios e impuestos.

Se especializan los dispositivos de atención cognitivo-conductual, con nuevas técnicas e investigaciones en todo el mundo sobre la efectividad de su aplicación en forma individual y grupal, y en comparación con otros métodos de tratamiento (naturales, farmacológicos, conductuales). Se promueven los llamados *programas multicomponente*, que incluyen tanto los dispositivos anteriores, como los métodos educativos, de autocontrol y farmacológicos (Perez Trullén et al, 2001)

Aparecen nuevos y mejores fármacos, tanto por los resultados para controlar la abstinencia como por los mínimos efectos colaterales que provocan, destacándose entre ellas el Bupropión y la Nortriptilina, que al contrario de los fármacos anteriores, están apuntados a la población fumadora -o al menos adicta-, y no son un resabio de tratamientos psiquiátricos de otras patologías.

3.6 - 2000:

El nuevo milenio nos encuentra ante un ataque a gran escala contra el consumo de tabaco. Ya no se trata de suscribir el convenio marco de la OMS, sino de dictar leyes y regular la publicidad y el consumo interno, dando forma a mecanismos de control social que presionen en forma constante al fumador, como acoso o persecución, que se extiende a todos los ámbitos (laboral, comercial, educativo, familiar).

Se desatan campañas de discusión que rayan en lo violento, apuntadas a personas que fuman dentro de su hogar o en su vehículo, llegando a referirlos casi como homicidas. Algunas opiniones de corte psiquiátrico, llegan a exponer que –tratándose de una adicción- la imposibilidad de enfrentar la abstinencia, podría justificar la internación a efectos de que el paciente pueda ser medicado debidamente (Programa Di que Sí, 2010).

Distintos estamentos de gobierno comienzan a prestar atención más puntual a la problemática, a apoyar a las ONGs, a formar profesionales y a implementar dispositivos grupales para la atención de esta adicción. En nuestra ciudad por ejemplo, se concedió por muchos años en comodato gratuito a Lalcec, una oficina de la Zona Sanitaria VIII, dependiente del Ministerio de Salud del gobierno provincial, mientras que la comuna reconoció como *de interés público* en el año 2005, los planes de cinco días que organiza la Iglesia Adventista.

Desde la salud pública y los colegios profesionales, se promueven las metodologías conocidas con el nombre de *intervención mínima* o *primera intervención*, por las cuales se solicita a *todos* los profesionales de la salud, informar en *todas* las consultas, sobre los efectos nocivos del tabaquismo.

Las drogas de la década anterior son mejoradas y superadas. Se obtienen resultados alentadores con el uso de la Clonidina, aunque la nueva estrella es la Vareniclina, que promete una eficacia del 45 al 50% de abstinencia, con mínimos efectos secundarios.

Los sustitutos de nicotina se producen en formatos novedosos (inhalador y spray bucal) y se mejora la calidad de los parches y chicles. Se popularizan y publicitan libremente las pastillas con contenido de nicotina, que al igual que los chicles, son de venta libre en farmacias.

Ante la expansión de las comunicaciones telefónicas y vía internet, se crean infinidad de páginas web contra el tabaquismo, tanto de gobiernos, ONGs como particulares. Las mismas organizaciones públicas o privadas se presentan como usuarios en las redes sociales, promocionando sus servicios, políticas y valores.

Las líneas telefónicas de ayuda en situaciones de urgencia, similares a las que en décadas anteriores se impusieron para casos de suicidio, depresión y alcoholismo, entre otras, se utilizan ahora para dar consejos prácticos y derivación a centros de atención del tabaquismo.

La sanción de normas prohibiendo el consumo en diversos lugares – especialmente públicos- ya no se limita a los poderes legislativos, sino que se extiende a muchas otras instituciones, las que amparadas u obligadas por las restricciones legales, dictan resoluciones, disposiciones y otras normativas de similar tenor.

De la misma forma, las empresas comienzan a realizar intervenciones en los lugares de trabajo, donde no solo restringen el consumo, sino también promueven la participación en jornadas, cursos y tratamientos para dejar de fumar, y hasta premian a quienes abandonan el tabaco.

Las ONGs de carácter social incorporan dentro de sus tareas, el tratamiento de las dependencias en forma más seria y responsable, otorgándole un cariz local a la preocupación por el tabaquismo. Promueven estilos de vida saludable y de esta forma se enrolan en las políticas públicas que fomentan estas acciones proveyendo recursos a esas organizaciones por medio de subsidios.

CAPITULO V

PRINCIPALES HERRAMIENTAS PSICOLOGICAS.

1 - Aclaración.

Con tantos medios a nuestra disposición, surge la pregunta sobre qué es lo que se hace en cada tipo de terapia, dispositivo, marco teórico e intervención. Cuales son las formas de tratamiento más adecuadas, cuáles arrojan resultados más o menos efectivos y como elegirlos en cada caso.

La literatura especializada compara en general entre metodologías y no explica en forma suficiente qué se entiende por cada una de ellas. Si por ejemplo se realiza una comparación entre terapia cognitivo conductual, parches como sustituto de nicotina y fármacos, vamos a encontrar una referencia específica al tipo de droga, la forma y las dosis en que se suministra; la presentación del parche, contenido de nicotina y forma y lugar del cuerpo en que se adhiere, etc.

Sin embargo, al explicarse la terapia cognitivo conductual, no se refiere específicamente a las técnicas que se utilizan, sino solo a la cantidad, duración y frecuencia de las sesiones y número de asistentes. De este modo, se vuelve imposible replicar cualquiera de las experiencias que podemos encontrar citadas como apropiadas o convenientes para el tratamiento en diferentes trabajos de investigación y por ende, aprovecharlas para mejorar la eficacia de los dispositivos.

Algunos autores sostienen que la aplicación de una técnica determinada, puede llegar a estar “abierta a variaciones derivadas de la imaginación, espontaneidad y creatividad” (Santamaría Suarez et al, 2011). Otros no se preocupan al referirse a la efectividad de un procedimiento con valores *entre el 7 y el 50% de abstinencia* (Perez Trullén et al, 2001).

Por ello consideramos necesario un recuento de las diversas técnicas que han integrado los métodos que se han referido en el apartado anterior, explicitando brevemente el contenido y efecto esperable en cada una de ellas.

En primer término, se llama la atención sobre la importancia de las herramientas diagnósticas, para luego centrarnos en las diversas técnicas aplicables en una intervención.

2 - Herramientas diagnósticas:

Se basan en el estado, frecuencia, género y años de fumador que tiene el paciente, entre otros indicadores que sirven luego a unas categorías diferenciales que tienen por objeto recomendar la forma, metodología y modalidad de intervención. Se consideran indispensables a la hora de decidir qué terapia recomendar al paciente. Son muchos los indicadores que se han considerado fundamentales, dependiendo de los autores, el marco teórico y la metodología elegida para intervenir.

Así por ejemplo, diversos trabajos encuentran diferencias apreciables en las tasas de abstinencia, en relación a aspectos tales como el género del paciente (Muñoz et al, 2006), la edad (Becoña et al, 1989), la etapa vital (Miguez, 2001), el estado civil, el nivel educativo, el uso previo de sustitutos de nicotina y la abstinencia previa (Froján Parga & Becoña Iglesias, 1999).

Otras variables consideradas influyentes en la efectividad de los tratamientos tienen que ver con la sencillez de las técnicas, la supervisión del programa, la extensión en el tiempo, la adaptación a la rutina del sujeto, el grado de aversión de las consecuencias, el apoyo social dentro y fuera del tratamiento, entre otras (Rosa et al, 1999; Sanchez Meca et al, 1999).

2.1 - Motivación:

A través del test de Richmond podemos determinar aproximadamente la predisposición a suspender el tabaco, el grado de autoestima, la calidad de la red de apoyo y otras dimensiones que nos ayuden a evaluar la condición motivacional que presenta el paciente. Este autor enseña que también influyen sobre las tasas de abstinencia la alta dependencia a la nicotina, la comorbilidad psiquiátrica y el abuso de sustancias, los niveles elevados de estrés y la exposición a otros fumadores.

2.2 - Dependencia física:

Se clasifica como leve, moderada o severa utilizando el test de Fagerström, que es una herramienta ampliamente usada y reiteradamente validada. Las preguntas claves son la cantidad de cigarrillos fumados al día y el tiempo que transcurre entre que la persona se levanta y fuma su primer cigarrillo, considerando que existe una relación de encadenamiento entre la primera ingesta y el nivel de adicción a la nicotina (Fagerström, K.O., 1978).

2.3 - Dependencia psicosocial:

Se utiliza la escala “Porqué fuma usted?” (Academia Estadounidense de Médicos de Familia, 2001), que permite evaluar el rol que juega el consumo de tabaco en cada fumador en los aspectos de estimulación, manipulación, placer, manejo de la tensión, adicción, automatismo y entorno social. Este tipo de dependencia juega un rol fundamental en quien está acostumbrado a enfrentar con la ayuda del cigarrillo, situaciones complicadas y estresantes, relaciones interpersonales o situaciones sociales (aperitivo, café, sobremesa, etc).

2.4 - Estado emocional:

El test de Goldberg, pretende evaluar el estado emocional del fumador, para decidir si está o no en condiciones para afrontar una terapia contra la adicción (Lewis et al, 1992). El resultado que arroje la prueba, determina que se tenga al interesado como posible paciente adicto al tabaco, en vistas a su recuperación, o si –por el contrario-debe primero realizar un adecuado tratamiento para mejorar su estado psicológico por considerárselo depresivo, ansioso, etc.

2.5 - Situación actitudinal:

Prochaska y Di Clemente (1983) estudiaron a pacientes con tratamientos exitosos, planteando que el pasaje de consumidor a abstinentes se produce en una sucesión de etapas: 1- Precontemplativa: no creen necesario un cambio; 2- Contemplativa: creen que necesitan cambiar, pero aún no lo intentan; 3- Acción: toman la decisión y emprenden acciones para el cambio; 4- Mantenimiento: lograda la abstinencia, luchan por sostener el cambio; 5- Recaída: etapa eventual que no debe considerarse fracaso, sino posibilidad de perfeccionamiento del proceso. La etapa en que se encuentre el paciente al comienzo del tratamiento, y la dirección que imprima el terapeuta al proceso, determinará sus posibilidades de éxito.

3 - Herramientas de intervención:

No se ha encontrado en la revisión bibliográfica realizada a estos fines, una clasificación que incluya la totalidad de las técnicas de intervención, por lo que tomando como guía otras clasificaciones (Ocampo et al, 2008, Perez Trullen et al, 2001), se

propone una distinción entre diversos aspectos de la persona a la que están dirigidas las intervenciones.

3.1 - Aspecto físico:

Son técnicas que apuntan a una acción de carácter físico, buscando causar un impacto directo sobre los diferentes regímenes somáticos, pero sin considerar las consecuencias en lo psíquico. Históricamente se han utilizado en forma combinada con el consejo médico, la reprimenda moral y algunas técnicas psicológicas aisladas.

Dentro de este grupo podemos distinguir:

3.1.1 - Desensibilización:

Estos procedimientos no tienen demasiada validación científica, ya que nacen de supuestos basados más en creencias que en evidencia (Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, 2005). Tienen como objetivo común, el tratamiento de una región del cuerpo relacionada con el placer, lo que rebajaría la demanda de nicotina.

En este grupo hallamos:

3.1.1.1 - Acupuntura:

Derivada de antiguas tradiciones de la filosofía oriental, consiste en introducir pequeñas agujas en ciertos sectores superficiales del cuerpo -altamente susceptibles a la estimulación- en los que existirían focos (denominados *chacras* en algunas culturas aborígenes centroamericanas) directamente ligados a la inducción del placer hacia el sistema nervioso central. Así tratadas, aumentarían las sensaciones que llegan a las estructuras neuronales del cerebro mediante una constante producción de dopamina, morigerando los síntomas de la abstinencia (Lopez Ramos, 2006).

3.1.1.2 - Auriculoterapia:

Del mismo modo actuaría esta adecuación menos invasiva, en la que la estimulación de la región se realiza fijando al sector inferior del lóbulo externo de la oreja, una pequeña semilla u otro adminículo de reducidas dimensiones, el que al presionar sobre la zona receptiva, provocaría el efecto antes señalado. La colocación es temporal, ya que luego de un determinado plazo, es retirado por el tratante o se espera a que caiga o se despegue.

3.1.1.3 - Flores de Bach:

Esta terapia está basada en la ingestión de diversos concentrados líquidos derivados de flores y hierbas, las cuales tendrían ciertos efectos sobre la tranquilidad, el humor, y otros aspectos de la personalidad. Tratando en las proporciones adecuadas a cada paciente, permitiría combatir diversas dolencias *del alma*, entre ellas el tabaquismo.

3.1.1.4 - Rayo láser:

La más tecnológica de estas prácticas es la aplicación de láser sobre estas zonas, con la misma fundamentación supra referida. Consta de varias aplicaciones (en general cinco sesiones diarias consecutivas de alrededor de 15 minutos cada una), por la que se aplican rayos focalizados en el lóbulo de ambas orejas, sector traqueo faríngeo externo y sector interno de ambas muñecas, entre otras zonas.

Ninguno de estos métodos ha sido debidamente validado, por lo que se descrea de su efectividad, pero el influjo sugestivo de las personas que lo realizan (información sobre riesgos del tabaco y técnicas de autocontrol, entre otros), así como la mínima invasividad y el bajo costo, pueden ser algunas de las razones por las que en algunos casos resultan efectivos para quienes optan por estos métodos.

3.1.2 - Sustitución:

Son conocidas como TSN (terapia sustitutiva de nicotina) y busca controlar la adicción a partir de mantener la administración de la droga en forma controlada y descendente, por un plazo durante el cual se realiza la deshabitación del paciente.

Es por ello que en general están acompañadas de un tratamiento psicológico, aunque muchas veces se inician tratamientos con el simple consejo médico, lo que disminuye su efectividad en un 50%. Combinada con terapia cognitivo conductual, es una de las técnicas más validas en el ámbito del tabaquismo.

