



**USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR**

FACULTAD DE MEDICINA.

INSTITUTO DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES.

**MAESTRÍA EN PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LAS
DROGADEPENDENCIAS**

Tesis: “Creencias de los profesionales de la Salud Mental con
respecto al tabaquismo de sus pacientes”.

**USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR**

Maestrando: Médica Especialista en Psiquiatría

Cecilia Jorgelina De Simone

Directora: Doctora Ana María García de Amusquibar

Co-directora: Doctora Edith Barinaga.

Año 2021

Resumen

Objetivos: El objetivo general del trabajo es explorar las creencias de los profesionales de la Salud Mental (PSM) fumadores y no fumadores. Los objetivos específicos son conocer de qué manera influye la condición de fumador en las creencias de los profesionales que trabajan en el área de la Salud Mental con respecto al tabaquismo de sus pacientes, diferenciar las creencias hacia el tabaquismo de los profesionales que trabajan en el área de la Salud Mental fumadores con respecto a los no fumadores e identificar la influencia de la profesión que ejercen los distintos PSM sobre las creencias en relación al tabaquismo de sus pacientes.

Metodología: se administró un cuestionario ad hoc de autollenado a 134 profesionales de la Salud Mental que desarrollaban sus actividades asistenciales en el área de la Salud Mental de adultos en la Capital Federal y /o provincia de Buenos Aires. El cuestionario incluyó una escala de tipo Likert para la medición de las creencias en relación al tabaquismo.

Resultados: se incluyeron 131 cuestionarios dado que se excluyeron 3 cuestionarios incompletos. El 73% (n=95) eran mujeres, el restante 27% hombres. La profesión de los participantes fue: 64% (n=84) psicólogos/as, médicos/as 34% (n=44) y otros 2% (n=3). El 28% (n=37) eran fumadores actuales. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en aquellas preguntas que relacionan el rol del profesional con el tabaquismo y con la intervención en los lugares de atención de pacientes, encontrándose los profesionales de la Salud Mental no fumadores en mayor grado de acuerdo. Los médicos/as manifestaron mayor acuerdo con el rol modélico de la profesión en relación al tabaquismo.

Conclusiones: dada la elevada prevalencia de tabaquismo en los PSM y su influencia en las intervenciones con sus pacientes se plantea la prevención en el inicio del tabaquismo y el mayor acceso a tratamientos para dejar de fumar en los PSM. Se propone además que la

capacitación en tabaquismo ocupe un lugar destacado en los programas de formación de residentes y otros profesionales de la salud mental.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi hijo Matías, que, siendo aun niño, me ha alentado en reiteradas oportunidades, acompañándome y alegrándose cuando le transmitía los avances del trabajo. También a Nora, quien estuvo presente siempre y lo seguirá estando en mi vida.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Agradecimientos

Agradezco principalmente a la Doctora Ana María García, directora de la tesis, quien ha sido un estímulo y apoyo constante. Me enseñó a dar los primeros pasos en la investigación así como también me ayudó en la recolección de los datos del estudio. No quiero dejar de agradecer a la Doctora Edith Barinaga, co directora de la tesis, y el Licenciado Diego Argentino quienes con su experiencia y dedicación me iluminaron en varias ocasiones el camino cuando se oscurecía en el trayecto de la elaboración de este trabajo.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Prólogo

El trabajo con personas que concurren para dejar de fumar, me permitió observar a pacientes con enfermedades mentales que llegaban a la consulta de cesación tabáquica motivados para dejar de fumar pero que lamentablemente habían perdido muchas oportunidades previas para realizar intentos de cesación.

Aún más, en ocasiones, los pacientes habían comenzado a fumar durante y luego de alguna internación psiquiátrica. Por otra parte, como profesional de la salud mental, he recibido comentarios de colegas manifestando sus temores y desconocimiento en relación a la cesación tabáquica de sus pacientes.

El trabajo consiste en la investigación sobre las creencias de los profesionales del campo de la salud mental en relación al tabaquismo de sus pacientes. Se analizarán también si las diferentes profesiones y el status de fumador inciden en dichas creencias.

El estudio de las creencias en este grupo de profesionales puede orientar, de ser necesario, a futuras intervenciones en beneficio de los pacientes con enfermedades mentales.

