

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

La problemática del tabaquismo en la esquizofrenia

Senés Martina

Prf. Dr. Eduardo Leiderman

Buenos Aires, noviembre de 2018

Índice

1. Introducción	3
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo General	4
2.2 Objetivo Específico 1	4
2.3 Objetivo Específico 2	4
2.4 Objetivo Específico 3	4
3. Marco teórico	5
3.1 Las instituciones psiquiátricas	5
3.2 Trabajo interdisciplinario	8
3.3 Ley de internación	9
3.4 Pacientes institucionalizados	11
3.5 Semiología de la psicosis crónica	13
3.6 Adicciones en psicosis crónica	14
3.6.1 Patología Dual	16
3.7 Problemática del tabaquismo	17
3.8 Intervenciones destinadas a las adicciones	22
3.9 Intervenciones destinadas a la reducción de tabaco en pacientes esquizofrénicos	24
4. Metodología	26
4.1 Tipo de estudio	26
4.2 Muestra	26
4.3 Instrumentos	26
4.3.1 Test de la Dependencia a la Nicotina de Fagerstrom (FTND)	26
4.4 Procedimiento	28
5. Desarrollo	29
5.1 Presentación de la institución	29
5.2 Objetivo específico 1: Analizar la problemática del tabaquismo en pacientes psicóticos crónicos internados en un hospital psiquiátrico de Buenos Aires.	30
5.3 Objetivo específico 2: Describir la implementación del taller destinado a la reducción de consumo de tabaco en pacientes psicóticos crónicos internados en un hospital psiquiátrico de Buenos Aires.	32
5.4 Objetivo específico 3: Determinar si la participación a los talleres reduce el consumo de tabaco en pacientes psicóticos crónicos internados en un hospital psiquiátrico interdisciplinario de Buenos Aires.	35
6. Conclusiones	37
6.1 Limitaciones	39

6.2 Perspectiva Crítica y Aporte Personal	40
6.3 Nuevas Líneas de Investigación	42
7. Bibliografía	43
8. Anexos	47
8.1 Test de Dependencia física a la Nicotina de Fagerstrom	47

1. Introducción

El consumo de tabaco se reconoce como una gran problemática de salud pública y además la principal causa de muerte prevenible. Se considera una pandemia, responsable de 5 millones de muertes al año con daños y perjuicios a la salud del organismo, de la mente, de la vida social y económica de los sujetos (De Oliveira & Ferreira Furegato, 2012).

Esta investigación tiene como objetivo analizar la problemática del tabaquismo y los cambios que se producen en el consumo de tabaco en pacientes internados psicóticos crónicos con la implementación de una intervención destinada a las adicciones. Para llevarla a cabo, se tomó una muestra de 10 pacientes adultos psicóticos crónicos internados.

La recolección de datos e integración del presente trabajo se realizó durante la práctica de habilitación profesional, llevada a cabo en un Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires. El cual, brinda asistencia interdisciplinaria en las distintas psicopatologías (agudas o crónicas) que ingresan a sus servicios. En el servicio de admisión se evalúa si el sujeto, por múltiples factores, debe ingresar a los servicios de internación o continúa un tratamiento ambulatorio. Varios servicios de internación cuentan con un equipo de profesionales que abordan, interdisciplinariamente, la psicopatología del paciente para su pronta recuperación. Así luego, seguir un tratamiento ambulatorio intensivo para lograr la reinserción social de la persona.

Se efectuaron actividades destinadas a la gran problemática de adicciones que presentan los pacientes internados en este servicio, se lo complementó con talleres recreativos donde se contemplaban los intereses de cada uno. De esta manera, se pretendió brindar un espacio de escucha activa y acompañamiento psicológico en problemáticas, que muchas veces, no se consideran en hospitales de esta magnitud.

El presente trabajo, evalúa a esta temática como un eje fundamental para la adaptación de la persona en un contexto social saludable y beneficioso, entendiendo sus dificultades y controversias. Teniendo en cuenta, que dentro del hospital no se justifica necesario complementar un tratamiento destinado exclusivamente a las adicciones, se considera primordial tratar esta problemática, conocer su proceso y la capacidad de los pacientes para adaptarse, a pesar de encontrarse en un medio desprovisto de otras alternativas.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Analizar la problemática del tabaquismo y los cambios que se producen en el consumo de tabaco en pacientes internados psicóticos crónicos con la implementación de una intervención destinada a las adicciones

2.2 Objetivo Específico 1

Analizar la problemática del tabaquismo en pacientes psicóticos crónicos internados en un hospital psiquiátrico de Buenos Aires.

2.3 Objetivo Específico 2

Describir la implementación del taller destinado a la reducción de consumo de tabaco en pacientes psicóticos crónicos internados en un hospital psiquiátrico de Buenos Aires.

2.4 Objetivo Específico 3

Determinar si la participación a los talleres reduce el consumo de tabaco en pacientes psicóticos crónicos internados en un hospital psiquiátrico de Buenos Aires.

3. Marco teórico

3.1 Las instituciones psiquiátricas

A mediados del s. XVIII, la constitución de los manicomios en Argentina se encontraba bajo la influencia innegable de los países europeos de esa época. En sus comienzos, se los denominaba *loqueros* a los sitios donde se alojaban a los enfermos mentales marginados por la sociedad (Falcone, 2010).

La creación de los hospicios de la capital respondía a iniciativas y jurisdicciones distintas de acuerdo al género y edad, y ese fue el comienzo de una división que se sustentará por muchas décadas. En ese momento, se concebía a la locura desde una visión religiosa y determinista, relacionada con una suerte de pecado y desprenderse de ello implicaba la fuerza de voluntad, trabajo y oración (Vezzetti, 1983).

En la actualidad, los trastornos mentales forman parte de una problemática sanitaria que sigue en crecimiento. En este último año, la prevalencia de cualquier trastorno fue del 14.8%, y una cuarta parte de los mismos se clasificaron como graves. La educación y edad es una variable fundamental a tener en cuenta, aquellos con menor educación y más jóvenes tienen mayor probabilidades de desencadenar un trastorno mental. La mayoría de los sujetos con cualquier trastorno, incluyendo los graves, no recibió tratamiento en el último año. El 11,6% de la población total realizó tratamiento y sólo el 30,2% de aquellos con un trastorno grave. Se reconoce a la falta de educación como una de los principales obstáculos, para la detección de la necesidad de un tratamiento (Stagnaro et al., 2018).

En muchos países de Latino América, incluyendo Argentina, los padecimientos mentales no son considerados, por lo general, prioritarios o fundamentales, a pesar de la gran recolección de evidencias científica sobre el peso que representan estas problemáticas para un país, marcando limitaciones y dificultades a la hora de abordar un tratamiento eficaz (Morasso, 2013).

Un hito importante en la historia de las instituciones asilares se remonta con la creación del emblemático hospicio de hombres, inaugurado en 1863 en la Ciudad de Buenos Aires. A pesar de que su capacidad era de 120 camas, desde su inicio ya había superado el número de internados. El sitio era considerado como un depósito de seres con padecimiento mental, más que un asilo de contención. El aumento incontrolable de internados obligaba a realizar constantes ampliaciones en el edificio, en las que colaboraban los mismos pacientes, sumadas con tareas agrícolas en el propio establecimiento (Vezzetti, 1983).

El Hospicio estaba a cargo de un solo médico, quien además debía asumir todas las responsabilidades administrativas del cargo. Pese a los intentos por contribuir, muchas de las intenciones fracasaban debido a la problemática de una institución que lleva consigo, a lo largo de décadas, la carga de sus viejas prácticas de segregación y abandono del padeciente mental. Entre 1864 y 1878 se realizaron más de 4000 ingresos, de los cuales el 18% de esa población moría por condiciones insalubres (Vezzetti, 1983).

Años más tarde, expertos pertenecientes a la Organización Mundial de la Salud, afirmaron que la misión fundamental de los hospitales psiquiátricos debía ser como la de una comunidad terapéutica, establecida mediante el cuidado y la conservación de la subjetividad del paciente, considerando que ellos son capaces de responsabilizarse de sus actos y tomar iniciativas propias, como lo es el empleo, la familia, etcétera (World Health Organization, 1953).

A pesar de los reiterados intentos, la capacidad de los hospitales resultó, progresivamente, insuficiente e incontrolable, y el hacinamiento se transformó en un problema fundamental a resolver, el cual debió hacer frente la administración. La demanda que se extendía indefinidamente y la existencia de recursos finitos que no llegaban a cubrirla, llevó a un abandono de las instituciones que se acrecentaba cada vez más. Es así, como la internación sin seguimiento u objetivos terapéuticos claramente establecidos, la exclusión social y el aislamiento, prevalecieron y se mantuvieron, dando un giro a la misión deseada (De Lellis & Rossetto, 2009).

La creación de las instituciones asilares aparece como un primer intento de orden y disciplina en esa población, justificadas por la administración de las internaciones, antes que por razones centradas en las alternativas y tratamientos posibles. Es así, como se utilizaba el espacio haciendo hincapié en el aprendizaje, la observación e intento de objetivación de la locura, cuyo eje fundamental era la semiología y mera descripción síntomas y sus correlaciones. En cuanto a la relación médico - paciente, se ponían en juego, la figura de autoridad del médico, quien *condiciona* la conducta y espíritu moral del paciente. Además, se *deposita* en los *alienados* la creencia de que su condición es irreversible y los intentos por curarlos son en vano, de esa manera, se fundamenta el estado deplorable de los mismos dentro de la institución (Vezzetti, 1983).

Este campo de objetivación y dominio de la locura es el sustento del propio *alienista* como figura de autoridad incuestionable, y este mandato subyace a diversos enfrentamientos y polémicas en cuanto a su actuar. En ese momento, la función de la dirección no es más que

el mero arte de dominar a los hombres que allí reside (Pinel, 1809 como se citó en Vezzetti, 1983).

No sólo fue una cuestión de quienes conducían por dentro los hospicios, sino una presión a nivel social y cultural. El mecanismo que utilizaba la sociedad para tratar con la locura era mediante la marginalidad, el aislamiento y el abandono. En el asilo psiquiátrico, desde sus inicios prevaleció, implícitamente, su proyecto para ocultar y privar de su cotidianeidad (tiempo e intereses) a la población intolerable y marginada, manteniendo bajo clausura la diversidad individual. El fin de este proyecto era mantener a salvo a la sociedad considerada “normal”, y así combatir ilusoriamente a quienes no podían adaptarse al orden social (Ottaviano, 2011).

Se considera destacar al filósofo Goffman (2001), quien señaló el concepto de *instituciones totalitarias*, un espacio donde la población psiquiátrica, condicionada por otras, no tiene posibilidad de elegir otro estilo de vida. Pertenecer a una institución totalitaria quiere decir estar a merced del orden, del control, del juicio y las investigaciones de los otros, sin que el alienado pueda intervenir para modificar el curso y sentido de la institución.

Es decir, se destruye la línea que separa el transcurso cotidiano del paciente, desarrollándose todo en un mismo lugar (dormir, comer, trabajar y distensión), donde se encuentra todo estrictamente controlado y no se permiten espacios propios (Ottaviano, 2011).

Las condiciones deplorables e insalubres a la que se sometía a la población de los manicomios, y los reiterados intentos por homogeneizar la subjetividad de cada uno de los que allí residía, llamó la atención de muchos organismos que protegen actualmente la salud pública de las instituciones mundiales. Por lo tanto, se iniciaron intentos de reformas dentro de la salud mental en distintos países, incluyendo Argentina. La iniciativa no era el cierre de hospitales psiquiátricos, despojando a todo el que se encuentra ahí, sino brindar otras alternativas comunitarias en simultáneo con el cierre de los manicomios, es decir, se pretendía un proceso de desinstitucionalización lento y progresivo (OMS, 2001).

Para que este proceso se desarrolle de manera correcta se plantean tres componentes fundamentales, mantener y apoyar a pacientes ambulatorios con tratamientos comunitarios, prevenir el ingreso masivo e injustificado en hospitales psiquiátricos y la reinserción social de pacientes institucionalizados, con el acompañamiento terapéutico que sea necesario (Chiarvetti, 2008).

3.2 Trabajo interdisciplinario

Es menester como institución destinada a la salud mental contar con un abordaje interdisciplinario en todos sus servicios. Se entiende por *interdisciplina* como una manera de aproximación al conocimiento, que requiere de la mutua cooperación entre disciplinas de la salud. La existencia de determinados hechos, procesos y elementos que son objeto de estudio de distintas disciplinas se observa que mediante cada una de ellas hay divisiones especializadas que distinguen y, a la vez, unifican su actuar para lograr una visión multidisciplinar. Es decir, se propone al conjunto de especialistas intercambiar conocimientos y arribar a un consenso acerca de las fronteras comunes entre sus disciplinas y esto es posible a través del trabajo metodológico conjunto (Díaz Quiñones, Valdés Gómez & Boulosa Torrecilla, 2016).

La perspectiva lewiniana de resolución de conflictos sociales *campo social*, sigue siendo una manera de explicar cómo debería trabajar profesionales dentro de una comunidad para el abordaje de los trastornos mentales. La participación de los miembros de la comunidad, la puesta de sus conocimientos mediante la confrontación, con una actitud tolerante y comprensiva, permite un abordaje más complejo y fundado, ya sea, de un diagnóstico o tratamiento. Según el autor, esta confrontación debe estar mediada por un líder establecido que guíe la discusión y oriente el objetivo común al que se quiere arribar (Kariel, 1956).

Muchas veces, en el accionar del profesional se presenta un rol ambiguo del cual cuesta abstraerse y darse cuenta. En la práctica terapéutica se pone en juego la prohibición, implícita, al paciente de tomar conciencia de su rol como excluido social. Se trata de mantener al paciente en su círculo de vínculos (familia, amigos y profesionales) y esquivar cualquier acto que lleve a experimentar las reacciones del excluido hacia el terapeuta. Para lograr controlarlo, es preciso que se tome conciencia de que los profesionales también son excluidos en el momento que son objetivados por la subjetividad del propio paciente (Basaglia, Pomar, García, Serós & Torrent, 1972).

Es necesario mencionar la importancia de poner en práctica estos principios dentro de la comunidad terapéutica, tal como se concibe actualmente. La finalidad de la comunidad terapéutica es la confrontación entre profesionales y la ruptura de la relación clásica de médico - paciente. Se espera que sea una manera de aprovechar deliberadamente los recursos de cada profesional dentro del hospital, sin regirse bajo esquemas rígidos y estructurados como se venía haciendo. La base de esta comunidad es la confianza que se deposita en los

individuos que la componen, para juzgar la situación social con todo lo que ello implica y poder sacar provecho de eso, sosteniendo la autoridad del profesional, pero siempre en un clima cálido y de respeto (Basaglia et al., 1972).

El trabajo interdisciplinario, es una práctica muy cuestionada y valorada a la vez. Actualmente, el equipo de profesionales destinados al abordaje en salud mental se encuentra conformado por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y enfermeros, lo cual trae consigo dificultades y controversias que hacen que sea muy conflictiva su implementación. Partiendo de la base, la formación, epistemología, enfoque y práctica de cada profesional suele ser muy distinta, por lo tanto, se dificulta a la hora de diagnosticar o establecer un tratamiento (Mantilla, 2011).

Una cuestión que se considera pertinente destacar es el significativo rol que ocupan los trabajadores sociales y los enfermeros. La intervención del trabajador social es producto de la demanda de los profesionales superados por las problemáticas sociales de los pacientes, en términos de vulnerabilidad, factores de riesgo, reinserción laboral o problemas económicos que imposibilitan la externación. A su vez, la participación de los enfermeros, aunque muchas veces carece de reconocimiento, es fundamental y se debe tener en cuenta a la hora de decidir sobre una estrategia terapéutica, ya que su función se asocia con los aspectos más importantes de la cotidianidad de los internados (Mantilla, 2011).

La fragmentación de saberes puede ser imperceptible para los pacientes, pero puede ocasionar ciertos obstáculos, por ejemplo, las diferencias de criterios respecto a la internación o externación. Sin embargo, varios aspectos de la intervención favorecen al intercambio entre los participantes del equipo profesional, se puede establecer una designación de tareas que permite colaborar conjuntamente y enriquecer el tratamiento clínico (Mantilla, 2011).

3.3 Ley de internación

Ante la existencia de hospitales ineficaces y económicamente carentes se propone la reevaluación de la atención psiquiátrica en Argentina. La ley Nacional de Salud Mental plantea la prohibición de nuevos manicomios, instituciones monovalentes públicas o privadas (Ley 26.657, 2010).

La inevitable estigmatización que representa la salud mental, la gestión hospitalaria y sus condiciones de organización son los principales obstáculos para iniciar el proceso de desmanicomialización. Este proceso tiene como objetivo la creación de nuevos dispositivos,

más eficaces, para que el paciente mantenga el contacto con sus vínculos cercanos, y comunidad terapéutica (Morasso, 2013).

La Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental (Ley 26.657, 2010), fue sancionada en la República Argentina, convirtiéndose en la primera que da un marco nacional a las políticas en el área mencionada. Junto con ella, se inicia un proceso de cambio, de reflexión de prácticas y creencias que, hasta el momento, han sustentado la concepción de aquellas personas con padecimiento mental (Hermosilla & Cataldo, 2012).

Con la derogación de la antigua ley (Ley 22.914, 1983) y la promulgación de la nueva Ley De Derecho a la Protección de la Salud Mental (Ley 26.657, 2010) se plantearon novedades dentro de los puntos más importantes que refieren a la antigua ley. Entre ellos se encuentran:

La terminología para referirse al padecimiento o sufrimiento, se estiman acordes a la definición de salud mental dada en la ley, la cual enfatiza que la misma no está determinada exclusivamente de forma biológica, sino por múltiples factores (históricos, socioeconómicos, familiares, culturales, genéticos y psicológicos) que acontecen en la vida de cada sujeto (Hermosilla & Cataldo, 2012).

Tal como se explica en el artículo 3º, la salud mental es reconocida como un proceso determinado por múltiples componentes, cuya prevención y mejoramiento implica una dinámica de construcción social asociada a la realización de los derechos humanos de toda persona (Ley 26.657, 2010).

El énfasis en el abordaje interdisciplinario, el cual debe caracterizarse en perfeccionar las prácticas en los equipos de admisión, internación y reinserción social. Se deberá profundizar en la capacitación de los profesionales, así equiparar a los mismos en relación a las responsabilidades y toma de decisiones determinadas por los cargos otorgados, tanto de gestión como dirección. Asimismo, se tendrá en cuenta el abordaje en conjunto en relación al tratamiento psicofarmacológico de los pacientes ambulatorios e internados (Hermosilla & Cataldo, 2012); Las tareas deben orientarse fuera del ámbito de internación hospitalaria, reforzando los lazos sociales y la reinserción en sociedad (Ley 26.657, 2010).

En el régimen y las disposiciones de las internaciones se plantea la internación hospitalaria, luego de atravesar un amplio proceso de evaluación junto al paciente. Es decir, se la utiliza como último recurso terapéutico. Se pretende así, separar la atención primaria del ámbito hospitalario. Una vez agotadas todas las alternativas posibles para un tratamiento ambulatorio, se recurre a la internación voluntaria o involuntaria, dependiendo la situación y estado del paciente. La misma debe ser lo más breve posible, en función de los criterios

planteados. Es condición fundamental, durante la internación, promover la calidad y mantenimiento de vínculos interpersonales, con el entorno laboral y social, salvo excepciones debidamente fundadas (Hermosilla & Cataldo, 2012).

3.4 Pacientes institucionalizados

Si bien la actual Ley De Derecho a la Protección de la Salud Mental (Ley 26.657, 2010) pondera la necesidad del constante avance en materia de derechos hacia los *enfermos mentales*, es inevitable dejar atrás sus antiguas consideraciones. Durante largo tiempo, el *padeciente mental* ha sido alguien a quien se oprimió brutalmente y se frustró de sus derechos fundamentales, privándolo de sus vínculos personales, de sus bienes y bienestar personal (Basaglia et al., 1972).

Conceptualizar las transformaciones que sufrió la denominación del *loco*, permite contextualizar y entender muchas de sus conductas que aún en ésta época refleja determinaciones antiguas. El *loco* es concebido como una objeto alienado que no tiene otra salida más que su propia muerte, ésta condición del marginado perdurará por siempre como un fantasma del pasado. La internación cumplirá un rol fundamental en este juego, será la práctica la que permitirá la cronificación y desamparo social de los pacientes (Vezzetti, 1983).

Las características de una internación psiquiátrica, a diferencia de una internación médica, suele basarse en un proceso extendido de hospitalización y una excesiva estigmatización, dificultando la conexión con el contexto del padeciente mental. Es tal el sentimiento de desposeimiento cuando ingresan al hospital, que muchas veces los mismos pacientes se alienan de sus vínculos y generan una agresiva resistencia a desprenderse del lugar (Goffman, 2001).

Teniendo en cuenta la perspectiva del *loco* con respecto a las instituciones donde son internados, se entiende que para él, el manicomio, la cárcel y el campo de concentración se rigen bajo la misma lógica, usando de ley general el aislamiento respecto al mundo exterior, la promiscuidad de los excluidos e implementación de un único reglamento (Donzelot, 1991).

Dentro de la dinámica hospitalaria existen varios factores que distinguen algunos pacientes de otros. Una diferencia clave es la de pacientes agudos y crónicos, a pesar de que ambos atravesaron el proceso de hospitalización y segregación, es indiscutible que los primeros sienten una suerte de esperanza por recuperarse, se sienten más próximos a la sociedad. Entre los pacientes crónicos, se ponen en cuestionamiento otras variables, como lo son las diferencias internas institucionales de cada servicio, por ejemplo, la comodidad, la

cantidad de profesionales y las instalaciones, lo cual produce enfrentamiento y tensión entre los demás pacientes que quizás se encuentran en un servicio mejor. También, cabe destacar que los enfermos agudos son menos tolerantes a la soledad y al abandono, ellos se manifiestan esperanzados por salir y renovar sus vínculos sociales, mientras que los crónicos caen en un sentimiento de indefensión, por lo que abandonan toda esperanza de tener contacto con el exterior y se someten a su condición de *incurables* (Basaglia et al., 1972).

La estructura manicomial es similar a la de un espacio cerrado, donde se articulan fines divergentes que fueron variando a lo largo de la historia. Además, posee un carácter determinista en cuanto a sus fines, ya que son considerados contradictorios entre sí, obstaculizando una posible articulación. Debido a esto, se inician varios intentos por modificar la modalidad de los espacios cerrados, derrocando al antiguo régimen de objetivación y segregación. Seguidamente, se logra un cambio radical en las instituciones, ya no es un espacio de hacinamiento sino un espacio humanizado, de atención profesional e implementación de terapeutas. Se pretende funcionar de manera que devuelva algo a los internados que pasan por allí, todo aquello de lo que se encuentran despojados o en decadencia que lo puedan recuperar, como lo son sus vínculos sociales y laborales (Donzelot, 1991).

Siguiendo el sistema de otros hospitales, se contempla la cuestión de ofrecer a los pacientes un oficio u ocupación, y así, posibilitar una estrategia terapéutica que cumple, simultáneamente, dos funciones: rehabilitar y permitir la adaptación progresiva al entorno social. La necesidad de una actividad u oficio que se mantenga de manera constante y regular rompe con la monotonía viciosa a la que se somete a los pacientes internados todas las semanas y concede la apertura a imposiciones indispensables para la cotidianeidad en sociedad. Además, proporciona un espacio que tiene como eje fundamental la individualización del paciente, permitiendo una transformación de objeto de estudio a sujeto de derechos y responsabilidades. Por otro lado, facilita la labor del psiquiatra, ya que lo puede tomar como una variable a evaluar a la hora de plantear un nuevo tratamiento o una estrategia de externación, sobre todo en aquellos que no cuentan con los recursos necesarios para subsistir solos (Donzelot, 1991).

Evalutando la perspectiva de varios autores, se concluye que los *enfermos mentales* necesitan y deben ser cuidados particularmente, puesto que es una condición innegable para su pronta recuperación (Basaglia, 1972); A su vez, se comprobó que brindar trabajo y apoyo social a los internados permite un tratamiento más integral y más práctico, y a su vez, cumple la función primordial de proveer al sujeto de moralización (Donzelot, 1991).

3.5 Semiología de la psicosis crónica

Frecuentemente, se observa que muchos de los pacientes institucionalizados presentan un diagnóstico que pertenece a la categoría de psicosis crónica, por lo cual, detallar la semiología permite comprender mejor su condición. A la hora de realizar un diagnóstico es necesario tener en cuenta los antecedentes hereditarios, familiares e individuales del paciente. La importancia de un examen exhaustivo en esta patología, exige una división entre el estudio de los antecedentes y el estudio del enfermo mismo para determinar su aspecto físico, psíquico, ambiental, sexual y cultural antes de arribar a un tratamiento (Betta, 1981).

El inicio de esta patología suele manifestarse entre la adolescencia tardía y los 35 años de edad. Puede ser repentino o engañoso, pero la mayoría de los sujetos presentan un desarrollo lento y gradual de variedad de signos y síntomas. Por lo general, los psicóticos crónicos requieren apoyo formal o informal durante toda su vida, padeciendo un curso de deterioro progresivo (American Psychiatric Association, 2014).

Durante la primer entrevista es fundamental indagar en el estado actual del paciente, permitiendo determinar cómo se encuentra orientado respecto a sí mismo (orientación autopsíquica), respecto al ambiente (orientación alopsíquica), si presenta conciencia de situación y conciencia de enfermedad. La falta de conciencia de enfermedad es un síntoma recurrente de la esquizofrenia en sí y no es considerado una estrategia de afrontamiento (Betta, 1981).