Con el tiempo, las formas de presentación y administración ha ido variando. Sin embargo, hay algunos métodos que se han mantenido en virtud de los resultados exhibidos. Los más conocidos son:

3.1.2.1 - Parches:

Se trata de telas esponjosas embebidas en una solución acuosa con un determinado porcentaje de nicotina. Tienen un contorno adhesivo que se aplica en

ciertas zonas sin vello del cuerpo, generalmente sectores del brazo y la espalda. Por los poros de la piel se absorbe gradualmente -en la medida y por el tiempo prescrito por el profesional- la nicotina necesaria para mantener en un mínimo controlable, los efectos del síndrome de abstinencia.

3.1.2.2 - Chicles:

Es la presentación más habitual, que se encuentra en el mercado desde hace más de 20 años en un formato de venta libre, lo que ha hecho más extendido su uso. En el mismo prospecto se explica el tiempo y la forma de masticación adecuada. Debe contarse previamente con diagnóstico odontológico que garantice las buenas condiciones de la dentadura del usuario. La efectividad no tiene diferencias apreciables con las restantes formas de administración de las TSN, pero su venta libre facilita el consumo sin consejo profesional ni tratamiento psicológico, lo que impide que el usuario lo utilice adecuadamente y con la frecuencia y por los períodos recomendados.

3.1.2.3 - Pastillas:

Esta presentación es bastante novedosa en nuestro país, dado que se ha empezado a imponer en los últimos cinco años. Tiene los mismos beneficios y problemas que los reseñados con el chicle, aunque se ha logrado que los problemas dentales no interfieran y que el sabor no difiera tanto de una pastilla de menta común de golosina.

3.1.2.4 - Spray nasal:

Esta presentación permite la aplicación de la concentración de nicotina, dentro de las fosas nasales, logrando un muy rápido pasaje de la droga al torrente sanguíneo, en tiempos similares a los que se logran por el humo, vía pulmonar. Puede provocar irritación en las fosas nasales por reacción de la mucosidad.

3.1.2.5 - Inhalador:

Es un método muy similar al anterior, que también puede provocar irritación de la mucosa, aunque permite la pronta absorción de la nicotina. Ambas formas -junto a los parches-, son de venta restringida, por lo que suelen conllevar un control más responsable por parte del profesional que los prescribe. Sus costos son mucho mayores que en las otras presentaciones, por lo que también los adquirentes suelen estar más

motivados al momento de encarar un tratamiento de este tipo. En los dos últimos casos, su uso se encuentra bastante restringido, dado que no se fabrican en nuestro país (Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, 2005).

3.1.3 - Medicación:

Se las conoce como TRN (terapia de reemplazo de nicotina) o TNN (terapia no nicotínica). Tienden a compensar los síntomas de la falta de nicotina en el síndrome de abstinencia, a provocar un efecto contrario o bien un efecto similar a la droga demandada. Los fármacos desatan procesos intersináptico o postsinápticos, modificando la retroalimentación del sistema nervioso central. También restringen la emisión de neurotransmisores y compiten con la droga para ocupar los receptores sinápticos. En todos los casos, el objetivo es reducir la demanda previa al cese y los efectos de la abstinencia posterior.

3.1.3.1 - Ansiolíticos:

Son los psicofármacos más antiguos de los que se utilizan en la actualidad. Generalmente tienen características miorelajantes y sedantes que provocan adormecimiento y distención general, disminuyendo la ansiedad, angustia, nerviosismo y otros síntomas relacionados con la abstinencia. Actúan como inhibidores postsinápticos, enlenteciendo la función de la neurona inhibida. No son específicos, por lo que generalmente se prescriben como paliativo cuando no se realiza un tratamiento psicológico paralelo.

3.1.3.2 - Bupropión:

Inhibe la recaptación de noradrenalina que produce el efecto de abstinencia conocido como *destello*, a partir del cual se ramifican fuertes demandas dopamínicas que se extienden por diferentes zonas del cerebro. Pone en movimiento una serie de mecanismos que promueven al sujeto a realizar acciones físicas tendientes a obtener la droga que demanda el circuito de satisfacción neural. Se basa en el principio de restricción de neurotransmisores en las sinopsis de ciertas grupos de neuronas específicas. Fue el primer fármaco específicamente creado para tratar el tabaquismo. Su costo es elevado y aunque su grado de efectividad es mayor al de las TSN, no lo es tanto, y cuenta con efectos adversos varios.

3.1.3.3 - Vareniclina:

Actúa ocupando los receptores nicotínicos e inhibiendo por ello la estimulación del sistema dopamínico mesolímbico que provoca la sensación placentera que hace las veces de refuerzo en el acto de fumar. Al competir con la nicotina por ocupar esos receptores, se llama a estas drogas *agonistas*. Sus resultados duplican la efectividad en relación al bupropión, cuadruplican el placebo a los tres meses y lo triplican a los doce. Pero sus efectos colaterales también son importantes, haciendo que entre el 30 y 35% de los pacientes dejen de utilizarlo por cefaleas, problemas digestivos y trastornos del sueño.

3.1.4 - Relación:

Se aconsejan y desaconsejan ciertas actividades o situaciones, atento la relación directa e indirecta que mantienen con el consumo de tabaco.

3.1.4.1 - Dieta:

Diversos autores aconsejan mantener fuera del régimen alimenticio habitual, ciertas bebidas como el alcohol -que relaja los mecanismos de autocontrol que son indispensables para soportar la abstinencia-, el café -por estar asociadas la cafeína a la nicotina en su régimen sináptico- y las comidas con alto contenido graso o que contienen conservantes químicos, ya que dificultan la metabolización de los alimentos, promoviendo la puesta en marcha de los mecanismos de demanda de satisfacción neural.

3.1.4.2 - Nutrición:

El acogimiento de una dieta balanceada en nutrientes permite el desarrollo de mejores defensas inmunológicas, que podrían aumentar el rechazo de las toxinas provenientes del cigarrillo. La nutrición tiene relación directa con el desarrollo psíquico y social del individuo. Así por ejemplo, se ha demostrado que influye positivamente en el bienestar general del sujeto, mejorando el humor y la autoestima, y disminuyendo la prevalencia de estrés, dolores de cabeza e irritabilidad.

Por otra parte, se considera que el desorden alimenticio está íntimamente relacionado con alteraciones psicológicas y con las habilidades para modificar las mismas (Fuillerat, 2004).

3.1.43 - Ejercicio físico:

Se considera que la adicción es menos contingente cuando existe un modelo de vida saludable en el sujeto. Este tipo de actividades promueve la oxigenación del cuerpo, la mejora del rendimiento, la actitud, el humor y el autoconcepto, todas condiciones esenciales para iniciar y concluir un tratamiento de dehabituación tabáquica, adiestrando al físico para que rechace la ingesta tóxica, entre otras consecuencias positivas (Slaikeu, 1984).

3.2 - Aspecto informativo:

Buscan que el público en general tome conocimiento de los efectos del fumar sobre la salud. Se considera que a partir de la información, se tomará conciencia sobre la adicción propia o ajena, se problematizará en forma individual, familiar o grupal sobre ello y se buscarán formas de abandonar el consumo. Dentro de este tipo de técnicas tenemos:

3.2.1 - Campañas de publicidad:

3.2.1.1 - Públicas:

Como se adelantara, los costos de salud y pérdida de horas hombre relacionadas con el consumo de tabaco en las economías nacionales, alcanzan niveles muy importantes. Esto ha llevado a los gobiernos de todo el mundo a promover campañas en medios masivos de comunicación (periódicos, radios, páginas web, redes sociales de internet), cartelería, folletería y otros medios audiovisuales, cuyos costos se consideran una inversión en salud con vistas al futuro.

3.2.1.2 - Privadas:

También los servicios particulares de salud (clínicas, obras sociales, laboratorios, farmacéuticas), empresas e instituciones relacionadas con el bienestar social y ultimamente laboral (seguros de riesgo laboral, sindicatos, mutuales sindicales, ONGs), invierten en campañas y fomento publicitario de los daños que provoca el fumar, en una ecuación que aunque muchas veces solo tiene en cuenta la relación costo-beneficio de la prevención, en otras considera la calidad de vida del prójimo.

Puede rescatarse que el cambio paradigmático iniciado hace algunas décadas apuntando a los profesionales de la salud, los administradores de organismos de salud y

los formadores de opinión social y política, hoy demuestra que ha rendido importantes frutos, en una sociedad donde ya quedan muy pocas voces que hablan en favor del tabaco. Esto no se ha logrado tanto por la calidad científica de las investigaciones, sino por el bombardeo constante de una campaña mundial de conversión creencial.

3.2.2 - Consejo simple:

También se la conoce como intervención mínima o consejería breve. Se trata del mandato dado a todos los profesionales de la salud y disciplinas relacionadas, sea por parte de los gobiernos, las instituciones de salud o los colegios profesionales, de advertir sobre los riesgos del tabaquismo, en toda consulta, intervención u oportunidad que se presente, instalándose con tal fuerza que en algunas instituciones es tomado casi como un principio ético del ejercicio profesional.

La guía de consejería breve del Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU., aceptada por las principales guías de tratamiento del mundo, propone un método que denomina las 5 A, por la inicial de las 5 etapas que la constituyen: Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Acompañar. Consiste básicamente en estimular y promover la intención de dejar de fumar y ayudar a aquellos ya motivados en la cesación del tabaquismo (Bello et al, 2008).

Se considera que el 5,1% de los fumadores que visitan a un médico, podrían dejar de serlo solo porque el profesional se los prescribe o aconseja en una charla de no más de cinco minutos. Sin embargo, a pesar de la excelente relación entre costo y efectividad de este tipo de intervención, son pocos los profesionales de la salud que lo practican en forma sistemática (Perez Trullén et al, 2004).

3.2.3 - Primera intervención:

Similar a la anterior, se denomina de esta forma al foro permanente, de carácter público o privado, que organiza encuentros periódicos con profesionales que informan a los asistentes sobre los riesgos del tabaquismo y los beneficios del abandono del consumo. También se podría considerar en este grupo a las charlas que se organizan en escuelas dirigidas a los adolescentes, en clínicas y hospitales dirigidas a embarazadas, y otras de similar tenor.

Generalmente se los halla en sedes de ONGs o en las unidades sanitarias que cuentan con áreas dedicadas al tabaquismo. También tiene una muy buena relación

entre costos y beneficios, aunque la diferencia (de 1,3 a 2,8%) de efectividad en comparación con la anterior, no sea muy importante (Fiore et al, 2000).

3.2.4 - Teletratamiento:

También llamado *intervención a distancia*, es un conjunto de acciones que se llevan a cabo a partir de los medios tecnológicos de comunicación, ampliando la capacidad de llegada del informante y la accesibilidad del interesado.

No existen datos precisos sobre su efectividad, pero podría pensarse que es algo inferior al consejo médico en el cual hay interacción cara a cara de otra persona, sobre todo por ser un profesional de la disciplina que trata la patología. Sin embargo, se considera una forma importante de acercamiento a la problemática, que aunque no rinda frutos per se, podría ser el puntapié inicial para una serie de acciones que deriven en un tratamiento (Abella Pons et al, 2002).

Pueden mencionarse entre otros:

3.2.4.1 - Líneas de ayuda telefónica:

Son las que dieron el nombre a esta categoría y provienen de los servicios asistenciales al alcoholismo, la drogadicción y el suicidio que se implementan desde los años '50 en forma habitual por organismos públicos y privados en todo el mundo.

Tiene la ventaja de ser un dispositivo de atención permanente, que ante la situación de desesperación del consumidor ofrece contención y los primeros consejos simples.

3.2.4.2 - Internet:

El revolucionario adelanto tecnológico e informativo que provocó *la web*, modificó los modos de interacción y abrió nuevos canales de comunicación, como antes lo había hecho la telefonía. Así es que se multiplican a diario las páginas y sitios que promueven el abandono del cigarrillo. Ofrecen más que datos estadísticos sobre los daños del fumar, y pueden llegar a impartir extensas lecciones respecto de cómo realizar un tratamiento autorregulado, siguiendo una serie de etapas sucesivas hasta lograr la deshabituación.

Tiene la ventaja de estar en todo momento a disposición del consumidor, aunque no al alcance de aquellas personas que no tienen acceso a Internet. A medida que avanza la complejidad de los sitios, se encuentran nuevas maneras de llegar al

interesado. Así, lo que en un principio se limitaba a los portales oficiales y privados, luego pasó a diseminarse vía mails que se enviaban a los usuarios y hoy se reproducen de diversos modos en las redes sociales que cada vez son más vastas y abarcativas (Fletes et al, 2006).

3.3 - Aspecto afectivo:

3.3.1 - Facilitadoras:

Son técnicas que predisponen a la mejor adherencia del tratamiento. Podrían considerarse prerrequisitos, pero al poder ser inducidos por el profesional en forma planificada, son también consideradas como técnicas de abordaje propiamente dichas.

Dentro de ellas tenemos:

3.3.1.1 - Hipnosis:

Aunque podría considerarse como toda una metodología de abordaje, creemos adecuado centrarnos en el estudio del fundamento básico de esta antigua forma de intervención.

Se conoce con este nombre al estado de adormecimiento inducido por la palabra del terapeuta para inocular mensajes en el paciente sin mayores resistencias, los que harían las veces de órdenes automáticas que sería muy difícil desoír para el hipnotizado. Los autores afirman que el estado de trance produce una redistribución de la atención, realza los efectos de las técnicas no hipnóticas y aumenta las capacidades de recuerdo, creatividad y sugestionabilidad (Baldwin, 1978).

En ese estado, los consejos que se impartan sobre riesgos del tabaco, dejar de fumar y desensibilización de la abstinencia, quedarían alojados en lo profundo de la mente y harían sentir al paciente que provienen de su interior, no ya como resultado de un proceso reflexivo, sino más bien como un acogimiento o rechazo inconciente o no conciente (Hilgard & Hilgard, 1975).

3.3.1.2 - Empatía:

Reconocida por todas las líneas teóricas, se define de diversas formas a esta técnica que hace referencia a la capacidad del terapeuta para contener en un vínculo de confianza, los desbordes emocionales de la persona que demanda atención.

La base de firmeza que otorga al vínculo terapéutico, mejoraría en todos los casos las posibilidades de adherencia de cualquier tipo de tratamiento que se recomiende (Becoña & Miguez, 1995).

Tiene en cuenta un *aspecto abarcativo* que se define como la experiencia interna de compartir y comprender los estados psicológicos del otro; un *aspecto comunicativo*, que hace referencia a la posibilidad de constitución de un sistema multifacético y participativo de diálogo y consenso; y un *aspecto imaginativo* que involucra un cierto nivel de expectativas entre los interesados, una interdependencia que da marco a la decodificación y respuesta de los mensajes y colorea de sensibilidad y confianza la relación terapéutica (Spilzinger, 1989).