Indice

Introducción.....	6
Marco teórico	
Capítulo 1. Creencias y Salud Mental	
1.1. Definición de creencias.....	8
1.2. Concepto de Salud Mental	10
Capítulo 2. Tabaquismo	
3.1. Definición	12
3.2. Historia.....	13
3.3. Planta del tabaco.....	18
3.4. Componentes del humo del tabaco.....	19
3.5. La nicotina.....	20
3.6. Características diagnósticas.....	23
Capítulo 3. Determinantes psicosociales de la adicción nicotínica.....	27
Capítulo 4. Aspectos neurobiológicos de la adicción	
4.1. La dopamina y el circuito de recompensa cerebral.....	32
4.2. Concepto de craving.....	34
4.3. El receptor nicotínico	36
4.4. Abstinencia nicotínica	39
Capítulo 5. Datos epidemiológicos del tabaquismo	
5.1. En el mundo	41
5.2. En la Argentina	42
Capítulo 6. Consecuencias del tabaquismo en la salud física	

6.1. Enfermedades asociadas al consumo de tabaco

Tabaco y cáncer.....	44
Tabaco y enfermedad respiratoria.....	46
Tabaco y enfermedad cardiovascular.....	46
Tabaco y HIV.....	48
Tabaco y COVID-19.....	48
Tabaco y salud reproductiva en las mujeres.....	49
Tabaco y sexualidad masculina.....	49
Tabaco y piel.....	49
Tabaco y embarazo	50
Tabaco y demencia.....	51
6.2. Tabaquismo pasivo.....	51

Capítulo 7. Tabaquismo y enfermedad mental

7.1. Prevalencia.....	54
7.2. Modelos de asociación entre el tabaquismo y las enfermedades mentales.....	57
7.2.1 Patología dual.....	58
Tabaquismo y esquizofrenia.....	59
Tabaco y depresión.....	61
Tabaquismo y trastorno bipolar.....	64
Tabaquismo y trastornos de ansiedad.....	65
Tabaco y consumo de otras sustancias.....	67
Tabaco y alcohol.....	68
Tabaco y cannabis.....	69
Tabaco y cocaína.....	71

Tabaco y opioides.....	71
Nicotina y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.....	72
Tabaco e insomnio.....	74
Tabaco y trastornos de la personalidad.....	75
7.3. Efectos del tabaco en el metabolismo de los psicofármacos.....	75
Capítulo 8. Tratamiento del tabaquismo en la población general.....	76
8.1. Niveles de intervención en tabaquismo.....	79
8.2. Entrevista motivacional en fumadores.....	85
Características de la motivación.....	85
Entrevista motivacional.....	88
8.3. Beneficios de dejar de fumar.....	89
8.4. Tratamiento farmacológico.....	91
Terapia de reemplazo nicotínica.....	92
Bupropión.....	96
Vareniclina.....	99
Farmacoterapia combinada.....	100
Capítulo 9. Tabaquismo y recaídas.....	101
Capítulo 10. Características del abordaje del tabaquismo en pacientes con enfermedades mentales.....	104
10.1. Cesación tabáquica y esquizofrenia.....	108
10.2. Cesación tabáquica y depresión.....	111
10.3. Cesación tabáquica en pacientes con trastornos de ansiedad.....	114
10.4. Alcoholismo y cesación tabáquica.....	116
10.5. Cesación tabáquica en instituciones de	


internación psiquiátrica.....	118
Capítulo 11. Los profesionales de la salud y el tabaquismo.....	122
11.1. Profesionales de la salud mental y tabaquismo.....	124
11.2. Creencias y actitudes de los profesionales de la salud mental hacia el tabaquismo.....	127
11.3. Rol de los profesionales de la salud frente al tabaquismo.....	129
Capítulo 12. Metodología.....	132
Capítulo 13. Resultados.....	134
Capitulo 14. Análisis de los datos.....	152
Capitulo 15. Discusión y conclusiones.....	154
Referencias bibliográficas.....	160
Anexo 1.....	174
Anexo 2.....	176
Anexo 3.....	177
Anexo 4.....	178
 USAL UNIVERSIDAD DEL SALVADOR	
Indice de figuras, tablas y gráficos	
Tabla 1. Trastorno por consumo de tabaco. Criterios diagnósticos.....	23
Tabla 2. Criterios diagnósticos de la Abstinencia de Tabaco.....	26
Tabla 3. El consumo de tabaco como un proceso.....	28
Figura 1. Sistema de recompensa cerebral.....	33
Figura 2. Efectos neuroquímicos de la nicotina.....	38
Tabla 4. Efectos de la abstinencia nicotínica.....	39
Figura 3. Niveles de intervención en tabaquismo.....	84
Tabla 5. Etapas de cambio.....	87

Gráfico 1. Sexo de los profesionales.....	134
Gráfico 2. Profesiones.....	135
Gráfico 3. Ambito de trabajo.....	135
Gráfico 4. Status de fumador.....	136
Tabla 6. Características basales según status de fumador.....	137
Tabla 7. Creencias según status de fumador.....	138
Tabla 8. Características basales según profesión.....	144
Tabla 9. Creencias según profesión.....	145



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Introducción

Los pacientes con enfermedades mentales tienen mayor prevalencia de tabaquismo que la población general, lo cual tiene un impacto importante en la morbimortalidad de este grupo de pacientes (Ratschen E, Britton J, Doody G, 2009).

