



UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA
“SANTA MARÍA DE LOS BUENOS AIRES”
Facultad “Teresa de Ávila”

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA EN FUMADORES ADULTOS QUE PARTICIPAN
DEL PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL CENTRO
ADVENTISTA DE VIDA SANA EN LIBERTADOR SAN MARTÍN, ENTRE RÍOS.

Trabajo Final de Licenciatura

presentado en cumplimiento parcial de los requisitos para acceder al título de

Licenciado en Psicología

por

Nicolás Javier Lusardi

Director:

Dr. Lucas Marcelo Rodríguez

Co – Directora:

Dra. Mariana Alfaro

Paraná, noviembre de 2023

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS	v
RECONOCIMIENTOS	vi
RESUMEN DE TESIS.....	vii
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN.....	1
Planteamiento del Problema	1
Formulación del Problema.....	5
Objetivos.....	6
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos	6
Hipótesis o Supuestos de Investigación.....	6
CAPÍTULO II.....	7
MARCO TEÓRICO	7
Estado del Arte.....	7
Tabaquismo como adicción	11
Dependencia química a la nicotina	14
Dependencia psicológica y social al tabaco.....	17
Intensidad de consumo.....	21
Proceso del cambio de la conducta adictiva	22
Tratamientos de deshabitación tabáquica	24
CAPÍTULO III.....	29
METODOLOGÍA.....	29
Tipo de Investigación.....	29

Muestra	29
Técnicas de Recolección de Datos.....	30
Procedimientos de Recolección de Datos	31
Procedimientos de Análisis de Datos.....	31
CAPÍTULO IV	32
RESULTADOS	32
CAPÍTULO V	35
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, LIMITACIONES ...	35
Discusión	35
Conclusiones.....	37
Recomendaciones	38
Limitaciones.....	39
ANEXO A.....	40
INSTRUMENTOS ADMINISTRADOS	40
Encuesta Sociodemográfica y de Consumo de Tabaco del Centro Adventista de Vida	
Sana	41
Test de Glover-Nilsson	42
ANEXO B.....	44
MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO UTILIZADO	44
LISTA DE REFERENCIAS	46

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

1. Tabla 1: Correlación de Pearson entre consumo diario y dependencia psicológica.....32
2. Tabla 2: Agrupación de nivel de dependencia psicológica según género.....34
3. Figura 1: Agrupación de nivel de dependencia psicológica según género.....34

RECONOCIMIENTOS

En primer lugar, agradezco al Dr. Lucas Rodríguez, porque sin director no se puede avanzar sobre una investigación de estas características. Él ha dedicado valiosísimo tiempo para mí, acompañándome con vocación durante este proceso, enriqueciéndome con su experiencia y conocimientos. También estoy agradecido a los directivos y docentes de la facultad Teresa de Ávila de esta casa de estudios, cada uno, desde su función, trabaja con esmero en la formación de futuros profesionales y han sido una inspiración.

A la Dra. Mariana Alfaro, parte del cuerpo médico del Centro Adventista de Vida que Sana, Magíster en tabaquismo por la Universidad de Sevilla, que fue de una ayuda invaluable, orientándome en las particularidades de la problemática que concierne a este trabajo. Así mismo, al Centro Adventista de Vida Sana, área de medicina del estilo de vida del Sanatorio Adventista del Plata, por facilitarme lugar, recursos e información para realizar la investigación.

Tengo una inmensa gratitud para mi familia, Romina, Felipe y Augusto, que me han apoyado todos los meses que tomé para realizar esta tesina y los años que me llevó alcanzar la licenciatura, siendo empáticos en los momentos que ocupé tiempo y recursos familiares. Agradezco por lo mismo a amigos, compañeros de estudio y de trabajo.

Dios es, sin duda, el mayor merecedor de gratitud. Sus bendiciones fueron evidentes desde el inicio de mi carrera universitaria, hasta su culminación.

RESUMEN DE TESIS

El tabaquismo es un problema de la salud pública mundial del que mueren 8 millones de personas por año. En Argentina el 14% del total de muertes anuales se debe al tabaco.

La presente es una investigación descriptiva correlacional transversal que pretende caracterizar la dependencia psicológica al tabaco y busca conocer la relación existente entre esta (medida por el test de Glover-Nilsson) y la intensidad de consumo, la edad y el género de un grupo de fumadores adultos que participaron del programa de deshabituación tabáquica del Centro Adventista de Vida Sana en Libertador San Martín, Entre Ríos. Se analizaron a 103 participantes (50 mujeres y 53 varones) adultos de entre 28 y 75.

Al relacionar *la intensidad del consumo y la dependencia psicológica* con una correlación de Pearson no se encontraron resultados estadísticamente significativos. Para *conocer la relación entre la edad y la dependencia psicológica* se realizaron distintas agrupaciones según edad y se realizaron análisis univariados de variancia (ANOVA) para evaluar las diferencias en relación con el consumo, los cuales tampoco reflejaron diferencias estadísticamente significativas. Y, respecto a la *comparación de la dependencia psicológica al tabaco entre los distintos géneros tampoco hubo* relación entre las variables.

Por otro lado, más del 65% de los sujetos presentaron una dependencia psicológica moderada al tabaco. Se encontró que las mujeres, especialmente las más jóvenes, consumen más cigarrillos que el resto de sujetos. Además, solo este género marcó un nivel de dependencia psicológica “muy fuerte” (6%). También se observó que ellas inician a fumar pasada la adolescencia, mientras que los hombres lo hacen en esta etapa y que, tras los intentos de dejar de fumar, mantienen la abstinencia por períodos más prolongados.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del Problema

En cuestiones de la salud pública mundial, el tabaquismo es un problema de gran interés que afecta no solo a los fumadores, sino también a quienes los rodean y a la población en general. La Organización Mundial de la Salud estima que de los 8 millones de personas que mueren anualmente a causa del tabaco, 1,2 millones son fumadores pasivos; es decir, que son afectados por el humo ajeno. (OMS, 2022). Además, el tabaco impacta en el medio ambiente, desde la deforestación, la fabricación de los paquetes y la utilización de energía para su producción; así como los residuos de los cigarrillos fumados. Por lo tanto, no solo se trata del efecto que el tabaco tiene en la salud de sus consumidores directos y otras personas expuestas al humo del tabaco, sino que impacta en la población general, al afectar el ambiente (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022). La producción y manufactura del tabaco en sus distintas presentaciones (tabaco para pipas, puros, tabaco picado y cigarrillos) es propia de los países en vías de desarrollo donde, a su vez, se encuentran más del 80% de los aproximadamente 1.300 millones de consumidores de tabaco que hay en el mundo, factor que complica, aún más, las condiciones de salud de dicha población (OMS, 2022).

Aún que no todos los fumadores mueren a causa del cigarrillo, no hay una modalidad de consumo y/o exposición al humo del tabaco que no sea dañina en algún grado (OMS, 2022). Enfermedades graves del aparato respiratorio como enfisema pulmonar, EPOC y cáncer de pulmón, naturalmente, y otra multitud de cánceres que incluyen a los aparatos digestivos y urinarios, mamas y algunos tipos de leucemia están asociadas al consumo de tabaco. Así como enfermedades cardiovasculares y cerebrales e incluso diabetes mellitus,

por ejemplo (Ministerio de Salud de la República Argentina [MSAL], 2022). El tabaquismo altera todos los órganos de una u otra manera (Rodríguez Lechuga et al., 2022) y la mayoría de las problemáticas son dosis dependientes; es decir que, a mayor consumo, mayor riesgo para la salud (OMS, 2022). Rodríguez Lechuga et al. (2022) sentencia que la mitad de quienes fuman mueren de una enfermedad relacionada a dicho hábito, promediando los años de vida, entre 10 y 15 menos que las personas que no fuman. En Argentina el 14% del total de muertes anuales se debe al tabaco (MSAL, 2022).

La nicotina es altamente adictiva, por lo que fácilmente su consumo se convierte en abuso, modificando el comportamiento del estado del ánimo; de allí se desarrolla el hábito de fumar y la consecuente adaptación del organismo, por lo que el cigarrillo se percibe como imprescindible (León et al., 2017). Este hábito incluye componentes psicológicos, sociales y físicos que desencadenan en una adicción compleja (Rodríguez Lechuga et al., 2022). Nerín et al. (2005) explica claramente cómo, a través de la vía inhalatoria, la nicotina llega en pocos segundos al Área Tegmental Ventral y al Núcleo Accumbens, que forman el “centro del placer” del cerebro; allí estimula los receptores acetilcolínicos produciendo dopamina, noradrenalina, acetilcolina, beta endorfinas, vasopresina, y ácido gamma amino butírico en el espacio intersináptico. Estas sustancias se relacionan con las sensaciones de placer y felicidad, motivación, aumento de energía y de la sensación de vigor, agudeza mental y la estimulación cognitiva de manera similar al que lo hacen otras sustancias adictivas como la cocaína y la heroína. Como llega más nicotina que receptores disponibles, en el cerebro se generan más receptores para poder interactuar con ella, constituyéndose la tolerancia a la nicotina. Es decir, que un fumador deberá aumentar la dosis de cigarrillos fumados para conseguir los mismos efectos.

Junto con la dependencia física, se va desarrollando la dependencia psicológica. Esto, entre otras causas, porque en el hábito de fumar, la persona va asociando el cigarrillo a

diferentes situaciones sociales, más o menos estresantes, como una herramienta para afrontarlas. Obviamente, los componentes de la dependencia física, así como de la dependencia psicológica están interrelacionados, siendo parte de un mismo fenómeno (Nerín et al., 2005).

Mohr (2022), asegura que no cualquier persona puede ser adicta, sino que tienen que presentarse ciertas condiciones personales. En el origen de la adicción a la nicotina están involucrados factores genéticos, comportamientos familiares y las propias características de la persona que fuma, como la dificultad para demorar la satisfacción de deseos, falta de dominio propio, o dejarse influenciar por el entorno más próximo Corvalán (2017). Justamente en este sentido, la baja tolerancia a la frustración es uno de los aspectos más relevantes a trabajar con las personas adictas (Mohr, 2022).

Dada la complejidad de factores químicos, sociales y psicológicos-comportamentales, Barrueco Ferrer y Carreras Castellet (2009) sostiene que el tabaquismo es una problemática de difícil abordaje que demanda una atención especializada y que, por lo tanto, se debe trabajar con tratamientos multicomponentes e interdisciplinarios que consideren fundamental la interacción de todos los factores antes mencionados, utilizando diferentes herramientas para actuar en cada uno de ellos de manera sinérgica. Estos programas de tratamientos son los que presentan mejores resultados.

Por esto es recomendable hacer una evaluación clínica de los fumadores, incluyendo la administración de test para evaluar la motivación y el nivel de dependencia, así como la comorbilidad psiquiátrica. Hay muchos tratamientos que se centran en comprender los cambios conductuales de las personas respecto del fumar y, en general, hay consenso en que las estrategias psicológicas más útiles son los consejos prácticos para resolver problemas y desarrollar habilidades para enfrentar y frenar situaciones de riesgo, e incentivar los intentos para dejar de fumar, transmitiendo apoyo intra-tratamiento (Bello et al., 2009).