3.3.1.3 - Relajación:

Es una técnica que busca inducir al paciente a un estado de tranquilidad física y mental e inhibir la respuesta somática incontrolada causada por la ansiedad, tal como sucede en el síndrome de abstinencia tabáquica.

Este efecto se intenta lograr de diversos modos, tales como la reducción progresiva de la tensión mediante la contracción sucesiva de pares de grupos musculares (Jacobson, 1938), la distensión imaginada de los sucesivos grupos musculares (Silva, 1972), el control de la respiración y otras actividades relacionadas, como el yoga, la meditación o los masajes (Slaikeu, 1984).

3.3.1.4 - Entrevista motivacional:

Cuando el paciente entiende que debe iniciar un tratamiento, pero no tiene el suficiente interés o compromiso, se aconseja primero aplicar esta técnica. Tiene por objeto inmediato, elevar el nivel de motivación antes de dar inicio al tratamiento, a fin de evitar fracasos previsibles.

La estrategia que se aconseja se denomina de las “5R”, por las iniciales de los 5 tipos de consejo en que se la ha dividido: Relevancia, Riesgos, Recompensas, Resistencias y Repetición. Estos definen los puntos sobre los cuales el profesional debe hacer hincapié a fin de lograr que el paciente se cuestione, reflexione y se sienta involucrado con la necesidad de llevar adelante acciones para combatir su adicción (Fiore et al, 2008).

3.3.2 - Expresivas:

Se trata de técnicas que buscan de diversos modos, estimular la libre expresión de las emociones, ponerse en contacto con sentimientos y sensaciones olvidadas o bloqueadas, para –oportunamente- analizarlas y afrontarlas.

3.3.2.1 - Silla vacía y silla caliente:

En el primer caso, se sienta al paciente frente a una silla vacía a la cual debe asignar un ocupante imaginario. En el segundo, frente al resto de los miembros del grupo. Perls (1969) –basado en la terapia gestáltica- usa ambas técnicas para inducir la presión social que fuerce al cambio, movilizando sentimientos internos de proyección en los demás y de reconocimiento por los demás que refuercen el compromiso con el objetivo y con el grupo.

3.3.2.2 - Escritura emocional:

Se trata de expresar en palabras las diversas emociones que provocan tanto el acto de fumar como el abandono del hábito, lo que ayuda al paciente a conectarse con sus sentimientos más profundos y a relacionarlos con experiencias de dependencia en otras facetas de su vida.

Generalmente se utiliza como carta de despedida –antes de la fecha estipulada o elegida para la cesación-, aunque en algunos programas suelen pedir al participante que lleve un diario donde deje constancia periódica de sus sentimientos en relación a la decisión de dejar de fumar y los cambios que se van produciendo en sí mismo y en las personas que los rodean.

Se utiliza en conjunto con otras técnicas y han demostrado ser importantes motivadores en el momento de decidir el abandono y enfrentar la abstinencia (Ponciano Rodríguez, G., Morales Ruis, A., 2007).

3.3.2.3 - Provocación del enojo:

También llamado expresión de la ira y similares. Es una técnica en la que el terapeuta busca ponerse como blanco de la ira, mediante acciones que le demuestren poco interés o desconsideración, de modo tal de lograr reacciones en pacientes que son muy reprimidos o pasivos patológicos.

3.3.2.4 - Paradójicas:

Principalmente utilizadas en grupos, estimulan a llevar adelante las acciones que precipitan la crisis, provocando una escalada o sobredimensionando sus efectos. Se busca generar un cuestionamiento de los motivos que hacen viable para el equilibrio del sistema, el mantenimiento de estas situaciones conflictivas. Dicho esclarecimiento permitiría una redefinición del conflicto entre el cambio y la inercia.

Al igual que la anterior, se sugiere restringir su utilización a situaciones de estancamiento terapéutico y en las que ninguna otra técnica haya funcionado, puesto que nunca se pueden anticipar adecuadamente los efectos que puedan tener sobre el individuo o el grupo, según el caso (Slaikeu, 1984).

3.4 - Aspecto conductual:

Técnicas *de cambio de conducta*, que ayudan a definir las características de la respuesta habitual; técnicas *de planificación ambiental* que apuntan a guiar la acción en el momento en que el desencadenante está presente; y de *programación conductual*, que premian o castigan el resultado (Avia, 1990).

Constituyen la base de los grupos de autoayuda del estilo Alcohólicos Anónimos y otros similares, que emplean programas de facilitación en varias etapas. Los más conocidos son los de *los doce pasos* y su efectividad ha sido muy cuestionada. Si bien ofrecen buena respuesta durante el entrenamiento, una vez alejado del grupo de apoyo o del profesional tiende a relajarse el entrenamiento de las estrategias, decayendo por ende los resultados (Ferro et al, 2008).

3.4.1 - De refuerzo:

Las técnicas agrupadas bajo este rótulo tienen por objeto alentar la reiteración de una respuesta conductual, mediante la recompensa posterior que se espera repetir o mediante la evitación de una consecuencia que se espera eliminar. Y desalentar su ocurrencia por la aplicación posterior de un castigo.

3.4.1.1 - Contrato de contingencias:

Se trata de un acuerdo por escrito entre el paciente y el terapeuta, donde se establecen la cantidad, tipo y situación de realización de determinadas conductas y el tipo de refuerzo que obtendrá por la actividad ejecutada. Es conveniente establecer una

forma de refuerzo de las conductas de modo inmediato y fijar compromisos de dificultad crecientes, maximizando las posibilidades de éxito.

Muchas veces lo suscribe con otra persona relacionada (esposa, padres, hijos, según el problema de que se trate) y es común verlo entre los empleadores y empleados de empresas que buscan lograr un espacio libre de humo en su ámbito laboral. En este último tipo, suele prometer gratificaciones económicas a cambio de la abstinencia. En otros casos, suele incluir o estar acompañado de un depósito de dinero que el paciente recupera o pierde, según cumpla o no con las condiciones acordadas.

3.4.1.2 - Alcancía:

En la mayoría de los tratamientos se recomienda el uso de una alcancía u otro lugar donde se pueda ir juntando el dinero que no se gasta en cigarrillos, a partir de la merma en el consumo. El objetivo es ahorrarlo durante un cierto período –una semana, por ejemplo- y con la suma reservada, comprar algo que el paciente considere un regalo para sí mismo. La satisfacción obtenida con este regalo reforzaría la conducta del abandono.

3.4.2- De control:

Se consideran aquí las estrategias aprendidas que permiten al sujeto modificar la probabilidad de ocurrencia de una respuesta, en relación al resultado esperable en virtud de la influencia externa (Kanfer, 1970).

3.4.2.1 - Autocontrol:

Conocidas también como autoinstrucciones, es la técnica que tiene por objeto modificar la probabilidad de respuesta de una conducta habitual mediante la inoculación de ciertas frases que alientan al paciente a decidir un resultado conductual diferente (Avia, 1990). También se suele poner en práctica por medio de tarjetas que llevan impresa una frase, la cual se coloca en un lugar visible que obligue al sujeto a leerla con mucha frecuencia.

3.4.2.2 - Autoregistro:

Es el ejercicio de observación de la propia conducta, para el volcado posterior de determinados datos en un libro o cuaderno entregado al paciente, con el objeto de que tome conciencia de la forma, frecuencia, características del entorno y de la situación,

entre otras variables estimulares que precipitan la respuesta indeseada. Tiene el efecto de controlar las conductas a medida que se van reiterando los registros, tendiendo al descenso.

3.4.2.3 - Asignación de tareas:

Al igual que la anterior, esta técnica busca hacer concientes ciertas condiciones estimulares del acaecimiento de una respuesta, mediante la prescripción de tareas relacionadas al tema, tales como llenar formularios de contingencias, cuestionarios o gráficas de observación conductual, practicar respuestas alternativas, leer bibliografía sugerida, etc.

Se aconseja acordar con el paciente su realización, fundamentando su utilidad, a fin de evitar resistencias y fracasos. Las tareas o deberes para hacer fuera de la sesión, también tienen por objeto mantener, mejorar y generalizar los aprendizajes fuera de los momentos de entrenamiento (Presentación et al, 2009).

3.4.2.4 - Exposición:

Se pide al paciente realizar ciertos actos relacionados con la conducta del fumar, tales como abrir el paquete, sacar el cigarrillo, manipular el encendedor, entre otros, en varias sesiones. Poco a poco se van agregando actos y elementos estimulares en forma gradual (cenicero, café, humo), que tienden a volver cada vez más real la situación (García Vera, M. &Sanz, J., 2006). De este modo se lo va preparando para reflexionar sobre la conducta del fumar, evitando que esta se vuelva una sumatoria de respuestas automáticas.

3.4.3 - Aversivas:

Intentan relacionar un sentimiento desagradable (miedo, asco, vergüenza) con la ocurrencia de un patrón comportamental indeseado, a fin de que este deje de reiterarse, ya no por condiciones propias de esa respuesta, sino por asociación con un sentimiento interno y de aparición automática.

3.4.3.1 - Fumar rápido:

Se hace fumar al paciente una pitada cada 6 segundos (de su marca preferida) mientras se le imparten mensajes negativos del hábito de fumar. Cuando ya no lo tolera, se le otorga un descanso de cinco minutos y se vuelve a empezar, sin dejar de

reflexionar en ningún momento, sobre los aspectos negativos del tabaco. La saturación luego de cierto número de sesiones, logra una abstinencia final cercana al 100% y mantenida al año de seguimiento, de alrededor del 50% (Becoña, E., 1987).

3.4.3.2 - Saciación:

Al estilo de las técnicas paradójicas supra comentadas, consiste en el aumento progresivo (doble, triple y hasta cuádruple) de la cantidad de cigarrillos diarios, durante un cierto período. Tiene por objeto lograr que se hagan presentes los síntomas de una sobredosis nicotínica (náuseas, vómitos, mareos, cefaleas), para luego instar al fumador al abandono. Se pretende que de esta forma se sustituye la asociación fumar-placer, por fumar-displacer.

3.4.3.3 - Retención del humo:

Se pide al paciente retener el humo en su boca durante treinta segundos, mientras continúa respirando por la nariz. Se busca que pueda apreciar más profundamente y por más tiempo, el sabor que deja en su boca, al saciar las papilas gustativas. Se aprovecha de la incomodidad que genera respirar de esa forma y de las limitaciones que conlleva, por lo que se le informa paralelamente, del daño que está provocando el humo en ese momento en su cuerpo y se le pide que intente sentirlo.

3.4.4 - Programas:

Como su nombre lo indica, son tratamientos formulados como procesos, dentro de los cuales podemos observar diversas etapas que buscan lograr una respuesta final diferenciada de la original.

3.4.4.1 - Modelado:

El modelado es un proceso de aprendizaje observacional, en el que la conducta de un individuo o un grupo (el modelo), actúa como estímulo para generar conductas, pensamientos o actitudes semejantes, en otras personas que observan la actuación del modelo. Se recomienda que el modelo sea similar al observador, para que este se sienta identificado, y las situaciones sean lo más realistas posibles, para que se puedan esperar los mismos refuerzos que reciben quienes modelan las conductas deseadas (García Zurdo & García Jiménez, 2000).

3.4.4.2 - Moldeamiento:

Es un programa que consiste en el reforzamiento sistemático de ciertos comportamientos, por aproximaciones sucesivas a la conducta terminal, mientras se extinguen en forma concomitante y también sucesiva, las respuestas no deseadas de cada uno de los acercamientos anteriores (Schunk, 1997).

3.5 - Aspecto cognitivo:

Las técnicas que se describen a continuación, buscan afectar los procesos mentales de conocimiento y aprendizaje que determinan ciertas facetas de la personalidad. Se considera que el tratamiento de la percepción, la memoria, la imaginación, la interpretación y la atribución de significados, entre otras funciones, puede dar por resultado, modificaciones sustanciales que generen procesos alternativos más adaptativos.

Siguiendo la línea del modelado y el moldeamiento que vimos para el aspecto conductual, el abordaje cognitivo no refiere en general a técnicas puntuales, sino a programas integrados por varios tipos de acciones sucesivas, que tienen por objeto la modificación de alguna fase o fases del circuito cognitivo de pensamiento, interpretación, atribución, decisión.

3.5.1 - Etapas de los programas:

Las etapas en que se dividen los programas, son aproximadamente las siguientes:

3.5.1.1 - Definición:

En principio, se investiga y promueve la motivación del sujeto por medio del recurso de la entrevista motivacional. Lograda una base que garantice cierta adherencia del tratamiento, se busca que el participante se sienta tranquilo y cómodo para iniciar este proceso, por lo que se aconsejan técnicas de respiración y relajación muscular.

En este estado, se lo expone a la situación que debe abordar, utilizando para ello las circunstancias que el sujeto o su grupo refieren. La exposición puede ser realizada por medio de estímulos reales, influencias verbales imaginarias (encubiertos) o réplicas actuadas del estilo role playing, dependiendo de las características del caso.

Luego se le pide realizar un listado de los pensamientos, sentimientos, situaciones o conductas que para él resultan problemáticas. Una vez identificadas, deben poder nombrarse y describirse lo más detalladamente posible.

Logrado esto, se lo instará a realizar una jerarquización de las mismas, a efectos de planificar como encararlas y en qué orden.

3.5.1.2 - Elaboración:

Luego de esta categorización inicial de problemas, hay diversas formas de actuar, dependiendo de los resultados que busque cada programa.

En general, se utiliza la imaginación para estudiar acabadamente el modo en que la situación se vuelve problemática, los motivos que la hacen problemática y las diversas alternativas que podemos analizar, sea modificando los estímulos externos, la actividad fisiológica o la irrupción de pensamientos no adaptativos, que terminan generando emociones dolorosas.

También por medio de la imaginación, se analizan las reacciones o sensaciones esperables que aparecen en el paciente, las decisiones que debieran tomarse para modificar las características de la problemática, las probables consecuencias a que hubiera lugar y los sentimientos que provocaría un cambio en los resultados.

Con todo este cúmulo de datos de un mayor y más profundo autoconocimiento, se procederá a seleccionar las opciones más adaptativas y prepararse para ponerlas en práctica.

3.5.1.3 - Acción:

Progresivamente, las actitudes divergentes deben comenzar a ponerse en práctica, agudizando la observación de las consecuencias y comparándolas con el recurso imaginativo con que ya se las había considerado.

Una vez analizados los resultados del cambio de actitud para con el problema, debe realizarse una evaluación de los logros alcanzados, comparando con el circuito cognitivo inicial, para poder reconocer las diferencias y los beneficios de la modificación cognitiva del sujeto.

3.5.1.4 - Retroalimentación:

Finalmente, el proceso vuelve a comenzar, pero ya desde una situación diferente de la basal, retroalimentando positivamente el circuito y dando lugar a una nueva

restauración del proceso desde su inicio, lo que augura mayores beneficios resultantes de cada repetición.

3.5.2 - Programas:

Según el objetivo del programa, se resaltan unas técnicas, ejercicios y etapas u otras. Generalmente el fin que se propone el autor, identifica al programa. Los más conocidos son:

3.5.2.1 - Estrategias de afrontamiento:

La teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1997), afirma que el entrenamiento en formas de enfrentar el problema, genera un aumento de la capacidad de autoregulación, del autocontrol y de la percepción de la autoeficacia, con el resultado del aumento del refuerzo que garantiza el condicionamiento. Se ha observado que la actitud final perseguida, arroja mejores resultados que las estrategias de evitación (Finney, J.W. & Moos, R.H., 1995).

3.5.2.2 - Reestructuración cognitiva:

Ante la situación conflictiva, permite distinguir entre pensamientos, atribuciones e interpretaciones, adaptativos o negativos, identificándolos para someterlos al análisis, buscando alternativas más adecuadas para rectificar su acción perjudicial y promoviendo el entrenamiento para lograr que el efecto sea cada vez más automático.

3.5.2.3 - Detención del pensamiento:

Esta técnica se utiliza generalmente para potenciar la anterior, y entrena al paciente para poner coto a la ramificación expansiva de pensamientos que se consideran no adaptativos, dado que impiden la reflexión armónica sobre una situación (Froján Parga & Becoña Iglesias, 1999).

3.5.2.4 - Adquisición de destrezas:

Trata de instar a la búsqueda de respuestas socialmente aceptables –nuevamente, *adaptativas* para rechazar las invitaciones al consumo y resistir las presiones de personas del entorno, modelos sociales y medios de comunicación (Botvin, G.J. y Griffin, K.W., 2007).

3.5.2.5 - Solución de problemas:

Esta técnica entrena para determinar la relación causa-efecto entre la actitud y el problema. Una vez hallada esta, invita a buscar soluciones alternativas mediante una “tormenta de ideas”, la que se explica porque toda idea que aparece en el sujeto, es plausible. De esta modo, se enseña a encontrar respuesta a los problemas, siguiendo las capacidades propias de la intuición, el análisis y la creatividad (D’Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R., 1971).

TITULO III - ASPECTOS METODOLOGICOS

CAPITULO VI CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO

1 - Diseño:

El presente estudio, de alcance exploratorio, tuvo por ello un diseño no experimental. Dado el carácter cualitativo de la investigación, se utilizó un diseño transversal, abarcativo de los dispositivos referidos. No obstante ello, aunque la recolección de datos no se realizó en el mismo momento para todos los dispositivos investigados, la extensión temporal en que se llevó a cabo no se considera importante a estos efectos.

2 - Muestra:

La muestra se considera no probabilística, seleccionada del modo conocido como bola de nieve, y alcanzó a la totalidad de dispositivos descubiertos, visto el reducido número de ellos. En este caso, puede decirse que el muestreo coincidió con la población blanco del estudio.

Los lugares de carácter público y gratuito para el tratamiento del tabaquismo en la ciudad de Mar del Plata relevados fueron: Sala Municipal de Atención Primaria Florentino Ameghino, Iglesia Adventista de Mar del Plata, Centro de Prevención de las Adicciones (C.P.A.) de Mar del Plata y LALCEC, seccional Mar del Plata.

3 - Análisis de los datos:

Se realizó un análisis cualitativo de la información obtenida, agregando a los criterios propuestos en el plan de trabajo, otros surgidos de las entrevistas (etapas del tratamiento, frecuencia). En cuanto a otros de los criterios propuestos (seguimiento de

los pacientes y eficacia), no pudieron analizarse porque no se guarda registro de dicha información en ninguno de los dispositivos indagados.

4 – Técnicas empleadas para la recolección de datos:

Se utilizaron como instrumentos de recolección de datos, la consulta personal, telefónica y vía Internet; las entrevistas semiestructuradas y finalmente la observación participante y no participante, todos ellos acompañados y ampliados en forma paralela por una extensa revisión bibliográfica.

A continuación se realiza un comentario pormenorizado de cada una de las técnicas de recolección de datos utilizadas en el desarrollo de la presente investigación.

5 – Localización de Dispositivos:

La elección del tema dio lugar a una consulta informativa general en Internet, del cual se obtuvo la página web del Ministerio de Salud de la Nación. Esta contiene los dispositivos gratuitos y arancelados de toda la República (Ministerio de Salud, 2010).

De allí se obtuvieron cinco dispositivos arancelados y dos gratuitos en la ciudad de Mar del Plata. Los arancelados resultaron ser individuales, basados casi exclusivamente en el uso de fármacos y sin participación de psicólogos. Los dos dispositivos gratuitos hallados fueron el del CPA y el de Lalcec, que se describen más adelante.

Se obtuvo comunicación con la Secretaría de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a través de la línea gratuita de ayuda para prevención de las adicciones, pudiendo realizar una breve entrevista telefónica con la responsable del área, quien resultó ser Licenciada en Psicología y desde nuestro ámbito, aportó su particular mirada desde la función pública. No obstante ello, debe aclararse que se percibe una suerte de desvalorización de la importancia de la problemática, cuando se trata de personas que atienden paralelamente, adicciones de otros tipos, sobre todo las relacionadas con psicofármacos y drogas pesadas.

Se obtuvo comunicación con la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredon, donde se me informa que en la sala de atención de salud barrial

“Florentino Ameghino”, tiene su sede el área responsable de tabaquismo. Una vez puesto en contacto con el funcionario a cargo, resultó ser el propio médico clínico de la sala, a quien se le agregaron tareas y se le otorgó el cargo. En la descripción del dispositivo se podrá observar que esto causa muchas dificultades en su desarrollo.

El citado profesional médico me invita a una reunión de lo que se da en llamar “la red”, donde se juntan los representantes de los diversos dispositivos, tratando de desarrollar acciones conjuntas para potenciar su efectividad. Aunque los motivos son bondadosos, los resultados no van más allá de la realización de alguna reunión pública o entrevista periodística donde explicitar los riesgos del consumo de tabaco.

De dicha reunión obtengo comunicación con la encargada de organizar el dispositivo anual que brinda la iglesia adventista.

Ni los registros administrativos e informáticos existentes en las administraciones municipal, provincial y nacional, ni los representantes unidos en la red, provenientes de instituciones abocadas a la problemática, pudieron informarme de la existencia de otros dispositivos en nuestra ciudad.

6 – Entrevistas:

Una vez puesto en contacto con cada una de las instituciones referidas, solicitaba entrevista con alguna persona encargada de la organización de los dispositivos.

En el caso del C.P.A., fui atendido en forma conjunta por una enfermera que revista como asistente de la psicóloga que dicta el curso, y el propio Director, quien se interesó en la investigación que se estaba llevando adelante. Durante el dictado del curso, no se pudo entrevistar a la profesional responsable.

En el caso de Lalcec, se entrevistó en forma separada a la directora del centro local de la institución –antes de desarrollarse el tratamiento- y a la psicóloga encargada del dispositivo –durante su desarrollo-.

En el caso del dispositivo municipal, como se refiriera supra, se entrevistó directamente al profesional a cargo del área y del desarrollo de las reuniones.

En el caso de la iglesia adventista, se entrevistó en forma previa, a la encargada de la organización de las reuniones; durante la semana de su desarrollo, al profesional médico a cargo del primer bloque de las charlas y una vez culminadas las mismas, a la psicóloga a cargo del segundo bloque.

Paralelamente y como vías alternativas de investigación que finalmente se abandonaron, se entrevistó al médico generalista a cargo del dispositivo en una obra social sindical y al médico –neumonólogo- a cargo del dispositivo en una clínica de primer nivel de nuestra ciudad.

La razón del abandono referido, se debió a la falta de intervención de psicólogos en los equipos de trabajo, la falta de utilización de modelos teórico conceptuales y de práctica psicológica, la aplicación de unas pocas técnicas utilizadas en la clínica cognitivo conductual, más sin casi ningún entrenamiento práctico ni información teórica ni conocimiento en profundidad de las técnicas que decían utilizar.

7 – Protocolo:

A continuación se refiere el protocolo base de las entrevistas que se desarrollaron. Si bien no se pudo obtener la totalidad de las respuestas en todos los casos, el protocolo sirvió como guía a los fines de no olvidar ningún tópico fundamental de los que se desarrollaban en las distintas entrevistas.

a) Trayectoria personal:

- Formación profesional.
- Antigüedad en la institución.
- Funciones que cumple.

b) Dispositivo:

- Características.
- Espacio y materiales.
- Duración y frecuencia.
- Población blanco.
- Cantidad de asistentes.
- Etapas o niveles.
- Fundamentos teóricos.
- Actualización.

c) Servicio:

- Publicidad.
- Antigüedad del servicio.

- Resultados y logros.
- Recursos humanos.
- Recursos materiales.
- Reconocimientos.

d) Dinámica:

- Técnicas aplicadas.
- Actividades del profesional, del personal y de los miembros.
- Reparto de funciones o roles.
- Inscripción y convocatoria.
- Seguimiento y apoyo.
- Recursos humanos.
- Interdisciplinariedad.

e) Problemática:

- Tabaquismo.
- Restricciones legales.
- Impulso estatal.

8 - Observación.

Se concurrió a la totalidad de los dispositivos estudiados, con una asistencia nunca menor al 70% de los encuentros programados. En general se trató de observación no participante, aunque en algunos casos se formó parte de los grupos, se participó y opinó y se compartieron experiencias con profesionales y miembros.

Al dispositivo municipal se asistió a cuatro reuniones semanales consecutivas durante el mes de Agosto de 2010, y se participó dos oportunidades, dado que la escasa cantidad de integrantes facilitaba compartir experiencias y procesos.

Al curso adventista se asistió durante Octubre de 2010, concurriendo a cuatro de los cinco encuentros diarios consecutivos, sin requerir ni resultar oportuna ninguna participación, en virtud de la abultada cantidad de interesados que asistían.

Al C.P.A. se asistió en Mayo del presente año 2011, a unas 9/10 reuniones de las 14 programadas originalmente. Se participó en alrededor del 50% de los casos, dando una mirada desde la Psicología y se solicitó en reiteradas oportunidades la

opinión del estudiante, atento el carácter de investigación que estaba desarrollando el suscripto.

Al tratamiento de Lalcec se asistió en Noviembre de 2010, asistiendo a la totalidad de 12 encuentros programados en esa oportunidad y en carácter explícito de observador participante.

9 – Revisión Bibliográfica:

En principio, se buscó literatura que explicitara el estado de la cuestión: tipos de dispositivos, fundamentos teóricos, técnicas utilizadas, efectividad, etc. Existe poca información al respecto y responde a intereses de la comunidad en la que se realiza el tratamiento. Para poner dos ejemplos característicos, basta observar que las técnicas y procedimientos basados en medicinas alternativas (auriculoterapia, hipnosis, homeopatía, etc.), son más usados entre los profesionales que trabajan en Cuba. Por otra parte, las técnicas y procedimientos utilizados en España, se basan exclusivamente en teorías de modificación conductual y cognitiva.

Si bien en España se publica mucho material metanalítico, no cambian demasiado las variables, lo que arroja resultados restringidos al marco teórico supra referido. Por otro lado, la mayoría de los trabajos del resto del mundo, muestran un tipo de dispositivo, comentan como se desarrolló y analizan los resultados. En ningún lugar hallamos parámetros de elección entre diversos dispositivos, ni fundamentos teóricos para su emplazamiento.

Se puede hallar mucho más material en relación a otras adicciones, tal como alcohol, drogas pesadas, fármacos y químicos, más también están casi en su totalidad tomados de poblaciones cautivas -internos en rehabilitación- y basados en procedimientos de raigambre cognitivo-conductual.

Algo más de material fue posible hallar en relación a los daños que el tabaco produce, los motivos por los cuales se lo considera una pandemia y los costos de salud pública que se derivan de su consumo. No obstante, se restringió dicha información al mínimo indispensable para hacer una introducción a la problemática, dado que ahondar en dichos ámbitos no se consideró pertinente para el tipo de investigación que se estaba desarrollando.

No se encontró ningún antecedente nacional, y menos aún, marplatense. Solo una página web en forma de blog que había creado un grupo de alumnos secundarios entrerrianos, y que estuvo accesible solo al principio de la investigación. Aunque era una página de mínima cantidad de visitas, se obtuvieron dos datos que se condicen con otros arrojados por diversas fuentes citadas en esta tesis. La cantidad de fumadores que expresaba su deseo de abandonar el consumo de tabaco, rondaba el 70% (Becoña y Miguez, 1995). El porcentaje de ingresantes que fumaban era del 30% (Encuesta de Factores de Riesgo, 2005).

En relación a los fundamentos teóricos, aunque hay mucho material escrito sobre las adicciones en general, es casi inexistente en cuanto al tabaquismo en particular. La mayor producción en este sentido proviene de la ciencia médica, del campo de la neurología, desde donde se proponen algunas explicaciones del modo en que se crean las adicciones, como se mantienen y en su caso, como se derrotan. Se recurre para ello al modo en que los diferentes receptores sinápticos neuronales reaccionan ante los agentes químicos presentes en el organismo.

También se halló mucho material sobre las restricciones legales, pero ningún análisis sobre las posibles consecuencias en relación a la adicción.

CAPITULO VII

DISPOSITIVOS DE INTERVENCION.

1 - Distinción:

Según se ha adelantado, los dispositivos clínicos para el tratamiento del tabaquismo se pueden dividir en dos grandes grupos, según la atención del consultante sea individual o grupal.

Desde todos los paradigmas teóricos que han sobrevolado los campos de la Psicología, puede advertirse que la distinción entre lo individual y lo colectivo está fuera de toda duda. Se considera –en más o en menos- que todos los seres humanos respetan ciertos patrones o parámetros universales, pero la diferencia entre cada uno de ellos está dada por razones que hacen del individuo, un sistema total, particular e irrepetible (Morin, 2004).

De allí que en toda investigación puedan determinarse estándares de sujeción a la norma por un lado (universalidad, objetividad), y desviaciones basadas en particularidades por el otro (singularidad, subjetividad).

Esto puede observarse en la elección del tipo terapéutico que decide encarar cada uno, así como de innumerables factores asociados a esta decisión (costos, horarios, disponibilidad, locación, entre muchos otros).

En nuestra ciudad los dispositivos se ofrecen en ambas modalidades:

- Individual: Se trata de los tratamientos de deshabitación tabáquica y abandono del consumo, generalmente con ayuda farmacológica, ofrecido por profesionales médicos –especialistas neumonólogos o psiquiatras en muchos casos-, clínicas y obras sociales, y que son de carácter arancelado, con costos que no puede afrontar el común de la población.

- Grupales: Se trata de tratamientos con el mismo fin, ofrecidos por administraciones sanitarias y organizaciones no gubernamentales, dirigidos por profesionales Médicos y Psicólogos, basados en la comunicación visual y oral, y de carácter gratuito.

2 - Recorte metodológico:

Si bien algunos de los dispositivos individuales arancelados referidos ofrecen la posibilidad de realizar consultas con profesionales de Psicología, dichas derivaciones no son contempladas dentro del costo básico de tratamiento, por lo que provocan erogaciones accesorias y son dejadas a criterio del paciente. De este modo, los consultantes -en porcentaje variable-, no acceden al tratamiento psicológico.

Por otra parte, solo un limitado número de ciudadanos están en condiciones económicas de afrontar un tratamiento de este tipo, por lo que la gran mayoría de la población no puede acceder a estos servicios, o bien accede más fácilmente cuando se ofrecen en forma gratuita.

Dadas las características referidas, el presente trabajo solo describirá los tratamientos de carácter público y gratuito, donde lo prioritario es el uso de la palabra y la participación de profesionales de Psicología.

3 - Dispositivos locales:

En la ciudad de Mar del Plata han podido detectarse solamente seis dispositivos públicos y gratuitos, todos de carácter grupal, que funcionan con características diversas.

A efectos de su organización, los habremos de clasificar en:

3.1 - Gubernamentales:

Se consideran aquí los dispositivos organizados por diversos estamentos estatales, impulsados por las administraciones de salud, llevados adelante por empleados públicos y utilizando recursos e instalaciones de esos mismos organismos de gobierno.

Existe un grupo impulsado desde la Secretaría de Salud de la Provincia de Buenos Aires, que a efectos de su distinción, a partir de aquí llamaremos G-1.

También existen tres dispositivos impulsados desde la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón, los que dadas las similares características de los mismos, se describirá uno solo de ellos, el cual será denominado G-2.

3.2 - No Gubernamentales:

Se ha decidido denominarlos de este modo, a fin de no confundirlos con los dispositivos privados arancelados y generalmente individuales a que se hiciera referencia en el apartado anterior.

Son dispositivos que ofrecen dos ONGs con sede en nuestra ciudad. Un grupo de tratamiento del tabaquismo está impulsado por la Liga Argentina de Lucha Contra el Cancer (LALCEC) y que llamaremos NG-1. El otro grupo está impulsado por la comunidad religiosa Iglesia Adventista del Séptimo Día, al cual nos referiremos como NG-2.

4 - Descripción de los dispositivos:

El presente punto intenta realizar una primera aproximación a los tratamientos supra referidos, desde sus antecedentes históricos hasta su actual funcionamiento, personas a cargo y técnicas empleadas. Las principales fuentes de indagación han sido

las entrevistas a responsables y profesionales que hacen las veces de informantes claves, así como la observación participante y no participante, dependiendo de las características de cada dispositivo.

41 - G-1:

Este tratamiento es impulsado desde la Secretaría de Atención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires (SADA), que tiene un Centro de Prevención y Atención (CPA) en la calle Buenos Aires de nuestra ciudad. Junto al tratamiento de otras adicciones, se otorga una vez al año un espacio para el tratamiento del tabaquismo en los consultorios y oficinas de esta seccional.

El dispositivo se encuentra a cargo de una coordinadora general que es Licenciada en Enfermería, una Licenciada en Psicología y personal administrativo de esta sede.

Se constituye un grupo a demanda de interesados, que –por cuestiones de disponibilidad de horario, espacio y profesionales- se limita a la participación de unas 8 a 12 personas, dentro del cual no se distinguen etapas de la historia natural ni de motivación, sino que todos los interesados integran el mismo grupo. A fin de no reiterar, diremos que en todos los dispositivos ocurre lo mismo.

Este grupo se reúne durante una hora y media, dos veces por semana, por el término de 4 semanas, bajo la modalidad grupal, es decir, sentados en círculo y bajo la supervisión de un coordinador.

La sesión se divide en una evaluación individual sobre el estado emocional, cognitivo y conductual de los participantes, comentando la adherencia de los consejos dados y tareas asignadas en el encuentro anterior. Luego le sigue una relajación guiada, centrada en lo respiratorio, para luego dar paso a la fase de consejo, entrenamiento y nueva asignación de tareas.

En el primer encuentro se solicita a los participantes que llenen los formularios Fagestrom, Richmond y otros similares, pero el uso de los mismos no tiene fines diagnósticos ni se realiza con ellos una selección de los miembros. Tampoco se archivan con fines estadísticos. Simplemente son usados como vías para que el paciente tome conciencia de la gravedad de su problema. No obstante, se corre el riesgo de que el propio asistente se autoetiquete como *fumador social*, *fumador compulsivo* y otras categorías que suelen aparecer en los formularios y que últimamente son referidos en

forma habitual por los medios formadores de opinión como motes descalificadores de índole moral.

Al final de la primera sesión se entrega folletería temática y se intercambian números telefónicos entre los asistentes, a quienes se insta a mantenerse en contacto y buscar y brindarse mutuo apoyo. En otras sesiones se entrena según un supuesto nivel de motivación que se va logrando a través de la sucesión de encuentros. En principio son programas de motivación, luego de visualización y de logro y por último de destrezas y mantenimiento.

Dado que el CPA atiende otras problemáticas en el campo de las adicciones, paralelamente se ofrecen alternativas adicionales de tratamiento en talleres permanentes de Educación Física, Teatro, y tratamiento psicológico individual y grupal.

Se basa en la promoción de un estilo de vida saludable por medio de información sobre riesgo tabáquico individual, familiar y social. Se busca inducir al autoconocimiento mediante el descubrimiento individual de patrones y cantidades de consumo, etapa en la que se halla cada fumador, situaciones que generan la impulsión a fumar, etc.

Se otorga primordial atención a una parte de la reunión en la que se deja al grupo producir su propio anudamiento, buscando ligar a los participantes en una tarea conjunta, en la que se refuerza el vínculo mutuo, se comparten las experiencias y se debaten las alternativas posibles o los recursos con que cada uno enfrenta la problemática.

El mantenimiento de ese espacio tiene por objeto de que surjan las diferencias individuales, contradicciones y fantasmas propios de la formación de un grupo como este, así como la vivencia de sensaciones de pertenencia, incorporación y exclusión que se respiran en el ambiente grupal.

La diferente problemática que muestran los participantes hace que los responsables deban responder a fuertes reclamos de contención afectiva, más que de técnicas para la cesación; o de acérrimos contradictores que dificultan la cohesión grupal generando disputas y socavando los objetivos grupales.

El inconveniente que suele presentar esta sección del encuentro, es que corre el riesgo de extenderse demasiado, centrarse sobre un solo miembro o volverse un debate bizantino, cuando no se cuenta con un profesional que limite las demandas de atención particulares que se ponen en evidencia y las necesidades de depositación que es común observar entre los sujetos con personalidades predispuestas a la ingesta de drogas.

Una vez fortalecida la alianza, conformado el grupo y acordados los objetivos primordiales, se otorga contención a las problemáticas singulares supra referidas –tanto individuales como grupales- que no podrían hacerse visibles en otros momentos, lugares o ámbitos de la vida del fumador.

Dicha situación ocurre en parte por no seleccionarse previamente vía test de Goldberg, si el interesado se encuentra en condiciones de iniciar al tratamiento, y en parte, porque mucha de la audiencia proviene de otras adicciones, lo que complica la situación.

Finalizado el proceso, se ofrece un espacio de mantenimiento posterior, con reuniones semanales de 1 hora de duración, con el objeto de asistir a quienes han logrado la cesación tabáquica o a aquellos que aún no se encuentran en condiciones de afrontarla.

Este dispositivo accesorio es de duración limitada a la demanda, dado que quienes logran la cesación, luego de algunas reuniones, sintiéndose lo suficientemente fortalecidos, dejan de concurrir. Por otro lado, los participantes que no encuentran la forma de lograr el objetivo, por vergüenza, desencanto o frustración, optan por renunciar.

En razón de las limitaciones administrativas comentadas, no se realiza seguimiento de los participantes, por lo que no se dispone de resultados de efectividad científicamente validados. No se cuenta siquiera con un archivo con los datos personales de los asistentes, ni una bitácora con las fechas en que se han realizado los tratamientos, el número de concurrentes, etc.

Se observan como desmotivadores de los interesados, la no permanencia del tratamiento, lo que hace que el fumador no tiene a su disposición ninguna ayuda al momento de decidir la cesación, sino que tiene que esperar a coincidir con la fecha programada por el CPA, la cual es una vez al año. Así y todo, durante el año 2009 no se realizó, en virtud de una sobrecarga de tareas provocada por el fenómeno de la epidemia de gripe A, y en el año 2010 se fue retardando progresivamente hasta bien entrado el segundo semestre.

Tampoco ayuda la superposición de audiencia con otras adicciones, que genera un contacto indeseado y a veces violento con personas marginales; las situaciones de paro o ausencia del personal a cargo; la tradición pública de tener que volver al lugar varias veces antes de ser debidamente informado, o no ser atendido telefónicamente sino luego de varios intentos.

Como se adelantara, los objetivos del tratamiento no se limitan a la cesación tabáquica, sino que se vuelven muy abarcativos, respetando la particularidad de cada participante, su situación familiar, social, laboral, económica actual, sus características de personalidad, su capacidad de incorporar hábitos saludables y habilidades interpersonales, entre otras.

En este sentido, las técnicas aplicadas, su inoculación en el dispositivo, así como la oferta de tratamientos y foros paralelos como los comentados, se adecuan en forma gradual a las directivas impartidas por la SADA, la que periódicamente las adapta y modifica en razón de los resultados observables y de las investigaciones que se publican en foros nacionales e internacionales.

Ejemplo de ello es que en un principio se tendía a la cesación en un determinado momento del tratamiento, dispuesto por el mismo coordinador, lo que con el tiempo se observó que provocaba una deserción muy grande a esa altura del proceso. Hoy se considera que cada persona tiene su momento, y que la participación en el grupo no determina para todos el momento de la cesación.

Se acepta que desde los organismos sanitarios no se puede apuntar solamente al sector poblacional que se encuentra en condiciones de abandonar el consumo de tabaco, sino que puede ampliarse su tarea a la difusión de los riesgos que esto conlleva, así como al empoderamiento de los participantes en técnicas de autocontrol y estrategias de afrontamiento que en el futuro puedan otorgarle una mejor calidad de vida en otros aspectos (social, laboral, familiar, educativo).

4.2 - G-2:

La Municipalidad de General Pueyrredón cuenta con un área específica para el tratamiento del tabaquismo, dependiente de la Secretaría de Salud comunal. Un profesional médico generalista se encuentra al frente de la dependencia, quien a su vez capacitó a otros colegas en la temática referida al tabaco, funcionando actualmente 3 dispositivos en forma irregular, en salas de atención barriales de nuestra ciudad.

Dichos profesionales no se dedican específicamente al tratamiento de cesación, sino que atienden todo tipo de problemáticas en estas salas, en las cuales a su vez, mantienen un dispositivo permanente en relación a la demanda de la población aledaña por problemas relacionados con el consumo de tabaco.

Una vez por semana hay un espacio dedicado a la atención de los interesados en esta temática, que los mismos profesionales auspician mediante la intervención mínima en consulta, invitando a la población en riesgo directo, a acercarse a la reunión.

A estos encuentros asisten entre 2 y 4 personas, las cuales van rotando en virtud de la motivación, necesidad y compromiso de cada uno. El grupo es coordinado por el médico, quien informa sobre riesgos del consumo para el fumador y su familia, administra algunas técnicas motivacionales y otorga la palabra a los asistentes a fin de establecer parámetros particulares de cada uno de ellos.

Las reuniones duran aproximadamente una hora y se realizan en el mismo consultorio de atención médica, que tiene las características típicas del espacio público, esto es, falta de mantenimiento adecuado, luminosidad, mobiliario obsoleto, etc, que hacen bastante lúgubre el lugar de encuentro.

Es frecuente la falta de espacio y de asientos. Es casi imposible desplegar cualquier tipo de material que no sea el publicitario predispuesto en las paredes, ni se cuenta con tecnologías, instrumental, fármacos ni folletería de ningún tipo, salvo la que se recibe excepcionalmente de las administraciones sanitarias provinciales y nacionales. Tampoco existe la posibilidad material ni humana de realizar seguimiento de los asistentes, ya que ni siquiera se cuenta con un registro de interesados.

El ingreso y deserción de participantes es casi constante, por lo que el proceso es incompleto en la mayoría de los casos. No obstante ello, los profesionales rescatan el hecho de que al menos brindan consejería e información sobre riesgo tabáquico y ayudan a fortalecer a los participantes con algunas estrategias de afrontamiento, contando incluso –a pesar de los mínimos elementos con los que se desempeñan-, con algunos éxitos aislados.

Al no estar dividido en etapas, no rescata reglas ni técnicas aplicables para determinada fase del tratamiento y se queda en un infinito comienzo en el que solo cambian las caras. Tiene la desventaja del paro de personal y la ausencia del profesional comentada en el apartado anterior, pero lo beneficia el carácter permanente del espacio, que ante el esclarecimiento provocado por el consejo profesional o la toma de conciencia, dentro del término de la semana el consumidor puede ser atendido en relación a esta problemática.

Otra ventaja es el contacto directo con el médico, que al ser a su vez el médico que atiende habitualmente al vecino, ya existe un conocimiento mutuo y un principio de empatía que juegan a favor de la adherencia del consejo.

La falta de medios y comodidades referidos impide el entrenamiento en ningún tipo de programas, el completado de formularios, la asignación de tareas hogareñas, el registro de consumidores interesados o participantes, y muchas otras de las estrategias que se consideran indispensables para llevar el tratamiento a buen puerto.

43 - NG-1:

La Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer (LALCEC) es una organización sin fines de lucro creada en el año 1921, que se dedica a la prevención, educación y detección temprana de esta enfermedad, por medio de campañas y apoyo a la investigación científica y al paciente oncológico. La filial marplatense festeja este año su 50° aniversario y entre sus actividades de prevención por medio de la lucha antitabáquica, cuenta con un dispositivo grupal de promoción de la cesación.

El marco del mismo es el que toma la SADA (G-1), por lo que sus características son muy similares. Se disponen 2 encuentros semanales por el término de 4 semanas, de una hora y media de duración cada uno, coordinados por una Licenciada en Psicología, además de algún invitado (médico o enfermera) especializado en esta temática, para profundizar las experiencias que se puedan transmitir.

Se discute la problemática general, dando asimismo espacio para la individual, en un grupo que funciona al estilo de autoayuda, combinado con grupo de reflexión y discusión.

Se orienta en primer término, a la toma de conciencia de cada participante dentro del espectro de fumadores, así como al autoconocimiento en cuanto a cantidad, calidad, frecuencia y ubicación contextual de las ingestas.

En segundo lugar, apunta a la información sobre riesgos del fumador, educación para la salud y estilos de vida saludables. El tercer aspecto es el empoderamiento de los participantes en estrategias de afrontamiento y técnicas de autocontrol.

Finalmente, se busca lograr la cesación tabáquica en la tercera semana de tratamiento, dando lugar a una etapa de mantenimiento durante las últimas dos reuniones. Tampoco cuenta con un espacio de seguimiento de las recaídas y de mantenimiento, posterior al tratamiento.

Según lo informa la institución, el porcentaje de cesación es del 70%, pero no se cuenta con registros, bitácoras, ni estudios confiables que lo ratifiquen. Tampoco se realiza seguimiento de los participantes una vez culminados los encuentros.

Es más organizado y se rescata mayor compromiso de los profesionales que en los anteriores. Se cuenta con algo más de material para apoyar el tratamiento y se insta a potenciar los lazos entre los miembros del grupo, lo que hace las veces de red accesoria de apoyo social.

Se cumple adecuadamente con los horarios, días y cantidad de encuentros, pero se tarda un cierto tiempo en organizarlo, motivo por el cual no se realizan más de uno o dos tratamientos por año. Parece existir algo de desconfianza en los asistentes por parte de la institución, lo cual resulta por un lado, paradójico y por otro, contradictorio a los fines que se persiguen, además de ser una forma de condicionar a los participantes.

4.4 - NG-2:

La Asociación Argentina Central (Adventistas del Séptimo Día) es un movimiento religioso que nuclea iglesias, congregaciones y filiales de esta fe radicadas en nuestro país. Procede de Estados Unidos y comienza la prédica en Argentina en el año 1894.

Son pioneros en la oferta de dispositivos para ayudar al fumador a vencer la adicción, dado que –con diferentes formatos- estas instituciones realizan charlas desde los años ´50 entre feligreses de todo el mundo. Tal vez esta temprana preocupación se deba a que la abstinencia de las conductas perjudiciales, junto a la moderación en cuanto a las conductas benéficas, resultan ser piedras basales de los principios morales y éticos que conforman su credo.

Fuera de los programas que la Asociación dirige a su feligresía, y abierto a toda la comunidad, hay un dispositivo que denominan como curso, que se dicta en instalaciones de la Iglesia o la Escuela Adventista local, sitas en cercanías de la intersección de las calles Hipólito Irigoyen y Rawson de nuestra ciudad.

La institución trabaja en esta temática a nivel tanto nacional como internacional, con gobiernos y otros movimientos relacionados con la salud, habiendo sido reconocida en diferentes oportunidades por la propia OMS y en nuestra ciudad específicamente, por el Honorable Consejo Deliberante del Partido de General Pueyrredón, que declaró el curso como de interés general en el año 2007, auspiciando una charla ante el propio cuerpo legislativo.

El curso normalmente se dicta –como mínimo- una vez al año, a comienzos del calendario, a excepción del año 2008 en que la epidemia de la Gripe A (H1N1), hizo

imposible su organización. Tiene una duración de cinco reuniones diarias consecutivas dispuestas en una misma semana, de una hora y media de duración, en un formato dividido en tres bloques de media hora cada uno.

El primer bloque se destina a la proyección de medios audiovisuales referidos a los efectos nocivos de la ingesta tabáquica, tanto de origen científico como periodístico, incluyendo reportajes a personajes célebres, especialistas y afectados por diversas enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y la adicción a la nicotina.

En un segundo bloque a cargo de un profesional Médico -especialista en tabaquismo-, se informa sobre antecedentes históricos del consumo, la producción y la publicidad del cigarrillo. Se muestran estadísticas de correlación entre el consumo y enfermedades relacionadas; investigaciones actuales sobre tóxicos existentes en el humo del cigarrillo; propensión a la adicción entre adolescentes y niños; mecanismos neurológicos de captación de sustancias, entre otras temáticas abordadas.

El tercer bloque está liderado por una Licenciada en Psicología, encargada de la transmisión de técnicas de autocontrol y estrategias de afrontamiento. Le corresponde la difícil tarea de aglutinar y motivar a un grupo que no acostumbra ser menor a la centena de participantes, equilibrando la arenga con la crítica y la contención, en relación a los informes que la coordinación le brinda diariamente sobre los avances que logran los participantes.

La asistencia del corriente año superó las expectativas de la organización, recibiendo a más de 200 participantes iniciales, por lo que el grupo debió dividirse en dos franjas horarias consecutivas, manteniendo las mismas características supra referidas. Más allá de esta circunstancia puntual, desde el auspicio municipal logrado en el año 2007, los participantes nunca son menores a 120 personas.

Esta situación requirió de una mayor coordinación, utilización de espacio, materiales y equipamiento, así como de participación de voluntarios de la comunidad religiosa, en lo que se destaca como un mérito derivado de los principios de solidaridad y ayuda mutua con que se forman los adeptos a esta fé.

Con el fin de desarrollar esta actividad se contó con la participación de unos 20 voluntarios -además de los profesionales citados-, que hacen la coordinación general del curso, reparto de material informativo y tarjetas personales con frases motivadoras, la disposición de las sillas en el gimnasio de la escuela en el que se realizaron los encuentros y la motivación y contención de problemáticas particulares.

Cabe destacar que a excepción de la presentación inicial y la despedida del curso, en ningún momento se habló de creencias religiosas específicas, pertenencia a una fe, ni opinión cabal de lo que constituye una conducta pecaminosa. No se conminó a los participantes a integrar grupos o actividades eclesiales ni a pertenecer a dicho credo para participar del tratamiento.

El dispositivo de tipo formativo-informativo, es el único posible de realizar en atención a la cantidad de participantes, por lo que se pierde mucho del conocimiento interpersonal que requiere la formación de alianza en un grupo, disminuyendo su grado de cohesión. El escaso involucramiento y participación deja fuera la problemática individual de los fumadores, lo que dificulta que el proceso se realice en forma compartida.

Esto impide que el asistente se sienta integrado al grupo, contenido o comprendido, ya que son pocos los casos de miembros que se acercan a las personas de la organización e intentan un diálogo más personal. Aún cuando lo hicieran todos los participantes, no habría suficiente cantidad de voluntarios de la organización dispuestos a esos efectos.

Se apunta desde el inicio a que el fumador abandone abruptamente el consumo, con los inconvenientes que dicha decisión acarrea, motivo por el cual se busca fortalecer las estrategias de afrontamiento para la cesación en términos generales, pero sin entrenamiento específico. Esta decisión se justifica en que *al perro no se le puede cortar la cola por tramos*, sino toda de una vez, aunque los profesionales están abiertos a la posibilidad de un período de deshabitación.

De hecho, la institución cuenta con un formato similar, pero de 12 días consecutivos de asistencia, en los que la primera semana se apunta a mejorar la motivación y lograr una progresiva disminución de la cantidad consumida, mientras que se pone como objetivo la cesación para la segunda semana. Las necesidades de espacio, equipamiento y voluntariado supra referidas, hacen que este formato sea mucho más difícil de implementar, por lo que se sigue manteniendo el anterior.

No se dispone de un dispositivo consecuente para el mantenimiento, ni se realiza seguimiento de los participantes. Aunque se anuncia como un curso en el que el 85% de los concurrentes deja de fumar, no se cuenta con estudios confiables que así lo confirmen. La asistencia al inicio de los encuentros, se vio raleada en bastante más del 50% hacia el final de la semana, advirtiéndose –sí- una gran mayoría de fumadores abstinentes en la última etapa del curso.

TITULO IV - RESULTADOS

CAPITULO VIII DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS.

1 - Logrados:

La mayor parte del objetivo general de descubrir, estudiar y describir las principales características de los dispositivos públicos y gratuitos existentes en nuestra ciudad, se considera ampliamente lograda y ha sido una experiencia por demás satisfactoria para el alumno.

No se halló ningún material bibliográfico que hiciera un análisis como el presente local, nacional o internacional, por lo cual se considera una contribución interesante para lo futuro.

En este sentido, el mismo análisis podrá continuarse y ampliarse en relación a los objetivos no alcanzados en el presente o a nuevos propósitos hacia los cuales encaminar la investigación en esta problemática.

2 - No logrados:

En principio, tal como el docente evaluador hizo constar en su corrección, la hipótesis presentada en el proyecto de investigación, no pudo ser ni siquiera mínimamente alcanzada. Fué por demás arriesgada, excesiva en relación al estudio propuesto y por ende, apenas iniciadas las tareas, se dejó de lado.

No obstante, si se hubiera propuesto como simple conjetura, tal vez hubiésemos acertado en alguna medida, dado la profunda brecha que existe entre la demanda social de un tratamiento y la oferta de dispositivos públicos y gratuitos, tal como se analiza en el capítulo siguiente.

Tampoco se pudo realizar una fundamentación de la problemática, las técnicas utilizadas y los diversos dispositivos y sus modalidades, desde los principales escuelas y teorías que alientan en campo de las adicciones en Psicología. Cualquier intento era

demasiado abarcativo y el resultado no reflejaba la riqueza de las construcciones teóricas de los distintos enfoques. Finalmente este objetivo fue dejado de lado.

No se hallaron en general, fundamentos del uso de ciertas técnicas, que se supone que se puede esperar de ellas o cuando conviene aplicar determinada modalidad o formato, ni en la bibliografía especializada, ni en los profesionales que las aplican en los tratamientos.

En relación al análisis de los dispositivos, no se pudo lograr estudiar la efectividad de los mismos, dado que en ninguno de ellos se guardan registros de participantes anteriores que pudieran dar fé de la supuesta bondad de los procedimientos, ni verificar mantenimientos y recaídas a corto, mediano o largo plazo, entre otras metas que podrían haberse fijado.

CAPITULO IX

CONCLUSIONES.

1 - En relación a la prevención:

La distinción entre diferentes niveles de prevención, al aplicarse al tabaquismo puede verse desde diversos puntos de vista. Si consideramos a los fumadores un grupo de riesgo para contraer enfermedades asociadas, lo ubicaremos dentro de la prevención secundaria; si consideramos al tabaquismo como una enfermedad propiamente dicha, lo ubicaremos dentro de la prevención terciaria.

Dado que el tabaquismo es una adicción, debe considerarse un trastorno particular. En este sentido, podríamos decir que luego de un corto tiempo de consumo, todo fumador está aquejado de adicción y debería considerárselo un enfermo que necesita un tratamiento específico. Esto ubicaría al huésped dentro del tercer nivel de prevención.. Sin embargo, el tabaquismo no es tratado como otra enfermedad cualquiera sino en sus efectos (Perez Trullén et al, 2004).

No es la dependencia de la droga lo que lleva a las autoridades sanitarias a intentar modificar la conducta de los fumadores –como sí ocurre en otras adicciones-, sino los efectos derivados de este consumo, a saber, las enfermedades a que se lo asocia. Tampoco es la sola adicción lo que lleva a prohibir su consumo en público, lugares de

trabajo, transporte de pasajeros, etc., sino la exposición de terceros al humo y a la posibilidad de contracción de alguna de las enfermedades asociadas al mismo, por los fumadores pasivos.

En definitiva, no es la adicción lo que causa estragos en la economía por la pérdida de horas-hombre a causa de enfermedades y muertes relacionadas con el consumo, sino los padecimientos que de éste se desprenden.

Es por ello que debemos ubicar al tabaquismo en el sector de prevención secundaria, como un grupo de riesgo –el grupo de los fumadores activos y pasivos- de contracción de determinadas patologías, al cual debe apuntarse para intentar modificar la conducta de fumar.

Los mecanismos propuestos desde la Convención, tales como la prohibición de publicidad o las campañas sobre el daño que el tabaco provoca en el fumador, estarían entonces ubicados dentro de este esquema, principalmente dentro de la prevención primaria. Ello, toda vez que hasta las medidas de aumento de precios e impuestos están dirigidas a que *diversos sectores de la población, en particular los jóvenes, reduzcan su consumo de tabaco* (C.M.C.T., 2005).

Cada vez está más claro que la tendencia al acogimiento de las adicciones se produce entre los 10 a 20 años en todo el mundo (Miguez, 2001), por lo que la Prevención Primaria se centra cada vez más en esta franja etaria.

De igual modo, la información, educación y concientización comunitaria está dirigida a prevenir en forma general del consumo y por ende, no es tan efectiva dentro del grupo de los fumadores en particular.

La protección a la exposición del humo, con su política de restringir el consumo en lugares públicos, no apunta sino a proteger a terceros de los posibles daños derivados de la ingesta involuntaria de tóxicos. Por otra parte, la prohibición y represión difícilmente podrán llevar al adicto a reflexionar sobre su consumo.

Es decir que, de todas las medidas contempladas para luchar contra el tabaquismo, hay una sola que se dirige al grupo de fumadores específicamente. Esta es la que contempla el artículo 14 del C.M.C.T., que promueve elaborar y difundir directrices; idear y aplicar programas en instituciones; incorporar el diagnóstico y tratamiento en los planes de salud y por último, solo por último: establecer en los centros sanitarios, programas de tratamiento para el abandono del consumo de tabaco.

Mientras pocas políticas se encuentran apuntadas a llegar a este punto, la gran masa de consumidores actuales soporta cada vez más restricciones y desaprobación, sin

que se dé mayor lugar al reconocimiento de su malestar y perturbación, por lo que en la práctica sanitaria efectiva, su adicción no se encuentra atendida adecuadamente.

Se tienen registros de que entre el 50 y el 70 % de los fumadores están pensando seriamente en dejar el consumo (Becoña & Miguez, 1995), pero las herramientas individuales con que cuentan son muy escasas y las posibilidades de acceso a dispositivos públicos y gratuitos para su tratamiento, muy restringidas. Incluso en países como España, donde estas políticas de tratamiento son fomentadas desde salud pública y en todos los niveles de la educación (Becoña, Lista & Frojan Praga, 1989).

Finalmente, la prevención terciaria, una vez desencadenada una determinada patología, se centra más en el tratamiento de la misma, sea por su carácter urgente o por su mayor probabilidad de cura, que en el abandono del consumo que fue participante indispensable en la aparición de su enfermedad.

2 – En relación a los tratamientos:

Dado que se ha comentado previamente la evolución de las líneas teóricas, dispositivos y técnicas de tratamiento del tabaquismo, estas se comparan a renglón seguido con la oferta descrita para la ciudad de Mar del Plata.

2.1 - Situación inicial:

En general, se torna dificultoso para el fumador, recibir ayuda pública y gratuita para luchar contra su adicción al tabaco. En parte, porque no existe información de sencillo acceso sobre estos dispositivos. En parte, porque no están disponibles en cualquier momento del año. Esto desmotiva y hunde al adicto en el consumo, sin permitirse reflexionar hasta el próximo llamado de atención.

Pero aún si pudo mantener la motivación de realizar un tratamiento y esperar hasta el momento en que la institución lo organizara, deberá enfrentarse a todos los inconvenientes antes referidos (humanos, burocráticos, de horarios y lugares). Una vez allí, tendrá que conformarse con los escasísimos recursos con que se cuenta para motivar, convencer, contener y entrenar para ese cambio.

Habiendo llegado a realizarse la unión entre los asistentes y los responsables, y una vez iniciado el tratamiento, se advierte que en los dispositivos descriptos no se realiza ninguna tarea diagnóstica previa. Tampoco seleccionan entre las diferentes

personas interesadas, ni aconsejan en este sentido. No seccionan el tratamiento por etapas, ni buscan gran cohesión entre los asistentes, a excepción de las arengas de objetivo común del dispositivo NG-2 (Adventistas).

No distinguen a la concurrencia por ninguna de las variables que han resultado ser importantes -y hasta indispensables- en las diferentes investigaciones consultadas (Becoña & Frojan Parga, 1999; Perez Trullán et al, 2004; Santamaría Suarez et al, 2001).

Todo esto dificulta la empatía por un lado, la formación del grupo por ausencia del sentimiento de pertenencia y la integración del asistente al dispositivo. Ello redundará en una menor adherencia de las técnicas que se imparten y predice una baja efectividad en los índices de cesación finales.

Las razones que se supone provocan esto, son varias:

- Los pocos recursos con que se cuenta a la hora de organizar un tratamiento, tanto en entes públicos como ONGs;
- A excepción del grupo NG-2 parecería insuficiente la motivación de los organizadores, profesionales y personas que funcionan alrededor del grupo;
- El descreimiento de las personas referidas. Parece que los dispositivos se ofrecen por formar parte de sus funciones, y no por estar convencidos de que puedan llegar a ser efectivos;
- El descreimiento que esto provoca en los interesados, porque lo que reciben cuando buscan ayuda, en lugar de debilitar sus resistencias, aumenta su poca predisposición al cambio;
- La motivación suele ser en general baja, por la dificultad de ambas partes para enfrentar un tipo de situación que previamente ha generado frustración: del fumador, por no poder abandonar y del coordinador, por no poder obtener buenos resultados.

2.2 - Características del desarrollo:

Los grupos G-1 y NG-2 respetan básicamente la planificación inicial e intentan seguir un derrotero hasta el cierre del tratamiento. A pesar de la inicial falta de diagnóstico comentada, en principio se busca equilibrar los diversos de motivación que se suponen en la concurrencia.

El hecho de respetar la planificación, también tiene que ver con la sencillez del dispositivo. No se entrena en destrezas ni se expone a situaciones reales o actuadas, salvo en mínimas intervenciones; no se realiza una preparación en relajación ni una asignación de tareas habitual que permita aumentar el compromiso del participante.

Se otorga mucha importancia a la disminución de la cantidad –o cese- y al reconocimiento del fumador de que debe dejar de consumir. Sin embargo, los mensajes son en general, cargados de calificativos morales y sociales, y no buscan singularizar las necesidades de cada uno de los participantes.

En los dispositivos G-1 y NG-1, se insta a los asistentes a intercambiar teléfonos y a mantenerse en contacto los días en que el grupo no se reúne. Luego se les consulta en qué circunstancias iniciaron el contacto telefónico, qué sentimientos experimentaron, qué resultados obtuvieron y si volverían a promoverlo. Estos apoyos suelen ser fundamentales para el momento en que se decide la cesación definitiva, ayudando a que el sujeto se mantenga abstinentes.

Se considera que una de las principales formas de convencimiento en todos los dispositivos es la información, seguida de la búsqueda de concreción de objetivos comunes, el modelado que hacen los coordinadores y los profesionales que eventualmente se inviten a participar y el ambiente que se genere durante las sesiones.

En los casos de tratamientos públicos, se mantiene el inconveniente de la huelga o la ausencia de los responsables, que pueden provocar interrupciones que resultan muy desagradables en los momentos más próximos al abandono.

2.3 - Cesación:

Este parece ser otro punto débil en todos los dispositivos, aunque no se cuente con datos fehacientes que lo corroboren. Lo paradójico resulta ser que es el gran objetivo buscado y el menos obtenido.

En principio, afecta la tasa de cesación, el abandono del tratamiento que se produce en fases iniciales o previas al abandono, en virtud de las cuestiones de motivación, cohesión grupal y falta de recursos supra detalladas.

Otro elemento que puede hacer más dificultosa la cesación es la política de no medicación. Esta no es estricta ni figura como principio en ninguno de los grupos, pero en general se tiene el convencimiento de que la utilización de una TSN o TRN es dejar un vicio para comenzar otro, sustituir la dependencia al cigarrillo por la dependencia al fármaco.

El dispositivo religioso lo explicita en sus cursos, dado que no sería coherente recomendar el uso de una sustancia para abandonar otra. La conducta crítica desde este punto de vista, o el *pecado* es el consumo de sustancias de cualquier tipo y no solo el de nicotina. En los restantes abordajes, no se cuenta con la disponibilidad ni con la información suficiente como para recomendar entre diversas terapias, presentaciones, fármacos, ni profesionales que los receten.

Esto también quita efectividad al tratamiento, dado que se deja fuera de la ecuación un paliativo importante a la hora de tomar la decisión del abandono, tanto por sus efectos físicos mediatos e inmediatos, como por el efecto placebo propio de cualquier tipo de terapia.

Pero incluso habiendo llegado al momento del abandono superando todos los obstáculos referidos, y habiendo logrado la cesación por algunos días, aún queda por superar un inconveniente que suele ser el que peor efecto provoca en los índices de cesación tabáquica. Se trata de la falta de apoyo para el mantenimiento y la prevención de las recaídas.

En efecto, una vez cumplidos los plazos inicialmente planificados, solo el dispositivo G-1 (CPA) mantiene funcionando un grupo de asistentes en apoyo a la confirmación de la cesación, por un período que varía según la demanda. No obstante ello, suele cambiarse en lugar de reunión, de horario y de profesionales a cargo, lo cual termina por deshacer al ya diezmado grupo de fumadores que un mes atrás comenzó el tratamiento.

El abordaje adventista cuenta con la comunidad religiosa como apoyo para el mantenimiento, aunque no todos los abstinentes recurren a ella. En el resto de los grupos no existe siquiera esto.

Es decir que es justo en el momento en que parecería que el tratamiento y los esfuerzos realizados por ambas partes para lograr la cesación, podrían rendir frutos, se produce la ruptura. Un quiebre en la continuidad del proceso que da la sensación de que se trata de una afrenta para el fumador.

La endeble voluntad puesta en juego, que ha resistido tantas pruebas desmotivadas y que a pesar de todo al fin logró el inicio de la deshabitación, solo encuentra indiferencia y puertas cerradas en lugar de contar con un espacio en el que pueda compartir sensaciones y vivencias.

La realidad nos otorga cada vez más espacios de discusión sobre los riesgos del tabaquismo, pero niega consecuentemente, espacios de contención para los fumadores.

Es por ello que en lugar de insistir tanto sobre los riesgos del fumar, se debería poner más atención en como acompañamos en ese proceso, al menos hasta pasadas algunas semanas del abandono, donde todas las experiencias son novedosas y por ende, causan ansiedad, temor y sorpresa, provocando un desequilibrio en la economía psíquica, que es necesario acompañar y contener adecuadamente, a fin de procurar evitar la recaída.

Incluso en caso que esta suceda, debe asistirse al fumador para que este no signifique la experiencia como negativa, como un fracaso más, y –presa de la frustración- vuelva al nivel de consumo que habitualmente exhibía. Por el contrario, hay que intentar por todos los medios que lo pueda considerar un elemento más de análisis para su próxima recuperación, dando así a la recaída, un lugar muy especial en el proceso de abandono.

3 – Discusión.

Según diversos estudios refrendados por la OMS, instituciones privadas y entes gubernamentales de todo el mundo, la prevalencia tabáquica es de alrededor del 30% en la población adulta.

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo encargada por el Ministerio de Salud de la Nación en el año 2005, arrojaba una prevalencia del 30% en mujeres y 32% en varones. La actualización de la misma (2009) entregó valores del 22% y el 29% respectivamente. La Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (Miguez, 2004) arrojaba similares valores con un 21% para mujeres y un 27% para varones.

Si tomamos el índice más bajo, podemos decir que alrededor del 24% de la población es fumadora. Si tomamos los datos del último censo, en Mar del Plata residen algo más de 750.000 personas, y si consideramos que muchos de ellos son niños, podemos calcular grosso modo en 500.000 los habitantes posibles de ser fumadores. Si de estos el 24 % consumen habitualmente tabaco y sus derivados, podemos decir que tenemos una población tabáquica de alrededor de 120.000 personas.

Todos los estudios de etapas de motivación (Prochaska & Di Clemente, 1983) y similares, afirman que alrededor del 50% de los fumadores se ha planteado seriamente dejar de fumar (Froján Parga & Becoña Iglesias, 1999) y que el 30% ha tomado la iniciativa para solicitar ayuda de algún tipo.

Tomando los números anteriores, puede considerarse que el grupo de fumadores que está decidido a iniciar algún tratamiento es de más de 30.000 personas. Si suponemos que de ellas solo 10.000 –en el más optimista de los casos- puede costearse un tratamiento particular, estamos considerando que la audiencia para los tratamientos públicos y gratuitos es de alrededor de 20.000 personas solo en nuestra ciudad, sin contar las zonas rurales y poblaciones aledañas.

No hacen falta cálculos matemáticos muy profundos para advertir que la oferta de dispositivos es mucho menor al 1% de la demanda de atención.

Parecería ser que el ofrecimiento de tratamientos públicos, tanto por las instituciones como por los entes gubernamentales, es tomado como una medio de mostrar formalidad en la ejecución de las políticas sanitarias que se impulsan desde estamentos superiores, pero que en definitiva no se ponen en práctica con la energía necesaria como para obtener resultados (Sanchez Meca et al, 1999).

Ofrecer un dispositivo que no brinda respuesta a los interesados, o que al menos, brinda una respuesta muy disminuida en cuanto a sus capacidades potenciales, vuelve contradictorio el motivo por el cual se dispuso su existencia.

Estos casos suelen ser la evidencia de que se dictan normas que los establecen, solo para cumplir con las formalidades que requieren organismos de salud internacionales, entidades de crédito y otras empresas que catalogan las actividades gubernamentales, a fin de que no se dañe la imagen del país, la provincia o el municipio, y por ende, las políticas que los titulares del ejecutivo llevan adelante.

No obstante, esta situación no es solo responsabilidad de las administraciones de salud local, sino de esas entidades que solicitan el establecimiento de ciertas formalidades, sin requerir los resultados de su actividad luego de su puesta en marcha.

No sería de extrañar que en el corto plazo, las propias empresas tabacaleras o manufactureras pongan a disposición de los consumidores, espacios como los referidos, pero que realmente funcionen, solo como una estrategia de venta o de reconocimiento social.

Sin perjuicio de las críticas referidas, y al igual que en el resto de las adicciones, es necesario reconocer que ningún tratamiento alcanza una efectividad del 100%. Incluso en la variada bibliografía metaanalítica consultada, los resultados de abstinencia logrados con intervenciones que no incluyen fármacos, solo logran abstinencia más allá de los seis meses en alrededor del 20 al 25 % de los pacientes (Froján Parga & Becoña

Iglesias, 1999; Rosa et al, 1999). Y muchas veces no se aclara si ese porcentaje corresponde al total de los participantes o de aquellos que completan el tratamiento.

Sin perjuicio de lo exitoso del tratamiento y la validación que tengan los procedimientos utilizados, una vez cortados los lazos con el grupo y los profesionales, la actitud del paciente es fundamental. Tanto para afrontar la cesación como para sostener la abstinencia en la etapa de mantenimiento, y para no volver a recaer en situaciones especiales o etapas de vida muy estresantes, el nivel de convicción que tenga la decisión del interesado, así como el trabajo periódico del propio paciente, serán fundamentales a la hora de encontrarse frente a una situación que pueda propiciar la recaída.

BIBLIOGRAFIA.

- Abella Pons, F., García Baena, A. & Blanco Florit, A. (2002). Teletratamiento: aplicación de las nuevas tecnologías para dejar de fumar. Extractado el 14 de Julio, 2011 de: <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/5369/>.
- Academia Estadounidense de Médicos de Familia (2001). Escala ¿Porqué fumo? Extractado el 12 de Julio, 2011 de: <http://familydoctor.org/online/famdoces/home/common/addictions/tobacco/296.html#More>.
- Acerca de la O.M.S. (2010). Extraído el 9 de Marzo, 2011 de: <http://www.who.int/about/es/index.html>.
- Aubert, N. (2007). Los hombres no somos máquinas. *Criterio*. Extractado el 16 de Julio, 2011 de: http://www.revistacriterio.com.ar/sin_categoria/los-hombres-no-somos-maquinas/.
- Avia, M. (1990). Técnicas cognitivas y de autocontrol. En J. Mayor y F. Labrador (Eds.). *Manual de modificación de conducta* (pp. 329-360). Madrid: Alhambra.
- Baldwin, B.A (1978). Crisis Intevencion and enhacement of adaptative coping using hypnosis. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 38-44.
- Becoña, E. (1987). La modificación del comportamiento de fumar, mediante la técnica de fumar rápido. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 19 (1),19-30.
- Becoña, E. & Miguez, M.C. (1995). Abstinencia, recaída y no abandono, en un programa para dejar de fumar. *Adicciones*, 7 (1), 41-58.
- Becoña, E., Lista, M.J. & Frojan Praga, M.X. (1989). ¿Por qué los sujetos recaen en los tratamientos para dejar de fumar?: Un estudio exploratorio. *Revista Española de Drogodependencias*, 14 (1), 19-36.
- Bello, S., Flores, A. & Bello, M. (2008). Tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 24, 127-137.
- Botvin, G.J. y Griffin, K.W. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 607-615.
- Carr, A. (1986). Es fácil dejar de fumar si sabes como. Buenos Aires: Espasa Calpe.

- Convenio Mundial para el Control del Tabaco, Organización Mundial de la Salud, 2003. Extraído el 24 de Febrero, 2010 de: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf>
- Digesto de Legislación de Control del Tabaco, Programa Nacional de Control del Tabaco, Ministerio de Salud de la República Argentina, 2007. Extraído el 4 de Marzo, 2010 de http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/.
- Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina (2010). Donde dejar? Extraído el 22 de Enero de 2011 de : http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/beneficios-no-fumar02.asp#bsas.
- Dyer, W. (1976) Tus Zonas Erróneas. Barcelona: Ed. Debolsillo.
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, **78**, 107-126.
- Eyben, F.E.v. & Zeeman, G. (2003). Riesgos para la salud derivados del consumo voluntario e involuntario de tabaco. *Revista Española de Salud Pública* [Versión Electrónica], **77** (1), 11-36.
- Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2005). Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. Extraído el 16 de Enero, 2011 de: http://www.msal.gov.ar/htm/Site/enfr/contenidos%5CPDF%5CEFR_marzo06_c_tapas.pdf
- Fageström, K.O. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behavior*, **3**, 235-241.
- Ferro, M., Amato, L. & Davoli, M. (2008) Alcohólicos Anónimos y otros programas de 12 pasos para el alcoholismo. Extractado el 12 de Julio, 2011 de: www.update-software.com/pdf/CD005032.pdf.
- Finney, J.W. & Moos, R.H. (1995). Entering treatment for alcohol abuse: A stress and coping model. *Addiction*, **90**, 1223-1240.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C. & Cohen, S.J. (2000). Clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respiratory Care*, **45**, 1200-1262.
- Fiore, M.C., Jaén, C.R., Baker, T.B., Bailey, W.C., Benowitz, N.L., Curry, S.J. et al (2008). Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *Clinical Practice Guideline*. Unites States Departament of Health and Human Services. Public Health Services, Mayo, 2008.. Extraído el 8 de Mayo, 2011 de: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf .

- Fletes, I., Sanchez, B., Quesada, M., Carreras, J.M., Maldonado, B. & Sanchez, L (2006). Nuevos tratamientos psicológicos en tabaquismo: las intervenciones a distancia. *Psicooncología*, **3**, 337-345.
- Froján Parga, M.X. & Becoña Iglesias, E. (1999). El hábito de fumar y su tratamiento: revisión de los avances en los últimos diez años de investigación. *Revista de Psicología General y Aplicada*, **52**, 463-476.
- Fuillerat, A. (2004). Psicología y nutrición en el desarrollo ontogenético en la edad infanto-juvenil. *Nutrición Hospitalaria*, **4**, 126-138.
- García Jordá, E. (2006) Tobacco, 500 years of smoke. *Clinical Translational Oncology, Febrero*. 8(2), 66-67.
- García Rodríguez, J.F. & Rodríguez León, G.A. (2007). La Salud Pública: un fenómeno sociocultural complejo. *Salud en Tabasco*, **13**, 710-713
- García Vera, M. & Sanz, J. (2006), Qué aportan las técnicas de exposición a la efectividad de la terapia cognitivo-conductual con parches de nicotina para dejar de fumar? *Psicooncología*. **2-3**, 305-318.
- García Zurdo, R & García Jiménez, M.V. (2000). Deshabitación del tabaco con un programa basado en el cambio de criterio. *Psicothema*, **12**, 257-260.
- Gonzalez, S. & Moya, L. (2009). Las Adicciones: una mirada metateórica. Extractado el 14 de Julio, 2011 de: http://www.seadpsi.com.ar/congresos/cong_marplatense/iv/trabajos/trabajo_311_765.pdf
- Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco (2005). Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Extractado el 16 de Abril, 2011 de: <http://www.foroaps.org/files/TRATADICCIONTABACO1.pdf>
- Guillen, C. & Gala, F.B. (1997). La adicción al tabaco: sistemas para dejar de fumar. Una experiencia. Extractado el 17 de Julio, 2011 de: <http://148.204.149.102/uteycv/blog/wp-content/uploads/2011/04/extincion-de-la-conducta-de-fumar.pdf>.
- Hilgard, E. & Hilgard, J. (1975). *Hipnosis in the relief of pain*. Los Altos, CA.: William Kaufman.
- Historia del Convenio Marco para el Control del Tabaco, Organización Mundial de la Salud, 2010. Extraído el 4 de Marzo de 2011 de: <http://www.who.int/fctc/about/history/es/index.html>.
- Iniciativa liberarse del tabaco (2008). Extraído el 12 de Julio, 2011 de: <http://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/index.html>.

- Jacobson, E. (1938) Progressive Relaxation. Oxford, England: University of Chicago Press, Extraído el 24 de Junio, 2011 de: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1938-04698-000>.
- Kanfer, F. H. (1970). Self-regulation: Research, Issues and speculation.. En C. Neuringer y J. L. Michael (Comps.), *Behavior modification in clinical psychology*. Nueva York: Appleton.
- Leavell, H. & Clark.E.G. (1953) Epidemiology and Multicausal. Textbook of preventive Medicine. New York: Mc. Graw Hill.
- Legisalud Argentina (2011). Extraído el 17 de Junio, 2011 de: <http://leg.msar.gov.ar/index2.htm>.
- Lewis, G., Pelosi, A., Araya, R. & Dunn, G. (1992) Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychological Medicine*, *22*, 465-486.
- Lista de Partes, Organización Mundial de la Salud (2010). Extraído el 12 de Agosto , 2010 de: http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/index.html.
- Llinares Pellicer, M.C. (2001). Tratamiento psicológico para el tabaquismo. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, *45*, 34-52.
- Lopez Ramos, S. (2006). Zen, Acupuntura y psicología. México: Ed. Trasso.
- Lopez, H. (2003). La doctrina freudiana de las adicciones. En *Las Adicciones. Sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Ed. Lazos.
- Lopez, C. (2006). La Adicción a sustancias químicas: ¿Puede ser efectivo un abordaje psicoanalítico? *Psykhé*, *15 (1)*, 67/77.
- Luttenberg, J. (1994). Clínica del vacío. *Revista Zona Erógena*, *19*, 7-11.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995). Barcelona: Masson S.A.
- Maldonado-Fernandez, M. (2005). Historia del tabaco. De panacea a pandemia. *Medicina Clínica, Barcelona, Noviembre*. 125 (19), 745-747.
- Micó, J.A., Moreno Brea, M.R., Roca Vinardell, A., Rojas Corrales, M.O., Ortega Alvaro, A. (2000). Neurobiología de la adicción a la nicotina. *Prevención del tabaquismo, Septiembre*. 2(2),101-105.
- Miguez, H. (2001). Uso de tabaco en estudiantes de 13 a 15 años de la ciudad de Buenos Aires. Global Youth Tobacco Survey. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, *47(2)*, 139-142.

- Miguez, H. (2004). Uso de tabaco en jóvenes: exposición y vulnerabilidad en el campo de las representaciones sociales. Programa Vigía. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Extraído el 10 de Marzo, 2011 de: http://www.hugomiguez.com.ar/Informe%20_1.%20Expo.pdf.
- Morin, E. (2004). Epistemología de la Complejidad. *Gazeta de Antropología*, *20*, 2-16.
- Muñoz, M.A, Baena, A.G. & Cepeda, B.A. (2006). Recientes resultados en el tratamiento del tabaquismo femenino. *Clínica y Salud*, *17*, 91-117.
- Nava Quiroz, C.N. & Vega Valero, C.Z. (2006). Estructura y calidad de red de Alcohólicos Anónimos. *Anales de Psicología*, *22*, 212-216.
- Ocampo, M.A: Magullan, A., Villa, T. & Cuevas, E. (2008). Programa de cesación del tabaquismo en un hospital de tercer nivel. Extractado el 18 de Mayo, 2011 de: http://www.hablemoshoydetabaquismo.com.mx/files/crossContent/ccFile_1499.pdf.
- Olano Espinosa, E, Veiga, S., Nuez, C. & Gonzalez, A. (2007). El tratamiento grupal del tabaquismo. *Trastornos Adictivos*, *9*, 14-20.
- Otero, M., Cortijo, C. & Ayesta, F.J. (2003). El tabaquismo como adicción. *Cardiovascular Risk Factors*, 222-234.
- Perez Trullén, A. Clemente Jiménez, M.L. & Morales Blánquez, C. (2001). Terapias Psicológicas en la deshabituación tabáquica. *Psiquis*, *22*, 251-263.
- Perez Trullén, A., Herrero, I., Clemente, M.L. & Escosa, L. (2004). Abordaje de prevención y tratamiento del tabaquismo: a quién, cuando y como realizar la deshabituación tabáquica? *Archivo Bronconeumológico*, *40(3)*, 63-73.
- Perls, F. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. California: Real People Press.
- Ponciano Rodríguez, G., Morales Ruis, A. (2007). La escritura emocional como una herramienta para el tratamiento psicológico del tabaquismo. *Salud Pública de México*. *49*, 280-288.
- Pozo, J.I. (1996) La Psicología Cognitiva y la Educación Científica. *Investigações em Ensino de Ciências*, *1(2)*, 110-131.
- Presentación, M.J, Pinto, V., Meliá, A. & Miranda, A. (2009). Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología*, *2*. Extractado el 24 de Julio, 2011 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092009000200003&script=sci_arttext

- Prieto Brandstaetter, E. & Rhodius, E. (2004). Bases para la Realización de un Programa Comunitario de Cesación al Tabaco. *Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Neumonología Clínica*. Extraído el 5 de Junio, 2011 de: http://www.ramr.org.ar/archivos/numero/suplem_38congreso/mere10-aso.pdf.
- Proceso de Negociación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, Organización Mundial de la Salud, 2010. Extraído el 4 de Marzo, 2011 de: <http://www.who.int/fctc/about/negotiations/es/index.html>.
- Prochaska, J.O. & Di Clemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 390-395.
- Programa Di que Sí (2010). Extractado el 20 de Mayo, 2011 de: <http://www.diquesi.net/?gclid=COaUvIHTgaoCFUWW7QodUiJhsQ>.
- Rodríguez Marin, J. (1995). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: estilos de vida y salud. En *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rojas, M.C. & Sternbach, S. (1994). Entre Dos Siglos. Una lectura psicoanalítica de la modernidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Rosa, A., Sanchez, J. & Olivares, J. (1999). Efectos Diferenciales de las técnicas de autocontrol en problemas clínicos y de salud en España: Una revisión meta-analítica. *Estudios de Psicología*, *62*, 23-37.
- Sanchez Meca, J., Marín Martínez, F., Olivares Rodríguez, J. & Rosa Alcázar, A.I. (1999). Variables influyentes en el tratamiento de la adicción al tabaco. Un estudio de las tasas de abstinencia en España. *Psicología Conductual*, *7*, 301-321.
- Santamaría Suarez, S., Rodríguez Contreras, V., Jurado Cárdenas, S. & Barranco Bravo, J.A. (2011) Programa de condicionamiento encubierto para el autocontrol del tabaquismo: fase exploratoria. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, *10*, 18-26.
- Schunk, D.H. (1997). Teorías del Aprendizaje. México: Prentice Hall.
- Silva, J. (1972). El Método Silva de Control Mental, Ed Fusion. Madrid.
- Slaikeu, K.A. (1984). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno.
- Spilzinger, L.A. (1989). Empatía y vínculo empático. En Self y proceso terapéutico. *Psicoanálisis*, *1*, 87-102.

- Tapia Conyer, R., Kuri Morales, P. & Gutiérrez, M. (2001). Panorama Epidemiológico del Tabaquismo en México. *Salud Pública*. **43**, 478-484.
- Teixeira do Carmo, J, Andrés-Pueyo, A, Alvarez Lopez, E. (2005) La Evolución del concepto de tabaquismo. *Cuadernos de Salud Pública, Río de Janeiro*, **21**, 999-1005.
- Tosar Perez, del Pozo, Calzadilla Quintana & Castellanos Veitía (2009). La deshabituación tabáquica con técnicas de medicina tradicional y natural. *Revista habanera de Ciencias Médicas*, **8 (4)**.
- Veiga, S., Martin, S. & Corral, L. (2003). Abordaje del tabaquismo: intervención mínima y herramientas psicológicas. *Trastornos Adictivos*, **6**, 95-102.
- Winnicott, D. (1991). Miedo al Derrumbe. En Exploraciones Psicoanalíticas I. Buenos Aires: Paidós.