Históricamente los profesionales de la salud mental han utilizado el cigarrillo a manera de recompensa e incentivo en sus pacientes, principalmente en aquellos institucionalizados (Carosella AM, 1999). La Asociación de Psiquiatría Americana (1996) recomienda a los PSM (profesionales de la Salud Mental) que incluyan el tratamiento del tabaquismo en la atención de sus pacientes. Sin embargo, se observa que los PSM realizan pocas intervenciones en tabaquismo a sus pacientes fumadores (Twyman L, 2019).

Las creencias de los PSM con respecto a la cesación tabáquica de los pacientes con enfermedades mentales reflejarían la percepción de complejidad para abordar este problema (Twyman L, 2019). Por otra parte, distintos estudios describen mayor prevalencia de tabaquismo en los profesionales de la salud y entre ellos se destacan los PSM entre los más fumadores (Zabert G, 2012; Hall y Prochaska, 2009).

Objetivo general:

- Explorar las creencias de los PSM fumadores y no fumadores.

Objetivos específicos:

- Conocer de qué manera influye la condición de fumador en las creencias de los profesionales que trabajan en el área de la Salud Mental con respecto al tabaquismo de sus pacientes,
- Diferenciar las creencias hacia el tabaquismo de los profesionales que trabajan en el área de la Salud Mental fumadores con respecto a los no fumadores.
- Identificar la influencia de la profesión que ejercen los distintos PSM sobre las creencias en relación al tabaquismo de sus pacientes.

Hipótesis

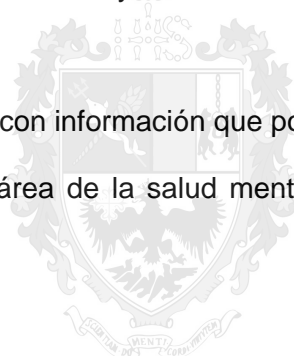
Las creencias de los profesionales de la salud mental influyen sobre las actitudes hacia sus pacientes fumadores con diferencias entre los profesionales fumadores y no fumadores.

Metodología

Se administrará un cuestionario ad hoc de autollenado a los profesionales del área de la salud mental. El cuestionario incluirá preguntas con respecto a datos epidemiológicos, profesión, y condición de fumador, así como también una escala tipo Likert de medición de creencias. Se investigarán las creencias desde el marco teórico de la Terapia Cognitiva.

El presente estudio explorará cuáles son las creencias de los profesionales que atienden pacientes con enfermedades mentales con respecto al tabaquismo de sus pacientes y la condición de fumador de los profesionales y su influencia en las creencias con respecto al tabaquismo.

Los datos obtenidos contribuirán con información que podrá ser utilizada por las instituciones de formación de profesionales del área de la salud mental como universidades, hospitales y residencias médicas.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Marco teórico

Capítulo 1. Creencias y Salud Mental.

1.1. Definición de creencias

Ortega y Gasset (1976), describe a las creencias como todas aquellas cosas con las que absolutamente contamos, aunque no pensemos en ellas. El autor se refiere a las creencias de la siguiente manera:

Las creencias constituyen la base de nuestra vida, el terreno sobre que acontece. Porque ellas nos ponen delante lo que para nosotros es la realidad misma. Toda nuestra conducta, incluso la intelectual, depende de cuál sea el sistema de nuestras creencias auténticas. En ellas “vivimos, nos movemos y somos”. Por lo mismo no solemos tener conciencia expresa de ellas, no las pensamos, sino que actúan latentes, como implicaciones de cuanto expresamente hacemos o pensamos. Cuando creemos de verdad una cosa, no tenemos “idea” de esa cosa, sino que simplemente “contamos con ella”. (Pp. 24-25)

Ortega y Gasset (1976) considera que el estrato más profundo de nuestra vida, está formado por creencias que sostienen y portan todos los demás estratos. En todo momento, nuestra vida está montada sobre un repertorio enorme de creencias.