Hablar de psicosis implica un campo muy amplio dentro de la psiquiatría, por eso es importante distinguir la psicosis crónica de la psicosis aguda. En este trabajo, se hace hincapié en la psicosis crónica (una condición que acompaña durante toda su vida al paciente), especialmente, la esquizofrenia. De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-5), se deben manifestar al menos dos de los siguientes síntomas, por un periodo de seis meses:

- Alucinaciones
- Delirios
- Discurso desorganizado
- Síntomas negativos
- Comportamiento catatónico

Los mismos se caracterizan por presentar disfunciones a nivel cognitivo, conductual y emocional. Además, producen un deterioro significativo en los aspectos de la vida cotidiana de la persona, es decir, se encuentran asociados a una disfunción social y laboral. El desempeño académico o la conservación de un empleo, generalmente, se ven obstaculizados por la abulia u otras manifestaciones típicas del trastorno, incluso cuando las habilidades cognitivas son suficientes para realizar las tareas empleadas. La gravedad de la psicosis se puede determinar mediante la evaluación cuantitativa de los síntomas primarios ya mencionados (American Psychiatric Association, 2014).

A pesar de las características primarias inherentes a la esquizofrenia, la mayoría de los síntomas pueden variar dependiendo de cada sujeto, ya que este trastorno es un síndrome clínico que se presenta de manera muy heterogénea. Dentro de la variedad de expresiones sintomáticas que aparecen como primer signo del mismo, pueden manifestarse creencias poco habituales que no son de proporciones delirantes (por ejemplo, pensamiento religioso o mágico); experiencias perceptivas extrañas (por ejemplo, sentir la presencia de una persona muerta o que no se encuentra físicamente ahí); su comportamiento se presenta medianamente desorganizado (por ejemplo, caminar y murmurar en presencia de otros); y su discurso se puede comprender, a pesar de que muchas veces es incoherente o desorganizado (American Psychiatric Association, 2014).

Se debe tener en cuenta que la anormalidad de la idea o pensamiento delirante no depende exclusivamente de su falsedad, sino de su valoración, contexto y participación dentro del psiquismo, es decir, lo anormal se deposita en la repercusión emocional y afectiva, en la valoración o carácter forzado que se desprende necesariamente de esa idea (Pereyra, 1973).

Por último, cabe mencionar que los síntomas y episodios relacionados con el estado de ánimo, se suelen exteriorizar en la fase activa de la esquizofrenia, aunque su duración abarca una parte minoritaria de los períodos activos y residuales de la enfermedad. Otros síntomas que se encuentran asociados son la hostilidad y agresión, a pesar de ser poco recurrentes, se pueden observar en jóvenes con antecedentes de violencia, abuso de sustancias e impulsividad (American Psychiatric Association, 2014).

3.6 Adicciones en psicosis crónica

La exhaustiva descripción de ésta patología, expuesta en el apartado anterior, permite entender y desarrollar eficazmente las conductas adictivas en este tipo de pacientes. De acuerdo con la terminología que se adquiere en el DSM-5 (APA, 2014), el abuso de drogas hace referencia al consumo excesivo de sustancias lícitas e ilícitas (tabaco, alcohol, cannabis, ansiolíticos, alucinógenos, opiáceos, estimulantes, sedantes, entre otras) que tienden a activar el sistema nervioso de recompensa del cerebro. En muchos casos, es tan intensa la activación del sistema de recompensa que genera nuevas conductas adictivas, descuidando las actividades cotidianas de la persona. La dinámica farmacológica varía de acuerdo a la sustancia ingerida, pero, generalmente, producen una sensación de placer al instante. Este abuso repetitivo induce a distintos trastornos por consumo de sustancias como psicosis, trastorno bipolar, trastorno depresivo, trastornos de ansiedad o delirios (Alozai & Sharma, 2018).

Para la detección de las conductas adictivas y establecer un diagnóstico claro del individuo con trastorno de abuso de sustancias se recurre a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Según los mismos, dos o más de las siguientes conductas se manifiestan en un período de un año, acompañado de un patrón conflictivo de uso que conduce a un deterioro o angustia clínicamente significativos. Entre la amplia variedad de conductas adictivas, se observa un fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia, el consumo recurrente que imposibilita la realización de las obligaciones laborales, escolares o del hogar. Además, las actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes se abandonan o se reducen debido al consumo, el consumo se mantiene más allá de saber que conlleva un problema o agravamiento físico y psicológico, y a pesar de tener conflictos en los vínculos interpersonales recurrentes causados por sus efectos (American Psychiatric Association, 2014).

En cuanto a su etiología, existen diversos factores de riesgo que influyen directa o indirectamente en el inicio temprano del consumo. Entre los factores intervinientes se encuentran el familiar, individual y el de la comunidad más próxima. El primero presenta características conflictivas entre padres e hijos, exposición intrauterina a drogas, modelo parental de consumo excesivo, abuso infantil, entre otros. Los factores individuales tienen la particularidad de variar, de acuerdo con la personalidad de base del individuo. Es así como influyen mucho sus habilidades para la resolución de problemas, para desenvolverse socialmente, la falta de autocontrol conductual, deficiencias cognitivas, problemas de conducta persistente o comportamiento antisocial a temprana edad, su predisposición a ser más irritable, la curiosidad por probar sensaciones nuevas, baja autoestima y rendimiento

escolar por debajo de la norma. El último tiene que ver con el contexto por fuera de la familia en el que crece el individuo, por lo cual, es predisponente si se encuentra en un grupo de pares que usan sustancias o que pueden acceder fácilmente a ellas. Entender la etiología del consumo, permite establecer un tratamiento personalizado a la necesidad contextual de cada persona (Alozai & Sharma, 2018).

Además, es necesario indagar en los antecedentes escolares, laborales y vínculos interpersonales del individuo para establecer una historia clínica más detallada. Se debe profundizar en su situación socioeconómica y en sus inicios en el consumo de sustancias (Alozai & Sharma, 2018).

3.6.1 Patología Dual

Una vez contextualizada esta problemática que tanto preocupa a los sistemas de salud pública, se procede a profundizar acerca de otro tema que genera mucho interés en la actualidad, y a su vez, suma otra preocupación en el campo de las adicciones, se trata de la detección y tratamiento de la comorbilidad entre los trastornos mentales y los relacionados con el consumo de sustancias, es decir, la patología dual (Torrens, Mestre-Pintó, Montanari, Vicente & Domingo-Salvany, 2017).

La patología dual se conoce como la presencia, en simultáneo, de un trastorno adictivo y un trastorno mental, dentro de un periodo concreto. Se encuentran varios factores que intervienen directamente en esta comorbilidad, tanto neurológicos, genéticos como ambientales (Arias et al., 2013).

De acuerdo con varias investigaciones, se comprobó que las patologías duales presentan una mayor tasa de hospitalización en instituciones psiquiátricas, en admisiones de servicios de urgencia y un mayor predominio de suicidios. Conjuntamente, esta patología presenta mayores comportamientos de riesgo, acompañado de conductas violentas, problemas orgánicos y dificultades sociales (Torrens et al., 2017).

Otros autores plantean que la comorbilidad entre la esquizofrenia y los trastornos por uso de sustancias es común, con tasas de entre el 30% y el 66%. Las sustancias de uso y abuso más comunes entre los pacientes psicóticos, además de tabaco, son el alcohol y cannabis y, más recientemente, la cocaína. Estos pacientes tienen una mayor probabilidad de cronicidad, su tratamiento es más costoso y las oportunidades de recuperación son más difíciles (Torrens et al., 2017).

El consumo de drogas está relacionado con una mayor impulsividad, alivio de determinados síntomas o reducción de conductas antisociales, por esta razón, hay trastornos mentales con una predisposición mayor al consumo de drogas que otros (Arias et al., 2013).

Entre ellos se observa que el 11% de los pacientes duales están diagnosticados con psicosis, cifra muy superior al porcentaje de estos mismos pacientes en relación con la población general o en centros de salud mental (Arias et al., 2013).

Actualmente, la comorbilidad entre estos dos trastornos presenta un gran desafío para los agentes de salud, las políticas sanitarias y el ámbito legal, debido a que éste tipo de paciente manifiesta mayor vulnerabilidad, masivos ingresos hospitalarios, alta probabilidad de recaídas e índice elevado de mortalidad. Por otra parte, la ingesta de sustancias puede exacerbar los síntomas psicóticos u obstaculizar el tratamiento farmacológico y psicológico. Es de suma importancia poder brindar un tratamiento integral para esta patología. Aun así, es común encontrar instituciones que brindan sus servicios de manera separada, haciendo hincapié en un solo aspecto de la patología y obstaculizando el acceso a un tratamiento adecuado (Torrens et al., 2017).

Debido a la gravedad social y clínica de esta problemática, la detección a tiempo y el abordaje interdisciplinario son un gran desafío para las instituciones y los profesionales de la salud en los próximos años. Por esta razón, los autores fomentan determinadas recomendaciones para tener en cuenta, las cuales exponen que:

- El abordaje terapéutico debe contemplar a ambos trastornos en simultáneo y a partir del primer encuentro, para elegir la alternativa adecuada a la demanda de cada individuo.
- Se debe profundizar en un abordaje psicológico, farmacológico y social, para la mejor rehabilitación del individuo.
- Se recomienda realizar estudios para mejorar las estrategias terapéuticas basadas en la evidencia en estos pacientes duales (Torrens et al., 2017).

3.7 Problemática del tabaquismo

Este apartado intenta introducir al lector en una temática que se observa cada vez más en pacientes psiquiátricos, es la aparente condición irremediable del tabaquismo. Por lo cual

se considera necesario partir desde un aspecto más general de la cuestión hacia lo particular para lograr una mejor comprensión. Se ha observado que la nicotina resulta una droga aparentemente ideal para el que la consume diariamente, debido a que posee propiedades estimulantes como tranquilizantes. De ahí parte su funcionalidad a la hora de ayudar a las personas con trastornos mentales a afrontar de una manera mejor su vida cotidiana (Becoña & Míguez, 2004).

Los esquizofrénicos presentan una prevalencia del tabaquismo dos o tres veces superior a la población general con mayor grado de dependencia nicotínica y mayor número de recaídas durante los períodos de abstinencia (De Oliveira & Ferreira Furegato, 2012).

Según las estadísticas de investigaciones anteriores, el 42,2% de los esquizofrénicos eran fumadores y 46,4% tenían alto grado de dependencia nicotínica. El 90,7% comenzaron con el consumo antes del trastorno. El tabaquismo para estos pacientes es una conducta consciente, un medio de escape y de liberación del estrés, que genera la inversión de la mayor parte de su renta de manutención (De Oliveira & Ferreira Furegato, 2012).

Se demostró que el comienzo de la adherencia al tabaquismo ocurre antes de la aparición de los primeros síntomas psicóticos, permitiendo inferir que el tabaquismo puede considerarse como un factor de riesgo para el desarrollo de la patología o, simplemente, una señal de la fase prodrómica del mismo (De Oliveira & Ferreira Furegato, 2012).

En otro estudio, se establece la relevancia clínica de personas que consumen tabaco, especialmente individuos que padecen trastornos del espectro psicótico, como la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo. En estos casos se presentan tasas de consumo muy altas en relación a la población general, planteando que su uso ayuda a reducir los síntomas negativos de la medicación. El grupo de jóvenes masculinos con un historial de ingesta de alcohol y sustancias psicoactivas, es el más propenso a caer en la problemática del tabaquismo. También, se determinó que los perfiles psicóticos mencionados, están más relacionados con pacientes muy graves, que han sido hospitalizados retiradas veces en instituciones psiquiátricas y se encuentran más vulnerables a los agentes externos (Reeves et al., 2018).

Un estudio más exhaustivo, presentó que la problemática del tabaquismo es una de las causas más comunes por la cual, pacientes psiquiátricos fallecen entre 10 a 20 años antes que la población sin patología. Por lo tanto, los individuos con alguna enfermedad mental se encuentran en un grupo de alto riesgo con características determinadas en relación con el consumo de tabaco, debido a que son fumadores más propensos a al consumo de nicotina,

tienen mayor prevalencia y una menor posibilidad de recuperación en relación con la población general (Trebilcock, 2017).

Siguiendo la misma línea, otros investigadores encontraron que la prevalencia de adicción a la nicotina está disminuyendo progresivamente en la población general. Mientras que esta disminución no se nota en las personas con diagnóstico esquizofrénico. Aún más, en esta población se conforma una parte crucial de los sujetos que todavía fuman con tasas que son entre 2 y 5 veces más elevadas que la población sin este diagnóstico. Se presta especial atención a la investigación que determina que aquellas personas que se encuentran en potencial riesgo de desplegar síntomas psicóticos presentan, además, factores de riesgo para empezar a fumar. Algunos autores sostienen que el factor que está mediando entre la dependencia a la nicotina y la presencia de un trastorno psicótico debería ser una particularidad inherente al trastorno que indique un síntoma premórbido (Al-Halabí et al., 2016).

Se han planteado varias hipótesis para explicar la adherencia al consumo del tabaco en la población psiquiátrica, entre ellas, la búsqueda de alivio de los síntomas ansiosos, depresivos y de alteración a la concentración mediante los efectos psicofarmacológicos del tabaco. Sin embargo, es difícil diferenciar en qué medida estos síntomas son efectos de la abstinencia a la nicotina o generan un alivio real. A pesar de esto, un metaanálisis comprobó que reducir el consumo de tabaco alivia significativamente la ansiedad, la depresión y el estrés en individuos con o sin enfermedad mental (Trebilcock, 2017).

Las características que resaltan en los fumadores con un diagnóstico psicótico tienen que ver con la conducta adictiva. Generalmente, fuman cajas de baja calidad y en mayor cantidad, e inhalan profundamente el humo que desprende el cigarrillo lo que a veces complica la evolución del tratamiento. Esta dependencia en pacientes esquizofrénicos se asocia con el aumento de consumo de otras drogas, mayor intensidad de síntomas positivos, internaciones más frecuentes y riesgo de conductas autolesivas (Trebilcock, 2017).

Complementando a lo anterior, se encontró una gran controversia entre las numerosas publicaciones que sustentan la idea de que los psicóticos consumen para reducir los efectos adversos de los antipsicóticos. Simultáneamente, hay estudios que afirman que la gravedad de los síntomas extrapiramidales, como efecto adverso de los antipsicóticos de primera generación, disminuye considerablemente en relación con pacientes no fumadores. Muchos pacientes fuman para la mejora aparente de sus déficits cognitivos basándose en los efectos estimulantes de la nicotina. A pesar de estos resultados, la discusión se plantea debido a que los resultados de estas publicaciones no son consistentes (Al-Halabí et al., 2016).

Pese a las cuestiones acerca del inicio del tabaquismo y la manifestación de los primeros síntomas psicóticos, parece haber consenso en que un gran motivo que obstaculiza la reducción del consumo en los pacientes es la percepción de la mejoría de los síntomas negativos. Los científicos que evidenciaron esta relación exponen que una de las funciones de la nicotina en el sistema nervioso central (SNC) es el aumento de la actividad dopaminérgica en la corteza frontal. Debido a que los síntomas negativos (apatía, anhedonia, déficit en la atención, en la memoria y en los movimientos) suceden precisamente por perjuicio en la neurotransmisión dopaminérgica frontal, el tabaquismo actúa como antagonista temporario de estos síntomas (De Oliveira & Ferreira Furegato, 2012).

La principal fuente de motivación del consumo de tabaco en los pacientes psicóticos es similar a la población general, el alivio de la tensión y la ansiedad, y una alternativa para ocupar el tiempo que trascurren sin actividad mientras se encuentran internados. En los pacientes, el consumo de tabaco juega un papel más importante, porque proporciona algunas situaciones que son sinónimo de limitaciones en su patología, como la interacción social, la obtención de placer y satisfacción. Algunos autores están convencidos que el tabaquismo puede ayudar a soportar los síntomas psicóticos, aumentar la estimulación motora, mejorar los síntomas negativos y ayudar al paciente a sentirse parte de la sociedad (De Oliveira & Ferreira Furegato, 2012).

Un tema significativo por tratar es la estigmatización que sufre la población de pacientes hospitalizados en psiquiátricos. Entre los factores de riesgo, uno de los más importantes es el estilo de vida poco saludable, que arrastran a una mayor mortalidad o empeoramiento de la enfermedad en pacientes excluidos socialmente. Esta problemática podría estar asociada con la menor expectativa de vida que se ha definido en las enfermedades mentales (Bravo, Cabrera, Gómez, Pinto & Rosselli, 2015).

En síntesis, aunque la heterogeneidad de las muestras no permite un metaanálisis de los datos, el promedio ponderado de la prevalencia de consumo en estas personas es 55,8%, comparados con un 26,3% en los grupos control (Bravo et al., 2015).

Los estudios llevados a cabo en esta temática proponen que los esquizofrénicos consumen elevadas cantidades de tabaco superando a la población general desde antes a la aparición de la psicosis, y además tienen unas tasas de rehabilitación más bajas. La búsqueda es consistente en hombres o mujeres, en pacientes ambulatorios o institucionales. Se ha calificado incluso que el cigarrillo en estos pacientes es un predictor de suicidio (Bravo et al., 2015).

No sólo los factores biológicos y psicológicos se deben tener en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico o tratamiento, se debe considerar que los determinantes sociales cumplen un rol fundamental perpetuando la epidemia de tabaquismo (Trebilcock, 2017).

La complejidad de la asociación entre el tabaquismo y las patologías psicóticas crónicas es evidente en el amplio número de investigaciones sobre esta temática y en los distintos enfoques que los investigadores le han dado. Generalmente, los resultados de los estudios indican la necesidad de la implementación de estudios con diferentes perspectivas, que demuestren que las posibilidades del abordaje sobre la problemática del tabaquismo en la psicosis parece ser inabarcable (De Oliveira & Ferreira Furegato, 2012).

Muchos profesionales concuerdan en que los pacientes psicóticos crónicos tienen dificultad para dejar de fumar. Estudios anteriores demuestran que la proporción de fumadores que dejan de fumar es más pequeña entre los pacientes que entre la población general. Juntando estos estudios se infiere que la tasa de abandono del cigarrillo en los pacientes psicóticos es del 11%, en contraste con la de la población general, que oscila entre el 14% y el 49% (María et al., 2004).

Para concluir, de acuerdo con una evaluación realizada a equipos de profesionales en salud mental se informa que el 41% de los mismos no sabían que el tabaquismo podía disminuir los niveles de antipsicóticos. Por desgracia, la problemática del tabaquismo es un asunto que se suele desestimar, esto lleva a que el desconocimiento y errores conceptuales en el abordaje integral de las adicciones, como lo es el consumo de tabaco, lleve a limitaciones en la capacidad de intervención por parte de los agentes de salud (Trebilcock, 2017).

Asimismo, se reflexiona acerca de que un conocimiento que abarque el papel que desempeña la dependencia a la nicotina en el rendimiento cognitivo de los pacientes con esquizofrenia puede contribuir a dilucidar varios interrogantes que aún existen en materia de las vías de tratamiento para los déficits neuropsicológicos. La importancia de investigar este tema, que ha sido ignorado por los profesionales de la salud mental, radica en la elevada tasa de consumo de tabaco en la esquizofrenia. Como si fuera poco, la Asociación Europea de Psiquiatría (EPA) advierte la necesidad de enfatizar e implementar intervenciones en esta área, así como conocer el impacto de la problemática en la calidad de vida de los pacientes. Aún queda un largo camino por recorrer en relación con investigaciones que abalen la eficacia de tratamientos para reducir el consumo en poblaciones de individuos con diagnóstico de esquizofrenia (Al-Halabí et al., 2016).

3.8 Intervenciones destinadas a las adicciones

Dentro del campo de las adicciones se logró encontrar infinidad de tratamientos e intervenciones pero sólo en algunos se pudo evidenciar científicamente su eficacia en grupos de individuos con características similares. Aun así, es importante resaltar que las intervenciones van a variar de acuerdo a la particularidad de cada grupo u persona. De acuerdo a las intervenciones psicosociales se puede hallar aquellas destinadas a mejorar la motivación para reducir el consumo de sustancias, orientadas a mejorar las habilidades sociales, mejorar el apoyo social y el funcionamiento interpersonal, manejo de sentimientos dolorosos y las que hacen hincapié en la educación sobre las consecuencias del uso de drogas (Alozai & Sharma, 2018).

Las distintas redes de prevención y contención a la dependencia de drogas han trabajado conjuntamente con el tratamiento psicológico desde sus inicios, considerándolo una parte fundamental para los resultados a largo plazo. A medida que el fenómeno de la adicción fue evolucionando, las intervenciones se fueron adaptando a las necesidades requeridas (Sánchez-Hervás, 2001).

Actualmente, uno de los tratamientos recomendados por la Asociación Psicológica Americana (APA), para el abordaje de las conductas adictivas es el enfoque cognitivo-conductual. Esta perspectiva tiene una modalidad de intervenciones breves, las cuales pueden definirse como aquellas prácticas destinadas a investigar la problemática y motivar al individuo para actuar sobre ella. Su finalidad es reducir todo el daño posible que pueda resultar del consumo excesivo de drogas. Se caracterizan por durar entre 1 a 40 sesiones, basándose en la terapia habitual de 6 a 20 sesiones. Se intenta proveer al individuo de herramientas para cambiar su conducta y afrontar sus problemas. Se diferencia de la terapia a largo plazo, ya que su foco se establece en el “aquí y ahora”, enfatiza el uso de herramientas terapéuticas en un plazo más corto y dirige una modificación de comportamiento más específico (Sánchez-Hervás, 2001).

Retomando los fundamentos de la terapia cognitivo-conductual, se pueden explicar a través de la integración de los principios procedentes de la teoría comportamental, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Es el enfoque más adecuado para tratar los conflictos derivados del consumo de sustancias, estableciendo el desarrollo de estrategias destinadas a incrementar el control personal que la persona debe obtener sobre sí mismo. En este desarrollo, se apoya a los sujetos a reconocer los contextos o situaciones en que es posible que consuman drogas y cómo poder proveer las estrategias necesarias para evitar la

conducta adictiva. Además, se indaga en las cogniciones y creencias involucradas en su comportamiento (Sánchez-Hervás, 2001).

Simultáneamente, se halló varios tipos de intervenciones que se rigen dentro de la misma modalidad, entre ellos, la psicoterapia expresiva de apoyo (terapia dinámica, hace hincapié en el análisis de la relación entre sentimientos, conductas y drogas); el consejo individualizado (estrategias psicológicas y sociales, se apoya en la modificación de la conducta y establecimiento de metas a corto plazo mediante estrategias de afrontamiento asociado a la abstinencia, orientado hacia los servicios comunitarios más adecuados) y enfoque de refuerzo comunitario (terapia multimodal, se basa en la economía de fichas tratando de reforzar la conducta progresiva de abstinencia en pacientes con programas de metadona) (Sánchez-Hervás, 2001).

Otro modelo muy utilizado dentro del marco de las adicciones es el transteórico, el cual consta de cinco estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Este modelo se desarrolla bajo en enfoque de psicoterapias breves cognitivas y humanistas. Las etapas constituyen los aspectos motivacionales y temporales del cambio intencional, que se movilizan gradualmente mediante un modelo dinámico que refleja fielmente el proceso de cambio, muy distinto a lo conceptualizado habitualmente como cambios lineales. Durante cada estadio se plantean distintas tareas que se deben realizar para seguir avanzando, la duración entre etapas puede variar dependiendo de cada individuo (Prochaska et al, 1991).

Las investigaciones científicas sobre este abordaje permitieron arribar que las intervenciones son más eficaces cuando los participantes comienzan el tratamiento en los estadios de precontemplación y contemplación, y su grado de adherencia al programa es mayor en relación con la tasa de abandono. Cuando el individuo inicia el programa en la etapa de acción, las intervenciones no son muy eficaces y se vuelve necesario derivarlos a programas adecuados a su estado motivacional (Valero & Paul, 2008).

Por otro lado, otra estrategia de intervención, quizás menos convencional en el abordaje de esta temática, es la terapia humanista. Su mirada está puesta en comprender la experiencia humana con aceptación y crecimiento. Plantean una perspectiva salugénica, donde se quita la mirada del síntoma y se enfatiza en las fortalezas de elección de cada sujeto. Muchos de los aspectos de los enfoques humanistas (empatía, afecto, escucha reflexiva, aceptación) son útiles en cualquier tipo de terapia ya que ayudan a establecer el rapport y un compromiso con todos los aspectos del proceso de cambio en el tratamiento (Sánchez-Hervás, 2001).

A modo de conclusión, si bien se realizó un gran énfasis en las intervenciones psicológicas, es de suma importancia complementarlas con farmacoterapia para lograr un resultado más eficaz e integral en la modificación de conductas adictivas. La singularidad de los antecedentes, contexto y personalidad de base determinará el tipo de tratamiento en función de las necesidades de cada paciente (Sánchez-Hervás, 2001).

3.9 Intervenciones destinadas a la reducción de tabaco en pacientes esquizofrénicos

La base del tratamiento para detener el consumo de tabaco sugiere una intervención combinando psicoterapia, asociada a la terapia cognitivo – conductual, y psicofármacos, bupropion y vareniclina, los cuales, pueden facilitar la reducción del hábito tabáquico en pacientes psicóticos, a la vez que estabiliza los síntomas propios de la patología (María et al., 2004).

Es importante destacar que la terapia sustitutiva de la nicotina no mejora significativamente en un tratamiento clínico la eficacia de un tratamiento psicológico, cualquier intervención farmacológica que se realice debe acompañarse en simultaneo de un tratamiento psicológico, en el cual, el profesional debe contar con la experiencia y conocimientos necesarios para abordar la problemática de las adicciones (Becoña Iglesias, 2003).

Uno de los tratamientos del tabaquismo, ya planteados anteriormente, que demostró ser útil para la población de pacientes esquizofrénicos, se da a través de un proceso de cambio, como una secuencia de pasos a través de las cuales los sujetos inician y mantienen comportamientos nuevos (Prochaska et al., 1994).

Este modelo surge tras examinar 18 teorías psicológicas y de comportamiento acerca de cómo se efectúa el cambio, incluyendo los elementos que forman un marco de trabajo biopsicosocial para entender las adicciones en general. En este sentido, el modelo es *transteórico* (IOM, 1990).

El aspecto motivacional es clave cuando se menciona la eficacia de la aplicación de una técnica, su manejo debe atravesar cada una de las fases por la que pasan los fumadores antes de dejar de fumar: conciencia y motivación para el cambio, tratamiento y abandono, y prevención de recaídas (Becoña Iglesias, 2003).

Otra opción de tratamiento es la terapia de grupo, se evaluó su eficacia para la deshabitación tabáquica en pacientes psicóticos crónicos. El espacio incluía refuerzos positivos, práctica de conductas alternativas, aprendizaje y estrategias para reducir la

ansiedad. Se comprobó con una muestra de 50 pacientes, que participaron de siete sesiones de terapia grupal. Los resultados demostraron que el 42% de los pacientes dejaron de fumar al final de las sesiones; el 16% permanecían abstinentes a los 3 meses, y el 12% a los seis meses; estos cambios fueron estadísticamente significativos (Addington, 1998); Es una de las modalidades más utilizadas porque permite que los pacientes puedan observar el progreso de su comportamiento adictivo a través de sí mismos y la observación de sus otros compañeros de grupo. Brinda una oportunidad de experimentar su motivación y éxito personal, y el de los demás a través de un clima de contención y respeto (Sánchez-Hervás, 2001).

Toda una serie de obstáculos de la patología misma como las de la concomitante dependencia de la nicotina, hacen más difícil que los pacientes internados dejen de fumar (McCharge et al., 2002); De igual manera, se debe tener en cuenta la condición de la patología y su sintomatología, lo cual, dificulta significativamente la posibilidad de un tratamiento que sea eficaz a largo plazo. Además, lamentablemente, es una problemática en la cual no se ha profundizado en las investigaciones y los mismos profesionales la consideran un tema poco relevante. Sería de gran ayuda que los hospitales comiencen a tomar conciencia y se brinden más espacios libres de humo para posibilitar la reducción del consumo de tabaco y sus potenciales recaídas en pacientes que se encuentran motivados para dejarlo (Robson et al., 2013).

En consecuencia, una estrategia que en muchas ocasiones hay que considerar como la idónea es que reduzcan el consumo progresivamente, dada la dificultad que muchos tienen en dejar de fumar o manejar la abstinencia (Becoña & Vázquez, 1998).

Otras técnicas muy implementadas en la actualidad para abordar la conducta de fumar en pacientes psiquiátricos son *los programas multicomponentes para dejar de fumar*. Esta modalidad de tratamiento del tabaquismo comenzó a gestarse en los años 80. Son multicomponentes porque incluyen varias técnicas de intervención. Actualmente, los programas psicológicos multicomponentes son los más utilizados en el abordaje con fumadores de cualquier índole, debido a que la combinación de varios procedimientos simples son instrumentos efectivos para la modificación de la conducta de fumar. Además, la multiplicidad de sus estrategias es lo más adecuado para abordar la complejidad de la problemática, permitiendo mayor flexibilidad de las técnicas con respecto a las diferencias de cada individuo (Lichtenstein & Brown, 1980).

Los programas psicológicos multicomponentes tienen tres fases: preparación para dejar de fumar, abandono de los cigarrillos y mantenimiento de la abstinencia. Su principal objetivo en la primera fase es motivar al fumador y que adquiera el compromiso de disminuir

o dejar de fumar cigarrillos (utilización de depósitos monetarios o contratos de contingencias). En la segunda fase se aplica una de las técnicas pertinentes para pacientes psicóticos, por ejemplo, una técnica no aversiva es la reducción gradual de ingesta de nicotina, que ha demostrado ser eficaz en el abandono de los cigarrillos en pacientes psicóticos crónicos. En la última fase, se desarrollan habilidades de afrontamiento para evitar los estímulos que motivan el deseo de fumar, se debe aprender a identificar y manejar situaciones de alto riesgo, y afrontar adecuadamente las recaídas, con la ayuda de estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual (USDHHS, 1991).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo.

4.2 Muestra

Este trabajo contó con una muestra de 10 pacientes adultos de género masculino que consumen tabaco diariamente. Los sujetos presentan un diagnóstico de esquizofrenia, se encuentran internados bajo tratamiento farmacológico y psicoterapéutico en un hospital neuropsiquiátrico de la ciudad de Buenos Aires. Se excluyeron pacientes con notable deterioro cognitivo o cuyo estado de crisis impida participar de los talleres.

El taller de adicciones se dictó por tres profesionales, dos pasantes del último año de psicología y una psicóloga, con orientación cognitiva conductual, que llevó a cabo la coordinación del taller. El taller recreativo, se realizó por dos pasantes del último año de psicología.

4.3 Instrumentos

4.3.1 Test de la Dependencia a la Nicotina de Fagerstrom (FTND)

El nombre original de este instrumento es *Fagerstrom Test for Nicotine Dependence*. Su versión actualizada (Fagerstrom & Schneider, 1991) reduce los ítems a seis. No cuenta

con una validación formal en Argentina, sin embargo, presenta su adaptación española (Becoña, Gómez-Durán, Álvarez-Soto & García, 1992).

Se trata de un breve cuestionario que evalúa la dependencia fisiológica a la nicotina en jóvenes o adultos. Resulta útil para determinar cuándo puede ser beneficioso el uso de parches o chicles de nicotina.

El tiempo de administración varía entre los 2 y 5 minutos, y su momento de aplicación es pre o post-tratamiento. Para cada ítem, el sujeto tiene que marcar una alternativa, de las dos o cuatro que hay (según el ítem), que será la que mejor refleje su situación actual. El propio fumador puede autoadministrar y corregir la prueba. Se suman las respuestas de los seis ítems. La puntuación oscila entre 0 y 10 (A mayor puntuación, mayor dependencia) Aunque no se dispone de puntos de corte, Becoña y Vázquez (1998) han utilizado en diversas investigaciones la puntuación de 6 o superior para indicar una dependencia alta de nicotina.

Dos elementos del FTND, cuya suma se denomina *Índice del Fumar Intenso*, reflejan bien la dependencia de nicotina: el ítem 1, que determina el tiempo que discurre desde el despertar hasta el primer cigarrillo del día, y el ítem 4, que determina el número de cigarrillos fumados por día; ambos se puntúan de 0 a 3.

Su consistencia interna no fue tan adecuada con un Alfa de Cronbach que oscila entre 0.56 - 0.64 pero ha mostrado una óptima estabilidad temporal de las puntuaciones, con una fiabilidad test-retest: 0.88. Su criterio de validez: muestra relaciones con otras medidas bioquímicas de consumo (0.25 - 0.40) y con número de años como fumador (0.52). Se muestra útil para predecir la severidad del deseo, el grado de sintomatología y la cantidad de recaídas.

- Observación participante del taller de adicciones, en el cual, se abordan distintas temáticas sobre la problemática del consumo de drogas en pacientes psicóticos, principalmente el consumo de tabaco y su experiencia con ellas. Se realizó una vez por semana y la duración estimada es de 40 minutos. Se dirigió por dos pasantes del último año de psicología y una psicóloga que llevó a cabo la coordinación del taller.
- Entrevistas semiestructuradas breves dirigidas a los pacientes, en las cuales, se preguntó acerca de su inicio en el consumo de tabaco y su consumo diario actualmente.
- Participación directa del taller recreativo, el cual, cuenta con diferentes actividades recreativas dirigidas a los intereses de cada paciente que participa, entre ellas, dibujar, leer y juegos de mesa. El taller se coordinó por dos pasantes del último año de psicología una vez por semana, con una duración de dos horas. Su implementación estuvo

destinada a determinar si los participantes reducen el consumo de tabaco durante ese espacio.

- Historias Clínicas, las cuales, sustentaron la vinculación con el diagnóstico de cada paciente psicótico crónico.
- Observación no participante, la cual, consistió en observar diariamente a los pacientes de manera no participativa, durante una hora, para incluir más evidencia acerca de cuanto fumaban por día, si lo hacen solos o acompañados.

4.4 Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo, principalmente, mediante la observación no participativa diaria del consumo de tabaco en pacientes adultos psicóticos crónicos internados.

A través de la observación participativa del taller de adicciones, que duraba 40 minutos aproximadamente, se pudo determinar la edad en la que comenzaban con el consumo de tabaco y explicar detalladamente la problemática del tabaquismo en estos pacientes.

Mediante las entrevistas semiestructuradas breves, que se efectuaron antes y después de la implementación de los talleres, se interrogó acerca del consumo diario de tabaco, en qué momento del día se consumía más y en qué contextos.

Se implementó de manera independiente un taller recreativo coordinado por dos pasantes del último año de psicología, donde se participó activamente con los pacientes, para observar si el consumo disminuyó mientras se realizaban actividades de su interés.

Además, se administró de manera individual y breve (cinco minutos), después de la implementación de los talleres, un breve cuestionario que permitió determinar el nivel de dependencia a la nicotina en un grupo de pacientes seleccionados específicamente. Los pacientes se seleccionaron mediante la aprobación del equipo de psiquiatras y las historias clínicas, para que el diagnóstico sea semejante entre sí. Asimismo, se dispuso del acceso a las historias clínicas de cada paciente, las veces que fue necesario. Sin embargo, como medida de prevención debido a la condición de cada paciente, el cuestionario debió administrarse de manera oral y poco estructurada, a modo de conversación informal. Se consideró, por el

equipo del servicio, que podría ser una medida muy invasiva si se invitaba al paciente en privado a completar las preguntas.

Los pacientes no recibieron devolución ni retribución de ningún tipo y se cuidó la identidad de cada uno, esto fue informado a los pacientes, previo a llevar a cabo dicha actividad.

5. Desarrollo

5.1 Presentación de la institución

Es un Hospital Psiquiátrico Psicoasistencial de la Ciudad de Buenos Aires, uno de los más emblemáticos en América Latina que, actualmente, cumplió 150 años desde su construcción (fundado en 1865). Se dedica especialmente a la salud mental de hombres adultos y es un importante centro de investigaciones en neurobiología, y psicopatología. La institución se encuentra conformada por servicios de admisión e internación principalmente, además, cuentan con centros de día y talleres protegidos para brindar apoyo y herramientas para la adaptación laboral de aquellos que deseen trabajar. El equipo de profesionales es muy amplio, conformado por médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, entre otros. El Hospital alberga a los denominados *enfermos mentales*, los cuales, se encuentran internados con el fin de diseñar estrategias en conjunto con los profesionales y la familia o comunidad más cercana para su próxima reinserción social y laboral. Además, cuentan con asistencia ambulatoria, lo cual garantiza un seguimiento de por vida del paciente. Es decir, se inició una reorganización de los establecimientos de internación para que los pacientes estuvieran más cerca de sus comunidades y familias a fin de evitar la cronificación, se propuso la internación en hospitales generales, se planeó una asistencia temprana en los Centros de Psiquiatría Preventiva considerados órganos técnicos de atención de las enfermedades mentales y espacio de tratamientos ambulatorios.

5.2 Objetivo específico 1: Analizar la problemática del tabaquismo en pacientes psicóticos crónicos internados en un hospital psiquiátrico de Buenos Aires.

La gran problemática que se establece en el campo de las adicciones, concretamente, en el consumo de tabaco afecta significativamente a la población psiquiátrica. De acuerdo a lo recabado en las observaciones no participantes, se puede percibir que los pacientes se levantan de sus camas y lo primero que hacen es encender un cigarrillo, pasan horas sentados en los sillones del servicio fumando uno tras otro y así pasan sus días, más que un hábito pareciera una conducta inherente a ellos. Así también, cuando no están fumando abocan sus actividades en relación a su adicción, buscan permanentemente conseguir plata para cigarrillos o hacer intercambios entre compañeros. El tema se convierte en aún más preocupante cuando se observa que en varias publicaciones científicas los pacientes con diagnóstico esquizofrénico presentan una prevalencia de consumo hasta cinco veces mayor que la población general y un mayor número de recaídas (Al-Halabí et al., 2016).

Cuando la pasante comenzó sus prácticas en el servicio de internación, no existía un espacio exclusivo para hablar de las adicciones, se pensaban como aspectos menores que se podían hablar durante una psicoterapia, para la cual tampoco se requería tener profundo conocimiento sobre las drogodependencias. Debido a la inquietud que generaba este tema, la jefa del servicio aprovechó la oportunidad de tener casi profesionales dispuestas a ayudar para plantear un espacio donde los pacientes puedan hablar de sus experiencias con las drogas.

Los pacientes del servicio de internación, lograron establecer un vínculo de confianza y contención con la pasante de psicología. En las entrevistas informales semiestructuradas, donde se obtenía información basada en el FTND (Fagerstrom & Schneider, 1991), muchos de ellos pudieron compartir su experiencia con el tabaco y dar más detalles sobre su consumo. Marcelo, uno de los seleccionados para la observación, relataba: “yo no registro cuando prendo un cigarrillo, sólo sé que se termina uno y prendo el siguiente pero no me doy cuenta cuando lo hago. Para mí, fumar es una actividad que me mantiene entretenido, me ayuda a no sentirme tan solo”. Otro paciente comentaba: “Para mí el cigarrillo es como una golosina, lo necesito para sentirme mejor, desde los 13 años que fumo”. Es alarmante la edad general de inicio de consumo en estos pacientes, cuando se les preguntó a qué edad prendieron su primer cigarrillo, la mayoría coincidió entre los 13 y 15 años.

Basándose en la observación y el taller destinado a las adicciones, se pudieron detectar varios síntomas compatibles con el diagnóstico de una patología dual, donde preponderan el trastorno por abuso de sustancias y la esquizofrenia. Es habitual la presencia en simultáneo de síntomas adictivos y trastornos mentales en hospitales psiquiátricos, debido a que presentan una mayor tasa de hospitalización (Torrens et al., 2017); Entre los síntomas compatibles, se encontró que muchos manifestaban fuerte deseo por consumir tabaco, un consumo excesivo a pesar de saber los graves problemas físicos que conlleva, referían pasar todo el día realizando la misma actividad, dejando de lado otras alternativas sociales u ocupacionales, como la de asistir a talleres protegidos o talleres recreativos (American Psychiatric Association, 2014). Adrián, en uno de sus relatos en el taller de adicciones, contaba: “A veces no tenía plata para comprarme una caja de puchos o mis compañeros se cansaban de prestarme, entonces me ponía a buscar por todo el hospital las colillas del cigarrillo, las desarmaba y envolvía sus restos en una servilleta, podía estar semanas fumando esos cigarrillos caseros”. Esta conducta, se corresponde con el síntoma de una fuerte necesidad de consumir la sustancia, lo cual lleva a someter al paciente a conductas nocivas para su salud y a pesar de ser consciente de esta situación, la adicción es más fuerte que las posibles consecuencias físicas o agravamiento psicológico. Es más, en las historias clínicas se observaban varios casos de pacientes que se encontraban con complicaciones respiratorias o cardíacas y, aun así, seguían fumando. En relación a la información obtenida en las entrevistas el grado de dependencia física a la nicotina del grupo seleccionado varía de moderado a grave, preponderando el grado de dependencia grave, es decir, fuman excesivas horas al día y cuando no lo hacen piensan constantemente en volver a hacerlo (American Psychiatric Association, 2014).

La condición de pacientes institucionalizados, es un gran obstáculo para ellos. Según el testimonio de Pedro: “Llegué acá y empecé a fumar, cuando estaba afuera no consumía. Cada vez que voy a mi casa de permiso no me dan ganas de fumar, es estar acá y ver a todos fumando lo que te lleva a unirse”. Es tal la estigmatización a la que son condenados los pacientes crónicos hospitalizados, que abandonan todo tipo de ilusión por recuperar una vida normal, según Goffman (2001), innumerables veces son los mismos sujetos los que se alienan de sus vínculos y generan una agresiva resistencia a desprenderse de su condición.

El silencio y la soledad del hospital psiquiátrico lleva a muchos a sentirse abandonados, entregados a la desesperanza. Por eso, encuentran alivio y bienestar en una caja de cigarrillos. Así como lo expresan los autores, muchas veces, su principal motivación es el

alivio de la tensión y una viable alternativa para ocupar las horas que transcurren sin actividad (De Oliveira & Ferreira Furegato, 2012).

Teniendo en cuenta lo experimentado en el taller grupal de adicción, se considera nuclear abordar como un factor de riesgo determinante el aspecto social en el consumo de tabaco, al igual que los factores biológicos y psicológicos. Es una cuestión que los profesionales de la salud, por lo general, no consideran relevante aunque la experiencia demuestre lo contrario. Dentro del servicio, el psiquiatra comentaba: “la mayoría de los que se encuentran acá no tienen familia o alguien a quien acudir, son personas que las circunstancias de la vida hicieron que cada vez se fueran aislando más de la sociedad, el hospital para muchos es un hogar del cual no quieren desprenderse”. Esta situación explica por qué varios de los internados recurren a las drogas como medio para complacer sus necesidades, como una manera de reemplazar aquellas cosas que la condición de enfermos crónicos le fue quitando, les permite escapar de su realidad y encontrar la satisfacción que de otra forma no puede ser dada. Tal como lo definen Bravo et al. (2015), si bien se encontró una infinidad de causas que conlleven a un estilo de vida poco saludable en estos pacientes, la estigmatización que sufre la población de pacientes psicóticos crónicos es un factor que se tendría que considerar a la hora de realizar una intervención.

5.3 Objetivo específico 2: Describir la implementación del taller destinado a la reducción de consumo de tabaco en pacientes psicóticos crónicos internados en un hospital psiquiátrico de Buenos Aires.

El taller destinado a las adicciones fue propuesto por la jefa del servicio de internación, aprovechando la ayuda de la pasante en psicología. Se encargó la tarea al jefe del departamento de psicólogos que supervisó las reuniones y las dirigió una concurrente de psicología junto con la pasante. La propuesta del taller era que los pacientes puedan compartir sus experiencias con las drogas en un ámbito de confianza, sabiendo que nadie los va a juzgar o condenar por contar su verdad. Las reuniones se pactaron los martes a las 10 am., podía durar entre 30 a 40 minutos y el punto de encuentro era un consultorio muy amplio con el que contaba el servicio. No se extendía a más minutos porque podía ocurrir que algunos se fastidien y se quieran ir, por lo cual, se debía plantear un encuentro dinámico y poco extenso, y de esa forma se los mantenía concentrados en la tarea. Se optó por un modo de asistencia obligatoria para los que presentaban una dependencia muy alta a las drogas y los

demás podían asistir de acuerdo a la necesidad que tenían en ese momento. De acuerdo al modelo transteórico (Prochaska et al, 1991), trabajar el tema de la motivación en estos pacientes era una cuestión fundamental para entender su proceso de cambio y a la vez muy difícil de conseguir por su condición social y patológica, por lo cual, se consideró necesario en los primeros encuentros, buscar personalmente a cada paciente e invitarlo a participar activamente. De esta manera, se pudo explicar lo favorable que era para ellos contar con este espacio de reflexión y así lograr que accedieran a quedarse durante esos minutos. Por otra parte, luego de finalizar la reunión se acudía al jefe del departamento de psicólogos para comentar lo que había surgido durante el encuentro, él mismo daba una devolución sobre cuestiones a mejorar y se planifica en conjunto los temas a abordar la semana siguiente.

La modalidad del taller era grupal, bajo un enfoque cognitivo-conductual. Se encontró evidencia que respalda la eficacia de las terapias breves en este tipo de pacientes y su formato grupal permitía un espacio donde puedan ser partícipes del progreso de sus compañeros y de sí mismos, y que la escucha activa de las experiencias de los demás sirva de apoyo para no sentirse únicos con su problema. Muchas veces descargar su angustia y sentirse contenidos basta para generar un cambio en ellos (Addington, 1998); La decisión de un enfoque cognitivo-conductual se basó en la evidencia empírica encontrada, que comprueba que funciona para esta población. La idea era abordar el consumo de sustancias en general, pero se prefirió empezar a hablar del consumo de tabaco, ya que hablar de drogas legales es una buena forma de entrar en confianza y que se puedan animar a contar lo que realmente los llevaba a consumir. Además, a muchos le costaba admitir su conflicto con drogas ilegales, como la cocaína. Se realizó una charla introductoria para exponer las consecuencias nocivas que producía el consumo excesivo de tabaco. Durante los encuentros, se intentaba ayudar a reconocer aquellas situaciones o pensamientos que impulsaban a consumir y que cada uno pudiera poner en palabras su estado emocional en ese momento, para poder reconocerlas y evitarlas a futuro. Varios manifestaron que los estados anímicos que más preponderaban antes de consumir, era la angustia, frustración o enojo por su situación y otros llegaron a decir que consumían por aburrimiento. Tal como lo expone Sánchez-Hervás (2001), es de suma importancia reconocer los contextos que llevan a un sujeto a consumir, así poder evitarlos y proveer de herramientas para afrontar situaciones de consumo.

Finalmente, se realizaba una simple descripción de las actividades que se llevaban a cabo en el taller. Al principio cada participante hizo una breve introducción de su experiencia con las drogas, a qué edad comenzó a consumir, qué sustancia, en qué contexto y qué expectativas/objetivos tenía con respecto a las reuniones semanales. En los primeros

encuentros, se destinó varios minutos para que cada uno pueda relatar su experiencia cuidando de que no se vuelva muy pesado para los demás participantes, por lo cual, se optó por guiar su relato mediante preguntas concretas. Luego, se planteaba un tema a tratar, siempre consensuado entre todos y se abrían intercambios de opiniones, por ejemplo, durante el primer mes, se mencionó mucho el consumo de tabaco y así iba variando de acuerdo a la demanda de los pacientes. En ese momento, se abordaba la temática del tabaquismo junto a la narración de los pacientes se complementaba con datos científicos acerca de los daños psicológicos y físicos que acompañaban el consumo excesivo de cigarrillos, las complicaciones que podía ocasionar en el tratamiento de su patología psiquiátrica y se interrogó sobre posibles alternativas al consumo. Algunos pacientes manifestaban que una alternativa viable podía ser la implementación de actividades como jugar al fútbol o vóley. Varias veces ocurrió que salían temas espontáneamente y se abocaba el encuentro a aquello que ellos traían como preocupación. También, se realizaban actividades de reconocimiento de emociones y conductas, fundadas en las intervenciones planteadas por el enfoque cognitivo-conductual. Por ejemplo, cuando ellos comentaban que sentían deseo de consumir se preguntaba “¿Qué sentís/pensas en el momento previo a consumir?” “¿Qué estabas haciendo antes de prender el cigarrillo?” “¿Estabas solo o acompañado?”(Sánchez-Hervás, 2001).

Por último, una cuestión que llamó la atención de la pasante fue el concepto que los pacientes tenían del cigarrillo. En general, comentaban que su mayor incentivo era la falta de actividad durante sus días y así el cigarrillo era una ocupación para ellos, era la única manera de mantenerse ocupado haciendo algo. Debido a los reiterados comentarios, otra intervención para reducir su consumo fue planificar actividades durante la mañana o tarde para que se mantengan ocupados, por ejemplo, talleres recreativos que abarquen propuestas como juegos de mesa, salir al parque a hacer actividad física, entre otros. La propuesta fue bien recibida por los pacientes, quienes mostraron compromiso y entusiasmo por las actividades. Se seleccionó un día de la semana en el cual pudieran participar la mayor cantidad de sujetos. Por lo general las actividades se realizaban de 14hs a 17hs, ya que era el momento del día en el cual cesaba la actividad en el hospital y los pacientes se sentían más solos y aburridos. El objetivo era alentar a los residentes a descubrir sus intereses y transformarlo en acción, de esa forma se intentaba ayudar a salir de su condición de *sujeto pasivo* (Donzelot, 1991). Había semanas donde sólo se jugaban juegos de mesa y si alguno no conocía el juego la pasante se ofrecía a enseñarle. En otra oportunidad, la pasante traía materiales para realizar dibujos con lápices o acuarelas, y cada uno podía expresar lo que quisiera allí. Debido a que una de las fuentes de motivación del consumo de tabaco es el

alivio de síntomas ansiosos y la falta de ocupación, se consideró de suma importancia brindar estos espacios recreativos, donde se pretendía observar un descenso considerable de la tensión y del hábito de fumar (De Oliveira & Ferreira Furegato, 2012).

5.4 Objetivo específico 3: Determinar si la participación a los talleres reduce el consumo de tabaco en pacientes psicóticos crónicos internados en un hospital psiquiátrico interdisciplinario de Buenos Aires.

Una vez implementado el taller recreativo, así se denomina al espacio donde se trata de mantener e incentivar actividades lúdicas y el taller de adicciones comenzó a notarse pequeños cambios en la conducta de los que se encontraban más comprometidos con la tarea y participaban activamente.

Antes de poner en práctica los talleres, se realizaron observaciones no participativas y entrevistas semiestructuradas para averiguar el estado actual del paciente. Si bien, no se realizó una evaluación metodológica rigurosa de preprueba - posprueba, se logró comprobar una diferencia. Ese cambio conductual, por el momento, poco significativo demostró que los pacientes habían reducido su consumo de tabaco. Para establecer esta diferencia, se interrogó en el taller de adicciones si después de transcurridos dos meses habían notado algún cambio y, posteriormente, se efectuó una entrevista informal para completar los ítems del cuestionario de dependencia física a la nicotina (Fagerstrom & Schneider, 1991). Los resultados estimados que arrojó el cuestionario indica que los pacientes oscilan en un nivel de dependencia entre moderado a grave, mayoritariamente un nivel grave. Estos no arrojaron resultados contundentes sobre una disminución, pero mediante la observación de cada paciente en esos meses la pasante notó una diferencia.

La primera semana que la pasante ingresó al servicio y fue presentada por el psiquiatra ante el grupo, ella observó que los pacientes no dejaban de fumar ni siquiera cuando se los convocaba a una reunión con el equipo de profesionales. Por lo tanto, uno de los fines de las intervenciones era comenzar a reducir el consumo en algunos ámbitos, para que luego se pueda replicar en su cotidianeidad. Partiendo de esa base, se le pedía a cada participante del taller de adicciones que no encendieran cigarrillos durante la reunión. Al principio varios se quejaron y amenazaron con dejar de asistir, pero con el correr de las semanas no hizo falta seguir recordando esta norma, ya que los pacientes no ingresaban fumando a la sala. Demostraron poder adaptarse rápidamente a la condición solicitada.

Simultáneamente, se implementó el taller recreativo una vez por semana, con una duración entre dos a tres horas, donde la temática de las actividades se basaba en el interés de los participantes. Pero la norma de este taller era totalmente diferente, se planteó un espacio donde cada uno era libre de realizar la actividad de su interés en un marco seguro y controlado. La diferencia nuclear radicaba en que durante el espacio lúdico ninguno de los pacientes que asistía se le ocurrió siquiera sacar un cigarro y la regla decía que ellos podían usar el espacio como quisieran, incluso podían fumar. Conforme al testimonio de un participante que tenía una grave dependencia a la nicotina, se explica su experiencia: “Estoy tan entretenido dibujando y pintando que me olvido de fumar, además quiero que mi pintura quede perfecta no la quiero arruinar con cenizas de cigarrillo”, “No puedo creer que ya pasaron dos horas, se me pasa volando el tiempo cuando me concentro en terminar mi dibujo”. Otro paciente manifestaba: “Me gusta que vengan a la tarde a jugar a juegos de mesa con nosotros, me ayuda a distraerme de este lugar”. Y así, varios relatos en los que los pacientes expresaban su entusiasmo por salir de lo cotidiano, hacer actividades distintas y la importancia de tener a alguien que los incentive a concretarlo.

De acuerdo con las observaciones, durante las horas de ambos talleres, los individuos no consumieron, ni manifestaron sentir deseo de hacerlo, especialmente durante las actividades lúdicas. Además, comentaron sentirse mejor en esos espacios y demandaron que se realicen más seguido durante la semana. Es menester mencionar lo expuesto por Donzelot (1991) acerca de generar un espacio de individualización del paciente, permitiendo un pasaje de objeto a un sujeto responsable de sus acciones. A lo largo de la práctica, los pacientes internados manifestaron su imperiosa necesidad por una actividad que se mantenga de manera constante y regular para romper con la monotonía de sus días, posibilitando una mirada distinta hacia su condición de alienados.

Cabe destacar, que la intervención interdisciplinaria favorecería aún más el desempeño de estas propuestas, el intercambio de saberes entre los profesionales enriquecería el abordaje en adicciones y las medidas a llevar a cabo (Mantilla, 2011).

En concordancia con Torrens et al. (2017) la detección a tiempo y el abordaje interdisciplinario en las patologías duales es un gran desafío para los agentes de salud, debido a que dificulta la planificación de un tratamiento adecuado. Por tal razón, es importante atender ambas patologías en simultáneo desde una perspectiva médica, psicología y social basadas en prácticas eficaces. Además, es fundamental escuchar e implementar la opinión de los enfermeros, si bien su accionar fue muy desestimada por los médicos, son ellos los que se encuentran día a día en la cotidianeidad de los pacientes (Mantilla, 2011).

6. Conclusiones

La problemática del tabaquismo y sus estrategias de intervención en las poblaciones psiquiátricas es un tema que está ganando auge dentro de las investigaciones en salud mental.

Se debe reconocer que el proceso de institucionalización y estigmatización por el que pasan los pacientes internados es un factor de riesgo altamente determinante para desarrollar un estilo de vida insalubre y vulnerable. Actualmente, la esquizofrenia se encuentra dentro de los grupos que más tabaco consume en relación con los demás, con un promedio ponderado de prevalencia del 55,8%, comparados con un 26,3% en los grupos control (Bravo et al., 2015).

El presente trabajo intenta dar luz sobre la importancia de contar con profesionales capacitados en la materia, que contemplen al consumo de tabaco como un aspecto importante a abordar desde un enfoque adecuado a poblaciones internadas en hospitales psiquiátricos. Basándose en el objetivo general que plantea analizar la problemática del tabaquismo y los cambios que se producen en el consumo de tabaco en pacientes internados psicóticos crónicos con la implementación de una intervención destinada a las adicciones.

En primer lugar, ha sido posible observar y analizar la dinámica de un servicio de internación, cuál es el rol que ocupa un psicólogo en relación con todo el equipo tratante y qué lugar se les otorga a las adicciones. Durante esos meses, la pasante logró hacer una evaluación exhaustiva a través de entrevistas a pacientes y profesionales, de observación participante, de acceso a historias clínicas e implementación de talleres que permitieron contestar a su primer interrogante (primer objetivo). El cual, pretendía elaborar un análisis profundo de esta problemática para obtener un diagnóstico del panorama actual de una institución psiquiátrica de la Ciudad de Buenos Aires. Pudo establecerse relaciones teóricas entre grandes escritores e investigadores clásicos y modernos, permitiendo un retroceso a la concepción de la locura y los manicomios, a fin de comprender el proceso de cambio que atravesaron a lo largo de la historia. Además, se estableció una vinculación con la nueva Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental (Ley 26.657, 2010), que viene a romper con el paradigma de los hospitales monovalentes y sus abordajes sectoriales. Una vez aclarados y delimitados estos conceptos, se arribó a la problemática propiamente dicha. Desgraciadamente, se encontraron infinidad de publicaciones que demostraban el avance de la epidemia del tabaquismo en las poblaciones más vulnerables, como lo son los pacientes psicóticos. Los

porcentajes de prevalencia en relación con la población general fueron sorprendentemente altos, es decir, la población psiquiátrica conforma una porción fundamental de los individuos que todavía fuman con tasas que son entre 2 y 5 veces más elevadas (Al-Halabí et al., 2016).

Gracias al apoyo del equipo de profesionales, se pudieron organizar y llevar a cabo ambos talleres, destinados a la reducción del consumo de tabaco, lo cual, también permitió desarrollar el segundo objetivo. La implementación del taller de adicciones se dio en un marco controlado y supervisado por psicólogos del servicio, bajo una dinámica grupal y de enfoque cognitivo - conductual. Tal como lo plantea Sánchez-Hérvás (2001), la terapia cognitiva-conductual, recomendada por la Asociación Psicológica Americana, es el tratamiento más adecuado para abordar conductas adictivas. La finalidad de los talleres es disminuir progresivamente el consumo de tabaco para evitar los posibles daños psíquicos y físicos, mediante la detección de situaciones que llevan al consumo y la motivación al individuo para evitarlas, y ponerle un fin a su problemática. A su vez, se desempeñó el taller recreativo, la propuesta era generar un espacio de confianza donde los pacientes se sintieran acompañados por la tarde. La puesta en práctica fue bien recibida por los internados, quienes participaron rigurosamente de cada encuentro, complementando con ideas para próximas actividades. No sólo se observó la eficacia del taller recreativo como intervención para que los pacientes redujeran su consumo durante ese espacio, sino que los mismos pacientes manifestaban asombro al darse cuenta de que pasaban horas entretenidos sin prender un cigarrillo.

En última instancia, el tercer objetivo expone que se debe describir si hubo un cambio notorio en la conducta adictiva de los pacientes. Realmente, no hubo cambios significativos con la implementación de los dos talleres, debido a varias limitaciones que se explicaran en el segundo apartado. Sin embargo, los pacientes manifestaron sentirse mejor manteniéndose en actividad y eso requería una reducción en el consumo. No se exteriorizaron deseos por dejar de fumar completamente, pero si hubo una toma de conciencia en relación con las consecuencias negativas del tabaquismo y en la importancia de fumar menos.

Se considera que el objetivo general expuesto pudo ser cumplido de acuerdo con lo planteado, ya que se permitió el acceso a material de la institución y al contacto directo con las pacientes para estudiar la problemática, y se brindó herramientas necesarias para desempeñar con éxito los talleres sugeridos.

En conclusión, existe una impetuosa necesidad de investigar más acerca del impacto de la problemática del tabaquismo en la calidad de vida de las poblaciones psiquiátricas y ampliar en relación con intervenciones psicológicas respaldadas por fundamentos empíricos

contundentes. Aún queda un largo camino por recorrer en materia de investigaciones (Al-Halabí et al., 2016).

6.1 Limitaciones

Afortunadamente, la predisposición de la institución y del equipo tratante del servicio de internación fue muy favorable para la recolección de información y el desarrollo de cada objetivo. Se contó con acceso al manejo de las historias clínicas, con asesoramiento en el material bibliográfico y con una amplia apertura a tratar personalmente con los pacientes que allí residen. Se mostraron muy predispuestos con la propuesta de inaugurar un taller recreativo por las tardes y, además, fomentaron el desarrollo de intervenciones destinadas a las drogodependencias. Sin embargo, se dificultó mantener la constancia del taller de adicciones una vez transcurrido los primeros meses, ya que hay dos psicólogos en el equipo y sólo uno de ellos se encargaba del taller. A veces sucedía que la psicóloga debía faltar, la pasante no podía estar a cargo sola del taller y se tenía que suspender. A pesar de que se contaba con otro psicólogo, él se encontraba muy ocupado con pacientes externos y se le complicaba llevar a cabo las reuniones. Este acontecimiento sucedió varias veces, por lo cual, el taller comenzó a perder constancia y los pacientes perdieron la motivación de seguir asistiendo. Efectivamente, esta limitación condicionó de manera significativa los resultados obtenidos, faltó más compromiso por parte del equipo tratante y la pasante en este aspecto tan importante.

Otra limitación, es la condición patológica de los pacientes del servicio. En su mayoría se encuentran internados con un gran deterioro cognitivo o con síntomas positivos muy exacerbados. Por lo tanto, se dificultó la selección del grupo de diez pacientes que estén dispuestos a responder preguntas y participar de los talleres activamente. Igualmente, se presentó un obstáculo a la hora de implementar el cuestionario, debido a que varios están diagnosticados con esquizofrenia de tipo paranoide y someterlos a una serie de preguntas podía interferir en la recuperación del paciente. Consecuentemente, la jefa del servicio sugirió a la pasante realizar las preguntas en un ámbito más informal y de manera fragmentada así no se contribuía a desplegar una idea delirante en torno a la participación de esta. Así fue, la prueba no se pudo desempeñar tal cual lo requerían las reglas de administración, pero sirvió para realizar un seguimiento de los cambios en la conducta de los participantes.

En cuanto a la metodología utilizada para desarrollar la investigación, se decidió un tipo de estudio descriptivo, a modo de trabajo final profesional, a través de testimonios de pacientes, la opinión fundada de agentes de salud mental, entrevistas semiestructuradas antes y después de los talleres, y la observación. Se hubiera considerado aplicar un tipo de estudio longitudinal para obtener mejores resultados, pero la falta de tiempo y la constante rotación de los pacientes no lo permitieron. Un obstáculo para destacar es el predominio del enfoque psicoanalista en los psicólogos que no permite un contraste con otros enfoques para lograr una mirada más integral en el campo de las adicciones. En otras palabras, fue difícil para ellos ayornarse a la propuesta del abordaje cognitivo-conductual o humanista y a sus diferentes estrategias de intervención en los talleres, debido a sus limitaciones conceptuales en ese campo.

Otro sesgo que presenta la institución psiquiátrica es dejarse caer en la convicción de que los pacientes no van a cambiar su hábito de fumar y probablemente su condición los lleve a reiteradas recaídas. Es cierto que varios estudios demuestran que son más propensos a no adherir al tratamiento o recaer en lo mismo, pero esa no debería ser una limitación para los profesionales. Por esta razón, el personal tratante le resta importancia a esta problemática y la interpreta como una forma de compensar al individuo por encontrarse en esa situación.

6.2 Perspectiva Crítica y Aporte Personal

La presente evaluación permitió esclarecer la vinculación teórica-clínica que existen entre la esquizofrenia y el tabaquismo, bajo una mirada crítica que refleja el gradual cambio que sufrieron los llamados *padecientes mentales*. A través de la historización de los manicomios y sus residentes, se pudo comprender la posición que hoy en día ocupan los pacientes, acarreado desde tiempos remotos el peso de la estigmatización social. En otras palabras, debieron atravesar su condición de objeto de estudio para poder transformarse en sujetos de derechos, pero esa transición les costó muchos años de sufrimiento y marginación. La dinámica de la institución psiquiátrica cumplirá un rol fundamental, será su práctica la que condene al enfermo a la cronificación y desamparo social (Vezzetti, 1983).

A pesar de que esas concepciones y prácticas parecieran haber quedado en el pasado, aún se sigue observando el abandono que padecen los enfermos crónicos, una vida de desesperanza y sin oportunidades de reinserción a la sociedad. Es menester poner en

evidencia la falta de políticas públicas del Estado para la prevención del consumo de drogas (entre ellas el tabaco) y la falta de promoción de calidad de vida en salud mental. Es un tema que preocupa no sólo en la ciudad de Buenos Aires, sino a nivel nacional. Reiteradas veces se citó el pedido de acción inmediata por parte de la Asociación Europea de Psiquiatría (EPA) y la Asociación Psicológica Americana (APA) en temáticas de salud pública para esta población. Se ha observado que la tasa de mortalidad ha disminuido en los habitantes en general, pero en los individuos con patologías mentales está aumentando cada vez más, con un promedio de prevalencia que genera gran inquietud (Reeves et al., 2018); Esta podría ser una de las causas por las cuales la esperanza de vida de los pacientes psiquiátricos es significativamente menor a la de la población sin patología (Trebilcock, 2017).

Esto lleva a plantearse varios interrogantes: ¿De qué manera se puede implementar medidas de prevención? ¿Qué acciones se pueden tomar por parte de los profesionales para generar concientización acerca de las consecuencias del tabaquismo? ¿Qué rol cumple el Estado?

Considerando estos interrogantes, me parece que en primera instancia cada encargado de los servicios ya sea internación, admisión, hospital de día, etc. deben aportar desde su lugar, capacitando profesionales en el abordaje de las drogodependencias y fomentando la importancia que debería tener el tema en el espacio de consulta con el paciente y la familia. Además, se podría implementar las áreas libres de humo y de esa manera no impulsar a los no fumadores a seguir los mismos hábitos. En suma, partiendo de la institución, hay muchas tareas que se pueden hacer para ayudar a estas comunidades hasta conseguir el apoyo suficiente del Estado.

Quizás, si se disponía de más tiempo dentro de la institución y se mantenía de manera regular el taller de adicciones a lo largo del año los resultados arrojados cambiaban. A pesar de la amplia lectura y las conversaciones con expertos del tema, la pasante se encontraba limitada en cuanto a estrategias en adicciones respectivamente, por lo que se considera no haber aportado mucho en este campo.

Sin embargo, a partir del trabajo de investigación, se aportaron varios aspectos que no eran considerados con demasiada relevancia. De acuerdo con los relatos de varios pacientes, se formuló un nuevo enigma: ¿Qué papel ocupa el taller recreativo en la recuperación de un adicto? ¿Qué importancia tiene para un paciente sentirse útil en una tarea? Siguiendo la misma línea, ya se ha comprobado que una de las causas que llevan a motivar a los fumadores es la falta de actividad, la monotonía en sus días y sus desesperadas ganas por llenar esa sensación de vacío (De Oliveira & Ferreira Furegato, 2012). Se considera que el

aporte más relevante que tuvo el informe fue la necesidad, por parte de los pacientes, de sentirse escuchados, tener un espacio de contención y escucha, donde se puedan proponer actividades de su interés, y que la persona pueda sentirse parte de algo. Muchas veces, sujetos que se encuentran en esta situación carecen de alguien que los mire, que los escuche y demuestre que sus inquietudes o conflictos no son juzgados, sino entendidos y valorados. Con la monotonía de los días en el hospital, a veces los profesionales pierden de vista estas consideraciones y se olvidan de las situaciones horribles que tuvieron que atravesar los sujetos para terminar internados. Se entiende que la participación de la pasante esos meses en el hospital, hizo resurgir estos temas nuevamente y se planteó una perspectiva de intervención que hace años dejó de usarse.

6.3 Nuevas Líneas de Investigación

Es sorprendente la cantidad de material que existe acerca de intervenciones destinadas al consumo de tabaco en población general y las pocas publicaciones que hay en torno a los sujetos diagnosticados con esquizofrenia. Se reconoce que es muy importante la complementación entre psicoterapia y psicofarmacología, pero claramente es un campo en el cual hay que seguir avanzando, sobre todo en relación con el tratamiento.

Se ha encontrado publicaciones que describen la mera patología y su implicancia con las drogas, pero faltan estudios contundentes que guíen y apoyen empíricamente a los profesionales en materia de intervenciones adecuadas a poblaciones de psicóticos crónicos internados. Además, se debería exigir un curso de capacitación a los profesionales más adecuados con el área, como psiquiatras y psicólogos, para fomentar una perspectiva más integral.

Se considera interesante, evaluar detalladamente la eficacia empírica de complementar el abordaje de las adicciones con un espacio lúdico, donde los pacientes puedan desempeñarse en aspectos como el arte o el deporte. Así mismo, permitir un estilo de vida más salugénico para los que residen en hospitales.

Del mismo modo, el departamento de investigación de hospitales públicos podría considerar seguir fomentando la investigación de esta temática en jóvenes profesionales ya que, es necesario aplicar intervenciones que se adecuen social y culturalmente a Argentina.

A medida que se avance en las investigaciones, también se podría reflexionar acerca de la implementación a futuro del enfoque en Psicología Positiva (Seligman, 1999), que

permita abrir la mirada y salir del modelo médico, para dar lugar a un enfoque que prioriza las fortalezas del individuo.

7. Bibliografía

- Alozai, Uu & Sharma, S. (2018) Drug and Alcohol Use. *StatPearls*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513263/>
- Addington, J. (1998). Group treatment for smoking cessation among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 49(7), 925-928.
- Al-Halabí, S., Fernández-Artamendi, S., Díaz-Mesa, E. M., García-Álvarez, L., Flórez, G., Martínez-Santamaría, E., Arrojo, M., Saiz, P. A., García-Portilla, P & Bobes, J. (2016). Tabaco y rendimiento cognitivo en pacientes con esquizofrenia: diseño del estudio cognitivo. *Adicciones*, 29(1), 6-12.
- American Psychiatric Association. (2014). Actualización de la Codificación del DSM-5. *Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5th edn*. Arlington, VA Google Scholar.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., & Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al

- drogodependiente. *Adicciones*, 25(2), 118-127.
doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.59>
- Basaglia, F., Pomar, J., García, R., Serós, A., & Torrent, L. (1972). *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Ediciones corregidor.
- Becoña, E., Gómez-Durán, B., Álvarez-Soto, E. & García, M. (1992): Scores of Spanish smokers on Fagerström's Tolerance Questionnaire. *Psychological Reports*, 71, 1227-1233.
- Becoña, E., & Míguez, M. C. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*, 1(1), 99-112.
- Becoña Iglesias, E. (2003). El tratamiento psicológico de la adicción a la nicotina. *Papeles del psicólogo*, 24(85).
- Becoña, E. & Vázquez, F.L. (1998). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83, 1455-1458.
- Betta, J. C. (1981). *Manual de Psiquiatría*. Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- Bravo, A., Cabrera, M. C., Gómez, L. F., Pinto, A. F., & Rosselli, D. (2015). Consumo de tabaco en poblaciones estigmatizadas: una revisión de la literatura en Pubmed Tabaco en población estigmatizada. *Revista Colombiana de Neumología*, 27(4).
- Chiarveti, S. (2008). La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 17(2).
- De Lellis, M., & Rossetto, J. (2009). Cien años después: Transformaciones de una institución asilar en la República Argentina. *Revista de Humanidades Medicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología [en línea]*, 23-31.
- De Oliveira, R. M., & Furegato, A. R. F. (2012). Esquizofrenia y dependencia del tabaco: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 11(1), 382-398.
- Díaz Quiñones, J., Valdés Gómez, M., & Boullosa Torrecilla, A. (2016). El trabajo interdisciplinario en la carrera de medicina: consideraciones teóricas y metodológicas. *Medisur*, 14(2), 213-223.
- Donzelot, J. (1991). Espacio cerrado, trabajo y moralización. *Espacios de poder*, 27-51.
- Fagerstrom, K.O. & Schneider, N.G. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavior Medicine*, 12, 159-182.
- Goffman, E. (2001). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Hermosilla, A. M., & Cataldo, R. (2012). Ley de salud mental 26.657: antecedentes y perspectivas. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 134-140.
- Instituto de Medicina (1990). *Treating Drug Problems*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kariel, H. S. (1956). Democracy unlimited: Kurt Lewin's field theory. *American Journal of Sociology*, 62(3), 280-289.
- Ley Nacional de Salud Mental 26.657 – Modificatoria de la Ley 22.914. Ley de Derecho a la Protección de la Salud del Ministerio de la Nación. Boletín Oficial 02/12/2010. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación
- Lichtenstein, E., & Brown, R. A. (1980). Smoking cessation methods: Review and recommendations. *The addictive behaviors. Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*, 169-206.
- Mantilla, M. J. (2011). La construcción del diagnóstico psiquiátrico: un análisis de los saberes y prácticas en juego en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. *Ea Rev Human Med Estud Soc Cienc Tecnol*, 2(3), 1-29.
- María, J., Ortega, M., Gurpegui, M., Díaz, F. J., & De Leon, J. O. S. É. (2004). Tabaco y esquizofrenia. *MONOGRAFÍA TABACO*, 16(suplemento 2), 177-190.
- McChargue, D. E., Gulliver, S. B., & Hitsman, B. (2002). Would smokers with schizophrenia benefit from a more flexible approach to smoking treatment? *Addiction*, 97(7), 785-793.
- Morasso, AM (2013). Gestión de modelos de externación de adultos con alteraciones mentales y el impacto en la desinstitucionalización en Argentina. *Visión de futuro*, 17 (2), 0-0.
- Ottaviano, L. (2011). La institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la salud mental. *Revista Electrónica de Psicología*, 44-53.
- Pereyra, C. (1973). *Semiología y psicopatología de los procesos de la esfera intelectual*. Buenos Aires: Editorial Salerno.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Guadagnoli, E., Rossi, J. S. & DiClemente, C. C. (1991). Patterns of change: Dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate Behavior Research*, 26, 83-107
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good*. Nueva York: William Morrow and CIA.

- Reeves, L. E., Gaudiano, B. A., Metrik, J., Guzman Holst, C., Morena, A., Sydnor, V. J., Weinstock, L. M., & Epstein-Lubow, G. (2018). Comorbid cannabis and tobacco use disorders in hospitalized patients with psychotic-spectrum disorders. *Journal of dual diagnosis*, 1-10. doi: 10.1080/15504263.2018.1470359
- Robson, D., Cole, F., Jalasi, S., Boojharut, B., Smith, S., Thompson, S., Jones, M., & Haddad, M. (2013). Dejar de fumar y enfermedades mentales graves: una evaluación de servicio de una clínica para dejar de fumar en una unidad de hospitalización aguda. *Revista de enfermería clínica*, 22 (3-4), 405-413.
- Sánchez-Hervás, E. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos adictivos*, 3(1), 21-27.
- Seligman, M. E. (1999). Positive social science. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 1(3), 181.
- Stagnaro, J. C., Cía, A. H., Gaxiola, S. A., Vázquez, N., Sustas, S., Benjet, C., & Kessler, R. C. (2018). Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(2), 121-129.
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I., Montanari, L., Vicente, J., & Domingo-Salvany, A. (2017). Patología dual: una perspectiva europea. *Adicciones*, 29(1), 3-5.
- Trebilcock, G. (2017). Tabaquismo en pacientes con diagnóstico psiquiátrico. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(3), 232-235.
- US National Institutes of Health. (1991). Strategies to control tobacco use in the United States: a blueprint for public health action in the 1990's. In *Smoking and Tobacco Control. Monographs* (No. 1). US National Institutes of Health. National Cancer Institute.
- Valero, M. R., & Paul, L. E. (2008). Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias: evaluación de las intervenciones del programa "Lugar de Escucha"-CEDRO. *Adicciones*, 20(2), 185-196.
- Vezzetti, H. (1983). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Folios Ediciones.
- Weiner, E., Ball, M. P., Summerfelt, A., Gold, J., & Buchanan, R. W. (2001). Effects of sustained-release bupropion and supportive group therapy on cigarette consumption in patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 635-637.
- World Health Organization. (1953). Expert Committee on Mental Health: third report [of a meeting held in Geneva, 24-29 November 1952].

World Health Organization. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

8. Anexos

8.1 *Test de Dependencia física a la Nicotina de Fagerstrom*

Test de Dependencia Física a la Nicotina (FTND)

Pregunta	Puntaje
1-¿Cuánto tiempo tarda después de despertarse en fumar su primer cigarrillo?	
Hasta 5 minutos	3
Entre 6 y 30 minutos	2
Entre 31 y 60 minutos	1
Más de 60 minutos	0
2-¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido, tales como iglesia, biblioteca, cine, etc.?	
Sí	1
No	0
3-¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?	
El primero de la mañana	1
Cualquier otro	0
4-¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
10 o menos	0
11-20	1
21-30	2
31 o más	3
5-¿Fuma más frecuentemente durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	
Sí	1
No	0
6-¿Fuma cuando está tan enfermo que pasa en la cama la mayor parte del día?	
Sí	1
No	0
SUMA TOTAL:	

Grado de dependencia: Menor o igual a 3 puntos: **Leve**

De 4 a 6 puntos: **Moderado**

Mayor a 7 puntos: **Grave**