Considerando estos cambios conductuales, el modelo transteórico del cambio de Prochaska et al. (1994) explica las diferentes etapas psicológicas y comportamentales por las que pasa la persona que intenta dejar de fumar. Conocer en qué momento del cambio se encuentra el individuo es fundamental para poder direccionar las estrategias de intervención motivacionales y cognitivo conductuales que mejor se adecúen a cada caso. Estas etapas sucesivas son descritas como: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída. Al considerar la recaída como parte del proceso de cesación tabáquica –de hecho, dos tercios de las personas recaen en el hábito durante los primeros tres meses-, el seguimiento del paciente luego de concluir el proceso en sí, es fundamental para mantener el cambio conseguido (Fernández-Montalvo et al., 1999).

A pesar de esto, si bien hay distintos instrumentos que miden la dependencia física (el más utilizado es el cuestionario de Fagerström), la dependencia psicológica no es usualmente valorada al mismo nivel en los tratamientos para el tabaquismo (Nerín et al., 2005). No obstante, en varios manuales de deshabitación tabáquica se considera al cuestionario de Glover-Nilsson para complementar una evaluación general, ya que mide específicamente la dependencia psíquica y social del fumador. Esta dependencia psicológica es el resultado de asociar la conducta de fumar a distintas situaciones o eventos de la vida diaria. Estas situaciones pueden ser de índole afectivo, como de tranquilidad o nerviosismo; estar relacionadas con un gesto o una conducta, como prender un cigarrillo cada vez que se trabaja frente a la computadora; o con situaciones sociales como tomar un café con amigos (Alonso Muñoz, 2007).

Comparando distintas variables demográficas, Nerín et al. (2005) encontró diferencias significativas en cuanto a la edad. Cuánto más jóvenes los sujetos, más alta la puntuación en el test de Glover-Nilsson y menor probabilidad de alcanzar el éxito del tratamiento.

En cuanto a la prevalencia de consumo, Pound y Ordoñez (1985) llegaron a la conclusión que el consumo de cigarrillos aumenta hasta establecerse hacia los 30 años y se mantiene por un promedio de 20 años. Luego de los 50 años de edad el consumo comienza a disminuir y, en muchos casos, se mantiene en un bajo nivel después de los 70, dejando de manifiesto que la prevalencia es más alta en las personas más jóvenes. En este sentido, González Hidalgo et al. (2012), que se dedicó a estudiar el consumo en adolescentes, determinó que alrededor del 74% de fumadores ya tiene el hábito establecido antes de los 20 años.

Formulación del Problema

¿Cuál es el grado de dependencia psicológica al tabaco en fumadores adultos que participan en el programa de deshabitación tabáquica del Centro Adventista de Vida Sana en Libertador San Martín, Entre Ríos? ¿Existe relación entre el grado de dependencia psicológica al tabaco y la intensidad de consumo, la edad o el género?

Objetivos

Objetivo General

Evaluar la dependencia psicológica al tabaco según la intensidad de consumo, edad y género en fumadores adultos que participan en el programa de deshabituación tabáquica del Centro Adventista de Vida Sana en Libertador San Martín, Entre Ríos.

Objetivos Específicos

Conocer la relación entre la intensidad de consumo y la dependencia psicológica al tabaco en un grupo de fumadores que participaron en el programa de deshabituación tabáquica del Centro de Vida Sana en Libertador San Martín, Entre Ríos.

Conocer la relación entre la edad y la dependencia psicológica al tabaco en un grupo de fumadores que participaron en el programa de deshabituación tabáquica del Centro de Vida Sana en Libertador San Martín, Entre Ríos.

Comparar la dependencia psicológica al tabaco entre los distintos géneros de un grupo de fumadores que participaron en el programa de deshabituación tabáquica del Centro de Vida Sana en Libertador San Martín, Entre Ríos.

Hipótesis

La intensidad de consumo está directamente relacionada con la dependencia psicológica al tabaco. Las personas más jóvenes serán las que presentarán mayores niveles de dependencia psicológica al consumo de tabaco. Además, las personas que se identifican con el género masculino fuman más que quienes se identifican con los demás géneros.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Estado del Arte

En 2002, Verra et al. (2009) evaluó la prevalencia y tipo de consumo de tabaco, factores asociados con la iniciación del consumo y la exposición al tabaquismo en los hogares en alumnos de enseñanza media. Para esto realizó un estudio transversal mediante una encuesta que abarcó a más de 11.700 alumnos de unas 239 escuelas de la ciudad y provincia de Buenos Aires, Córdoba, Mendoza y Santa Fe. Los datos más significativos es que hay una alta prevalencia de consumo de tabaco, principalmente cigarrillo, entre los estudiantes argentinos, particularmente entre las mujeres; que los fumadores presentan menor satisfacción con la vida y sentimientos frecuentes de tristeza; menor rendimiento académico; menor índice de actividad física y mayor consumo de bebidas alcohólicas, frente a los que no fuman. Los adolescentes que fuman, en su mayoría afirma que lo hace según el estado de ánimo, aumentando el consumo ante estados de nerviosismo o sentimientos de tristeza o soledad. Además, también fuman más cuando están en eventos sociales y cuando toman bebidas alcohólicas y más del 60% manifestó que había considerado dejar de fumar. De toda la población estudiada, el 67% sufre de exposición al tabaquismo pasivo, dado que convive con algún fumador que fuma en el hogar.

También en Argentina, Zylbersztejn et al. (2007) analizó a médicos fumadores y ex fumadores y los factores que favorecen dicho hábito a través de un estudio transversal y observacional, considerando las variables prevalencia, agentes favorecedores de riesgo coronario, actividad física e índice de masa corporal, antecedentes vasculares y familiares de tabaquismo y problemas coronarios y el uso de medicamentos específicos. Halló una importante asociación entre el tabaquismo y la presencia de antecedentes familiares de

consumo de tabaco, destacando la importancia de estos antecedentes sobre el inicio y el mantenimiento de dicha adicción. Los individuos cuyos familiares directos fumaban incrementaban las probabilidades de ser fumadores también. Al contrario, en las familias que mantienen una actitud firme contra el tabaco se presentan menos posibilidades que sus hijos fumen. En concordancia, se observa alta prevalencia de fumadores que presentan antecedentes familiares asociados al tabaquismo, quienes, a su vez, desarrollan mayor dependencia.

De un total de 401 encuestados en las ciudades de La Plata y Berisso durante 2012, por el “Observatorio de la Deuda Social Argentina” (Cilley y Hermelo, 2015) de la Universidad Católica Argentina, se encontró que el 50% de los jóvenes argentinos de entre 15 y 25 años ha fumado cigarrillos al menos una vez y quienes desarrollan el hábito, en promedio lo han iniciado a los 15 años. De los que mantienen el hábito, el 42% probó tabaco antes de los 15 años. Sí a este grupo etario se lo subdivide, se ven resultados remarcables; quienes se encuentran entre los 22 y los 25 años presentan una prevalencia del 65%, frente al 31% de los que comprenden las edades entre 15 y 17 años.

Prevalencia de tabaquismo en Argentina en adultos de entre 18 y 65 años según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC, 2012) de la República Argentina. Se tomaron muestras representativas en todo el país en localidades de más de 5.000 habitantes para los fines de la “Encuesta Mundial sobre Tabaco en Adultos” y utilizando los protocolos de la OPS para los distintos países que la componen. Junto con las Direcciones Provinciales de Estadísticas se realizaron la Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo y la Encuesta Nacional sobre la Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas, ambas coordinadas, a su vez, por el INDEC. En 2005 y en la franja etaria que abarca desde los 18 años hasta los 24, la prevalencia fue del 36,2%; 34,7% en adultos de 25 a 34 años; 36% en el grupo de 35 a 49 años y en el último rango, de 50 a 65 años, la prevalencia fue del 26,5%. Esta misma

relación se repitió en sucesivas encuestas hasta la última registrada en 2012, con los siguientes porcentajes: 25,4%; 28%; 24,3% y 23%, respectivamente. Si bien es notable la disminución de la prevalencia del consumo, se destaca el hecho que en las últimas dos fechas (2011 y 2012), la prevalencia en el grupo de 25-34 años fue mayor que el resto. A su vez, las mujeres siempre mostraron menores porcentajes de consumo de tabaco.

En la “Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo” se analizaron la prevalencia del tabaquismo (fumar actualmente y haber fumado más de 100 cigarrillos a lo largo de la vida), estar expuesto al humo de terceros durante el último mes y el pensamiento sobre la cesación a partir de las advertencias de los paquetes de cigarrillos. La mayor prevalencia de consumo se presentó en el grupo etario de 25 a 34 años, siendo de 29,9% en varones y 20,9% en mujeres. Sobre la exposición al humo ajeno, el grupo de menor edad mostró mayores niveles de exposición (37% en el hogar y 39% en bares y lugares similares). Respecto de las advertencias en los paquetes de cigarrillos, el 54% pensó en dejar de fumar en algún momento del último mes. Sin embargo, de esta última variable no se encontraron diferencias en cuanto al género ni la edad, pero sí en los hogares de menores recursos económicos y en las personas de menor nivel educativo (MSAL, 2013).

A partir del alto índice de cáncer de pulmón a nivel mundial tanto en mortalidad como incidencia y prevalencia, León, et al. (2020) busco determinar la motivación para dejar de fumar, así como la dependencia al tabaco en universitarios a través de entrevistas semiestructuradas y los test de Richmond (motivación) y Fagerström (dependencia a la nicotina) en un estudio mixto y transversal. Concluyó que no hay una relación entre ambos test, es decir, entre la motivación para dejar de fumar y el grado de dependencia a la nicotina. El consumo se mantiene, principalmente, por la sensación de relajación que produce el cigarrillo y la aceptación de los pares. En cuanto a los factores psicosociales, las personas inician el hábito por observación e imitación de pares y otras personas referentes, siendo los

más determinantes los entornos de confianza. El factor familiar y social es el principal promotor de la dependencia, tanto como de la iniciación del consumo. Principalmente se observa que, en general, hay baja motivación para dejar el hábito de fumar, por lo que se sugiere “promover intervenciones dirigidas a la atención del tabaquismo” (p. 128).

Becerra et al. (2021), con el objetivo de identificar actitudes, prácticas y comportamientos sobre el consumo de tabaco, realizó un estudio transversal, descriptivo tomando como muestra a un grupo de 200 médicos y estudiantes de medicina de Bogotá, Colombia, de ambos sexos, fumadores y no fumadores y con un promedio de edad de 32,3 años. El instrumento utilizado fue la “Encuesta Mundial de Tabaquismo en Estudiantes de Profesiones de la Salud” (p. 1) de la OMS y la OPS. Los médicos en formación presentaron mayores conocimientos sobre los tratamientos para tabaquismo, pero también eran los que más consumían tabaco y fumaban cigarrillos electrónicos. Los médicos recibidos presentaron mayor percepción de ser una influencia para sus pacientes, especialmente las médicas (mujeres), que presentan dos veces más de probabilidad de verse como modelos a imitar. Se concluyó que para entender el rol del médico en la problemática del tabaquismo es necesario investigar sobre las mencionadas actitudes y prácticas. Además, aconseja incrementar en la formación curricular en tabaquismo.

Tabaquismo como adicción

La mayoría de los fumadores inician a consumir cigarrillos entre los 14 y 15 años; período de la vida ideal para adoptar hábitos y comportamientos adictivos que pueden perdurar a lo largo de la vida (León et al., 2017). Algunos fumadores, incluso, comienzan a hacerlo en la niñez. Pero, más allá de la edad de iniciación, la mayoría de los jóvenes comienzan a hacerlo por curiosidad, aceptación social, rebeldía, sensación de independencia, etc.; motivados por la facilidad para acceder a cigarrillos, la influencia del grupo de pares y/o publicidades afines constantes. Por esto se considera que fumar, sobre todo al inicio, es una actividad social, antes que química (Espinosa, 2004).

Para considerarse adicción a una sustancia, deben estar presentes al menos los siguientes tres factores: La existencia de una sustancia o conducta que altere el funcionamiento del Sistema Nervioso Central provocando cambios en la conducta propiamente dicha, la cognición y el humor (producto psicoactivo); una autoadministración o acción voluntaria por repetir el consumo, en este caso, de tabaco por los propios efectos de la nicotina; y la presencia de distintos estímulos, ya sean internos o externos concordantes con el consumo de la sustancia y asociados a sus efectos por acción del condicionamiento clásico (Otero y Ayesta, 2004). Al caracterizar al tabaquismo como una enfermedad crónica dentro del grupo de las adicciones, se reconoce que la mayoría de los fumadores serán consumidores durante muchos años, pasando por períodos de remisión y recaídas (Bello et al., 2009).

Sin embargo, vale la pena aclarar que solo una pequeña parte de consumidores de sustancias psicoactivas llegan a padecer adicción, ya que esta es una problemática compleja influida por diferentes factores: genéticos, del entorno, consumo a corta edad o accesibilidad

de la sustancia. Además, la adicción deviene en corto tiempo y por el mero consumo de la sustancia (Pautassi, 2017).

El primer paso en las campañas contra el tabaquismo lo dio el Comité Asesor sobre Tabaquismo y Salud del *Surgeon General* (Centers of disease control and prevention [CDC], 2022), en Estados Unidos, cuando publicó su primer informe en 1964. Sin embargo, en Estados Unidos el tabaco en cualquiera de sus formas de consumo sigue siendo la primera causa de enfermedades y muertes prevenibles; resultado que se repite en todo el mundo (OMS, 2022). Unos 34 millones de estadounidenses adultos fuman cigarrillos, y la mayoría fuma a diario y lo han hecho desde la adolescencia. Más de dos tercios de ellos manifiestan querer dejar de fumar, pero, debido a su elevado poder adictivo la mayoría necesitará varios intentos para dejarlo definitivamente (U.S. Department of Health and Human Services [HHS], 2020).

Aún que no todos los fumadores son clínicamente adictos, la mayoría de quienes fuman diariamente sí lo son. Enfocar esta problemática considerando el concepto de dependencia, puede ayudar a entender cómo las recaídas son parte del proceso y, por lo tanto, la necesidad de reiterados apoyos profesionales hasta lograr la abstinencia. Si bien es cierto que las manifestaciones clínicas varían de individuo a individuo, el síntoma principal es la necesidad compulsiva de consumo (*craving*) (Bello et al., 2009). El deseo de consumo se desencadena a partir de ciertos estímulos, neutros en su origen, pero que por condicionamiento clásico (según la teoría de Pavlov) se tornan en incentivos. Estos estímulos pueden ser tanto internos como externos y no siempre están relacionados con las propiedades químicas de la sustancia (nicotina en este caso). Cuando se fuman varios cigarrillos a lo largo del día, esta conducta junto con el efecto neuroquímico de la nicotina y los estímulos antes mencionados quedan estrechamente asociados, autoreforzándose y generando la dependencia (Otero y Ayesta, 2004).

Méndez Díaz et al. (2012) comenta como el placer que experimentamos los seres humanos es regulado por el sistema de motivación-recompensa. El sentir placer es una motivación para repetir estas conductas. Generalmente se asocia a conductas que ayudan a preservar la integridad anátomo-funcional y la cultura y especie, como alimentarnos o las relaciones sexuales. Sin embargo, el consumo de algunas drogas, también activan este sistema, de 2 a 10 veces más y con efectos más prolongados que un reforzador natural, generando una percepción de placer intenso. Pero, como estas drogas no tienen ninguna función de importancia vital, se activan los sistemas homeostáticos provocando la necesidad de mayor consumo para obtener los mismos efectos. Como consecuencia, el “cerebro se deforma funcionalmente” (p. 453); se modifica la expresión genética, lo que lleva a la modificación de la codificación proteica, según las “necesidades plásticas que la droga obliga al cerebro a exhibir” (p. 453). Estos cambios plásticos también incluyen al sistema de castigo.

Ambos sistemas, de placer y de castigo, están interrelacionados. Así, a medida que se va modificando el sistema de placer por el uso de drogas, el sistema de castigo sufre modificaciones. Cuanto más se activa el sistema de placer, tanto más tiene que activarse el de castigo, para mantener el equilibrio. Al utilizar drogas que refuerzan tan intensamente el sistema de placer, este jerarquiza los reforzadores y, en consecuencia, la sensación agradable que provocan los reforzadores naturales es minimizada. Cuanta más droga se consume, más pobre será la respuesta, lo que lleva a aumentar la dosis; provocando la tolerancia. El umbral de placer se desplaza hacia valores más altos y los reforzadores naturales difícilmente pueden alcanzarlo. Si bien la droga aumenta la actividad el sistema de placer, el sistema de castigo se regula a la par. Por eso, tras un periodo prolongado sin consumo, el sistema de castigo, que está con una alta actividad, es el responsable de los síntomas de abstinencia (Méndez Díaz et al., 2010) como disforia, ansiedad, impaciencia, irritabilidad, dificultad de

concentración e insomnio, entre otros; que suelen durar entre 8 y 12 semanas, presentándose con mucha intensidad durante el primer mes. Luego de las primeras 8 a 12 horas en abstinencia, aparece un fuerte deseo, casi irrefrenable, por volver a fumar (craving) en la mayoría de las personas, el cual es la principal causa de recaídas (Corvalán, 2017).

El tabaquismo es una enfermedad de fácil diagnóstico, pero, al tratarse de una adicción, requiere un abordaje complejo e interdisciplinario ya que intervienen múltiples factores: químicos (nicotina), psicológicos (conductas y creencias) y sociales (aceptación social, disponibilidad y accesibilidad o publicidades, por ejemplo) (Barrueco Ferrer y Carreras Castellet, 2009). Estos factores combinados tienen un rol fundamental en el mantenimiento del hábito de fumar (Pineda Ortiz y Torrecilla Sesma, 1999). Aún que Espinosa (2004) sugiere que para que un fumador sea dependiente de la nicotina intervienen mayormente factores genéticos. Explica que el 54% de los casos del inicio del consumo de cigarrillos es debido a factores ambientales, mientras que el 39% es por factores genéticos. Sin embargo, el mantenimiento de este hábito y su consecuente adicción es causado, en el 86% de los casos, por factores de origen genético.

Dependencia química a la nicotina

La nicotina, un alcaloide fuertemente tóxico y adictivo, se encuentra, mayormente, en las hojas de la planta de tabaco. Pero, también está presente, aún que, en menor medida en otros vegetales como la papa, la berenjena y el tomate, con una acción repelente. En los cigarrillos, constituidos por alrededor de 3.500 químicos distintos, la nicotina es la principal responsable de su poder adictivo (Arrieta, 2017).

El Surgeon General, en el informe sobre la adicción a la nicotina publicado en 1998, arribó a tres conclusiones fundamentales: Que tanto los cigarrillos como otras formas de consumo de tabaco generan adicción; que la sustancia que causa esta adicción es la nicotina

y que la adhesión química y conductual al tabaco es análoga a otros tipos de sustancias como la heroína o la cocaína (Barrueco Ferrer y Carreras Castellet, 2009).

Así es que, junto con la cocaína y la heroína, la nicotina es una de las drogas que mayor adicción produce, pudiendo aparecer los primeros síntomas de dependencia en apenas unos pocos días o semanas desde que se fuma el primer cigarrillo. Sin embargo, su acción es tan rápida que cuando se fuma la nicotina llega al cerebro en no más de 10 segundos (Corvalán, 2017). Un cigarrillo promedio tiene entre 6 y 11 miligramos de nicotina, pero solo se absorben de 1 a 3 miligramos. Por lo tanto, de unos 20 cigarrillos fumados por día, se absorben entre 20 y 60 miligramos de nicotina. El tabaco que se fuma es rápidamente absorbido por la sangre (Espinosa, 2004), provocando efectos estimulantes, como aumentos en las frecuencias cardíacas, respiratorias y de la presión arterial, entre otros. Pero, también pueden manifestarse efectos sedantes según la dosis (Méndez Díaz et al., 2010). Además, aumentos en la memoria, atención, concentración y disminución del estrés, la ansiedad y el apetito (Corvalán, 2017). Además, el consumo reiterado de nicotina provoca “cambios moleculares y neuroquímicos en el cerebro” (Espinosa, 2004, p. 42).

La nicotina es “agonista de los receptores de acetilcolina $\alpha 4\beta 2$ ” (Corvalán, 2017, p. 187); los cuales son muy sensible a la nicotina. Estos tipos de receptores tienen tres estados:

Sensibles: Son aquellos en que se abre el canal iónico que está en su centro, lo que permite su unión a la nicotina.

Estimulados: Se altera la carga eléctrica de la neurona, entra calcio y se libera acetilcolina.

Desensibilizados: La nicotina posee una larga vida media que la mantiene largo tiempo unida a los receptores, que no pueden unirse a nuevas moléculas de nicotina quedando insensibles. (p. 187)

El receptor nicotínico, continúa Corvalán (2017), varía entre sus estados de manera cíclica siguiendo el siguiente patrón:

En principio se encuentra en estado sensible y cambia a estado estimulado por la nicotina, momento en el que se operan cambios eléctricos en sus cadenas polipeptídicas, más tarde, evoluciona a estado desensibilizado, situación en la cual su actividad eléctrica se está recuperando, pero permanece insensible a nuevas moléculas de nicotina, por último, y después de recuperar la carga eléctrica de sus cadenas, vuelve a estado sensible. (p. 187)

La acción de la nicotina en el cerebro incrementa la cantidad de receptores nicotínicos dejándolos en un estado de desensibilización; esta es la base para comprender tanto la abstinencia como la tolerancia. A modo de ejemplo, cuando un fumador se despierta por la mañana en su cerebro sobreabundan receptores desensibilizados y, por lo tanto, demandando nicotina. Esto explica el síndrome de abstinencia o privación. Así, el fumador se encuentra con dos opciones: o sufrir las consecuencias de la abstinencia o fumar para conseguir más nicotina y romper la desensibilización lo que, a su vez, genera que se necesiten cada vez más cigarrillos, ya sea, para sentir placer o evitar el malestar de la abstinencia (Corvalán, 2017).

En definitiva, el diagnóstico de drogodependencia incluye síntomas específicos como un deseo intenso consumir esa droga, dificultades para controlar el consumo, síndrome de abstinencia, tolerancia a los efectos que causa la droga, abandono de actividades cotidianas, ocupar un tiempo significativo para conseguir la sustancia y consumirla, incluso con un claro conocimiento sobre su efecto nocivo (Méndez Díaz et al., 2010).

Dependencia psicológica y social al tabaco

Los trastornos adictivos quedan establecidos luego de la utilización crónica de una sustancia que lo provoque. Pero, fumar es un hábito que abarca mucho más que el consumo de nicotina. Hay una serie de estímulos culturales, sociales y comportamentales que son los causantes de la iniciación, especialmente la imitación de los pares en el caso de los adolescentes y preadolescentes, y del establecimiento del hábito (Medina-Mora et al., 2010; Tan Castañeda, 2019). De hecho, se sabe que, factores sociales como disponibilidad y accesibilidad, sostenidos por campañas publicitarias son el principal sostén de la conducta de fumar, y a estos le siguen los aspectos psicológicos individuales (aprendizaje, reforzamiento, etc.) y la dependencia química a la nicotina, en tercer lugar (Becoña, 2017). Sin embargo, las características propias de cada persona y cómo aprende la conducta a través de “procesos de condicionamiento que establecen la relación entre múltiples señales y el consumo de cigarrillos” (Nerín et al., 2005, p. 497) serán fundamentales para que queden establecidas las dependencias psicológica y social.

Más allá de la mera repetición automática de una acción, un hábito está relacionado con dos aspectos fundamentales: lo que sucede antes y lo que sucede después. Por lo tanto, fumar siempre va a estar asociado a una situación, momento, emoción, etc., que terminará generando, por sí misma, las ganas de fumar; es decir que se vuelven disparadores. Esto puede ser algo tan sencillo e inevitable como levantarse de la cama, o situaciones de estrés laboral, solo por poner ejemplos. Y, por otro lado, estarán las consecuencias de esta conducta. Para que un hábito quede establecido debe generar consecuencias positivas; de lo contrario, no se repetiría. Es por demás sabido que fumar tiene efectos negativos sobre la salud psicofísica, pero estos están más alejados en el tiempo y por eso mismo es que no son motivadores suficientes para lograr el abandono o el mantenimiento de la abstinencia. En cambio, las consecuencias positivas son más inmediatas (Herrero y Moreno, 2004).

Profundizando aún más, frente a un disparador o señal, se activan en la mente una serie de procesos diferentes. Ante una señal, se puede atender o no a esta dependiendo de dónde se focalice la atención. Este sería el nivel de percepción. Luego el sujeto entabla un diálogo interno que llevan a la interpretación de estas señales; este es el nivel del pensamiento. Según sea su pensamiento, se activarán una serie de procesos fisiológicos (cambios en ritmo cardíaco o en la tensión muscular, por ejemplo) que son experimentados subjetivamente como emociones. Este sería el nivel del sentimiento. Como estos procesos están interconectados se retroalimentan unos a otros, por lo que, si el fumador centra su atención en el deseo de fumar, va a aumentar su inquietud general y ganas de fumar, generándose pensamientos del tipo irresistibles, que a su vez potencian las ganas de fumar (Herrero y Moreno, 2004). Según Linz et al. (1987, como se citó en Morales Domínguez, 2009), los fumadores organizan la información sobre el tabaco de una manera más compleja, con mayor recuperación de aspectos positivos aportados por su propia experiencia con el cigarrillo, por lo cual mantienen el hábito a pesar de conocer los mismos efectos nocivos que quienes no fuman. Esto explica, en parte, por qué los fumadores siguen fumando. Los sujetos adictos persisten en el consumo debido al placer (refuerzo positivo), según los supuestos teóricos del hábito y sensibilización del incentivo y del interés actual, que sostiene que “el sesgo atencional es principalmente determinado por el valor motivacional del estímulo [...] que generaliza el efecto del sesgo atencional a procesos cognitivos como la recuperación desde la memoria de información relacionada con el interés” (Cox et al. 2006, como se citó en Morales Domínguez, 2009, p. 234).

Debido al acostumbramiento por el uso constante del cigarrillo, cuando se deja de consumir se sufren diferentes trastornos emocionales (Quiña González, 1973) que se reflejan en los intensos deseos de fumar que tienen los fumadores que están, por ejemplo, en un tratamiento farmacológico de cesación, donde se sigue administrando nicotina. Esto sucede

porque las inhalaciones que el fumador realiza se vuelven reforzadores positivos, secundarios a la gratificación que le produce el fumar (Pineda Ortiz y Torrecilla Sesma, 1999).

Como todo hábito, después de un tiempo de practicarlo, todas las acciones con constituyen el rito de fumar (darle un golpecito al paquete, sacar un cigarrillo, darle un golpecito a este, tomar un fósforo o encendedor y prenderlo y mantener el cigarrillo prendido) se vuelven parte de la vida del fumador, de tal manera que este ya no piensa en la técnica que requiere la acción, ya que esta se automatizó (Shryock, 1972). Por ejemplo, un fumador que fuma un paquete de cigarrillos al día, al término de 10 años habrá repetido la acción de llevarse el cigarrillo a la boca 73.000 veces. Al repetirse esta conducta, durante tanto tiempo y con tal frecuencia se transforma en un ritual diario que comienza, generalmente, con la costumbre de prender el primer cigarrillo por la mañana, a veces, incluso, antes de levantarse de la cama (Teixeira do Carmo et al., 2005). Consecuentemente, el fumador recibirá a lo largo de los años una inmensa cantidad de reforzadores positivos que lo llevarán a persistir en dicha conducta (Pineda Ortiz y Torrecilla Sesma, 1999). De pronto, se encontrará en momentos del día y ante determinadas situaciones en los cuales le parecerá que lo más coherente es fumar. Por ejemplo, cuando se está compartiendo un momento con otros fumadores, después de comer o cuando ya ha pasado un tiempo desde el último cigarrillo y se empiezan a sentir ansiedad o depresión. Entonces, el hábito activa los mecanismos necesarios y, luego de un tiempo de practicar esta rutina de procedimientos, se vuelve una parte necesaria del día tanto como las rutinas de levantarse, comer o bañarse (Shryock, 1972).

Cuando el fumador asocia la conducta de fumar a diversos estímulos internos o externos (ambientales), el hábito queda definitivamente consolidado. Las situaciones que generan estos estímulos ambientales varían según cada persona y el medio circundante. A

veces se relacionan con lugares como bares o pubs (donde esté permitido fumar) o el auto del fumador cuando está manejando, por ejemplo. Otras veces, con eventos sociales como reuniones de trabajo, fiestas o encuentro con amigos y, también, con factores emocionales (internos) como ansiedad, estrés, aburrimiento o soledad. Así, todos estos factores internos y externos, la manipulación del cigarrillo, su sabor y olor característicos, el refuerzo de la dosis de nicotina y la acción de fumar en sí, se vuelven elementos agradables, bien por la sensación de placer o bien por la inhibición del displacer, y, lógicamente, son asociados al consumo de tabaco. (Teixeira do Carmo et al., 2005). Estos efectos quedan registrados en la memoria afectiva del fumador, percibiendo la conducta de fumar como placentera y al cigarrillo como algo deseado. Luego, al enfrentarse a situaciones que percibe como amenazas de la estabilidad emocional, recuerda inmediatamente al cigarrillo, activándose la sensación irresistible de volver a fumar. De esto se desprende que el fumador no fuma para resolver una situación problema, sino para tranquilizarse. Por lo tanto, se puede definir que fumar es un intento de controlar las emociones (Pineda Ortiz y Torrecilla Sesma, 1999). Es decir que los cigarrillos tienen un importante papel en el desenvolvimiento social del fumador, ya que suelen ser un apoyo para enfrentarse a diversas situaciones de su vida, como el estrés provocado por situaciones laboral o de relaciones familiares disfuncionales; así como situaciones sociales de ocio, entretenimiento y placer; por sentimientos de soledad o seguridad, etc., motivando el mantenimiento del consumo (Bello et al., 2009; Medina-Mora et al., 2010).

Por esto, aún que se haya pasado un largo período de abstinencia, los estímulos condicionados y relacionados íntimamente con la propia experiencia del fumador activan automáticamente el consumo de cigarrillos. De tal manera que, aún sin un nivel de nicotina suficiente en la sangre, al relacionar un evento o situación específica con la conducta de fumar invade la necesidad imperiosa de fumar (Pineda Ortiz y Torrecilla Sesma, 1999).

Otra evidencia de la dependencia psicológica suele ser el lugar que ocupa el paquete de cigarrillos, siempre al alcance de las manos, sea dentro de la cartera o de algún bolsillo, al igual que fósforos o encendedor y la necesidad de ir constantemente al kiosco, estación de servicio, etc., para asegurarse la provisión de los mismos o comprar inmediatamente cuando se hayan acabado o cuando se tenga deseos de fumar (Teixeira do Carmo et al., 2005).

Intensidad de consumo

Son varios los autores que mencionan la intensidad de consumo de cigarrillos como factor asociado a diferentes patologías como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (de Abajo Larriba et al., 2016; Jimenez-Ruiz et al., 2013), periodontopatías (Traviesas Herrera y Seoane Larrinaga, 2007) y/o distintas problemáticas como la aptitud aeróbica (García et al., 2014), riesgo de enfermedad cardiovascular (Ferrante et al., 2014), ambiente familiar disfuncional (Nuño-Gutiérrez et al., 2008), etc., así como dependencia física a la nicotina (Jiménez-Ruiz et al., 2013) y psicológica al tabaco (Paz-Ballesteros et al., 2019).

La intensidad de consumo se aprecia en 3 grados o niveles: menos de 5 paquetes (de 20 cigarrillos) al año y nivel de CO menor de 15 ppm, leve; de 6 a 15 paquetes y CO entre 15 y 20 ppm, moderado y grave cuando se fuman más de 15 paquetes al año y el CO supera los 20 ppm (Jiménez-Ruiz et al., 2013). Algunos autores agregan una cuarta categoría, *muy severa*. Los fumadores ocasionales presentan menor dependencia física y psicológica al tabaco que los fumadores diarios. Este último grupo fuma en promedio 7.4 cigarrillos por día y presentan, en general, una dependencia psicológica moderada (Paz-Ballesteros et al., 2019).

Proceso del cambio de la conducta adictiva

Uno de los modelos que explica cómo se produce el cambio en los fumadores, es el propuesto por Prochaska y Di Clemente en los años ochenta. Conocido como el modelo transteórico, plantean diferentes momentos y estrategias que muestran las personas cuando intentan modificar sus conductas adictivas. Así, se parte de un estadio motivacional inferior donde las personas no manifiestan intención alguna por modificar su conducta, puesto que no perciben su situación como problemática. Progresivamente se va aumentando la concienciación de las dimensiones del problema y elaborando las estrategias suficientes para superarlo, las cuales incluyen habilidades para enfrentar imprevistos y recaídas. El modelo explica como los fumadores pasan por una serie de fases (estadios) que se desarrollan desde no tener ninguna intención en dejar de fumar hasta la búsqueda activa de ayuda para dejar el cigarrillo (Piñeiro et al., 2010). La premisa básica del modelo es que el cambio comportamental se da a través de un proceso con distintos niveles donde la intención de cambio y la motivación para alcanzarlo es progresiva. Teniendo en cuenta esto, se podrán planear programas de intervención que estén sujetos a las necesidades particulares de cada individuo. (Cabrerera, 2000).

Originalmente, Prochaska et al. (1994) consideraban que las personas atravesaban estos estadios de manera lineal, con la siguiente secuencia:

- Precontemplación: las personas no tienen una conciencia clara de su problema, o este es minimizado y, por lo tanto, no piensan en cambiar su conducta en el corto plazo. Generalmente, cuando muestran alguna intención de cambio se debe a factores ambientales como la presión causada por cónyuges, familiares o amigos, por ejemplo. Incluso pueden tener deseos de cambiar, pero no están lo suficientemente motivados, por lo que no harán intentos serios para lograrlo.

- **Contemplación:** en este estadio las personas pueden ver las consecuencias de su situación y, por ende, pensar en hacer algo al respecto, pero no logran comprometerse con acciones concretas. Es una etapa donde se evalúan los aspectos gratificantes y desagradables tanto del problema como de la solución, aferrándose a sus consideraciones positivas antes de tomar una decisión contundente. Sin embargo, consideran firmemente que deben cambiar su comportamiento problemático.
- **Preparación (para la acción):** en esta etapa se combinan la intención con conductas concordantes. Es decir que buscarán fehacientemente hacer algo concreto para cambiar en un futuro inmediato o pasaron al estadio de acción en el último año, pero no lograron mantener los cambios obtenidos. Este grupo de personas han hecho pequeños cambios como fumar menos cigarrillos o retrasar el primero del día. Pero, aún, no han logrado una acción efectiva como la abstinencia.
- **Acción:** los individuos realizan cambios concretos, tanto en su comportamiento como en su entorno con la intención de dejar atrás el problema. Se ven cambios específicos y esto hace que reciban mayor reconocimiento de su entorno. Este estadio contempla a quienes han logrado la abstinencia entre 1 día y 6 meses.
- **Mantenimiento:** en esta etapa las personas se ocupan activamente para consolidar los logros obtenidos en la etapa de acción durante más de 6 meses y para evitar posibles recaídas. Esta etapa se entiende como una continuación activa de la acción y no como la ausencia de cambio.

Los que intentan dejar de fumar (o cualquier otra adicción) por sí mismos, lo logran en un promedio de entre 3 y 4 intentos antes de lograr el mantenimiento a largo plazo. Como es notable, la recaída es parte del proceso de modificación del comportamiento adictivo, por lo que el modelo original basado en etapas lineales, se modificó en un modelo espiral que explica cómo, cuando los individuos recaen vuelven a etapas anteriores. Por ejemplo,

alrededor del 15% de quienes sufren una recaída, sintiéndose frustrados, avergonzados o culpables, vuelven a la etapa de precontemplación, estancándose allí un largo período. Sin embargo, el 85% avanzan a las etapas de contemplación o preparación, intentando hacer nuevos planes para su próximo intento de acción, habiendo aprendido algo de sus errores e intentando estrategias diferentes (Prochaska et al., 1994).

El modelo enfoca las diferentes etapas como dimensiones temporales que muestran cuándo se dan los cambios conductuales y actitudinales. La segunda dimensión del cambio se centra en los procesos que dan cuenta del cómo se dan dichos cambios. Estos procesos son experiencias y actividades con las que las personas se comprometen cuando buscan modificar su conducta. Cada proceso contempla una gran variedad de técnicas, métodos e intervenciones de diferentes modelos teóricos. Prochaska, et al. (1994), identificó doce principales procesos de cambio: aumento de conciencia, autoevaluación, auto liberación (tiene que ver con el compromiso del sujeto y con las propias creencias respecto a su capacidad para lograrlo), contra condicionamiento (conductas sustitutas a la conducta adictiva), capacidad para controlar los estímulos ambientales, dominio propio, solicitud de ayuda (red de apoyo), manejo de los sentimientos ante los problemas y las soluciones, reevaluación ambiental y liberación social (buscar alternativas de conductas no problemáticas).

Tratamientos de deshabituación tabáquica

Hay variables concretas que pueden condicionar el destino de un tratamiento de deshabituación tabáquica. Las que favorecerán la abstinencia son, por ejemplo, la voluntad para dejar de fumar, el nivel de autoestima y motivación o contar con una red de apoyo propicia. En cambio, una alta dependencia física a la nicotina, abuso de otras sustancias, comorbilidad psiquiátrica, altos niveles de estrés y convivencia con otros fumadores son

variables que van a afectar negativamente cualquier intento por dejar y mantenerse sin fumar. Algunas de las estrategias efectivas que se trabajan en tratamientos psicosociales son brindar consejos sobre técnicas para resolver problemas o desarrollo de habilidades y de competencias destinadas a cambiar su patrón conductual. Estos consejos deben orientarse al reconocimiento de situaciones de riesgo; es decir, los estados internos propios del fumador y las actividades que fomentan el hábito de fumar. Otra estrategia es proveer información sobre fumar y cómo dejar el hábito con éxito, sobre todo respecto a las características adictivas de la nicotina y los síntomas de abstinencia; reforzar las motivaciones del fumador y conseguir apoyo familiar y social, entre otras (Bello et al., 2009). Becoña Iglesias et al. (2014), agrega que técnicas como la entrevista motivacional, el tratamiento conductual de deshabitación y la prevención de recaídas son aspectos claves en los tratamientos de las adicciones. Becoña (2017) resume los abordajes del tabaquismo en 6 tipos: 1) convencimiento de los sujetos para que abandonen la conducta por sí mismos a través de políticas públicas; 2) Intervenciones psicológicas, médicas o de enfermería de consejería para que los sujetos dejen de fumar; 3) procedimientos psicológicos de autoayuda como manuales o folletos; 4) intervención médico-farmacológica; 5) tratamientos exclusivamente psicológicos o en combinación con aspectos farmacológicos, especializados y 6) tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos para trabajar sobre la dependencia a la nicotina asociada a trastornos psiquiátricos y comportamentales. Como se ve, el abordaje psicológico está presente en la mayoría de las intervenciones.

Dentro de los tratamientos conductuales de deshabitación del cigarrillo, se destaca la terapia grupal, seguida por la consejería individual y las técnicas de autoayuda. Es menester diferenciar el tratamiento en grupo con el tratamiento grupal. El primero está centrado en una intervención terapéutica enfocada a las conductas individuales de las personas que integran el grupo. Así, los miembros del grupo, y no el grupo, son el centro.

En cambio, en la terapia grupal, el grupo tiene mayor influencia sobre cada uno de sus miembros. El grupo es tomado como una unidad, lo que facilita y promueve la interacción entre sus miembros. Cuando el tratamiento se enfoca de esta manera, se maximiza la eficacia terapéutica. Mientras que la finalidad del tratamiento grupal es que los procesos grupales potencien la eficacia terapéutica. Algunos estudios sugieren que los tratamientos en grupo son ineficaces para el tabaquismo, mientras que la terapia grupal es muy eficaz (Becoña Iglesias et al., 2014).

Barrueco Ferrer y Carreras Castellet (2009) aseguran que el éxito de un tratamiento químico dependerá, en gran medida, del conocimiento de la farmacocinética y farmacodinamia que se tenga de los fármacos utilizados. Este conocimiento permite seleccionar el medicamento que mejor se adapte a las necesidades de cada fumador, del cual previamente se debe hacer el correspondiente análisis, considerando contraindicaciones, precauciones y la interacción entre las distintas alternativas. Si bien, los medicamentos usados en la terapia del tabaquismo son seguros, con la aparición excepcional de efectos adversos, hay que considerar estos posibles efectos durante el curso del tratamiento, aún que sean leves, ya que pueden comprometer el cumplimiento por parte del fumador, haciendo fracasar la intervención. Esto se debe a que los fumadores no suelen sentirse enfermos y, por lo tanto, ante cualquier molestia provocada por el tratamiento, piensan en abandonarlo. A esto hay que agregar que, muchas veces, se le adjudican al medicamento efectos adversos que, en realidad, no son sino señales de la abstinencia. Por ello es menester informar correctamente al paciente sobre los posibles efectos adversos de los fármacos que acompañen el tratamiento y los síntomas que posiblemente aparecerán tras dejar el cigarrillo, y haciéndolo partícipe de la elección del tratamiento.

Actualmente, el tratamiento de mayor eficacia y con mayor justificación teórica, es el multicomponente, en los factores psicológicos y farmacológicos interactúan de manera

sinérgica sobre dependencia y el hábito de fumar. El tratamiento siempre debe ajustarse al fumador, individualizando las técnicas psicológicas y farmacológicas y, siguiendo el método clínico, se debe realizar un diagnóstico completo que incluya una anamnesis completa y análisis físicos. Por lo general, los programas de mayor intensidad tienen mejores resultados. Esto se debe a que el equipo terapéutico y el grupo de fumadores pasan más tiempo en contacto, con mayor apoyo. Al menos, debe haber un encuentro semanal, de unos 20 minutos, durante un mínimo de 1 mes. Otra ventaja de estos tratamientos multicomponentes es que se pueden aplicar a cualquier persona que fume, sin importar edad, género o comorbilidad asociada al tabaco (Barrueco Ferrer y Carreras Castellet, 2009). Estos programas se desarrollan, básicamente, en tres fases: preparación para el abandono, orientada principalmente en el compromiso del fumador; cesación del consumo, utilizando algunas de las técnicas y estrategias que mejor se adecúen a cada sujeto y, por último, la fase de mantenimiento, donde, obviamente, se busca sostener la abstinencia a lo largo del tiempo con encuentros de seguimiento, apoyo social y entrenamiento para enfrentar una posible recaída (Becoña 2017).

Barrueco Ferrer y Carreras Castellet (2009) detalla cómo funciona la sinergia en estos tratamientos:

Primero: las distintas herramientas actúan sobre componentes que integran la adicción; la terapia farmacológica controlaría el síndrome de abstinencia, mientras que la terapia conductual prepararía para afrontar estímulos y prevenir recaídas. Segundo: las distintas terapias pueden actuar sobre poblaciones diferentes; habría sujetos más susceptibles al tratamiento farmacológico, mientras que otros lo serían más al psicológico. Y tercero: la combinación de los tratamientos puede favorecer la adherencia al uno y al otro (p. 157).

En este sentido, el Centro Adventista de Vida Sana (s.f.) trabaja con un modelo multicomponente focalizado en la fase de abandono, a través de talleres grupales psicoeducativos que abordan el cambio del hábito de fumar, así como los asociados al consumo de tabaco. Igualmente, el tratamiento contempla terapia farmacológica opcional, pero siempre evaluada por la Dra., especialista en tabaquismo; terapia nutricional y física (actividad física guiada, hidroterapia y masoterapia) y acompañamiento espiritual.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación

Se realizó una investigación descriptiva correlacional transversal para caracterizar la dependencia psicológica al tabaco y conocer la relación existente entre esta y la intensidad de consumo, la edad y el género de un grupo de fumadores adultos que participaron del programa de deshabituación tabáquica del Centro Adventista de Vida Sana en Libertador San Martín, Entre Ríos. Se trata de un estudio cuantitativo cuyos datos fueron obtenidos de la base de datos de dicho Centro.

Muestra

La muestra del presente estudio estuvo compuesta por 103 fumadores (50 mujeres y 53 varones) adultos de entre 28 y 75 años que participaron en el programa de deshabituación tabáquica del Centro Adventista de Vida Sana. Los criterios de inclusión fueron: 1) ser mayor de edad, 2) participación voluntaria y de manera autoconvocada del programa de deshabituación tabáquica, 3) cumplir debidamente con los requisitos previos a la internación para el programa.

Se trató de un muestreo intencional, no probabilístico.

Técnicas de Recolección de Datos

Los datos se extrajeron de la base de datos del Centro Adventista de Vida Sana. Se analizaron los instrumentos detallados a continuación. Estos fueron administrados según el respectivo consentimiento informado, en el momento cuando los sujetos participaron del programa.

a) Test de Glover-Nilsson: distintos manuales de procedimientos consideran este test para estudiar la dependencia psicológica del fumador (Nerín et al., 2005). Roa Cubaque et al. (2012) analizó las 18 preguntas del test en un grupo de 200 fumadores, determinando la validez del constructo mediante un análisis factorial; es decir, de los componentes y eje principales, concluyendo que este instrumento “es válido para su aplicación en cuanto al propósito hacia el cual fue creado” (p. 29). Sin embargo, Nerín, et al. (2005) encontró, en diferentes manuales, cierta variabilidad en la aplicación de este test, por lo que se comunicó directamente con sus autores. En este sentido, el Dr. Glover recomendó su última revisión. En dicha actualización la dependencia psicológica es clasificada en cuatro categorías: “leve, moderada, fuerte y muy fuerte” (p. 495), según la puntuación alcanzada.

Esta última versión consta de 11 ítems con una escala de Likert entre 0 y 4 puntos. Al finalizar se suman los puntajes de cada ítem resultando en el grado de dependencia psicológica al tabaco. Menos de 12 corresponde a la categoría leve; entre 12 y 22, a moderada; de 23 a 33 a la categoría fuerte y más de 33 representa una dependencia muy fuerte. Esta es la versión que se usará en el presente proyecto, ya que también es recomendada por Poliak del servicio de Neumonología del Hospital José M. Penna de la Ciudad de Buenos Aires (Poliak, 2019).

b) Ficha sociodemográfica y de consumo: Es un breve cuestionario que recopila datos demográficos como género y edad y sobre el hábito de consumo de

tabaco del sujeto, como la cantidad de cigarrillos fumados. Consta de 8 preguntas que fueron desarrolladas para los fines prácticos del programa de deshabituación tabáquica del Centro Adventista de Vida Sana.

Procedimientos de Recolección de Datos

Cuando los participantes del programa de deshabituación tabáquica completan ambos cuestionarios como parte de una sesión, estos son recogidos por uno de los moderadores grupales del Centro para luego transcribirlos datos a la base.

La información suministrada es anónima y fue analizada sólo por el autor de esta investigación.

Procedimientos de Análisis de Datos

Los datos recopilados fueron procesados con el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 23 para Microsoft Windows, estableciéndose un nivel de significación estadística menor a 0,5.

En primera instancia se hizo un análisis descriptivo para conocer frecuencias, medias y desvíos típicos. Para responder al objetivo específico 1 se realizó una correlación de Pearson. Para responder al objetivo específico 2 se realizaron análisis univariados de variancia. Para responder al objetivo específico 3 se realizó una prueba de chi cuadrado de Pearson.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

A continuación, se detallan los resultados de los análisis estadísticos realizados para cumplimentar cada uno de los objetivos específicos.

En relación con el primer objetivo específico, a saber: *Conocer la relación entre la intensidad del consumo y la dependencia psicológica al tabaco en un grupo de fumadores que participaron en el programa de deshabituación tabáquica del Centro de Vida Sana en Libertador San Martín, Entre Ríos*, se realizó una correlación de Pearson entre el consumo diario (número de cigarrillos fumados por día) y la media de dependencia psicológica. No se halló correlaciones entre las variables (ver Tabla 1)

Tabla 1. Correlación de Pearson entre consumo diario y dependencia psicológica.

		Consumo diario	Dependencia Psicológica
Consumo diario	Correlación de Pearson	1	.029
	Sig. (bilateral)		.769
	N	103	103
Dependencia Psicológica	Correlación de Pearson	.029	1
	Sig. (bilateral)	.769	
	N	103	103

En relación con el segundo objetivo específico, a saber: *Conocer la relación entre la edad y la dependencia psicológica al tabaco en un grupo de fumadores que participaron en el programa de deshabituación tabáquica del Centro de Vida Sana en Libertador San Martín, Entre Ríos*, se realizaron diversas agrupaciones según edad y se realizaron análisis univariados de variancia (ANOVA) para evaluar las diferencias en relación con el consumo diario.

En primer lugar, se conformaron tres grupos: grupo 1 hasta 49 años ($n=26$), grupo 2 entre 50 y 59 años ($n=28$) y grupo 3 de 60 años en adelante ($n=49$). El ANOVA no arrojó diferencias estadísticamente significativas en el consumo diario entre los grupos ($F=2.19$ $p=.12$).

En segundo lugar, se conformaron dos grupos: grupo 1 hasta 59 años ($n=54$) y grupo 2 de 60 años en adelante ($n=49$). El ANOVA no arrojó diferencias estadísticamente significativas en el consumo diario entre los grupos ($F=1.33$ $p=.25$).

Por último, se conformaron dos grupos más de edad: grupo 1 hasta 18 años ($n=56$) y de 19 años en adelante ($n=47$). El ANOVA no arrojó diferencias estadísticamente significativas en el consumo diario entre los grupos ($F=0.08$ $p=.77$).

En relación con el tercer objetivo específico, a saber: *Comparar la dependencia psicológica al tabaco entre los distintos géneros de un grupo de fumadores que participaron en el programa de deshabituación tabáquica del Centro de Vida Sana en Libertador San Martín, Entre Ríos*, se realizó un chi cuadrado de Pearson para evaluar la relación entre el género y en nivel de dependencia psicológica (leve, moderado, fuerte, muy fuerte) arrojado por el test de GN. El chi cuadrado no arrojó relación entre las variables ($\chi^2=3.34$ $p=.342$). En la Tabla 2 puede apreciarse la agrupación por nivel de dependencia psicológica según género (lo mismo puede observarse en la Figura 1).

Tabla 2. Agrupación de nivel de dependencia psicológica según género.

			Género		
			Varones	Mujeres	Total
Agrupados GN	leve	Recuento	5	4	9
		% dentro de Agrupados GN	55.6%	44.4%	100.0%
	moderado	Recuento	36	33	69
		% dentro de Agrupados GN	52.2%	47.8%	100.0%
	fuerte	Recuento	12	10	22
		% dentro de Agrupados GN	54.5%	45.5%	100.0%
	muy fuerte	Recuento	0	3	3
		% dentro de Agrupados GN	0.0%	100.0%	100.0%
Total		Recuento	53	50	103
		% dentro de Agrupados GN	51.5%	48.5%	100.0%

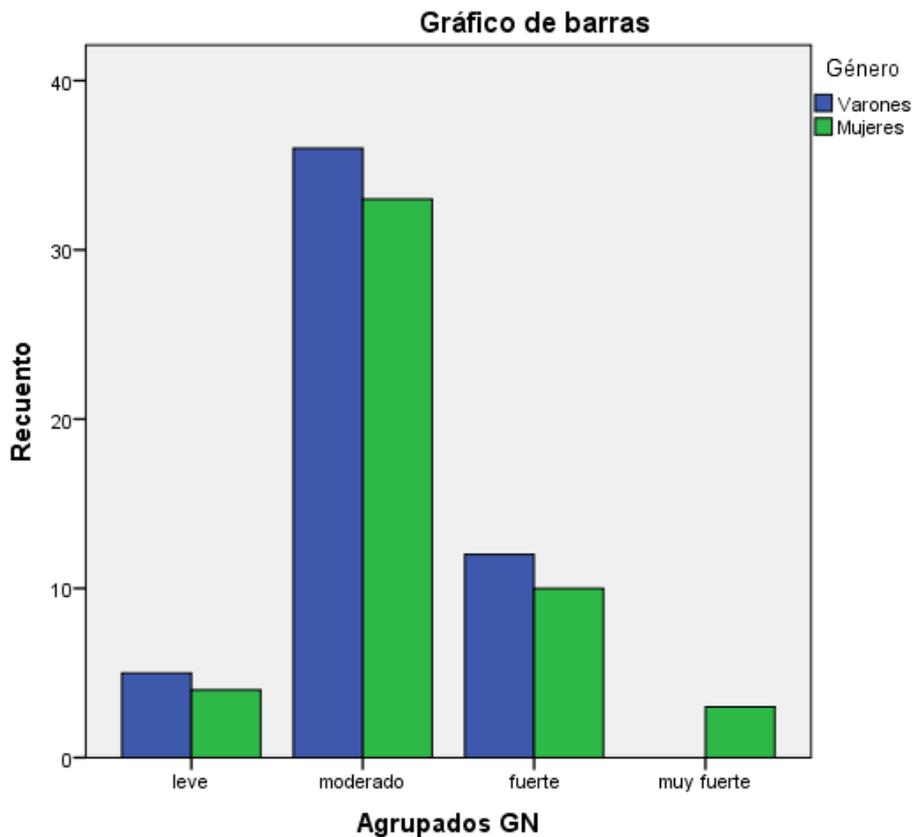


Figura 1. Agrupación de nivel de dependencia psicológica según género.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, LIMITACIONES

Discusión

El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable a nivel mundial; mueren más de 8 millones de personas debido al tabaco, de las cuales, 1,2 millones jamás fumaron. En Argentina, 13,2% de todas las muertes de mayores de 35 años se atribuyen directa o indirectamente al tabaco. A su vez, algunas investigaciones muestran que más del 70% de las personas que fuman tiene establecido el hábito antes de los 20 años (en su mayoría varones) y que cuánto más jóvenes, más alta la puntuación en el test de Glover-Nilsson y menor probabilidad de alcanzar el éxito del tratamiento, cualquiera sea su identidad de género.

Siguiendo este lineamiento, la hipótesis de esta investigación es que en los fumadores que participan del programa de deshabituación tabáquica del Centro Adventista de Vida Sana, la intensidad de consumo está directamente relacionada con la dependencia psicológica al tabaco; que las personas más jóvenes serán las que presentarán mayores niveles de dependencia psicológica al consumo de tabaco, y que quienes se identifican con el género masculino fuman más que quienes se identifican con los demás géneros. Por lo tanto, se buscó explorar, conocer y relacionar estas variables ya que esto es de gran importancia para orientar los programas de cesación tabáquica, de manera que sean específicamente útiles a nivel individual de cada sujeto, identificando necesidades particulares y haciendo los ajustes necesarios a medida que se avanza sobre ellos.

Así es que, en una muestra conformada por 103 sujetos fumadores adultos de entre 28 y 75 años (50 mujeres y 53 varones) que participaron voluntariamente y de manera autoconvocada en el programa mencionado anteriormente, se halló que más del 65%

presentaba una dependencia psicológica moderada al tabaco, con inclinación hacia una dependencia fuerte. La movilidad hacia los niveles leve y muy fuerte de dependencia era mínima en la muestra general.

Si bien los resultados no fueron estadísticamente significativos, mostraron cierta relación entre la intensidad de consumo y los niveles de dependencia psicológica al cigarrillo tal cual se hipotetizó, ya que quienes más fuman presentan un nivel más alto de dependencia psicológica. Pero, contrario a la hipótesis fueron las mujeres quienes presentaron mayores índices de consumo; lo que, a su vez, está en consonancia con la Encuesta Mundial Sobre Tabaco en Jóvenes realizada en Argentina (MSAL, 2020), y aún que dicha encuesta fue administrada en adolescentes y en esta investigación se presentó una muestra donde todos los sujetos son mayores de edad, se puede inferir el mismo patrón de incremento del consumo en mujeres que presentó Verra et al. (2009). Además, solo las mujeres de esta investigación marcaron un nivel de dependencia psicológica “muy fuerte” (6% de ellas; ningún sujeto de otro género), en concordancia con lo hallado por Nerín, et al. (2005) y que puede deberse a un refuerzo en la conducta de fumar marcado por un factor emocional diferente del de los hombres (Paz-Ballesteros et al., 2019). También se observa que las mujeres inician el hábito de fumar pasada la mayoría de edad, mientras que los hombres lo hacen en la adolescencia.

Por otro lado, y a diferencia de lo que se esperaba encontrar según la revisión bibliográfica general en cuanto a la variable edad, llama la atención que los sujetos mayores de la muestra puntuaron más alto en el test de Glover-Nilsson; es decir que presentaron mayor grado de dependencia. Este dato puede verse influenciado, en realidad, por el alto promedio de edad (56,5 años), habiendo un 62,13% de sujetos por encima de ese número. Como ya se mencionó, no se hallaron resultados que sean estadísticamente significativos. Esto puede deberse a varios factores, entre los cuales caben mencionar que, al tratarse de fumadores que están en estadios de preparación o acción en cuanto al proceso de cambio

(según la teoría de Prochaska et al., 1994), como supone participar del programa de manera voluntaria y autoconvocada, podría sesgar la autoevaluación de la propia dependencia. Además, esta autoevaluación se desarrollase en una situación grupal, por lo que exponer los resultados al resto de los participantes puede despertar sentimientos de recelo e inhibición en los sujetos y tender a no puntuar respuestas muy extremas, para no ser foco de atención. Sumado a esto, hay que mencionar que el test de Glover-Nilsson se administra hacia el final del tratamiento, cuando los sujetos ya han dejado de fumar y sus síntomas de abstinencia han empezado a disminuir en cuanto intensidad.

No es menos importante destacar lo particular y específico de la muestra en cuanto al tipo de sujetos que acceden al programa de deshabituación tabáquica del Centro Adventista de Vida Sana. Se trata de personas que gozan de un nivel socioeconómico medio alto a alto. Esto dejó por fuera la posibilidad de incluir en la muestra otros parámetros sociodemográficos de importancia como el nivel de estudios o factores económicos, entre otros.

Conclusiones

Más del 65% de los sujetos de esta investigación presentan una dependencia psicológica moderada al tabaco, según el cuestionario de Glover-Nilsson, con leve inclinación hacia una dependencia fuerte, variando poco hacia los extremos (leve y muy fuerte).

Relacionando la dependencia psicológica al cigarrillo con las otras variables propuestas, edad, género e intensidad de consumo, no se hallaron datos estadísticamente significativos. Contrariamente a la hipótesis planteada, se observa que las mujeres presentaron un consumo de cigarrillos mayor que los hombres. Además, según la muestra,

la cual presenta una edad promedio de 56,5 años (62% de los sujetos), son las personas de mayor edad quienes más fuman.

Recomendaciones

Se recomienda, en primer lugar, administrar el cuestionario de Glover-Nilsson a una población general de fumadores en cuanto edad, género y diferencias socioeconómicas, entre otras, incluyendo en la muestra a una cantidad equitativa de sujetos.

Es recomendable que los sujetos no estén participando en algún programa o plan de cesación tabáquica ya que esta participación puede sesgar la subjetividad con la que se dan las respuestas del cuestionario; o bien, que el cuestionario se administre antes de su inicio.

Por otro lado, es recomendable hacer un estudio relacional entre la dependencia psicológica al tabaco y la dependencia química a la nicotina, ya que ambas son partes de un mismo fenómeno complejo. También sería interesante relacionar la dependencia al tabaco con otras patologías concomitantes.

En cuanto a la aplicación, es recomendable hacerlo en los espacios y momentos adecuados para tener un mayor control de variables externas, garantizándose la validez y confiabilidad de los datos obtenidos.

Se recomienda que el uso de este cuestionario sea hecho por profesionales de la salud relacionados con las adicciones para identificar factores predominantes de consumo, en beneficio del mejoramiento de las personas. Además, usarlo con fines investigativos para ampliar el conocimiento de esta variable fundamental del tratamiento.

Limitaciones

Cabe mencionar que en el Centro Adventista de Vida Sana el test de Gover-Nilsson no es administrado por profesionales de la salud, ni especialistas en técnicas psicológicas. En el programa de deshabituación tabáquica de dicha institución, este test es utilizado como una herramienta de dinámica grupal más que con fines investigativos o terapéuticos, con las limitaciones particulares que ello conlleva.

En cuanto a los resultados, específicamente hablando, se encontraron como limitaciones la edad de los participantes (56,5 años de promedio) con muy poca participación de sujetos jóvenes (el menor tenía 28 años, luego uno de 31, otro de 34 y el resto pasados los 35 años) y nula de adolescentes.

ANEXO A

INSTRUMENTOS ADMINISTRADOS

**Encuesta Sociodemográfica y de Consumo de Tabaco del Centro Adventista de
Vida Sana**

Género / Sexo:

Edad:

¿Cuántos cigarrillos fuma por día?:

¿Hace cuántos años que fuma?:

¿Cómo es su manera de fumar? (ej: enteros, traga el humo, pitadas cortas o profundas,
etc.):

¿Consume tabaco en otras formas? (ej: habanos, pipa, para mascar, etc.) ¿Cuál?:

¿Convive con otros fumadores?:

¿Quiere dejar de fumar?:

¿Tuvo intentos anteriores para dejar de fumar (con o sin tratamiento)? ¿Cuántos?:

¿Cuánto fue el máximo de tiempo que pudo estar sin fumar?:

Test de Glover-Nilsson

¿Cuánto valora lo siguiente? (Preguntas 1 a 2)

Por favor, seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado

0 = nada en absoluto; 1 = algo; 2 = moderadamente; 3 = mucho; 4 = muchísimo

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Mi hábito de fumar es muy importante para mí | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

¿Cuánto valora lo siguiente? (Preguntas 3 a 11)

Por favor, seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado

0 = nunca; 1 = raramente; 2 = a veces; 3 = a menudo; 4 = siempre

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Cuando no tiene tabaco, ¿le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Cuando se halla en un lugar en el que está prohibido fumar, ¿juega con su cigarrillo o paquete de tabaco? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, el sofá, la habitación, el coche o la bebida (alcohol, café, etc.)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, la tensión, la frustración, etc.? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., ¿se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Resultado del test de Glover-Nilsson

- | | |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Menos de 12 | Leve |
| <input type="checkbox"/> Entre 12 y 22 | Moderada |
| <input type="checkbox"/> Entre 23 y 33 | Fuerte |
| <input type="checkbox"/> Más de 33 | Muy Fuerte |

ANEXO B

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO UTILIZADO

Libertador San Martín, 27 de diciembre de 2022

Lic. Ariel Bauducco
Director del Centro
Adventista De Vida Sana
S _____ / _____ D:

De mi mayor consideración.

Por medio de la presente, quiero manifestarle mi intención de realizar mi tesina de Licenciatura en Psicología por la Universidad Católica Argentina en el Centro Adventista de Vida Sana, del cual Ud. es Director. Por tal motivo solicito su autorización para llevarla a cabo en el programa de deshabituación tabáquica de dicho Centro.

El tema propuesto será la *Dependencia psicológica en fumadores adultos que participan del programa de deshabituación tabáquica en el Centro Adventista de Vida Sana*, evaluada a través del test de Glover Nilsson.

Los objetivos que se analizarán en la investigación serán la dependencia propiamente dicha y su relación con la intensidad de consumo, la edad y el género.

La participación en este estudio es completamente anónima manteniéndose la confidencialidad de los participantes en todos los documentos trabajados.

Los resultados serán analizados y transcritos en la tesina antes mencionada, la cual será propiedad de la Universidad Católica Argentina y será usada expresamente con fines académicos. Con ellos, el Centro Adventista de Vida Sana y el investigador podrán saber más sobre la dependencia psicológica y como se relaciona con las distintas variables del estudio. También la sociedad, en general, se beneficiará con este conocimiento.

Sin más, lo saluda atentamente

Nicolás Lusardi
DNI 30.332.869

LISTA DE REFERENCIAS

- Alonso Muñoz, J. (2007). Manejo diagnóstico del fumador. En Ramos Pinedo, A. y Mayayo Ulibarri, M. (Coords.), *Manual SEPAR de procedimientos. Abordaje del tabaquismo* (pp. 9-24). ALAOESTE-SEPAR.
- Arrieta, E. (2017). Tabaco y Nicotina. En González, P. y Arrieta, M. (comp.). *Un libro sobre drogas* (pp. 119-131). EL GATO Y LA CAJA: Buenos Aires.
- Barrueco Ferrer, M. y Carreras Castellet, J. (2009). Aplicación clínica del tratamiento multicomponente del tabaquismo. En Barrueco Ferrero, M., Hernández Mezquita, M. y Torrecilla García, M. (Eds.), *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Aplicación clínica del tratamiento multicomponente del tabaquismo* (pp. 151-177). E.U.R.O.M.E.D.I.C.E., Ediciones Médicas, S.L.
- Becerra, N., Robayo González, C., Ramírez, D., Sánchez, M. y Alba, L. (2021). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el tabaquismo en un grupo de médicos en Bogotá (Colombia). *Universitas médica*. 62(2), 1-12. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-2.tab>
- Becoña, E. (2017). Tratamiento psicológico del tabaquismo. En Becoña, E. (Edit.). *Monografía tabaco. Adicciones*. 16(2), 237-263.
- Becoña Iglesias, E., Fernández del Río, E., López-Durán, A., Martínez Pradeda, U., Martínez Vispo, C. y Rodríguez Cano, R. (2014). El tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro. *Papeles del Psicólogo*. 35(3), 161-168. <http://www.papelesdelpsicologo.es>
- Becoña Iglesias, E., Míguez, Varela, M., Fernández del Río, E. y López Durán, A. (2010). El tratamiento psicológico de los fumadores. En Becoña Iglesias, E. (Coord.) *Dependencia del tabaco. Manual de casos clínicos* (pp. 41-58). Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Bello, S., Flores, A., Bello, M. y Chamorro, H. (2009). Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 25(1), 218 – 230.
- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 18(2), 129-138.
- Centers of disease control and prevention (2022). *Surgeon general's report on smoking and tobacco use*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/tobacco/sgr/index.htm>
- Centro Adventista de Vida Sana (s.f.). *Freedom*. <https://vidasana.org.ar/programa-freedom/#1548901188391-bcc95f4f-a907>
- Cilley, C. y Hermelo, R. (2015). *Estudio sobre el consumo de sustancias psicoactivas, factores de riesgo y protección asociados entre jóvenes de Gran La Plata*. Observatorio de la Deuda Social Argentina. <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/investigacion/estudio-consumo-sustancias-la-plata.pdf>

- Corvalán, M. (2017). El tabaquismo: una adicción. Actualizaciones sobre tabaquismo. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(1), 186-189.
- de Abajo Larriba, A., Díaz Rodríguez, A., González-Gallego, J., Méndez Rodríguez, E., Álvarez Álvarez, M., Capón Álvarez, J., Peleteiro Cobo, B., Mahmoud Atoui, O., de Abajo Olea, S. y Martínez de Mandojana Hernández, J. (2016). Diagnóstico y tratamiento del hábito tabáquico en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estudio ADEPOCLE. *Nutrición Hospitalaria*, 33(1), 954-961.
- Díez Piña, J. (2007) Manejo terapéutico del fumador En Ramos Pinedo, A. y Mayayo Ulibarri, M. (Coords.), *Manual SEPAR de procedimientos. Abordaje del tabaquismo* (pp. 24-34). ALAOESTE-SEPAR.
- Espinosa, A. (2004) *¿Cómo se genera la adicción?: dependencia física y psicológica* [Archivo PDF]. https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/55_4/como_genera_adiccion.pdf
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Baez, C. (1999). La recaída en el juego patológico: un estudio de las situaciones precipitantes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 4(2), 115-121.
- Ferrante, D., Linetzky, B., Ponce, M., Goldberg, L., Konfino, J. y Laspiur, S. (2014). Prevalencia de sobrepeso, obesidad, actividad física y tabaquismo en adolescentes argentinos: Encuestas Mundiales de Salud Escolar y de Tabaco en Jóvenes, 2007-2012. *Archivo Argentino de Pediatría*. 112(6), 496-503.
- García, A., Pachón, A., Garay, P. y Santiago, L. (2014). Análisis de la aptitud aeróbica en jóvenes fumadores aparentemente sanos. *Revista Colombiana de Cardiología*. 21(5), 294-300.
- González Hidalgo, J., Díaz Piedra, J., Díaz, K. y Ávalos González, M. (2012). Hábito de fumar en la adolescencia. *Revista cubana de medicina general integral*. 28(3), 282-289.
- Herrero, F. y Moreno, J. (2004). Tratamientos combinados del tabaquismo: psicológicos y farmacológicos. En Becoña, E. (edit.). *Monografía Tabaco. Adicciones*. 16(2), pp. 287-320.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina (2012). *Prevalencia de fumadores actuales por sexo, grupo de edad y nivel de instrucción. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Años 2005/2012*. <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-69>
- Jiménez-Ruiz, C., Riesco Miranda, J., Altet Gómezc, N., Lorza Blasco, J., Signes-Costa Minana, J., Solano Reinaf, S., de Granda Orive, J., Ramos Pinedo, A., Martínez Muniz, M. y Barrueco Ferrero, M. (2013). Tratamiento del tabaquismo en fumadores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Archivos de bronconeumología*. 49(8), 354-363.

- León, F., Orlandoni-Merli, G., Bernal-Luna, Y., Gómez-Balaguera, F. y Amaya-Díaz, L. (2020). Consumo de tabaco en estudiantes universitarios: motivación a la cesación y dependencia. *Revista lasallista de investigación*. 17(1), 128-142.
- León Román, C., Morgado Gutiérrez, F. y Vázquez Borges, B. (2017). Adicción al tabaco en estudiantes de enfermería técnica. *Revista cubana de enfermería*. 33(4), 686-699.
- Medina-Mora, M., Villatoro, J., Robles, R. y Real, T. (2010). Aspectos psicosociales de la dependencia al tabaco y su inducción a probar otras drogas. En Medina-Mora (Coord.), *Tabaquismo en México ¿Cómo evitar 60.000 muertes prematuras cada año?* (pp. 193-24). EL COLEGIO NACIONAL.
- Méndez Díaz, M., Ruiz Contreras, A., Prieto Gómez, B., Romano, A., Caynas, S., Próspero García, O. (2010). El cerebro y las drogas, sus mecanismos neurobiológicos. *Salud Mental*. 33(5) 451-456.
- Ministerio de Salud de la República Argentina (2022). *Salud impulsa nuevas exigencias a los productos de tabaco*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-impulsa-nuevas-exigencias-los-productos-de-tabaco#:~:text=El%20consumo%20de%20tabaco%20es,y%20ciertas%20formas%20de%20leucemia>.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2022). *Efectos del tabaquismo*. <https://www.argentina.gob.ar/salud/consumo-de-tabaco/efectos-tabaquismo>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2022). *El impacto ambiental de los residuos tóxicos del tabaco fue el eje de un encuentro organizado por Salud*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-impacto-ambiental-de-los-residuos-toxicos-del-tabaco-fue-el-eje-de-un-encuentro>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2013). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles*. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf
- Mohr, C. (9 de agosto de 2022). *Adicciones* [Discurso principal]. Conferencia en fundación FORO, Buenos Aires, Argentina.
- Morales Domínguez, Z. (2009). *Evaluación de los sesgos atencionales en fumadores a través de las etapas del modelo transteórico del cambio*. [Tesis doctoral, Universidad de Huelva]. <http://hdl.handle.net/10272/323>
- Nerín, I., Crucelaeguib, A., Novellab, P., Beamontec, A., Sobradielb, N., Bernalb, V. y Gargallo, P. (2005). Evaluación de la dependencia psicológica mediante el test de Glover-Nilsson en el tratamiento del tabaquismo. *International journal of Spanish Respiratory Society of Pulmonology and Thoracic Surgery. Archivos de Bronco neumología*. 41(9), 493-498. DOI: [10.1157/13078651](https://doi.org/10.1157/13078651)
- Nuño-Gutiérrez, B., Álvarez-Nemegyei, J., Velázquez-Castañeda, A. y Tapia-Curiel, A. (2008). Comparación del ambiente familiar y el tipo de consumo de tabaco en adolescentes mexicanos de nivel medio superior. *Salud Mental*. 3(1), 361-369.
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Tabaco*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *El tabaco y su impacto ambiental: panorama general*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56065>

- Otero, M. y Ayesta, F. (2004). El tabaquismo como trastorno adictivo. *Trastornos Adictivos*. 6(2), 78-88.
- Paz-Ballesteros, W., Zavala-Arciniega, L., Sarahí Gutiérrez-Torres, D., Ponciano-Rodríguez, G. y Reynales-Shigematsu, L. (2019). Evaluación de la dependencia física y psicológica al tabaco en fumadores mexicanos adultos, Encodat 2016. *Salud Pública de México*. 6(1), 136-146.
- Pautassi, R. (2017). Bases neurofisiológicas de la adicción. En González, P. y Arrieta, M. (comp.). *Un libro sobre drogas* (pp. 41-52). EL GATO Y LA CAJA: Buenos Aires.
- Pineda Ortiz, J. y Torrecilla Sesma, M. (1999). Mecanismos neurobiológicos de la adicción a drogas. *Departamento de Farmacología. Facultad de Medicina y Odontología*. 1(1), 13-31. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-mecanismos-neurobiologicos-adiccion-drogas-13010676>
- Piñeiro, B., Míguez, M., y Becoña, E. (2010). La entrevista motivacional en el tratamiento del tabaquismo: una revisión. *Adicciones*. 22(4), 353-364. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122896009>
- Poun, P. y Ordoñez, C. (1985). Prevalencia del hábito de fumar según edad y sexo en el área de salud Plaza de la Revolución. *Revista Cubana de Administración y Salud*. 11(1), 66-79.
- Poliak, J. (2019). Test y cuestionarios en la evaluación del paciente tabaquista. <http://cardiolatina.com/wp-content/uploads/2019/08/Test.pdf>
- Ponciano-Rodríguez, G. y Morales-Ruiz, A. (2007). La escritura emocional como una herramienta para el tratamiento psicológico del tabaquismo. *Salud Pública de México*. 49(2), 280-289.
- Prochaska, J., DiClemente, C. y Norcross, J. (1994). Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *Revista de Toxicomanías*. 1(1), 3-14.
- Quiña González, J. (1973). *¡No fumo más! Tabaquismo: riesgos y curación*. EDICIONES PAULINAS: Florida.
- Roa Cubaque, M., Ospina J., Monroy Toro, C., Díaz Moreno, F. y Vega Reyes, I. (2012). Determinación de la validez y consistencia interna como indicador de confiabilidad del test de Glover Nilsson en la dependencia psicológica al tabaquismo. *Revista de salud, historia y sanidad*. 7(1), 17-30. <http://www.histosaluduptc.org/ojs-2.2.2/index.php?journal=shs>
- Rodríguez Lechuga, Y., Viñas Martínez, L., Machado Laborde, L. y Kirkour Díaz, P. (2022). El tabaquismo, una adicción en la sociedad. Simposio académico sobre adicciones. CEDRO.
- Shryock, H. (1972). *El tabaco: destructor de la salud*. PACIFIC PRESS PUBLISHING ASSOCIATION: EE.UU.
- Teixeira do Carmo, J., Andrés-Pueyo, A. y Álvarez López, E. (2005). La evolución del concepto de tabaquismo. *Cadernos de Saúde Pública*. 21(4), 999-1005.

- Traviesa Herrera, E. y Seoane Larrinaga, A. (2007). Prevalencia y gravedad de las periodontopatías en adultos jóvenes del municipio Artemisa en relación con la práctica del tabaquismo. *Revista Cubana de Estomatología*. 44(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200003&lng=es&tlng=es.
- U.S. Department of Health and Human Services. Office on Smoking and Health (2020). *Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA. <https://www.cdc.gov/tobacco/sgr/index.htm>
- Verra F, Zabert G, Ferrante D, Morello P, Virgolini M. (2009). Consumo de tabaco en estudiantes de educación secundaria de Argentina. *Revista panamericana de salud pública*. 25(3), 227–33.
- Zylbersztejn, H., Cardone, A., Vainstein, N., Mulassi, A., Calderón, J., Blanco, P., Pautasso, E., Picarel, A., Cragolino, R., Fernández, S., Andina, A., Saravia Toledo, S., Torchio, I. y Belziti, C. (2007). Tabaquismo en médicos de la República Argentina. Estudio TAMARA. *Revista argentina de cardiología*. 75(2), 109-116.