El filósofo, diferencia a las “creencias” de las “ideas”, afirmando que:

Creencias son todas aquellas cosas con que absolutamente contamos, aunque no pensemos en ellas. De puro estar seguros de que existen y de que son según creemos, no nos hacemos cuestión de ellas, sino que automáticamente nos comportamos teniéndolas en cuenta. Cuando caminamos por la calle, no intentamos pasar a través de los edificios: evitamos automáticamente chocar con ellos sin necesidad de que en nuestra mente surja la idea expresa: “los muros son impenetrables”. En todo momento, nuestra vida está montada sobre un repertorio enorme de creencias parejas. Pero hay cosas y

situaciones ante las cuales nos encontramos sin creencia firme: nos encontramos en la duda de si son o no, y de si son así o de otro modo. Entonces no tenemos más remedio que hacernos una idea, una opinión sobre ellas. Las ideas son, pues las “cosas” que nosotros de manera consciente construimos, elaboramos precisamente porque no creemos en ellas. (p.41)

Según Ortega y Gasset las ideas pueden consolidarse en creencias, al creer en una idea como la realidad. De esta manera la idea pasa a constituirse en creencia para el individuo.

El modelo cognitivo plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Según este modelo a partir de la infancia las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo. Aaron Beck (1999) describe a las creencias como estructuras cognitivas relativamente rígidas y duraderas, que no son fáciles de modificar por la experiencia.

Según este modelo, las creencias centrales constituyen el nivel más esencial de creencia, son globales, rígidas y se generalizan en exceso, son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas.

Asimismo, las creencias centrales inciden en el desarrollo de una clase intermedia de creencias, que consisten en actitudes, reglas y presunciones, a menudo no expresadas. Ambos tipos de creencias (centrales e intermedias), se originan desde las primeras etapas del desarrollo, a través del aprendizaje de las interacciones con el mundo y con los demás, siendo variables en cuanto al grado de exactitud y funcionalidad. (J Beck, 2008)

Según la terapia cognitiva las creencias tienen una influencia enorme en los sentimientos y en las conductas. Por ejemplo, los pacientes deprimidos tienen puntos de vista negativos acerca de sí mismos, el mundo y el futuro. Estas creencias influyen en sus sentimientos de desesperación, culpa y tristeza así como también en conductas depresivas como aislarse o alejarse (A.Beck, 1999).

La terapia cognitiva propone la identificación y modificación de creencias negativas o disfuncionales para el paciente en creencias más funcionales y adaptativas (Beck, J. ,2008).

En los pacientes con abuso de sustancias se identifican tres tipos de creencias: anticipadoras, relacionadas con el alivio y permisivas. Las creencias adictivas se van desarrollando a lo largo del tiempo., como resultado, se acaban asimilando mucho y se vuelven extremadamente resistentes al cambio. En este caso el objetivo de la terapia cognitiva es facilitar el proceso a través del cual las creencias de control (son aquellas que disminuyen la probabilidad de consumir drogas) acaben siendo más influyentes que sus creencias sobre la adicción (Beck, 1999).

De acuerdo al marco de la Terapia Racional Emotiva (TRE), Albert Ellis considera que las personas tienen innumerables creencias (pensamientos, cogniciones o ideas) sobre los acontecimientos o experiencias activantes, estas creencias tienden a ejercer fuertes influencias sobre las consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales. Distingue dos tipos de creencias: las creencias racionales, que conducen a conductas de autoayuda y las creencias irracionales que conducen a comportamientos autoderrotistas (Ellis, 1998).

La TRE emplea métodos emotivos y conductuales que ayudan a las personas a ver sus creencias irracionales sobre sí mismas y sobre los demás, y esto las ayuda a discutir y desechar tales ideas. La TRE considera que los problemas psicológicos surgen de percepciones o concepciones erróneas acerca de lo que le sucede al individuo (Ellis, 1980).

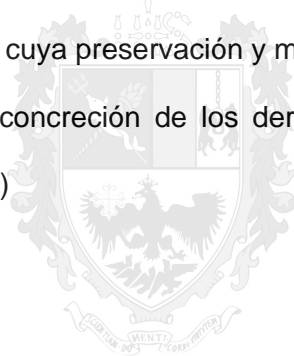
1.2. Concepto de Salud Mental

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de

la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Lía Ricón (1991) describe un acercamiento más dinámico al concepto de salud, privilegiando la pertinencia y adecuación de las reacciones, la flexibilidad de la adaptación hasta los límites de una vida digna de ser vivida, el consenso social y las circunstancias generales en las cuales vive el individuo evaluado. Define la autora a la salud como “un estado fluctuante que tiende al bienestar, en el que el individuo pueda detectar e intentar corregir signos o síntomas de enfermedad o padecimiento” (p.21).

En nuestro país la Ley Nacional 26657 en su artículo tercero, define conceptualmente a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ministerio de Salud, 2018.)



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR