

LA ADICCIÓN AL TABACO EN CENTROS DE DÍA DE DISCAPACIDAD EN ALMERÍA.

Proyecto de investigación MEMDIS 2012/2013



Realizado por: Lourdes Bazán Coto
Tutor: Luis Ortiz Jiménez

AGRADECIMIENTOS.

Primeramente quiero dar las gracias a mi tutor, D. Luis Ortiz Jiménez, por haberme apoyado, ayudado y orientado en el aprendizaje y desarrollo de este Trabajo Fin de Máster.

A la FAAM (Federación Almeriense de Asociaciones de Personas con Discapacidad), en especial a Valentín Sola Caparros (Presidente) e Isabel Valdés Tapia (Gerente), por su amabilidad, implicación y colaboración en el desarrollo del estudio.

Y a los trabajadores de las distintas Unidades de Estancia Diurnas que han participado activamente en el trabajo de campo:

- María Francisca Roca López - Enfermera y Coordinadora del Centro de Día "Las Salinas".
- Isabel Morales Pérez – Psicóloga y Directora del Centro de Día de “Ana M^a Díaz y Plaza” y “Antonio Sáiz y López”
- Encarnación Pérez - Maestra de Audición y Lenguaje y Coordinadora del Centro de Día de la FAAM para personas gravemente afectadas.

A FAISEM (Fundación Pública para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental), y a su Delegada Provincial en Almería, Amparo Lloret López, por haberme facilitado la colaboración de la UED de Almería.

Al trabajador Joaquín Pierre Canales, monitor ocupacional del Centro de Día de personas con enfermedad mental FAISEM, por su participación activa e implicación.

A Juan Antonio Fernández García, por su dedicación y paciencia.

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	5
1.- CONCEPTUALIZACIÓN.....	7
1.1.- CONCEPTO DE DEPENDENCIA.....	7
1.2.- CONCEPTO DE DISCAPACIDAD.....	8
1.3.- CONCEPTO DE ADICCIÓN.....	11
2.- CLASIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD.....	13
2.1. SALUD MENTAL.....	16
2.2.- VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA.....	17
2.3.- SERVICIOS PARA ESTE COLECTIVO.....	19
3.- LA ADICCIÓN AL TABACO.....	24
3.1. TIPOS DE TRATAMIENTOS.....	27
3.1.1. Para las personas no dispuestas a dejar de fumar.....	28
3.1.2. Para las personas dispuestas a dejar de fumar.....	29
3.1.2.1. Intervenciones breves.....	29
3.1.2.2. Intervenciones intensivas.....	29
3.1.3.- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICOS.....	30
3.1.4.- OTRAS TERAPIAS.....	30

4.- BINOMIO TABAQUISMO-DISCAPACIDAD.	31
5.- METODOLOGÍA.	32
5.1.- OBJETIVOS.	32
5.2.- PERFIL METEODOLÓGICO: CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.	33
5.3.- CONTEXTO.	33
5.4.- INSTRUMENTOS.	35
6.- ANÁLISIS DE DATOS.	37
6.1.- UNIDAD DE ESTANCIA DIURNA DE PERSONAS MAYORES.	37
6.2.- UNIDAD DE ESTANCIA DIURNA PARA GRAVEMENTE AFECTADOS DE LA FAAM.	42
6.3.- UNIDAD DE ESTANCIA DIURNA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL DE FAISEM.	50
6.4.- ASPECTOS GENERALES DE LAS TRES TIPOLOGÍAS DE USUARIOS DE UNIDADES DE ESTANCIA DIURNA.	57
7.- CONCLUSIONES.	64
8. BIBLIOGRAFÍA.	69

INTRODUCCIÓN.

Con este estudio quiero profundizar sobre la adicción al tabaco en el colectivo de personas con discapacidad, ya que a pesar del descenso del consumo de tabaco en los últimos años, todavía son muchos los millones de personas que en España siguen fumando, entre ellos podemos encontrar a aquellas personas que por el consumo de tabaco padecen una enfermedad como el cáncer de pulmón, cardioapatía isquémica, EPOC, etc. Y por otro, la relación que tiene el tabaco con los diferentes trastornos relacionados con la salud mental, especialmente la depresión, ansiedad, esquizofrenia y alcoholismo. Si en la población general fuma el 31%, se incrementa al 70% en personas que padecen trastornos esquizofrénicos, psicóticos o neuróticos.

Pretendo revisar estas relaciones y algunas de las posibles explicaciones de las mismas. Ya que la presencia de enfermedad psiquiátrica en los fumadores supone un dato de gran relevancia, tanto para su tratamiento como para el desarrollo de programas preventivos. Siendo para este colectivo más difícil el abandono del consumo, de ahí a la importancia de adaptar programas y normativas a esta población diana.

No obstante, como no he querido realizar un estudio sesgado de población, se ha abierto el abanico a personas con otro tipo de discapacidades, de todas las edades a partir de los 18 años de edad, para conocer de primera mano si verdaderamente es entre la población de personas con enfermedad mental la que más prevalece el consumo.

Y una vez de haber realizado el análisis previo para el estudio sobre investigaciones realizadas, comprobé lo poco que se había estudiado entre el tabaco y la discapacidad (en el concepto amplio de la palabra) en Centros de Día, lo que me impulsó a querer conocer si existía una conexión entre ambos términos, dentro de un contexto acotado.

Es de mencionar que si existen más estudios que relacionan el consumo de tabaco con las enfermedades mentales, como el de Thomas Weiss (2013), el cual manifiesta que las personas que experimentan formas de discapacidades, tales como las enfermedades mentales, discapacidades de aprendizaje o trastorno por déficit de atención son una subpoblación importante de personas con discapacidad. Las discapacidades que experimentan se han relacionado con el aumento de las tasas de abuso de sustancias. Esto siempre hablado desde un punto de vista general al consumo de sustancias, de ahí a mi interés de querer acotar el estudio solo a la adicción al tabaco.

Para ello expongo los conceptos relacionados con la temática (dependencia, discapacidad y adicción), valoración de la discapacidad y dependencia, y los recursos a los que pueden acceder las personas con discapacidad, posteriormente desarrollo la adicción al tabaco, el binomio discapacidad-tabaquismo, la metodología utilizada en la investigación, el análisis de los datos obtenidos en el trabajo de campo, y finalmente desarrollo algunas conclusiones.

Palabras clave: adicción, discapacidad, tabaquismo, salud mental.

1.- CONCEPTUALIZACIÓN.

1.1.- CONCEPTO DE DEPENDENCIA.

El Consejo de Europa de 1998, define la dependencia como: “el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidades de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.

Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que podamos hablar de una situación de dependencia:

- En primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona.
- En segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria.
- En tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

La dependencia puede entenderse, por tanto, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Por su parte la nueva Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en su art. 2, incluye la siguiente definición de dependencia: “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

Aunque esta última definición puede parecer muy similar a la del Consejo de Europa, la mejora conceptualmente, con una notable ampliación de aplicación y una

lógica restricción y en general una mejora y más actual terminología técnica:

- La restricción consiste en incluir el carácter permanente de la situación de dependencia, excluyendo por tanto los procesos postoperatorios o dependencias transitorias derivadas de procesos agudos y temporales de enfermedades o accidentes. Lo que en términos teóricos y de diseño conceptual parece lógico, siempre y cuando el Sistema Nacional de Salud se haga de esa atención, lo que hoy por hoy es parcial.
- La incorporación de la referencia a las razones de edad y enfermedad.
- La sustitución de la expresión falta de autonomía “psíquica”, por “mental” y el añadido de la vertiente “sensorial”, de enorme trascendencia sobre todo para las personas sordas.
- Se incluyen los apoyos para la autonomía personal de la discapacidad intelectual o enfermedad mental. Decisión audaz y sin duda polémica, que parece ampliar el campo de intervención a la integración educativa, laboral, y de ocio y tiempo libre, que si no se implementa adecuadamente, cosa que no esta sucediendo hasta ahora, puede genera enorme malestar y frustración en esos colectivos.

1.2.- CONCEPTO DE DISCAPACIDAD.

El concepto de discapacidad ha tenido una evolución con el paso del tiempo, progresando paralelamente con la sociedad, aunque no tan rápido como se quisiera.

Los primeros conceptos de calificación eran de condición de subnormal y minusválidos por los años 1978 y 1981, teniendo una connotación peyorativa, propio de aquellos tiempos donde las personas que necesitaban de terceras personas para la realización de las actividades de la vida diaria no disponía de muchos recursos sociales, estaban expuesto a la caridad y la beneficencia.

De hecho, el concepto de “lo normal” todavía ronda en muchas mentes y leyes, creando situaciones desventajosas para aquellas personas que rompen con lo cotidiano, con lo habitual, con lo frecuente, por ellos es positivo hablar sobre diversidad, es una palabra que es inclusiva.

Sería con la primera Ley de Servicios Sociales en España en 1985, con la Ley 2/1985 de 2 de abril, cuando se empiezan a trabajar en red y se empiezan a crear recursos asistenciales.

En 1994 se empieza ha hablar de grado de minusvalía, desapareciendo la

condición de subnormal. Con el Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, se inicia una mejora de lo anteriormente conocimiento teniendo por objeto la regulación del reconocimiento de grado de minusvalía, el establecimiento de nuevos baremos aplicables, la determinación de los órganos competentes para realizar dicho reconocimiento y el procedimiento a seguir, todo ello con la finalidad de que la valoración y calificación del grado de minusvalía que afecte a la persona sea uniforme en todo el territorio del Estado, garantizando con ello la igualdad de condiciones para el acceso del ciudadanos a los beneficios, derechos económicos y servicios que los organismos otorguen.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció al inicio de la revisión de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF-2001), que los términos utilizados pueden, a pesar de todos los esfuerzos realizados, estigmatizar y etiquetar, por lo que tomó la decisión de abandonar totalmente el termino “minusvalía” debido a su connotación peyorativa y de utilizar en su lugar el de “discapacidad”, como término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. De ahí a que en España con el Real decreto 1856/2009, de 4 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación de grado de discapacidad, y por el que se modifica el Real decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, se actualiza la terminología modificando en la redacción original el término “minusvalía” por “discapacidad”.

El Preámbulo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, y aprobada y ratificada por el Estado español, reconoce que la “discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

El texto de la Convención entiende como personas con discapacidad a “aquellas que tengas deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y afectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

En la mayor parte de los países europeos, incluida España, se ha venido utilizando históricamente nociones de discapacidad que incidían en los aspectos médicos, como consecuencia del modelo medico imperante en la consideración de la discapacidad, las nociones actuales ponen el acento en el hecho social que supone la discapacidad.

La discapacidad es compleja, dinámica, multidimensional, y objeto de discrepancia. En las últimas décadas, el movimiento de las personas con discapacidad, junto con numerosos investigadores de las ciencias sociales y de la salud, ha identificado la función de las barreras sociales y físicas presentes en la discapacidad. La transición que implicó pasar de una perspectiva individual y médica a una perspectiva estructural y social ha sido descrita como el vinaje desde un “modelo médico” a un “modelo social”, en el cual las personas son consideradas discapacitadas por la sociedad más que por sus cuerpos.

El modelo médico y el modelo social a menudo se presentan como dicotómicos, pero la discapacidad debería verse como algo que o es ni puramente médico ni puramente social: las personas con discapacidad a menudo pueden experimentar problemas que derivan de su condición de salud. Se necesita un enfoque equilibrado que le dé el peso adecuado a los distintos aspectos de la discapacidad (Informe Mundial sobre la Discapacidad 2011: 4).

El ambiente en el que vivimos guarda una estrecha relación en la forma en la que “nos movemos dentro del mismo”, repercute directamente con la discapacidad de una persona, siendo el grado de discapacidad mayor el de una persona que habita en un ambiente inaccesible, con barreras (arquitectónicas, lingüísticas, sociales, etc.), que aquella que se desarrolla en un ambiente inclusivo.

De ahí a la importancia de modificar el ambiente para favorecer el estado de salud de las personas, siento relevante a mi forma de pensar la modificación no solo del sistema público mediante leyes, decretos, etc., sino además es fundamental una renovación, un cambio dentro del concepto de comunidad dentro de nuestro país, implicando una concienciación de la diversidad, aceptándola e incluyéndola dentro de la misma.

La discapacidad abarca desde el niño que nace con un problema físico, a una persona que ha tenido un accidente de tráfico y se ha quedado en silla de ruedas, a una persona adulta que tiene alguna enfermedad mental o a una persona mayor que tiene problemas de visión aguda. De ahí a que no siempre se visualice las condiciones de salud de las personas, no siempre tienen que ser de carácter permanente. Además es importante resaltar que muchas de las personas con discapacidad consideran que tienen buena salud (Informe Mundial sobre la Discapacidad, 2011).

De acuerdo con la Organización Internacional del Funcionamiento (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2011), la discapacidad sería un fenómeno

complejo que se compone tanto de factores personales (englobando tanto deficiencias, como limitaciones en la actividad y restricciones en la participación) como de factores contextuales (barreras y obstáculos) que ejercen un efecto sobre la deficiencia personal.

1.3.- CONCEPTO DE ADICCIÓN.

Este término también ha sufrido cambios a lo largo de los años, toxicómano, yonki, enganchado, que nos extrapola a los años 80 con la aparición de la heroína, tiene connotaciones negativas y se siguen utilizando para definir aquellas personas de la población no deseable.

También ha tenido el término de drogodependencia, que es el estado psíquico definido por la interrelación entre un organismo y un fármaco o droga, y caracterizado por las modificaciones del comportamiento y otras reacciones, que comprenden siempre un impulso (irreprimible) a consumir dicha sustancia, de forma continua y/o periódica, a fin de experimentar sus efectos y/o evitar el malestar que produce su privación (OMS).

Según la Organización Mundial de la Salud, define la adicción como el estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por:

- Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio.
- Una tendencia al aumento de la dosis.
- Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.
- Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.

Este concepto permite desligar la adicción al consumo de drogas, es decir, se puede hablar de adicción al sexo, a internet, a compras, al juego, etc... Siendo una enfermedad tan necesaria de tratar como la adicción a las sustancias.

La sociedad en la que vivimos hace diferenciación errónea entre las sustancias que crean adicción, realizando diferenciación entre las sustancias legales e ilegales. La palabra adicto nos trae a la mente a los indigentes a los yonquis y las minorías étnicas de los barrios humildes. Para el tipo blanco de clase media de los barrios residenciales estamos acostumbrados a usar palabras más suaves para describir sus "hábitos", no adicciones. Por ejemplo, les llamamos "fumadores empedernidos", pero no adictos a la nicotina; "bebedores insaciables", o quizás "alcohólicos", pero no adictos al alcohol; "cafeteros", pero no adictos a la cafeína. E incluso aunque muchos consumidores de heroína y de cocaína sean profesionales de clase media,

pocas veces viene a la mente su imagen cuando pensamos en a adicción a la heroína o a la cocaína.

Adicción es un término no aceptado oficialmente por la comunidad psiquiátrica (Goldstein, 1994:16).

Según la American Psychiatric Association, define la dependencia a sustancias como el patrón mal adaptado de abuso de una sustancia que produce trastornos o dificultades físicas importantes desde un punto de vista clínico, siempre que se manifiesten tres (o más) de los factores siguientes, dentro de un periodo de 12 meses:

1. Tolerancia, definida en cualquiera de los siguientes términos:

a) Necesidad de consumir una cantidad notablemente superior de la sustancia a fin de conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b) Efecto marcadamente menor con el uso continuo de la misma cantidad de una sustancia.

c) Consumo de una sustancia (o en su defecto, otra de la misma clase) a fin de evitar los síntomas de abstinencia.

2. Abstinencia, definida en cualquiera de los siguientes términos:

a) Síndrome de abstinencia característico de la sustancia.

b) Consumo de una sustancia (o en su defecto, otra de la misma clase), a fin de evitar los síntomas de abstinencia.

3. Consumo de una sustancia a menudo en grandes cantidades o durante periodos de tiempo más largos de los pretendidos inicialmente.

4. Existencia de un deseo persistente o de esfuerzos inútiles por reducir o controlar el uso de la sustancia.

5. Empleo exacerbado del tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, su consumo o la recuperación de sus efectos.

6. Abandono o reducción de actividades importantes de carácter social, ocupacional o recreativo derivadas del uso de la sustancia.

7. Consumo continuado de la sustancia a pesar de conocer la existencia de un problema persistente o recurrente, ya sea de índole física o psicológica, que con toda probabilidad ha sido motivado por la sustancia.

Se diagnosticará abuso de una sustancia con dependencia fisiológica si hay pruebas que demuestran la existencia de tolerancia o abstinencia.

Se diagnosticará abuso de una sustancia sin dependencia fisiológica si no hay pruebas de la existencia de tolerancia o de abstinencia (American Psychiatric Association 1994).

2.- CLASIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD.

La valoración del grado de discapacidad, expresado en porcentaje, se realizará mediante la aplicación de los criterios técnicos unificados fijados en el baremo establecido por el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre y las modificaciones introducidas por el Real Decreto 1169/2003, de 12 de septiembre, por el que se modifica el anexo I (*Normas para la valoración de la discapacidad en casos de infección por VIH*), el Real Decreto 1856/2009, de 4 de diciembre (*Adecuación terminológica: «las referencias que en los textos normativos se efectúan a minusválidos y a personas con minusvalía, se entenderán realizadas a personas con discapacidad»*) y el Real Decreto 1364/2012, de 27 de septiembre (*Determinación de la necesidad del concurso de otra persona para realizar los actos esenciales de la vida diaria*); para la determinación del grado de discapacidad, el porcentaje obtenido en la valoración, de las "Limitaciones en la actividad" de la persona derivadas de las deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, si alcanza el mínimo de un 25%, dicho porcentaje se incrementa con la adición de la puntuación obtenida en el baremo de "Factores sociales complementarios" que limitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Los dictámenes técnico-facultativos para el reconocimiento de grado serán emitidos por los órganos técnicos competentes dependientes de los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas a quienes hubieran sido transferidas las funciones en materia de calificación del grado de discapacidad y por los equipos de valoración y orientación del Instituto de Mayores y Servicios Sociales en su ámbito competencial.

En la revisión tanto de la Ley de Atención a las Personas con Discapacidad de Andalucía, como el Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad en Andalucía, la clasificación básica se hace en cuanto a la principal área que limita la deficiencia que sufre la persona con discapacidad:

- Física: limitación en la movilidad (generadas por accidentes cerebro vascular ACV, traumatismo craneoencefálico, parálisis cerebral...).
- Psíquica o intelectual: limitación de las funciones cognitivas o de pensamiento y de

comportamiento (generadas por retraso mental, autismo, ACV, esquizofrenia...).

- Sensorial: limitación en la percepción. Incluyen algunas clasificaciones en esta categoría también la expresiva o afectación en las funciones de expresión de mensajes (generadas por cegueras, hipoacusias congénitas, traumatismos craneoencefálicos, ACV...).

La aportación que hace la CIF es una clasificación de la salud y estados relacionados con la salud; es un referente internacional que proporciona una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella. Esta clasificación tiene dos partes, cada una con dos componentes:

1.- Funcionamiento y Discapacidad. Sus componentes se emplean para indicar problemas de salud o por el contrario aspectos no problemáticos de la salud. Se subdividen en dos componentes:

1.1.- Funciones y estructuras corporales. Con dos constructos (como conjunto de calificadores): cambios en las funciones corporales (fisiológico) y cambios en las estructuras corporales (anatómico).

1.2.- Actividades y participación. Cubre el rango completo de dominios que indican aspectos relacionados con el funcionamiento tanto de una perspectiva individual como social. Con dos constructos: capacidad y desempeño/realización.

2.- Factores contextuales. También cuenta con dos componentes:

2.1.- Factores ambientales, como facilitador o barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal. Ejercen un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados partiendo del contexto/ entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno más general. Constituyen el entorno inmediato y social.

2.2.- Factores personales, entendidos como la influencia y la discapacidad. No están clasificados en la CIF debido a la gran variabilidad tanto social como cultural asociada con ellos. Incluyen las características de las personas y estilos de vida.

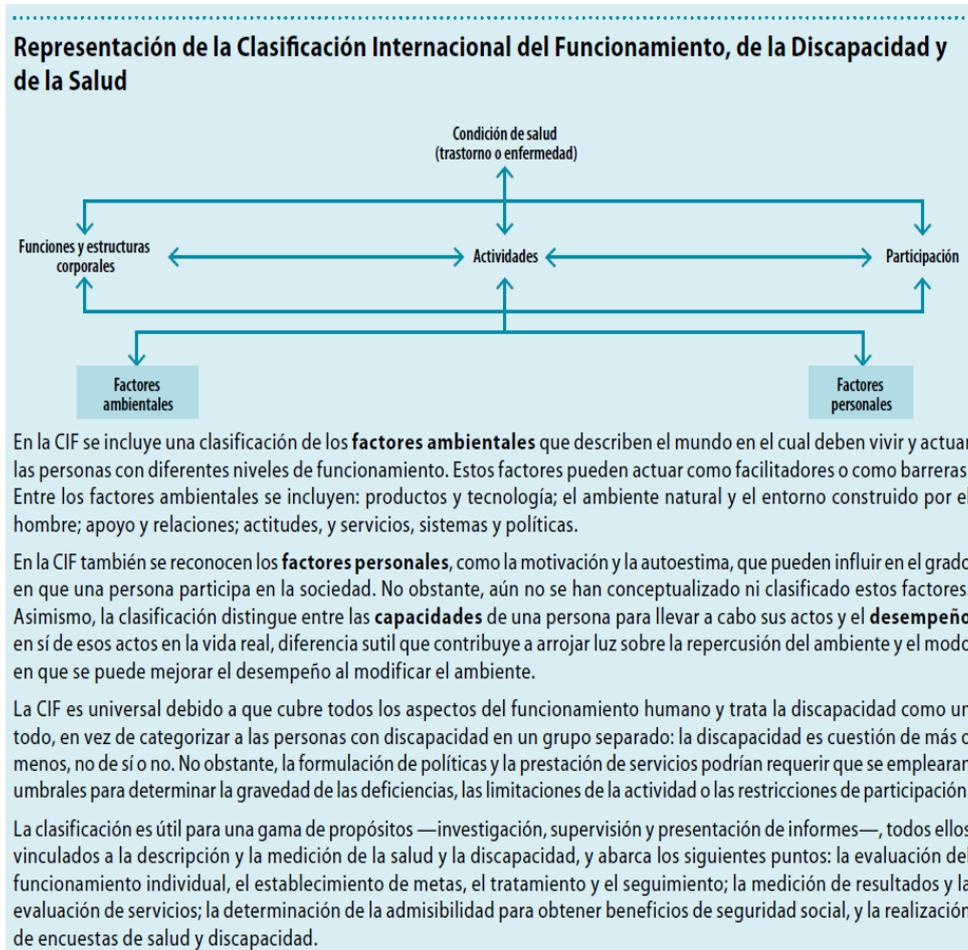


Figura 1. Representación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Fuente: Figura del Informe Mundial sobre Discapacidad 2011.

El CIE-10 fue desarrollado como una clasificación mucho más práctica que puramente teórica, en la cual existen compromisos entre clasificaciones basadas en etiología, sitios anatómicos, circunstancias del inicio de la enfermedad, etc. Asimismo, se hicieron ajustes para lograr la variedad de aplicaciones estadísticas a las que se destina la CIE, tales como mortalidad, morbilidad, seguridad social y otros tipos de estadísticas y encuestas de salud.

Su esquema fue que, para todos los propósitos prácticos y epidemiológicos, los datos estadísticos relativos a las enfermedades debieran agruparse de la manera siguiente:

- enfermedades epidémicas.
- enfermedades constitucionales o generales.
- enfermedades localizadas ordenadas por sitios.
- enfermedades del desarrollo.
- traumatismo.

El CIE-10 comprende tres volúmenes: el volumen 1 contiene las clasificaciones principales, el volumen 2 provee orientación a los usuarios de la CIE y el volumen 3 es el índice de la clasificación.

2.1. SALUD MENTAL.

En este apartado me parece relevante tratar el tema de salud mental, puesto que en la realidad los recursos para las personas con dependencia y las personas con enfermedad mental tienen responsables distintos, es decir, los recursos de salud mental son gestionados por FAISEM (Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental).

En Andalucía el proceso de Reforma Psiquiátrica iniciado en 1984 está permitiendo acabar con algunas formas tradicionales de atención a las personas afectadas por trastornos mentales graves. Así, la creación de una nueva red sanitaria pública, de base y orientación preferentemente comunitaria e integrada en el sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), ha permitido el cierre de los Hospitales Psiquiátricos, instituciones asociadas a siglos de marginación y exclusión social hacia estas personas.

Pero si el conjunto de intervenciones sanitarias encuentra ahora su base en el marco del sistema sanitario general (SSPA), las medidas de apoyo social precisas para complementar eficazmente aquéllas, tuvieron más dificultades para integrarse en el marco histórico de las prestaciones de los Servicios Sociales, sobre los que recae la respuesta a una multiplicidad de necesidades de distintos colectivos desfavorecidos.

Siendo en este área donde queda aún mucho por trabajar.

Por todo esto, se creó en diciembre de 1993 a instancias del Parlamento Andaluz la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM).

Aclarado esto, las personas con trastornos mentales son personas que tienen dificultades de funcionamiento personal y social, derivadas de padecer problemas de

salud mental de carácter grave y persistente.

Un avance importante fue pasar a considerarlas de personas “locos y locas” a personas “enfermos” y “enfermas”, susceptibles por tanto de algún tipo de atención sanitaria.

El Dr. Marcelino López, “nos sitúa más allá de ese cambio, enfocando el tema desde la perspectiva de la ciudadanía, es decir considerando que dichas personas no son ni “locos” ni “enfermos”, sino personas, es decir “ciudadanos” y “ciudadanas”, sujetos de derechos y obligaciones pero con muchas dificultades para el ejercicio de no poco de ellos. Dificultades que derivan de que tienen enfermedades o trastornos de carácter grave, con lesiones y síntomas llamativos, pero también de que esas enfermedades o trastornos condicionan distintas alteraciones en su funcionalidad personal y social, es decir distintos niveles de discapacidad, y que todo ello no solo tiene que ver con factores personales sino, en muy gran medida, con las distintas barreras sociales ligadas al “estigma” y la discriminación, que nuestras sociedades han ido construyendo a su alrededor” (2008:2).

Esto puede conducir a la persona a un retroceso social y personal, es decir, se aíslan de la sociedad por miedo al rechazo. De ahí a que es muy importante visualizar este tipo de problemática, apoyar socialmente a este colectivo.

CUADRO 6. TIPOLOGÍA HABITUAL DE PROGRAMAS DE APOYO SOCIAL PARA PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

- Residencial (alojamiento, manutención, apoyo en auto cuidado y organización de la vida cotidiana)
- Laboral (orientación laboral, formación profesional y apoyo al empleo)
- Ocupacional (actividad ocupacional preparatoria / complementaria del empleo)
- Fomento de relaciones sociales (ocio, empleo del tiempo libre, autoorganización)
- Educación compensatoria
- Soporte económico personal (empleo o subvenciones)
- Tutela personal y jurídica

Figura 2. Tipología Habitual de Programas de Apoyo Social para Personas con Trastornos Mentales Graves.
Fuente: Figura del artículo “Los Programas de Apoyo Social en la atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves. Una visión desde Andalucía. López M.

2.2.- VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA.

La responsable de la valoración de la dependencia es la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia. Se crea mediante la Ley 1/2011, de 17 de febrero, de Reordenación del Sector Público de Andalucía, crea la Agencia de Servicios Sociales y

Dependencia de Andalucía, la cual se configura como una agencia pública empresarial de las previstas en el art. 68.1.B de la Ley 9/2007 de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía.

Dicha Agencia contempla las siguientes áreas de atención:

1. Atención a la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal.
2. Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social.
3. Atención Social (Tarjeta junta-sesenta y cinco, teleasistencia, etc)

El **Servicio de Valoración de la Dependencia**, una vez de recibida la solicitud, el plazo máximo para la resolución de grado y nivel será de tres meses.

- Recepción de la solicitud.
- Solicitud al Sistema Sanitario Público de Andalucía del informe sobre la salud de la persona solicitante.
- Dicho servicio comunicará a la persona interesada el día y la hora en la que las personas encargadas de baremar acudirán al domicilio o lugar de residencia de esta, para efectuar la valoración.
- Las personas encargadas de baremar realizarán las pruebas y reconocimientos que sean necesarios para la valoración, aplicando para ello el Baremo de Valoración de los Grados y Niveles de Dependencia y la Escala de Valoración Específica de Dependencias para personas menores de tres años, aprobados por el Real Decreto 504/2007 del 20 de abril. Se tendrán en cuenta, a estos efectos, el informe sobre la salud de la persona, así como el informe sobre el entorno en el que viva aquella y, en su caso, las ayudas técnicas, órtesis y prótesis que le hayan sido prescritas.

Mediante Real Decreto 504/2007, de 20 de abril se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

Este Real Decreto, es modificado por el Real Decreto 174/2011 de 11 de febrero, el cual no entrará en vigor hasta el 1 de enero de 2012.

Habiendo una última modificación por el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

- Una vez aplicado el baremo, este servicio procederá a la elaboración de la propuesta de Resolución que tendrá el siguiente contenido:
- Dictamen sobre el grado de Dependencia (*)

La situación de Dependencia se clasificará en los siguientes grados (Art. 26 DE LA Ley 39/2006):

- Grado I – Dependencia Moderada. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- Grado II – Dependencia Severa. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de unos cuidados o no tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- Grado III – Gran Dependencia. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental e intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.
- Cuidados que la persona pueda requerir
- La propuesta de Resolución da lugar a su correspondiente Resolución, mediante la que se reconocerá el grado de Dependencia y se determinaran los servicios o prestaciones que correspondan a la persona solicitante, de acuerdo con su grado.

2.3.- SERVICIOS PARA ESTE COLECTIVO.

Para que este colectivo pueda acceder a servicios públicos deben de estar valorados como dependientes. El procedimiento es el siguiente:
Los servicios están regulados en el art. 15 de la Ley 39/2006.

REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CATÁLOGO.

Régimen aplicable a los centros y servicios.

La acreditación es el acto por el que la administración garantiza que los servicios y centros de servicios sociales a quienes se otorga reúnen los mínimos de calidad exigidos reglamentariamente (**Orden de 1 de julio de 1997, por la que se regula la acreditación de los centros de atención especializados a las personas mayores y personas con discapacidad**). Las condiciones de calidad, materiales y funcionales que se exigen para la acreditación de centros y servicios están determinadas reglamentariamente, atendiendo primordialmente a los siguientes aspectos:

- 1.- Condiciones físicas y arquitectónicas.
- 2.- Recursos humanos y organización del personal.
- 3.- Atención ofrecida e índices de las prestaciones.
- 4.- Sistema de participación.

5.- Sistema de contabilidad.

6.- Sistema de información al órgano u organismo competente de la administración de la Junta de Andalucía que corresponda.

En la Red de Centros y Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención para la Dependencia en Andalucía, se pueden encontrar los pertenecientes a:

1.- Entidades públicas.

2.- Entidades Privadas, con o sin ánimo de lucro.

El catalogo de servicios comprenden los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia, que serían los siguientes:

2- Los servicios de prevención de las situaciones de dependencias y los de promoción de la autonomía personal: Tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades, discapacidades o de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivos y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y con personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos.

3- Servicio de Teleasistencia: Facilita asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento.

El Servicio de Teleasistencia se encuentra regulado en la Orden 10 de enero de 2002, pero ha tenido dos modificaciones, la primera es la Orden de 28 de enero de 2004 y la última ha sido la Orden de 10 de enero de 2007.

4- Servicio de Ayuda a Domicilio: Este servicio es uno de los programas relativamente nuevos en el ámbito de los servicios sociales, ya que fue puesto en marcha prácticamente a finales de los años 80. Su impulso fue protagonizado por el INSERSO (actualmente IMSERSO), y desde 1988 por las Comunidades Autónomas a través del Plan Concertado de Servicios Sociales Básicos, siendo una de las grandes prioridades del mismo.

Regulado en la orden de 15 de noviembre de 2007 de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la cual ha sido modificada por la orden de 10 de noviembre de 2010.

Es una prestación, realizada preferentemente en el domicilio, que proporciona,

mediante personal cualificado y supervisado, un conjunto de actuaciones preventivas, formativas, rehabilitadoras y de atención a las personas y unidades de convivencia con dificultades para permanecer o desenvolverse en su medio habitual. Tal servicio tiene como finalidad la mejora de la calidad de vida y la promoción de la autonomía de las personas para facilitarles la permanencia en su medio habitual.

Para la prescripción del Servicio de Ayuda a Domicilio se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

1. Grado y nivel de dependencia reconocido.
2. Situación de discapacidad física, psíquica o sensorial.
3. Dificultades personales especiales, previa valoración técnica de la situación psicosocial de la persona.
4. Situación de la unidad de convivencia.
5. Situación social previa valoración de la red de apoyo de la persona.
6. Características de la vivienda.

El Servicio de Ayuda a Domicilio comprende las siguientes actuaciones básicas:

- 1- Actuaciones de carácter doméstico: son aquellas actividades y tareas que van dirigidas fundamentalmente al cuidado del domicilio y sus enseres como apoyo a la autonomía personal y de la unidad de convivencia.
 1. Relacionadas con la alimentación: preparación y compra de alimentos.
 2. Relacionadas con el vestido: lavado, planchado, compra de ropa y ordenación.
 3. Relacionadas con el mantenimiento de la vivienda: limpieza y pequeñas reparaciones domésticas.
- 2- Actuaciones de carácter personal: son aquellas actividades y tareas que fundamentalmente recaen sobre las personas usuarias dirigidas a promover y mantener su autonomía personal, a fomentar hábitos adecuados de conducta y adquirir habilidades básicas, tanto como para el desenvolvimiento personal como de la unidad de convivencia en el domicilio y en su relación con la comunidad.
 - Relacionadas con la higiene personal: planificación y educación en hábitos de higiene, ayuda en el vestir, etc.
 - Relacionadas con la alimentación: control de la alimentación y educación sobre hábitos alimenticios.
 - Relacionadas con la movilidad: ayuda para levantarse y acostarse, apoyo para la movilidad dentro del hogar, etc.
 - Relacionadas con cuidados especiales: apoyo en situación de

- incontinencia, control de la administración del tratamiento médico, etc.
- Relacionadas con la vida familiar y social: acompañamiento dentro y fuera del domicilio, actividades de ocio, actividades de fomento de la participación en sociedad, desarrollo de habilidades y de hábitos personales y de convivencia, etc.

La nueva orden realiza modificaciones con respecto a la intensidad (ver disposición 2 de la Orden de 10 de noviembre de 2010).

Habiendo una última modificación por el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

5- Servicio de Centro de Día y de Noche: (Art. 24 de la Ley 39/2006)

Ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre desde un enfoque un biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

La tipología de los centros incluirá:

- 1- Centros de Día para menores de 65 años.
- 2- Centros de Día para mayores.
- 3- Centros de Día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen como:
- 6- Unidades de estancia diurna para personas con discapacidad intelectual.
- 7- Unidades de estancia diurna para personas con discapacidad física y/o visual o parálisis cerebral.
- 8- Unidades de estancia diurna para personas con discapacidad intelectual con graves y continuados trastornos de conducta.
- 9- Unidades de estancia diurna para personas con trastornos del espectro autista.
- 10- Unidades de estancia diurna con terapia ocupacional.
- 11- Unidades de estancia diurna con enfermedades mentales.

- *Decreto 246/2003, de 2 de septiembre, por el que se regulan los ingresos y traslados de personas con discapacidad en centros residenciales y centros de día.*

- *Decreto 258/2005 de 29 de noviembre por el que se regulan la organización y*

funciones de los centros de valoración y orientación de personas con discapacidad de Andalucía.

- Decreto 536/2008, de 30 de diciembre, por el que se modifica el Decreto 246/2003 de 2 de septiembre, por el que se regulan los ingresos y traslados de personas con discapacidad en centros residenciales y centros de día, y el Decreto 258/2005 de 29 de noviembre por el que se regulan la organización y funciones de los centros de valoración y orientación de personas con discapacidad de Andalucía. (el cambio es que sustituye el termino centro ocupacional por unidad de estancia diurna con terapia ocupacional, y en cuanto al segundo decreto modifica, la unidad de integración laboral por la unidad de seguimiento y evaluación laboral).

- Decreto 388/2010 de 19 de octubre por el que se regula el régimen de acceso y traslado de personas en situación de dependencia a plazas de centros residenciales y centros de día y de noche.

4- Centros de Noche.

12- Servicio de Atención Residencial: (Art. 25 de la Ley 39/2006)

Ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario. Este servicio se prestará en los centros residenciales habilitados al afecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise el solicitante.

La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

Tipología de los centros residenciales:

- 1- Centros residenciales para personas con discapacidad física y psíquica:
- 13- Residencias para personas gravemente afectadas por discapacidad intelectual.
- 14- Residencias para personas gravemente afectadas por discapacidad física y/o visual o parálisis cerebral.
- 15- Residencias para personas con trastornos del espectro autista.
- 16- Residencias para psicodeficientes.
- 17- Residencia de adultos.
- 18- Viviendas Tuteladas para personas con discapacidad.

2- Centros residenciales para personas con enfermedad mental:
19- Casas Hogar
20- Viviendas supervisadas.

3- Centros residenciales para personas mayores:
21- Residencias para personas mayores asistidas.
22- Psicogeriátrico para personas mayores.

- *Orden de 21 de diciembre de 2007, por la que se aprueba el modelo de reglamento del régimen interior de los centros residenciales de personas mayores en situación de dependencia que formen parte del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía.*

- *Orden del 11 de febrero de 2008 por la que se regula el procedimiento y requisitos para el ingreso en centro residencial de personas mayores en situación de exclusión social.*

3.- LA ADICCIÓN AL TABACO.

Es importante definir el concepto de droga (OMS), es toda sustancia que introducida en un organismo vivo y disuelta en sangre, puede modificar una o más funciones de éste.

Las drogas una vez en nuestro organismo, se dirigen a nuestro cerebro, cuyo ecosistema modifican de manera variable. Su uso regular puede producir procesos conocidos como:

- Tolerancia: es a medida que el organismo se va adaptando a la presencia de una sustancia, necesita mayor dosis para obtener los mismos resultados.
- Dependencia: tras un uso habitual, la persona necesita consumir la sustancia de que se trate para no experimentar síntomas de abstinencia.

Las drogas no son todas iguales, he leído en ocasiones que se realizan distinciones entre drogas duras o blandas, peligrosas y menos peligrosas, pero no pienso que sea correcto, para mi forma de ver las drogas todas son perjudiciales para la salud, aunque si se puede distinguir entre legales e ilegales.

La distinción más correcta es según los efectos que provoca en el sistema nervioso central:

- Depresoras; tienen en común su capacidad para retardar el funcionamiento habitual del cerebro, dando lugar a acciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma, en un proceso progresivo de adormecimiento cerebral. Entre estas sustancias están el

alcohol, opiáceos (heroína, morfina, metadona, etc), tranquilizantes, hipnóticos.

- Estimulantes; aceleran el funcionamiento habitual del cerebro, provocando un estado de excitación que dificulta dormir hasta un estado de hiperactividad. Destacan anfetaminas, cocaína, nicotina, cafeína, etc.

- Perturbadoras; trastocan el funcionamiento del cerebro, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, etc. Destacan los alucinógenos (LSD, etc), derivados del cannabis, drogas de síntesis (éxtasis, etc). (Plan Nacional sobre Drogas).

Entrando en materia, la adicción al tabaco viene provocada por la nicotina, droga existente en el tabaco, siendo los procesos farmacológicos y conductuales que determinan la adicción al tabaco semejantes a los que determina la adicción a otras sustancias (Eysenck, 1994).

Existen unas cincuenta especies de tabaco, aunque sólo dos de ellas tienen importancia comercial, *Nicotiana tabacum* y *Nicotiana rustica*.

La nicotina presente en el humo de los cigarrillos se absorbe por el organismo de forma rápida e intensa. Aproximadamente el 90% de la nicotina inhalada se absorbe de los pulmones, habiendo además absorción oral, digestiva, dérmica y conjuntival.

La nicotina penetra con rapidez en el cerebro tras la inhalación del humo, actúa dificultando los reflejos debido a lo cual disminuye la actividad muscular. Esta relajación es uno de los efectos placenteros buscados por los fumadores. Tiene una vida media de 2 horas, aunque puede llegar entre seis u ocho horas por la tasa de acumulación, inclusive los fumadores compulsivos pueden mantener la vida de la nicotina 24 horas.

Por otra parte, estudios recientes muestran que la nicotina es capaz de mejorar la disminución de la actividad locomotriz que induce al “stress”, lo que se relaciona con las propiedades tranquilizantes atribuidas a dicha sustancia (Miró, 1992).

A pesar de esto, cientos de personas todos los años inician su consumo al tabaco, y para poder entender este fenómeno es importante saber diferenciar entre la adquisición de la conducta de fumar y la consolidación del consumo.

Los factores implicados en la adquisición de la conducta de fumar son:

1. La predisposición. En este factor influyen las normas y valores de los padres y familia sobre fumar, así como la influencia del grupo de iguales. Aunque quizás influya

más la personalidad del individuo, Eysenck, Tarrant y Woolf (1960) en un artículo sugería que quizás las personas extrovertidas fumaban porque estaban aburridas y deseaban elevar su nivel cortical de excitación, mientras que las personas neuróticas fumaban para reducir sus tensiones y ansiedades. Esta teoría fue desarrollada y fortalecida por diversas investigaciones empíricas en publicaciones posteriores (Eynseck, 1973, 1980; Eysenck & O'Connor, 1979).

También influye lo social, la aceptación social del consumo, siendo totalmente distinta a la adicción a sustancias ilegales.

2. Características sociodemográficas, tales como el sexo, clase social, la ocupación, los estudios, la edad; siendo este último un importante factor relacionado con el consumo. Normalmente el inicio del consumo se produce a los 12 años, a los 17 años se consolida el consumo y a partir de los 21 años es muy poco probable que la persona inicie el consumo.

3. La disponibilidad. Si no existieran estancos, maquinas de tabaco en sitios públicos habría menos consumidores de tabaco, esto es lo que diferencia del consumo de drogas ilegales, en el que el acceso es más difícil.

4. La publicidad y la presión social al consumo. A pesar de que la Ley 42/2010, de 30 de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, se han realizado restricciones en cuanto a la publicidad, todavía las películas, y demás mensajes implícitos que nos llegan a diario incita o desvirtúan la realidad del consumo de tabaco.

5. Factores cognitivos. Esto hace relación al modo en que procesamos, categorizamos y organizamos la información que recibimos por los sentidos.

6. Carencia de adecuadas habilidades de afrontamiento para no aburrirse o para controlar el peso corporal. Existe muy estrecha relación entre el consumo de tabaco y el aburrimiento.

7. Efectos fisiológicos y psicológicos de los primeros cigarrillos. El continuar consumiendo emergen dos factores: el efectos psicofarmacológico de la nicotina (ya que las propiedades farmacológicas de la nicotina son fuertemente adictivas) y los factores de reforzamiento (que estos pueden ser positivos o negativos). (Becoña, Palomares y García, 1994).

Debido a todos estos factores interindividuales, el estudio clínico del fumador es fundamental para realizar un buen tratamiento. En primer lugar, conviene conocer el tipo de consumo que está realizando el individuo. Actualmente se definen distintos tipos de consumo en relación con las drogas: (1) consumo ocasional, regular (controlado) o uso social; (2) abuso de drogas o uso dañino; y (3) drogadicción (Fernández-Cruz, 2011).

El fumador pasivo.

El fumador pasivo es el fumador involuntario como consecuencia del humo del tabaco que genera los fumadores de su entorno.

Las consecuencias de salud del fumador pasivo son fundamentalmente alteraciones respiratorias y cardiovasculares.

Los adultos no fumadores que cohabitan con fumadores suelen padecer irritabilidad, cefaleas, síntomas nasales, tos... y las personas que ya sufrían rinitis o asma alérgica empeoran.

Los hijos de padres fumadores tienden a disminuir la función respiratoria, suelen sufrir con las frecuencia neumonía, asma y bronquitis crónica. Otros procesos que repercuten son la muerte súbita del lactante, la otitis media supurativa y un menor crecimiento.

Los riesgos del fumador pasivo parecen ser evidentes e importantes y no solo por su repercusión sobre la salud pública, sino también porque forma uno de los motivos fundamentales sobre el que se fundamente la necesidad de una política adecuada en el control del tabaquismo en los entornos públicos y sobre todo en el medio laboral.

La población esta concienciada que deben establecerse los mecanismos necesarios para el control de niveles adecuados de partículas contaminantes respirables en espacios públicos o de uso comunitario (Sánchez, 2004).

En España la Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, va en esta línea de la necesidad de avanzar en a protección de la salud de los ciudadanos ampliando la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados y colectivos.

3.1. TIPOS DE TRATAMIENTOS.

El artículo 12 de la llamada Ley antitabaco dice: Las Administraciones públicas competentes promoverán el desarrollo de programas sanitarios para la deshabituación tabáquica en la red asistencial sanitaria, en especial en la atención primaria. Asimismo, se promoverán los programas del abandono del consumo de tabaco en instituciones docentes, centros sanitarios, centros de trabajo y entorno deportivos y de ocio. La creación unidades de deshabituación tabáquica se potenciará en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de salud, que también definirá los grupos

prioritarios que resulten más vulnerables.

El acceso a tratamientos de deshabituación tabáquica, cuya eficacia y coste-efectividad haya sido avalado por la evidencia científica, se potenciará y promoverá en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, valorando, en su caso, su incorporación a la cartera de servicios de Sistema Nacional de Salud.

Con ello quiero reflejar, que las administraciones están en vías de aportar facilidades al ciudadano que quiera abandonar el consumo de tabaco.

Para el abandono del tabaco la persona adicta debe estar concienciada, motivada y decidida a dejar de fumar, además debe tener el apoyo del sistema de salud.

Para el abandono del consumo existen 4 fases las cuales son: precontemplación (resistencia a reconocer el problema), contemplación (concienciación del problema y predisposición a solucionarlo), acción (incluye a las personas que han dejado de fumar) y mantenimiento (el individuo trabaja por mantener la abstinencia y evitar la recaída). En el proceso de abandono se contemplan la recaída, esta también tiene dos fases, recaída (vuelta al consumo) y reciclaje (aprendizaje de lo sucedido y vuelta a abandonar el consumo). (Becoña, Palomares y García, 1994).

“Se producen grandes diferencias interindividuales en cada proceso de deshabituación, debido a las particulares características de cada fumador a nivel psicológico, biológico/genético y social. Más aún, incluso cada fumador tiene su propia idiosincrasia a la hora de fumar. Al ser una conducta aprendida, el proceso de deshabituación tabáquica es propiamente un des-aprendizaje o un re-aprendizaje y como tal es eminentemente personal, aunque lógicamente se beneficia de pautas o patrones de tratamiento” (Fernandez-Cruz, 2011).

De ahí a la importancia de conocer por el fumador las motivaciones de la conducta adictiva y el grado de adicción que presenta, con el objeto de poder iniciar un tratamiento lo más acorde posible con el individuo objeto de intervención.

3.1.1. Para las personas no dispuestas a dejar de fumar.

Este tipo de intervenciones son para personas que aún no están dispuestas a abandonar el consumo. Se trabaja las fases de precontemplación y contemplación. Los profesionales trabajan una breve intervención destinada a promover su motivación. Estos pacientes pueden responder a una intervención motivacional diseñada para educar, tranquilizar y motivar.

Los componentes de una intervención motivacional de este tipo podrían abarcar 5 puntos:

1. Personalizar. Se trata de animar al paciente a dejar de fumar a la vez que se le indican situaciones personales por las que le conviene dejarlo.
2. Riesgos. Identificar las consecuencias potencialmente negativas del consumo de tabaco y señalar las que le puedan interesar más.
3. Beneficios. Identificar los beneficios potenciales de dejar de fumar intentando subrayar los que parecen más importantes para el paciente.
4. Barreras. Investigar las dificultades o impedimentos para dejar de fumar y tratarlos.
5. Repetición. Se deben repetir intervenciones motivadoras en pacientes desmotivados y a los que recaen de anteriores intentos se les debe decir que la mayoría hacen intentos repetidos antes de dejarlo.

La evidencia científica sugiere que estas intervenciones son más efectivas cuando el profesional es empático, promueve la autonomía personal (elige entre opciones), evita la discusión y promueve la autoeficacia (identificando anteriores éxitos en esfuerzos de cambios del comportamiento). (Azagarra, Yurss y Agudo, 2011:2).

3.1.2. Para las personas dispuestas a dejar de fumar.

3.1.2.1. Intervenciones breves.

Se resumen en cinco pasos:

- Preguntar sobre el consumo de tabaco.
- Aconsejar a los fumadores de las ventajas de dejar de fumar con un método individualizado y adecuado.
- Evaluar la motivación del paciente para dejar de fumar.
- Ayudar al fumador en su intento de dejar de fumar siempre que sea posible.
- Establecer un seguimiento si fuera posible.

3.1.2.2. Intervenciones intensivas.

Puede ser individualmente o en grupo. El enfoque es de relación de ayuda y contempla tanto el carácter adictivo del tabaco, como los diferentes factores psicosociales implicados en el proceso de su abandono. Incluiría entre otros: análisis de la situación personal y evaluación de costes beneficios, búsqueda de alternativas y toma de decisiones, técnicas de afrontamiento de estados o situaciones conflictivas, búsqueda de apoyo social y abordaje del síndrome de abstinencia.

Cubre un proceso de tres fases: contemplación, acción y mantenimiento.

- Terapia individual para dejar de fumar. El asesoramiento individual por un especialista puede ayudar a los fumadores a hacer un intento de abandono de tabaco con más éxito.
- Terapia grupal para dejar de fumar. La terapia grupal ofrece a los individuos apoyo mutuo y la oportunidad de aprender técnicas comportamentales para dejar de fumar.

3.1.3.- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICOS.

Es importante reflejar que estas sustancias solo tienen efectividad como ayuda de una terapia de apoyo, las cuales son:

- Los agonistas de la nicotina sin tabaco: chicles, parches (siendo este último más eficaz), Comprimidos de nicotina, spray de nicotina, inhalador bucal de nicotina. Establece gradualmente los niveles de nicotina en sangre a los que el fumador estaba acostumbrado, no tiene efectos secundarios.
- Antagonistas: previenen la recaída bloqueando los efectos de recompensa de la nicotina.
- Drogas que alivian los efectos de la abstinencia: La clonidina es el fármaco más probado. Disminuye los efectos de la abstinencia, siendo altamente efectivo como ayuda en el tratamiento de la abstinencia del tabaco. Después están citosina, lobelina, fenilpropanolamina, naltrexona, vareniclina.
- Medicamentos antidepresivos: “las pruebas con esta clase de fármacos se basan en un interesante hallazgo de AH. Glassman y otros, de que un número mucho más grande de fumadores adictos que no fumadores habían sufrido episodios de depresión grave en su vida. Puede ser, por tanto, que los adictos a la nicotina estén intentando automedicarse la depresión, de modo que las drogas antidepresivas pueden sustituir en parte a la nicotina durante y después del período de abstinencia” (Goldstein, 1994: 128). Los más utilizados son: bupropion, nortriptilina, imipramina, doxepina, fluoxetina, setraína, paroxetina, moclobemida, selegilina, lazabemida, venlafaxina.

3.1.4.- OTRAS TERAPIAS.

Como pueden ser la acupuntura, hipnoterapia y otros. Aunque estos no son muy fiables a nivel científico sobre la consecución de metas.

4.- BINOMIO TABAQUISMO-DISCAPACIDAD.

A medida que he ido profundizando sobre la adicción al tabaco, he visto más clara la unión que existe con casos de salud mental.

Entre 1990 y 1992 fue realizado el estudio NCS (National Comorbidity Survey) para examinar la comorbilidad entre abuso de tóxicos y otras patologías mentales, que incluía datos sobre tabaquismo, lo que comenzó a aportar las primeras pistas. A pesar de la progresiva disminución de la prevalencia de fumadores en la población general, estudios clínicos han mostrado un considerable aumento de la prevalencia de fumadores entre los pacientes psiquiátricos frente a los grupos de control (52% frente al 30%), existiendo una relación directamente proporcional entre la intensidad de la clínica psiquiátrica y la gravedad de la dependencia tabáquica. Es importante destacar la acumulación de casos de dependencia nicotínica más severa entre sujetos con otras alteraciones comórbidas, entre las que se incluyen el alcoholismo y otras toxicomanías, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria, la esquizofrenia, los antecedentes de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y la depresión mayor. De León et al. realizaron un estudio comparativo entre EEUU y España para cotejar las tasas de dependencia nicotínica severa entre enfermos mentales graves de ambos países (Gurrea y Pinet, 2004:160).

La adicción al tabaco está enlazado por muchos factores, entre ellos están los factores por reforzadores positivos, como sus efectos de mejoría cognitiva, sobre el humor y la relajación, y por reforzadores negativos, como el evitar la abstinencia, eliminar el nerviosismo y la ansiedad, como se ha hecho mención anteriormente. El desarrollo de la dependencia según Gurrea y Pinet (2004) tienen varias hipótesis:

- **La hipótesis de la automedicación**, donde se quería reflejar que los fumadores con depresión mayor y esquizofrenia, el consumo de tabaco tenían mayor beneficios que los fumadores sin patología psiquiátrica. De ahí a que a este tipo de fumadores haya que ofrecerle mayor incentivos para el abandono del consumo de tabaco.
- **La hipótesis neuroquímica**, postulándose que el uso crónico de nicotina provocaría alteraciones en la regulación de la parte del cerebro que regula el afecto, esto dará lugar a que si se produce el abandono del consumo provoque aparición de clínica depresiva.
- **La hipótesis de la vulnerabilidad común**, esta hipótesis introduce un tercer factor que es genéticos compartidos, es decir, que existan individuos que tengan predisposición a ambas alteraciones, no teniendo un trastorno que llevar a otro obligatoriamente.

Además el tabaquismo también está estrechamente vinculado a numerosas enfermedades físicas que incapacitan o merman la autonomía del individuo, incluso en ocasiones produce enfermedades letales para el ser humano.

5.- METODOLOGÍA.

5.1.- OBJETIVOS.

La investigación surge de la percepción que he tenido sobre algunos centros en los que he trabajado o he visitado de distinta índole, donde me ha llamado la atención que cuando el perfil de usuarios se caracteriza por tener problemáticas graves en el comportamiento, como por ejemplo, centros de tratamiento de adicción o centros que atienden a enfermos mentales, entre otros, la adicción al tabaco de los usuarios no se le ha dado la importancia que requiere.

Es conocida las consecuencias perjudiciales para la salud del tabaco, pero quizás no se conoce tanto las causas que conducen al consumo de tabaco, que personas están más predispuestas (influencias de factores), qué consecuencias tiene el tabaco para personas que ya tienen ciertas enfermedades y como atajar esta problemática.

El problema surge cuando la población no tiene toda la información de una amenaza constante como es el tabaco, ya que es una sustancia tóxica legal en nuestro país, de fácil alcance. Los factores de riesgos aumentan las probabilidades de abuso de sustancias y de afectar negativamente a la vida de un individuo. Las personas con discapacidad a menudo tienen varios factores de riesgos, estos riesgos incluyen: medicamentos y problemas de salud, habilitación social, la falta de identificación de problemas potenciales, y la falta de servicios de prevención y tratamiento accesible y apropiado (Weiss, T.C., 2013).

De ahí a que con este estudio me haya marcado los siguientes **objetivos**:

- Conocer si el tipo de discapacidad predispone tener adicción al tabaco o guarda relación con el grado de adicción.
- Describir el perfil de la persona con discapacidad que tiene adicción al tabaco.
- Determinar la existencia o no de programas de prevención y tratamiento a la adicción al tabaco y otras sustancias, dentro de los distintos tipos de centros.

- Averiguar la necesidad de desarrollar programas de tabaquismo en los centros de día para personas con discapacidad.

5.2.- PERFIL METEODOLÓGICO: CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.

La metodología utilizada ha sido por un lado cuantitativo, mediante la recogida encuestas totalmente anónimas a usuarios de cinco centros de discapacidad, que han querido y han podido participar, debido a sus capacidades cognitivas, para el desarrollo del estudio. La tipología de los centros son, tres de atención a personas mayores, uno de personas gravemente afectados y uno de salud mental. El motivo de esta disparidad de muestra es no haber querido sesgar la investigación, queriendo conocer en que centros resalta más esta problemática, así como analizar los motivos de las diferencias entre ellos.

De forma complementaria he utilizado una metodología cualitativa, completando el estudio con 4 entrevistas a distintos profesionales que trabajan en atención directa con los usuarios para que puedan aportar información avalada al tema objeto de estudio análisis, además de que se pueda esclarecer si el hecho de tener una discapacidad, ya sea por motivos físicos, psíquicos o sensoriales predisponen a tener adicción al tabaco.

5.3.- CONTEXTO.

El contexto de la investigación se desarrolla en unidades de estancia diurna de personas mayores, de personas gravemente afectadas y personas con enfermedad mental, de Almería ciudad. La población que ha participado en las encuestas son usuarios activos de los centros que han querido y han podido cognitivamente contestar a las preguntas. Los cuestionarios se han pasado en el mes de julio. Han participado en el cuestionario fumadores y no fumadores, con el fin de averiguar características de la población fumadora objeto de estudio.

Todos los grupos tienen varios aspectos en común:

- Tienen algún tipo de discapacidad.
- Necesitan apoyo o suplencia para algunas de las actividades básicas de la vida diaria.

- Precisan de atención especializada, por ello se encuentran en una Unidad de Estancia Diurna.
- Tiene aún barreras arquitectónicas y sociales para su inclusión dentro de la sociedad.
- Han sido estigmatizados y han sufrido en algunos casos discriminación.
- Son usuarios de los servicios sociales, sufriendo en estos últimos tiempos recortes de derechos.
- El colectivo objeto de estudio, no son ninguna de las diez primeras preocupaciones de este país, según el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas).

Actualmente el Sistema para la Atención a la Dependencia y los servicios sociales se encuentra en crisis, el presupuesto público se recorta en servicios sociales y perjudica directamente a los colectivos con necesidades especiales. Los centros, en especial las Unidades de Estancia Diurnas para personas con discapacidad, objeto de mi estudio, están realizando verdaderos esfuerzos para mantener la calidad asistencial, suponiendo un gran esfuerzo en el día a día de los profesionales que engloban los mismos.

Esta crisis económica que está repercutiendo de forma directa en el Sistema de Bienestar, está provocando mayores desigualdades sociales.

La EAPN (Red de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social) de Madrid, manifiestan que “existe el riesgo que en un contexto de crisis económicas como la actual, el cumplimiento de los objetivos de reducción de la pobreza de la Estrategia 2010 queden supeditados a logros de la estabilidad económica; sin embargo, este es precisamente el mejor momento para llevar a cabo medidas decisivas en lucha contra la pobreza y la exclusión social. Estas medidas tienen además un carácter urgente: 10.665.615 de ciudadanos padecen los efectos amargos de la crisis y que los niveles de pobreza y exclusión social se amplifican y profundizan. La desigualdad, la pobreza y la exclusión social deterioran la cohesión social y ponen en cuestión los principios y los valores de una sociedad democrática. Tal como se ha venido insistiendo desde el Tercer Sector de Acción Social, la inclusión social debe estar en el centro de la agenda de nuestro país “son necesarios, por tanto, profundos cambios en nuestro modelo económico y de sociedad, de tal manera que la economía esté al servicio del desarrollo social y del bienestar de las personas, optando así por una manera de crecer más justa y equitativa”.

Las personas con discapacidad, como cualquier grupo de la sociedad, están expuesto a la adicción al tabaco, pero las necesidades que rodean a este colectivo en ocasiones, no se ve este tipo de adicción como un problema mayor, debido al perfil que presentan algunos (se prioriza en otras problemáticas que rodean al individuo). En el

trabajo individual y grupal con este colectivo en los centros, no se suele priorizar esta problemática entre las más frecuentes, bien por no verse necesario, por no ser prioritario, por no saber cómo atajar el problema, por no tener tiempo de atajar el problema debido a la atención de otras necesidades que rodean al usuario(médicas, laborales, etc), realizándose en la mayoría de los casos reducción de daño.

No se puede obviar los efectos físicos que tiene el tabaco en el individuo, guardando una estrecha relación con la discapacidad, así como la relación que tiene con la salud psíquica de la persona, habiendo estudios que hablan sobre ello. No obstante, es de mencionar los escasos estudios que hay de la adicción al tabaco entre la población con discapacidad, puede que sea por falta de interés por no existir muestra representativa. Esto es algo que comprobaremos en el estudio.

5.4.- INSTRUMENTOS.

La encuesta está formada por tres partes, una primera de preguntas referentes a datos personales como sexo, edad, estudios, ocupación, tipo de discapacidad, enfermedad, fecha de detección de la enfermedad. Una segunda parte, para aquellas personas que no sean fumadores en la actualidad, conteniendo 5 preguntas sobre si han probado el tabaco u otras sustancias, si hay compañeros que fuman en su presencia teniendo que inhalar el humo, si han recibido prevención de drogas en el centro o si están interesado en recibir información sobre la adicción al tabaco u otras sustancias. Y una tercera, para los fumadores, cuyo contenido está compuesto por una fusión de dos test más unas preguntas añadidas:

- Test de Fagerström. Test validado como medidas fisiológicas del contenido de nicotina en sangre, que calcula el grado de dependencia fisiológica. Está formado por 6 ítems con dos o cuatros de respuesta, la puntuación de la escala oscila entre 0 y 11, descubriendo la adicción alta a la nicotina cuanto más se acerca a la puntuación de 11, un valor igual o mayor a 7 indica un nivel elevado de dependencia, mientras que uno menor de 3 es una dependencia ligera.

Uno de los alicientes que puede facilitarnos el abandono del hábito tabáquico puede ser conocer el nivel de adicción a la nicotina que presenta nuestro organismo. Tiene un uso relevante para el tipo de tratamiento farmacológico con los agonistas de la nicotina sin tabaco, como chicles y parches. Una puntuación elevada en este test recomendaría este tipo de tratamiento (Becoña y Lorenzo, 2004).

- Test de Horn. Test que calcula la dependencia psíquica a la nicotina, los motivos del consumo. Consiste en la necesidad de mantener o de recobrar las sensaciones asociadas a la acción de fumar: placer, relajación, bienestar o, por el contrario, ansiedad, estrés, tristeza, etc. Es importante investigar acerca de la conducta de fumar, el averiguar las motivaciones que llevan al individuo a fumar, con el objeto de facilitar el tratamiento del abandono del consumo (Becoña y Lorenzo, 2004). En este sentido, el test de Horn permite “describir” el tipo de tabaquismo e identificar los factores que llevan a fumar como puede ser:

1. Estimulación; está relacionado con el uso de fumar para estar más activo, atento, despierto o para evitar un descenso de la actividad.
 2. Manipulación sensorial-motora; los aspectos sensoriales y motores del fumar para estar más activo, atento, despierto o para evitar un descenso de la actividad.
 3. Placer; implica el uso de fumar en una actividad placentera y agradable. Fumar puede utilizarse para aumentar un estado de humor previamente bueno o utilizarse para inducir una sensación de placer y confort.
 4. Relajación; implica aliviar o calamar al fumador para reducir sus emociones negativas, como el enfado, la ansiedad, su culpa y vergüenza. Implica cierto afrontamiento al efecto negativo.
 5. Ansiedad; Implica experimentar momentos de “craving” (deseo intenso e irresistible para fumar). Necesita fumar para aliviarlo.
 6. Hábito; el fumar implica una conducta automática y repetitiva. El fumar no es muy consciente cada vez que enciende un nuevo cigarrillo. (Fernández-Cruz, 2011).
- Siendo las preguntas añadidas de si ha probado algún otro tipo de sustancia tóxica, si han recibido algún tipo de prevención a las drogas en el centro o si le gustaría recibirlo.

La entrevista realizada a los distintos profesionales contenía las siguientes preguntas:

- ¿Piensa que hay una diferencia importante de consumo de tabaco entre los distintos tipos de centros de discapacidad?
- ¿Qué grado (moderado/alto) de dependencia al tabaco piensas que tienen los usuarios de los centros?
- ¿Cuales piensas que son los principales motivos de consumo al tabaco de los usuarios en los centros de discapacidad?
- ¿Piensas que las personas con discapacidad tienen más predisposición a la adicción al tabaco u otras sustancias?
- ¿Se trabaja en los centros de discapacidad el tema de la adicción al tabaco u otras sustancias?

6.- ANÁLISIS DE DATOS.

Para el desarrollo del trabajo he contado con la colaboración de la FAAM (Federación Almeriense de Personas con Discapacidad) participando cuatro centro, tres de atención a personas mayores: UED Ana M^a Díaz y Plaza, UED Antonio Sáiz y López y UED Las Salinas; y otro de gravemente afectados, y de FAISEM (Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental) participando el UED de Almería.

6.1.- UNIDAD DE ESTANCIA DIURNA DE PERSONAS MAYORES.

1.- UED “Las Salinas” de 24 usuarios que han participado en las encuestas. El perfil de los encuestados son personas mayores de 65 años, 16 mujeres y 8 hombres, los hombres han trabajado en oficios como albañil, pescador, mecánico, militar, constructor y funcionario, y las mujeres, el 81,25% han sido amas de casa, y las restantes se han dedicado al trabajo en el campo, comadrona y profesora.

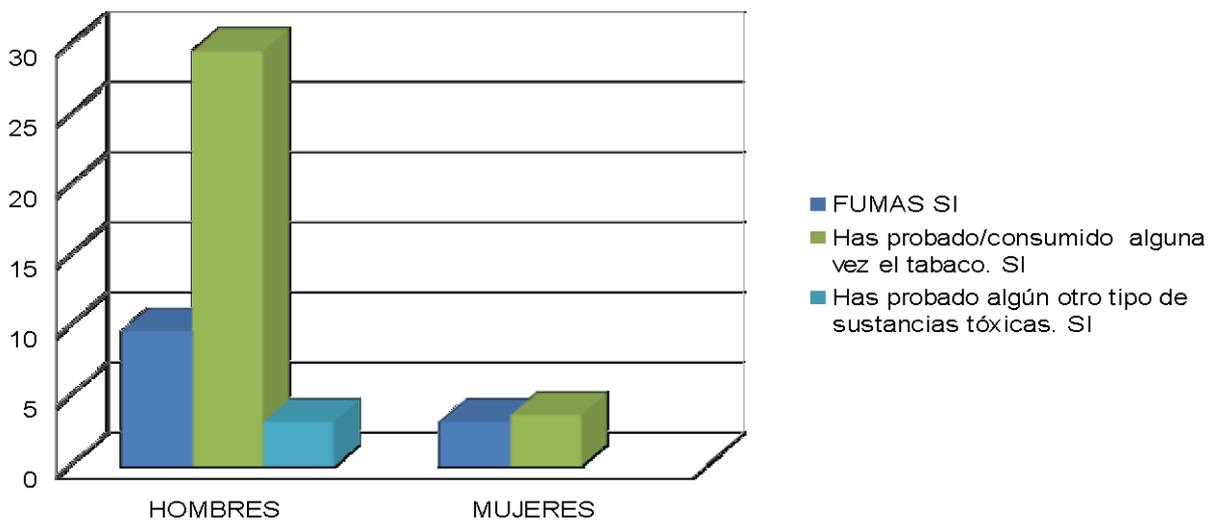
- Hay solamente un 8,33% de fumadores, son hombres y el grado de dependencia es bajo.
- El 29,16% de los no fumadores han probado o consumido tabaco, el 10% es mujer y el 90% hombre.
- En cuanto a la pregunta de si han probado otras sustancias tóxicas el 100% de las mujeres su respuesta es no, y solo un 10% de los hombres reconoce haber probado otra sustancia, siendo el alcohol.
- El 100% dicen que no fuman nunca ningún compañero en su presencia, teniendo que inhalar humo.
- El 41,66% afirman haber recibido prevención de drogas en el centro, frente al 58,33% que lo niegan.
- Solo un 4,16% está interesado en saber más sobre adicción al tabaco u otras sustancias. El 95,84% dicen que no porque no lo necesitan, porque ya se lo han explicado o tienen conocimientos sobre ello.

2.- UED “Ana M^a Díaz y Plaza” han participado 3 usuarios en las encuestas como motivo de la degeneración cognitiva que tienen los usuarios restantes, que les ha imposibilitado contestar la encuesta. El perfil de los encuestados son personas mayores de 65 años, 2 hombres y 1 mujer, los hombres han tenido trabajo relacionados con oficios y la mujer ha sido ama de casa.

- El 100% no fuma.
- El 66,66% de los no fumadores han probado o han consumido tabaco, correspondiéndose estos datos a los hombres.
- El 100% niegan haber probado otro tipo de sustancia tóxica.
- El 100% niegan haber recibido prevención de las drogas en el centro.
- El 33,33% está interesado en recibir información del tabaco u otras sustancias.

3.- UED “Antonio Sáiz y López” han participado 4 usuarios en las encuestas como motivo de la degeneración cognitiva que tienen los usuarios restantes, que les ha imposibilitado contestar la encuesta. El perfil de los encuestados son personas mayores de 65 años, 3 hombres y una mujer. Los hombres han tenido trabajos relacionados con oficios como de panadero, encofrador, y la mujer ha sido ama de casa.

- El 50% fuman, el 25% mujer y el otro 25% hombre. El 100% tienen un grado de consumo bajo y consumen por manejo y placer.
- El 100% de los no fumadores han probado o consumido tabaco.
- El 100% niegan haber probado otro tipo de sustancia tóxica.
- El 100% niegan haber recibido prevención de las drogas en el centro.
- El 100% no quieren recibir información del tabaco u otras sustancias, porque no lo necesitan, por la edad, porque no es importante para él, o porque quiere seguir fumando.



Gráfica 1. Porcentaje de usuarios que han consumido tabaco y otras sustancias.
Fuente: Datos de la investigación.

Estos datos reflejan que entre la población de mayor de 65 años la adicción al tabaco no es un problema acuciante, debido a la baja población consumidora, no obstante es significativo el porcentaje de personas que anteriormente si han sido consumidoras, pienso que ello puede venir por dos motivos:

- Que con motivo de la aparición de enfermedades, por presión médica y familiar se hayan visto motivados a dejar de fumar. Ya que abandonar el consumo nunca es tarde, porque a pesar de que los años de consumo hayan sido muchos, los resultados son notables, y a pesar de tener alguna patología relacionada con el tabaco (EPOC, asma, hipertensión, etc), el abandono del hábito le proporciona al individuo una mayor calidad de vida.

- Que con motivo de su situación de dependencia física, sobre todo, no tengan la autonomía para fumar.

Y esto también puede influir en aquellos consumidores que tienen dependencia baja, debido a que al estar institucionalizados durante el día y no puedan fumar dentro del centro, le “coarten” la libertad para poder fumar cuando quieran, provocando la disminución de la dosis de cigarrillos diarios.

Los técnicos entrevistados evidencian que en los centros tienen que trabajar la adicción al tabaco, estableciendo como mínimo pautas de actuación, ya que dentro del centro no pueden fumar y no pueden salir cada vez que quieran, no se puede estar constantemente rompiendo la rutina de trabajo, el tratamiento o la rehabilitación. Cuando son dependientes cien por cien, una persona no puede estar a disposición de la persona fumadora para salir a fumar cuando esta quiera, se establecen protocolos, horarios, disciplina. Por lo tanto el factor autonomía de la persona está estrechamente ligado al grado de adicción, ya que aquella persona que en un centro de mayores necesite de una tercera persona para salir a fumar, se reduce considerablemente el consumo, por lo menos el tiempo que permanece en el centro.

En cuanto a la predisposición al consumo del usuario, se piensa que por ellos mismos serían muy dependientes, pero su situación de dependencia, el entorno social (institucionalizado) y presión familiar, provoca que el consumo sea mucho menor. Otro de los motivos del bajo consumo es la falta de autonomía para ir a comprar tabaco, al depender de una tercera persona para ello.

En el perfil de usuarios con adicción al tabaco en los centros de mayores, son más personas con discapacidad psíquica que con discapacidad física, normalmente con perfil depresivo y esquizofrenia fuman muchísimo más que el resto.

Otros dependen del tipo de trabajo que hayan tenido, si han tenido un trabajo muy social, donde se haya tenido que relacionar bastante, guarda relación con el factor de

ocupación, en el que la adicción al tabaco está vinculado con adolescentes que tienen una entrada temprana o más tardía en el mercado laboral, dado que las clases trabajadoras fuman más, el número de modelos para fumar es mayor y, por tanto, se incrementa la probabilidad de que un joven trabajador fume más tempranamente y en mayor cantidad (Becoña, Palomares y García, 1994).

En cuanto a la masculinización del tabaco es otra característica de las personas mayores de nuestro país, debido a que el papel del hombre ha tenido un papel más activo en la vida social que el de la mujer, que ha estado más en casa, algo que se puede comprobar en la dedicación laboral de las mujeres objeto de estudio, de ahí a que el hombre haya estado más expuesto al tabaquismo. No obstante, esto ha ido cambiando y en unos años veremos como el porcentaje de hombre y mujeres se igualaran más.

El mayor tabaquismo masculino de todas las generaciones es algo estudiado por García, Gómez y Faus en su estudio “Tendencias recientes en la mortalidad de la población española mayores de 65 años”, donde se ha comprobado cómo se está produciendo un descenso de la mortalidad en las generaciones más jóvenes, probablemente debido a un menor consumo de tabaco. El tabaquismo de las generaciones de mujeres que en los próximos entrarán en los grupos de mayores se ha equiparado prácticamente al de los hombres, de modo que se espera que tenga impacto reseñado en la mortalidad por TF de pulmón. Por otro lado, la aplicación de leyes “antitabaco” en los espacios públicos cerrados incidirá en la reducción de la mortalidad de los fumadores pasivos de ambos géneros.

“Existe una transformación entre mujeres y hombres con el consumo de tabaco, según grupo de edad 1987-2006, las diferencias entre los grupos de edad entre las mujeres se reducen, a excepción del grupo con 65 y más años. Se produce un fenómeno de envejecimiento del tabaquismo femenino, que afecta cada vez más y en mayor proporción a las mujeres mayores de 45 años. Lo que se explica en gran parte por el efecto de transvase de las cohortes de mujeres que se iniciaron en el tabaco a los sucesivos grupos de edad” (Jimenez, 2007:78).

Otro aspecto que me parece relevante es, que de todos los mayores encuestados solo uno ha contestado afirmativo a que ha probado otra sustancia tóxica distinta al tabaco, haciendo mención que la sustancia tóxica que ha probado es el alcohol. Ante este dato me hago la siguiente pregunta, ¿será que nuestros mayores no consideran el alcohol como sustancia tóxica?, porque la verdad es que en el país en el que vivimos con la cultura de vino que tenemos, cuesta pensar que durante toda una vida no hayan

probado ni una gota de alcohol aunque sea en fiestas: boda, bautizo y comuniones. Como dijo Juan L. Gutierrez-Fisac, Ministerio de Sanidad y Consumo, en un artículo: “España es uno de los países donde el consumo de bebidas alcohólicas y los problemas relacionados con el mismo adquieren una gran importancia, no sólo por el alto nivel de producción de algunos tipos de bebidas alcohólicas, sino también por la elevada prevalencia de su consumo, el amplio arraigo social que este hábito tiene en nuestra comunidades y la percepción generalizada de que el alcohol, o al menos ciertos tipos de bebidas alcohólicas, forman parte del patrón alimentario y dietético de nuestra sociedad”.

En cuanto a la información que se dan en los centros frente al poco interés que reflejan los encuestados ante recibir información sobre la adicción al tabaco y las diferentes sustancias, pienso que la percepción de los centros es que la problemática es inexistente, con lo cual no le dedican tiempo, y los usuarios piensan que precisan información más latentes en su día a día (alimentos saludables, gimnasia terapéutica, etc). Esto guarda relación con uno de los factores de la adicción, el de la edad, donde estudios reflejan que el individuo a partir de los 21 años es muy poco probable que inicie la adicción al tabaco.

No obstante, cuando hablamos con los técnicos de los centros nos informa que la adicción al tabaco es un tema tratado siempre con el usuario que lo solicite, de forma individualizada realizando intervenciones de forma conjunta con la familia. No se coordinan con ninguna entidad especializada en la materia, establecen talleres de salud pero concretamente las adicciones no las tratan porque no es dominante en los usuarios del centro. Trabajan temas de higiene, de hidratación, normalmente enfocados a promoción de la salud. Se trabaja con temas que le atañen a su vida diaria y que les puedan afectar. Los que no quieren dejar de fumar, se hace un trabajo de reducción de daños y aprenden a controlarse y a contenerse.

La adicción no es predominante en el grupo, de ahí a que no se han planteado tratarla.

6.2.- UNIDAD DE ESTANCIA DIURNA PARA GRAVEMENTE AFECTADOS DE LA FAAM.

Han participado 11 usuarios en las encuestas. El perfil de los encuestados son personas entre 30 a 61 años, 10 hombres y 1 mujer con enfermedades físicas como trastorno adaptativo, tetraparesia, ACV, parálisis cerebral, tumor cerebral, fx craneal múltiple, daño cerebral, osteoartritis, esclerosis múltiples.

La formación de los usuarios del centro es: el 50% tiene completada la EGB, EL 37.5% tiene F.P. de grado medio y 12.5% tiene una diplomatura. El 100% no tiene trabajo remunerado.

- El 66,67% no fuma.
- El 66,67% de los no fumadores han probado o han consumido tabaco
- El 90,91% afirman haber probado otro tipo de sustancia tóxica. Las sustancias consumidas son, un 90,91% de los encuestados han probado el alcohol, un 27,27% han probado la marihuana y un 18,18% han probado la cocaína.
- El 72,73% afirman haber recibido prevención de las drogas en el centro.
- El 72,73% están interesado en recibir información del tabaco u otras sustancias.

En primer lugar me parece significativa de los datos de este centro y el de para personas con enfermedad mental de FAISEM, donde la representación femenina dentro de la misma es prácticamente inexistente. A lo que planteo reflexionar: ¿es menor el número de mujeres con discapacidad que de hombres?, si no es así, ¿Dónde están las mujeres con discapacidad? Revisada la tabla del Informe Mundial sobre la Discapacidad, de tasas de prevalencia de la discapacidad para los umbrales de 40 y 50 puntos derivados de los niveles de funcionamiento en múltiples dominios en 59 países, por nivel de ingreso del país, género, edad, lugar de residencia y riqueza, se observa que en todos los países el porcentaje de mujeres con discapacidad es mayor que el de hombres con discapacidad.

Tabla 2.1. Tasas de prevalencia de la discapacidad para los umbrales de 40 y 50 puntos derivadas de los niveles de funcionamiento en múltiples dominios en 59 países, por nivel de ingreso del país, género, edad, lugar de residencia y riqueza

Subgrupo de población	Umbral de 40 puntos			Umbral de 50 puntos		
	Países de ingreso alto (error estándar)	Países de ingreso bajo (error estándar)	Todos los países (error estándar)	Países de ingreso alto (error estándar)	Países de ingreso bajo (error estándar)	Todos los países (error estándar)
Género						
Hombres	9,1 (0,32)	13,8 (0,22)	12,0 (0,18)	1,0 (0,09)	1,7 (0,07)	1,4 (0,06)
Mujeres	14,4 (0,32)	22,1 (0,24)	19,2 (0,19)	1,8 (0,10)	3,3 (0,10)	2,7 (0,07)
Grupo etario						
18-49	6,4 (0,27)	10,4 (0,20)	8,9 (0,16)	0,5 (0,06)	0,8 (0,04)	0,7 (0,03)
50-59	15,9 (0,63)	23,4 (0,48)	20,6 (0,38)	1,7 (0,23)	2,7 (0,19)	2,4 (0,14)
60 años o más	29,5 (0,66)	43,4 (0,47)	38,1 (0,38)	4,4 (0,25)	9,1 (0,27)	7,4 (0,19)
Lugar de residencia						
Zona urbana	11,3 (0,29)	16,5 (0,25)	14,6 (0,19)	1,2 (0,08)	2,2 (0,09)	2,0 (0,07)
Zona rural	12,3 (0,34)	18,6 (0,24)	16,4 (0,19)	1,7 (0,13)	2,6 (0,08)	2,3 (0,07)
Quintil de riqueza						
Q1(más pobre)	17,6 (0,58)	22,4 (0,36)	20,7 (0,31)	2,4 (0,22)	3,6 (0,13)	3,2 (0,11)
Q2	13,2 (0,46)	19,7 (0,31)	17,4 (0,25)	1,8 (0,19)	2,5 (0,11)	2,3 (0,10)
Q3	11,6 (0,44)	18,3 (0,30)	15,9 (0,25)	1,1 (0,14)	2,1 (0,11)	1,8 (0,09)
Q4	8,8 (0,36)	16,2 (0,27)	13,6 (0,22)	0,8 (0,08)	2,3 (0,11)	1,7 (0,08)
Q5(más rico)	6,5 (0,35)	13,3 (0,25)	11,0 (0,20)	0,5 (0,07)	1,6 (0,09)	1,2 (0,07)
Total	11,8 (0,24)	18,0 (0,19)	15,6 (0,15)	2,0 (0,13)	2,3 (0,09)	2,2 (0,07)

Nota: Las tasas de prevalencia se han estandarizado según la edad y el género. Los países se dividen en países de ingreso bajo y países de ingreso alto, de acuerdo con su ingreso nacional bruto (INB) per cápita en 2004 (36). El punto de división es un INB de US\$ 3 255.

Fuente: (37).

Figura 3. Tasas de prevalencia de la discapacidad a nivel mundial por nivel de ingresos del país, género, edad, lugar de residencia y riqueza.

Fuente: Figura del Informe Mundial de Discapacidad 2011.

Esto es curioso cuando los centros de discapacidad de menores de 65 años y los centros de tratamiento de las adicciones, la representación de las mujeres es menor que la de los hombres, esto puede ser una prueba del doble estigma que aún sigue soportando las mujeres en nuestro país.

A la mujer discapacitada se le niega el acceso al mercado laboral (tradicionalmente papel sujeto al hombre), pero paralelamente se le niega el papel que tradicionalmente ha tenido la mujer, que es la de reproducción y crianza. Y por supuesto que decir de la sexualidad. “El prejuicio y el estereotipo desempeñan un papel fundamental en las relaciones sociales que incapacitan. En el terreno del sexo y el amor, el supuesto generalizado de que la discapacidad constituye una tragedia médica se hace dominante e

inevitable” (Shakespeare, 1998:206).

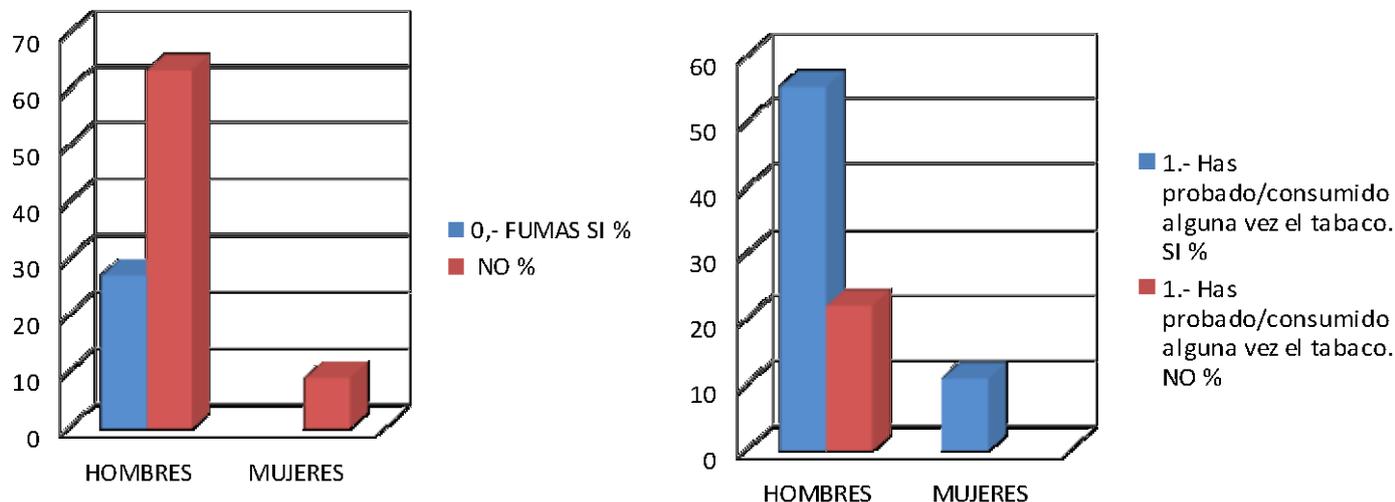
Esto nos hace entender que la mujer con discapacidad una vez finalizada la educación obligatoria toma más protagonismo en el domicilio familiar, sujeto a la tradición de este país, coartando su autonomía personal y restringiendo las redes sociales con miedos a estereotipos que rodea la no aceptación de la diversidad funcional, negando su propio entorno familiar que son personas que forman parte de un colectivo con una identidad, de la que necesitan tomar parte activamente. Y por el contrario los hombres con discapacidad, una vez que finalizan la educación obligatoria toman más protagonismo en centros porque culturalmente el hombre tiene un papel fuera del domicilio familiar.

Esto es lo que las entidades sociales luchan por mejorar, porque el objetivo es contribuir en el diseño y el desarrollo de políticas y estrategias interinstitucionales en materia de salud para garantizar que las personas con discapacidad y sus familias reciban servicios de promoción, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, habilitación y rehabilitación, de manera integral, equitativa y con enfoque de género, mediante el fortalecimiento de los servicios de salud, la gestión de calidad, el desarrollo humano, la aplicación y administración de tecnología reciente y con alta capacidad resolutive (Programa de acción específico 2007-2012. Atención integral a la salud de las personas con discapacidad).

Como resultado de más de tres décadas de activa reivindicación, conceptos como Disability Culture o Disability Identity se han convertido en moneda de uso corriente en debates sobre el multiculturalismo, en parte por razones de consolidación disciplinar de los Disability Studies. Según los teóricos sobre los estudios de discapacidad la razón por la que los derechos de las personas con discapacidad deben ser protegidos no es sólo por la convicción ilustrada del igual valor moral de todas las personas sino también porque las personas con discapacidad poseen una cultura que les proporciona orientación vital y un sentido de pertenencia a un colectivo (Moscoso, 2011:78).

La discriminación contra las personas con discapacidad es aún latente en nuestra sociedad, una muestra de ello son las existentes barreras ambientales y de actitud social, que hacen imposible que este colectivo participen activamente en la sociedad. La causa de este hecho reside en que esta parte de la población ha sido ignorada durante mucho tiempo.

Si a esto le añadimos el factor de género, la invisibilidad es aún mayor.



Gráfica 2 (izquierda). Porcentaje de fumadores U.E.D. Gravemente afectados.

Gráfica 3 (derecha). Porcentaje de antecedente de consumo entre la población no fumadora de la UED. Gravemente afectados.

Fuente: Datos de la investigación.

Otro aspecto importante es que más del 50% de la población que no fuma actualmente, han probado o consumido el tabaco, frente al 33,33% que mantienen el consumo de tabaco. En este punto me parece importante relacionar la adicción al tabaco con las enfermedades físicas, en colación con las enfermedades que presentan los encuestados, con el objeto de visualizar la estrecha relación entre ambos.

El tabaquismo es la principal causa prevenible de enfermedades y muerte prematura.

Una de las áreas orgánicas más afectadas por el tabaquismo es:

- el aparato respiratorio, pues constituye la vía de entrada del humo y es donde se van a iniciar los procesos metabólicos y de dispersión de los distintos componentes del tabaco.

Siendo las enfermedades más frecuentes asociadas al consumo de tabaco: bronquitis crónica, enfisema, cáncer (oral, de laringe, de pulmón).

- el aparato cardiovascular, el riesgo es máximo cuando el fumador pertenece al sexo masculino, consume más de 20 cigarrillos por día y traga el humo. La concurrencia de estas circunstancias multiplica la probabilidad de sufrir un infarto a los 50 años. En las mujeres son más concurrente otro tipo de factores. Las enfermedades más común asociada son la arteriosclerosis, cardiopatía isquémica, trombosis aterosclerótica, hemorragia cerebral, ataques isquémicos transitorios, insuficiencia cerebrovascular.

- el aparato digestivo, los efectos del tabaco sobre el aparato digestivo son diversos, se consideran su actuación, así como las principales manifestaciones derivadas de ella a distintos niveles: cavidad bucal, esófago, estómago, intestino, hígado y páncreas.

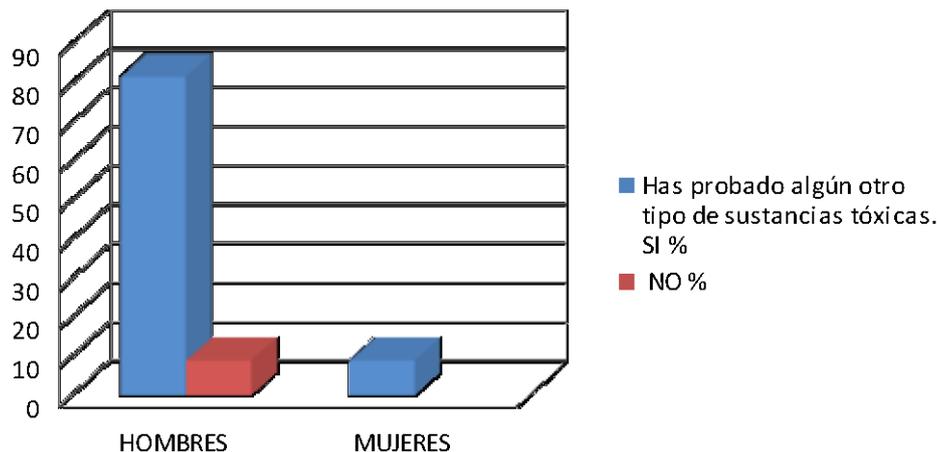
- el sistema genito-urinario, las consecuencias más señaladas que el consumo del tabaco puede determinar sobre el citado sistema, acometiendo el análisis de las mismas desde los siguientes puntos de vista: tabaquismo y cáncer urogenital, tabaco y menopausia, tabaco y patrón menstrual, tabaco y contracepción, tabaco y fertilidad, siendo la última tabaco y gestación la que suscita mayor relevancia porque es uno de los hechos que puede provocar discapacidad en el bebe.

Entre los efectos del tabaco en el embarazo, el más ampliamente comprobado es la reducción del peso de los recién nacidos de gestantes fumadores de alrededor de 175-200gm lo que equivale a un 5% aproximadamente (Miró, 1992), con las consecuencias médicas que esto puede provocar en el mismo.

También existen estudios sobre las consecuencias del tabaco con enfermedades específicas como son:

- ACV. Hay estudios que reflejan que el consumo de alcohol y tabaco supone un factor de riesgo de sufrir ACV entre otros. Este estudio encontró que en los pacientes menores de 60 años que habían sufrido ACV, el segundo factor de riesgo era el tabaquismo, lo cual es un factor modificable (Rivera y Sandoval, 2009).

- Parálisis cerebral. Una de las posibles causas que puede provocar la parálisis cerebral en el feto es por intoxicación en el útero de varias maneras. Las toxinas ambientales pueden ser ingeridas o respiradas por la madre, como en el caso del metilmercurio, mientras que numerosos fármacos y drogas, como la cocaína, se ingieren o inhalan intencionalmente (Pascual y Koenigsberber, 2003:278). “Y las posibles complicaciones médicas de personas que tiene parálisis cerebral es la neumonía causada por asfixia. Es sobradamente conocida los efectos del tabaco sobre el aparato respiratorio, incidiendo fundamentalmente en la aparición de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y en el desarrollo de diversos carcinomas, sobre todo cáncer de pulmón” (Miró, 1992:39).



Gráfica 4. Porcentaje de usuarios que han probado otro tipo de sustancias tóxicas en la U.E.D. Gravemente afectados.
Fuente: Datos de la investigación.

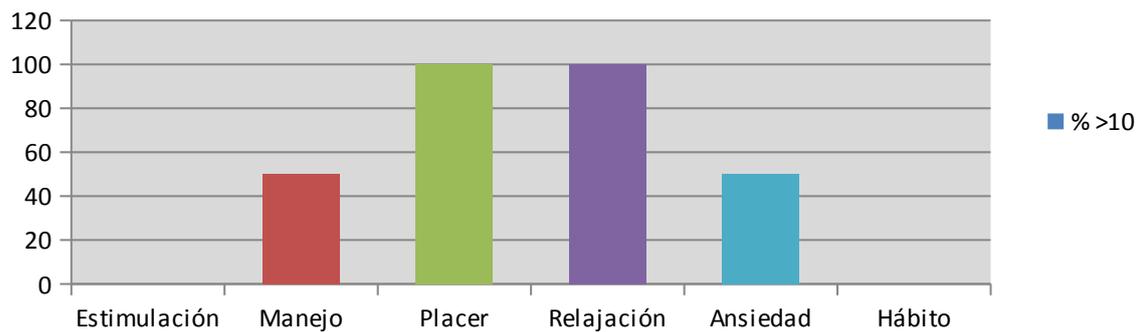
Solamente el 9,09% de los encuestados afirma no haber probado ninguna sustancia tóxica, frente al 90,90% de los encuestados que afirman haber probado algún tipo de sustancias tóxica. De este 90,90%, el 100% han consumido alcohol, el 30% marihuana y el 20% han consumido drogas ilegales.

Estos datos me hacen preguntarme, ¿qué viene antes la adicción o la discapacidad?

En la Asamblea General de la OMS, efectuada en Ginebra, Suiza, en mayo de 2005, se hizo evidente que el tabaco y el alcohol eran las dos drogas de mayor significación mundial en lo referente a la Carga Global de Enfermedades (CGE) que determinaban, y se difundió a nivel planetario el significado de un nuevo indicador de salud, bajo las siglas AVAD (Años de Vida Ajustados a Discapacidad), que expresa la magnitud del daño biológico, psicológico, social, cultural y espiritual determinado —cada 12 meses— por dichas sustancias tóxicas. Su importancia radica en que expresa a nivel mundial el número de años perdidos como consecuencia de discapacidades físicas o mentales determinadas por dichas drogas. Las cifras de AVAD en el año 2000 alcanzaron 59 millones de años para el tabaco, 58 millones de años para el uso inadecuado de bebidas alcohólicas y 20 millones para las drogas ilegales. Es justamente el AVAD quien ha permitido valorar con mayor nivel de detalle la repercusión médica, social y económica determinada por los diferentes tipos de drogas, con independencia de su carácter legal o ilegal, y su avance como indicador de salud está precisamente en que posibilita la suma del tiempo vinculado a las discapacidades y conforma la CGE cuando le sumamos los años de vida perdidos por muertes precoces de los consumidores. El estimado de CGE es para el tabaco de 150 millones de años, para el alcohol de 140, y para las sustancias ilegales de 40 millones de años cada 12 meses (González, 2007).

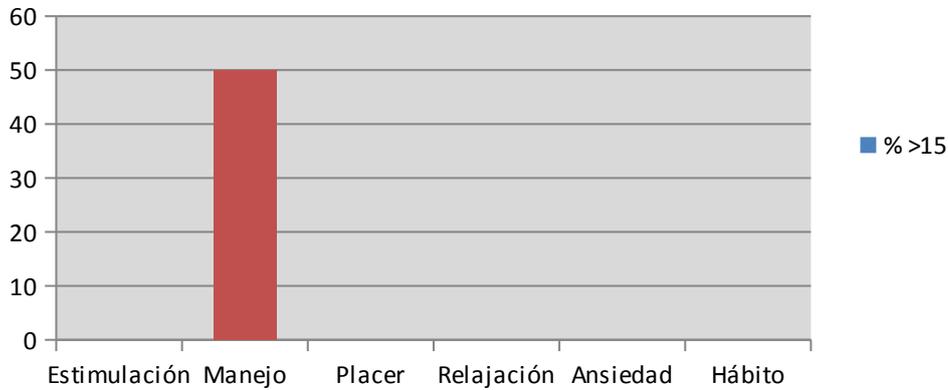
Según entrevista con la técnico del centro nos aporta que la mayoría de los usuarios que tienen en el centro, tienen un pasado de adicción a las drogas, especialmente al alcohol, esto provoca que el abandono a la adicción al tabaco sea más difícil de conseguir porque es un punto de unión con su pasado, y unido a su situación de discapacidad, hacen que el consumo de tabaco sea una forma de evadirse siendo difícil el abandono del mismo. Los motivos del consumo los justifica en las adicciones anteriores y en la raíz de las enfermedades que han desarrollados, por ejemplo, una persona con esclerosis múltiple, que la persona vea que es una enfermedad degenerativa, provoca una desmotivación ante el abandono del consumo de tabaco. O aquella persona que tiene pérdida de memoria a corto plazo, cada cinco minutos quiere fumar porque no se acuerda que ha fumado, siendo tarea difícil el abandono del mismo.

TEST DE HORN UMBRAL MÍNIMO % >10



Gráfica 5. Resultado del test de Horn para personas con consumo moderado de tabaco.
Fuente: Datos de la investigación.

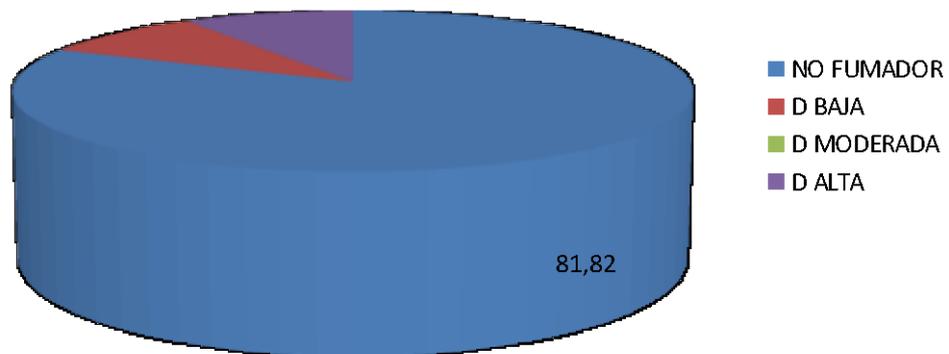
TEST DE HORN ALTA ADICCIÓN % >15



Gráfica 6. Resultado del test de Horn para personas con consumo alto de tabaco
Fuente: Datos de la investigación.

Los resultados confirman lo mencionado anteriormente, la mayor parte de las personas que fuman, lo hacen por relajación, placer y manipulación sensorial-motora.

TEST FAGESTRÖM (%)



Gráfica 7. Resultados del Test de Fagerström para usuarios de la U.E.D. Gravemente afectados.
Fuente: Datos de la investigación.

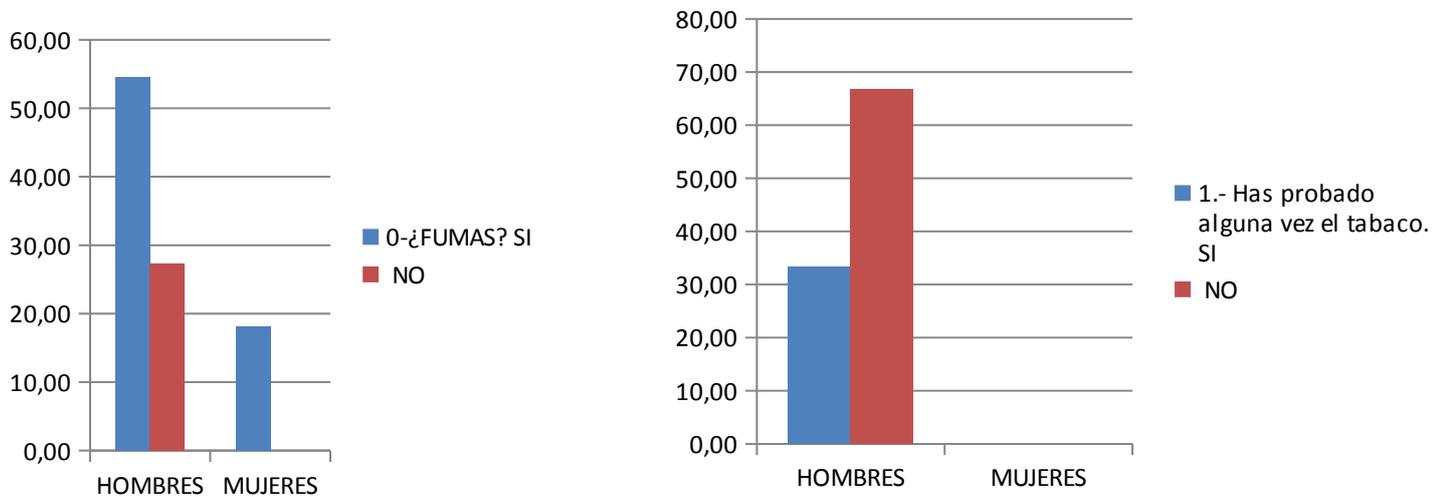
De todos los fumadores no existen fumadores moderados, por lo tanto la población es tendente a los extremos.

Lo anteriormente mencionado justifica que el centro incluya este aspecto de sus usuarios en el curriculum de trabajo, bien a nivel psicológico, bien en el funcionamiento diario del centro con horarios de fumar, incluso utilizan el tabaco como forma de recompensa-castigo a nivel comportamental dentro del mismo. Y es importante reflejar que el 100% de los usuarios han contestado que si a la pregunta, sobre si le gustaría recibir más información sobre las adicciones.

6.3.- UNIDAD DE ESTANCIA DIURNA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL DE FAISEM.

Han participado 11 usuarios en las encuestas. El perfil de los encuestados son personas entre 32 a 61 años, 10 hombres y 1 mujer con enfermedades mentales como esquizofrenia paranoide, trastorno bipolar, depresión y trastorno limite de persona. La formación de los usuarios del centro es: el 54,54% tiene completada la EGB, el 18,18% tiene completado sus estudios hasta C.O.U., el 9,09% tiene F.P. de grado medio y 9,09% está estudiando una diplomatura. El 100% no tiene trabajo remunerado.

- El 72,72% fuma.
- El 9,09% de los no fumadores han probado o han consumido tabaco.
- El 45,45% afirman haber probado otro tipo de sustancia tóxica. Las sustancias consumidas son, un 40% de los encuestados han probado el alcohol, un 100% han probado la marihuana y un 20% han probado la cocaína.
- El 100% afirman no haber recibido prevención de las drogas en el centro.
- El 100% están interesado en recibir información del tabaco u otras sustancias.



Gráfica 8 (izquierda). Porcentaje de fumadores entre los usuarios de la U.E.D. Enfermos mentales.

Gráfica 9 (derecha). Porcentaje de personas que han probado el tabaco entre usuarios no fumadores de la U.E.D. Enfermos mentales.

Fuente: Datos de la investigación.

Un dato relevante que aporta la información de los gráficos es que la mayoría de las personas que se encuentra en el centro son fumadoras, y que hay un mínimo porcentaje de abandono de consumo de tabaco dentro de la población objeto de estudio.

Estos datos en relación con la fecha en la que se les ha detectado la enfermedad, se deduce que:

- el 81,81% de los encuestados fuman o han probado o consumido el tabaco antes de la detección de la enfermedad. Esto nos puede aportar que la patología psiquiátrica es un posible factor de riesgo para la adicción al tabaco.

Es importante resaltar que de la población encuestada, el 72,72% tienen esquizofrenia.

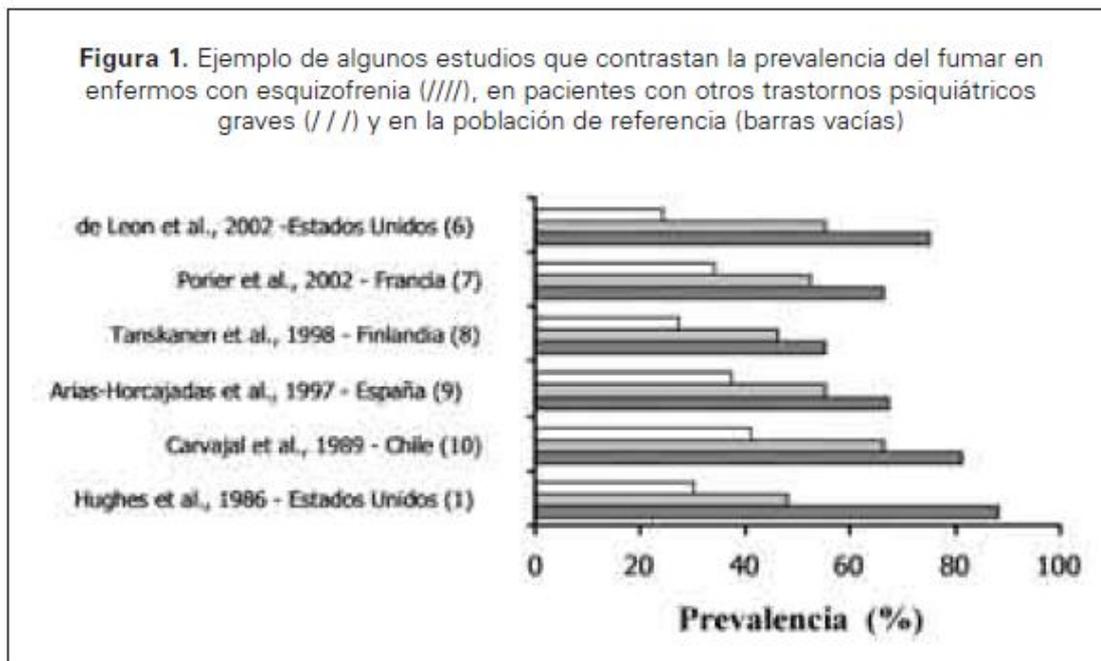


Figura 4. Prevalencia del consumo de tabaco entre población con enfermedad mental y población en general.
Fuente: Gráfica de Monografía del Tabaco. Capítulo Tabaco y esquizofrenia

Las personas que desarrollan esquizofrenia parece tener factores de riesgo que las hacen más vulnerables para comenzar a fumar. “El predominio de individuos que han sido fumadores alguna vez entre los pacientes con esquizofrenia y la alta proporción del inicio del fumar antes del comienzo de la esquizofrenia, sugieren que quienes van a desarrollar esta enfermedad tengan cierto factor de riesgo que los haga más vulnerables para comenzar a fumar” Martínez, Gurpegui, Diaz y De León, 2004:182).

- el 40% de los que han probado otras sustancias tóxicas lo han hecho antes de la detección de la enfermedad, frente al 60% que han probados otras sustancias tóxicas después de la detección de la enfermedad.

Esto nos puede aportar una posible hipótesis, de que el consumo de sustancias tóxicas puede ser contribuir en la aparición de patologías psiquiátricas, como bien aporta el sociólogo Javier Rubio en su artículo “El consumo de drogas como un desencadenante más en la aparición de la enfermedad mental”.

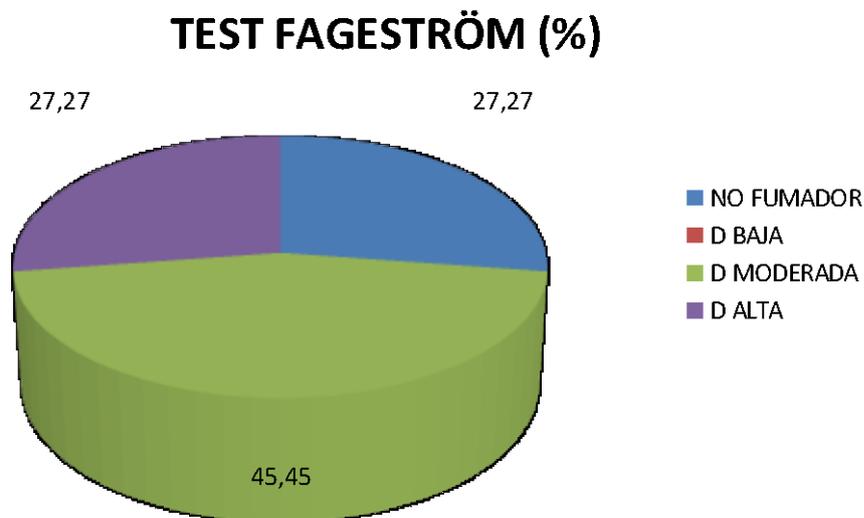
El plantea una figura para exponer los aspectos favorecedores/desencadenantes de un trastorno mental, donde en el centro se encuentra el espacio de vivencias juvenil estresante, y le rodean los siguientes: conflicto/tensión con el entorno relacional, vulnerabilidad biológica, consumo de drogas (legales e ilegales), circunstancias

personales y sociales y personalidad especial.

Como hemos mencionados anteriormente, el inicio del consumo se produce en la adolescencia/juventud, siendo estos los periodos más habituales de diagnóstico de las enfermedades mentales.

Ante el hecho del consumo de sustancias tóxicas, los diagnósticos y los síntomas se agravan cuando se les añaden otros problemas de consumo drogas y alcohol (uso y abuso). Este factor si no desencadenante, puede influir directamente y de forma negativa en la evolución de la enfermedad (Rubio, 2006:1).

Algunas personas pueden presentar patología dual, que es la presencia de una enfermedad mental con una adicción, las cuales pueden ser causa o efecto de cada una de ellas. El tratamiento debe iniciarse en la patología más dominante. Esto es un handicap para el tratamiento, ya que en nuestro país se trata la enfermedad mental mediante el área de salud y la adicción mediante el área de servicios sociales, provocando un efecto pin-pon del paciente, porque las derivaciones se convierten en muchos de los casos en el tratamiento que reciben este tipo de pacientes.



Gráfica 10. Resultados del test de Fagerström entre los usuarios de la U.E.D. Enfermedad mental.
Fuente: Datos de la investigación.

Viendo la gráfica donde refleja que el consumo de los encuestados en ningún caso es bajo, me extrapola al artículo de Martínez, Gurpegi, Díaz y de León, donde referían que había algunos pequeños estudios que sugieren que el consumo de antipsicóticos típicos que toman las personas con esquizofrenia, se asocian a mayor intensidad en el fumar, y por consiguiente a mayor dificultad para dejarlo.

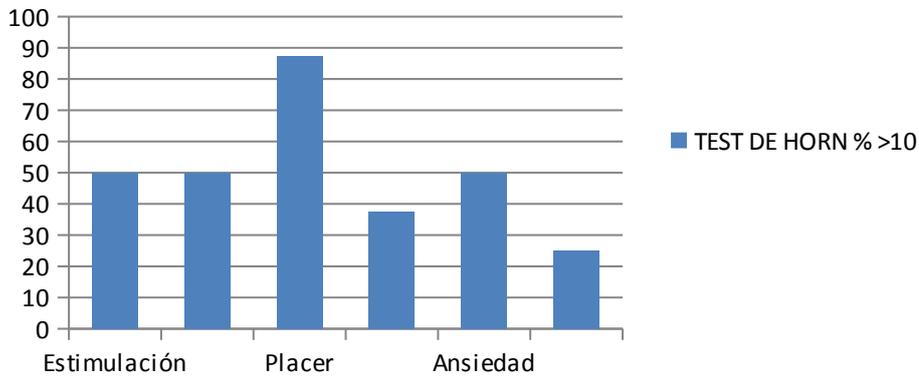
Esto se relaciona con la hipótesis de la auto-medicación, la cual se basa en que el consumo de tabaco reduce algunos de los efectos secundarios del tratamiento con psicofármacos, tales como sedación, disminución de la actividad motriz, falta de atención y concentración, alteraciones de la memoria, mareo e hipotensión ortostática; el consumo de tabaco vendría a constituir una forma de auto-tratamiento, al disminuir los efectos secundarios de estos fármacos.

En estudios realizados en Estados Unidos por Schroeder SA y Morris CD. de Department of Medicine and Smoking Cessation Leadership Center, University of California, San Francisco (2010), manifiesta que el consumo de tabaco ejerce un efecto enorme sobre las personas con enfermedades mentales y trastornos de abuso de sustancias, lo que representa 200.000 de las 443.000 muertes anuales relacionadas con el tabaco anualmente en los Estados Unidos. Las personas con enfermedad mental crónica mueren 25 años antes que la población general, siendo el tabaquismo el principal contribuyente a la mortalidad prematura. Esta población consume el 44% de todos los cigarrillos, lo que refleja las tasas de prevalencia muy elevada, además de fumar en exceso este tipo de consumidores. El patrón refleja una combinación de factores biológicos, psicosociales y culturales.

De todos modos, también es muy importante el perfil de usuarios que tienen enfermedad mental en tema de adicción, según nos refiere el técnico del centro de FAISEM. Explica que el perfil es muy distinto dentro de salud mental, porque no es la misma predisposición al consumo de tabaco una persona deportista que tiene un accidente y como consecuencia sufre un trastorno orgánico de la personalidad, a otro que por su adicción a sustancias tóxicas sufre algún tipo de enfermedad mental.

También refleja que hay usuarios que debido a su enfermedad, por ejemplo, memoria a corto plazo, hay que tener especial cautela si tiene adicción al tabaco, porque son capaces de fumarse un paquete en una mañana si no se controla la dosis de cigarrillos.

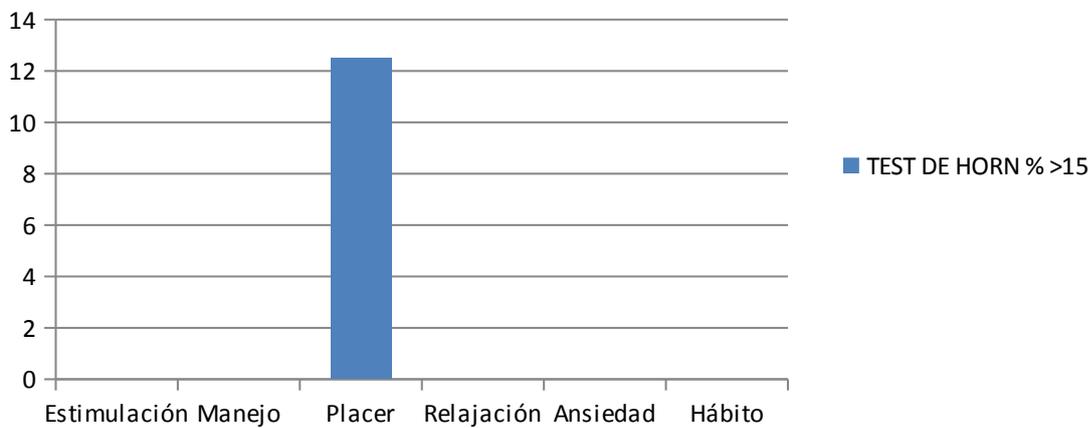
TEST DE HORN % >10



Gráfica 11. Resultados del test de Horn para personas con consumo moderado de tabaco de la U.E.D. Enfermos mentales.
Fuente: Datos de la investigación.

De ahí a que sea necesario trabajar más profundamente esta problemática dentro de este tipo de centros.

TEST DE HORN % >15



Gráfica 12. Resultados del test de Horn para personas con consumo alto de tabaco de la U.E.D. Enfermos mentales.
Fuente: Datos de la investigación.

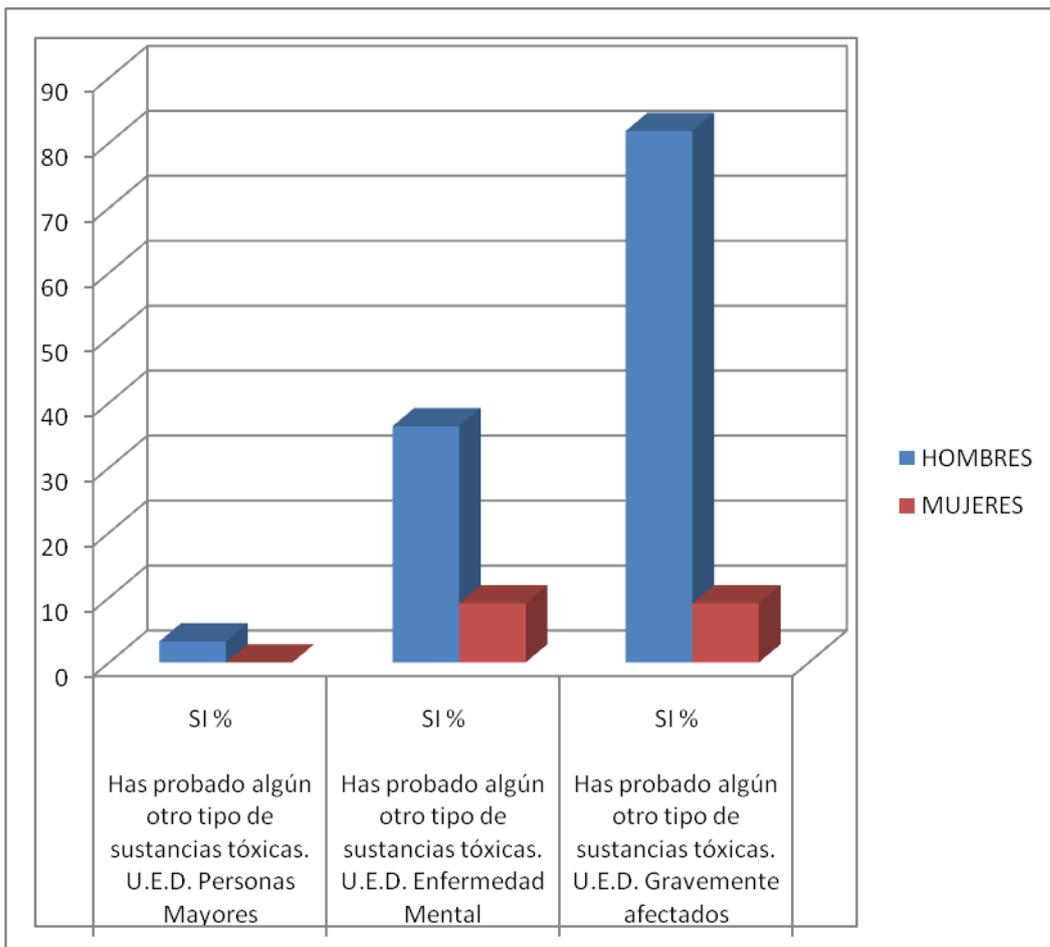
Esta gráfica nos hace ver que lo que motiva a las personas con enfermedad mental a fumar es mayoritariamente el placer, seguida de la ansiedad, la estimulación y el manejo.

Posiblemente este sea el motivo en que haya tan pocas personas con enfermedad mental que abandonen el consumo de tabaco, porque les resulta tan placentero su consumo que están dispuesta a mantenerlo en el tiempo, a pesar que este hecho pueda provocar un alto índice de mortalidad entre esta población.

La motivación personal de este colectivo para el inicio del tratamiento es escasa, unido a la poca dedicación que se le aporta a esto, dentro de los recursos que atienden a esta población, dificultan unas líneas de trabajo favorecedoras al abandono del consumo. Esto se refleja en la encuesta en la que el 100% de los encuestados niegan haber recibido prevención a las drogas en el centro, frente al 100% de afirmaciones sobre si les gustaría recibir información sobre las adicciones.

Estos datos se relacionan con los que aportan Hitsman B, Moss TG, Montoya ID, George TP. Department of Preventive Medicine, Northwestern University, Chicago (2009), sobre que las personas con trastornos adictivos (MHA), la salud mental y el alto consumo de tabaco, requieren un tratamiento del tabaco como parte de la atención psiquiátrica completa. Los profesionales de atención psiquiátrica a menudo no abordan el consumo de tabaco entre las personas con enfermedad mental, posiblemente debido a la creencia de que sus pacientes no podrán dejar de fumar con éxito, o que incluso la abstinencia a corto plazo va a influir negativamente en el estado psiquiátrico. El progreso en el desarrollo de tratamientos ha sido lento, en parte, porque los fumadores con trastornos MHA actuales han sido excluidos de la mayoría de los ensayos para dejar de fumar. Hay varias opciones de tratamiento para dejar de fumar, incluyendo las intervenciones psicológicas y farmacológicas, que se deben ofrecer a las personas con un trastorno de MHA que fuman. Construir a la motivación y la voluntad de dejar de fumar es un reto importante, y por lo tanto, las intervenciones motivacionales son esenciales. Revisamos las opciones de tratamiento para las personas con dependencia del tabaco y los trastornos MHA, las recomendaciones para una eficacia del tratamiento es a través de la promoción de la reducción de fumar como una meta inicial del tratamiento, posteriormente se inicia la atención integral, que también tiene como objetivo reducir la disponibilidad de tabaco en los lugares de tratamiento MHA y en la comunidad.

6.4.- ASPECTOS GENERALES DE LAS TRES TIPOLOGÍAS DE USUARIOS DE UNIDADES DE ESTANCIA DIURNA.



Gráfica 13. Porcentaje de usuarios que han probado otra sustancia tóxica distinta al tabaco, en los diferentes centros de estudio.
Fuente: Datos de la investigación.

Estos resultados me sorprenden, puesto que pensaba que los resultados más altos los obtendríamos en el centro de día de salud mental, pudiendo ser un punto de partida para

una investigación más profunda y específica.

Las sustancias consumidas son en mayores el alcohol, en el centro de salud mental de los que contestaron que si un 100% han consumido la marihuana, un 40% el alcohol y un 20% la cocaína. Y en el centro de gravemente afectados un 100% el alcohol, un 28% la marihuana y un 14,28% la cocaína. Es decir, en personas gravemente afectadas prevalece las drogas legales y en personas con enfermedad mental prevalece las drogas ilegales.

Esto puede tener su explicación en las siguientes aportaciones:

“Cuando una droga es amplia y libremente conseguible (alcohol, la nicotina y la cafeína), algunas personas eligen no usarla en absoluto, otras la usan con moderación y, otras la usan mucho y se vuelven adictos” (Goldstein, 1995:99).

Por lo tanto juega un papel importante el factor ambiental, acompañado de actitudes sociales, es decir, “lo que está bien visto” provoca más predisposición al consumo que lo que no.

“El uso de una droga ilegal requiere en primer lugar un rechazo más rotundo de los estándares sociales del que es necesario para usar una droga que está sancionada por la sociedad. Se requiere un temperamento psicológico bastante especial. Uno ha de ser más que una persona arriesgada, más que un buscador de sensaciones, más que un inconformista, o más influenciado por compañeros” (Goldstein, 1995:101). Este autor plantea que para una adicción a sustancias tóxicas ilegales interaccionan dos elementos, el papel genético del individuo con los factores ambientales.

Kalina y Kovadloff en 1987, afirmaban que la personalidad con rasgos psicopatológicos propensos al consumo de drogas no reúne los requisitos para alcanzar una identidad nítidamente recortada, que son la fortaleza (tolerancia a la frustración) y paciencia (capacidad de espera), siendo uno de sus rasgos más característicos la debilidad.

Es aquí donde podemos basar la explicación de porque entre la población de salud mental, está más ligada a las sustancias ilegales, siendo imprescindible el tratamiento preventivo, mediante el fomento de la autoestima y favorecedora de habilidades sociales.

El alcohol junto con el tabaco, es una de las primeras drogas de consumo en la adolescencia, teniendo gran incidencia en el inicio del consumo de la misma, el trastorno de conducta en la infancia. De ahí a la relación que existe entre personas alcohólicas con problemas psiquiátricos como los trastornos afectivos, de ansiedad y de personalidad, además de asociarse a otros abusos de sustancias, y todo ello va asociado

a una significativa discapacidad. El abuso de alcohol podría ser el inicio hacia otras sustancias tóxicas.

Las consecuencias de una intoxicación aguda de alcohol puede producir un déficit en la coordinación motora, caídas, lesiones, riesgo de accidentes, entre ellos, los de tráfico. Provoca desinhibición aumentando el nivel agresivo que aumenta el riesgo de peleas, lesiones, discusiones, homicidios, etc. La agresión puede ser hacia la propia persona pudiendo provocar autolesiones, conductas autodestructivas, suicidio.

En caso de embarazo, la exposición al alcohol son una de las principales causas de muerte fetal o aborto. Cuando la gravedad es intermedia se produce el llamado síndrome alcohólico fetal, que es una de las principales causas de retraso mental. Cuando las alteraciones son más leves se le denomina espectro de los trastornos alcohólicos fetales, que son unas de las causas de la aparición del TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad), trastorno de aprendizaje y trastorno de conducta (Guardia, 2012).

La marihuana es la droga ilegal más consumida. Los efectos toxicológicos agudos son producidos principalmente por el principio activo Delta-9-Tetrahidrocannabinol (THC), provocan alteraciones cognitivas, perceptuales y afectivas, que pueden ser de carácter transitorias y con diferentes intensidades. Las consecuencias de estar bajo el consumo de esta sustancia pueden ser accidentes, caídas, lesiones, etc.

“Quedan definidos entonces dos grupos de riesgo: a) vulnerabilidad a la esquizofrenia: sujetos con carga genética y alteraciones en el neurodesarrollo compatibles con esquizofrenia; el THC desencadena la esquizofrenia; b) vulnerabilidad a cuadros esquizofrenia-símiles: sujetos con polimorfismo en el gen de la COMT, donde el THC es un estresor que desenmascara la vulnerabilidad a cuadros de psicosis esquizofrenia-símil” (Goldchluk y Herbst, 2008: 506).

Esto nos aporta que es fundamental el tratamiento con población en riesgo, con el fin de evitar el empeoramiento de la enfermedad.

La cocaína. Según el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, la cocaína es, después del cannabis, la droga ilegal más consumida en Europa. Un factor de personalidad asociado al consumo de cocaína según Arif (1988), “las personas trastornadas o que viven una vida marginal se sentirán atraídos por cualquier forma de “violación de las normas”, o tenderán a integrarse en grupos asociales, por lo que es particularmente probable que es tipo de personas consuman cocaína”.

Es decir, el cómo se sienta el individuo dentro de la sociedad o dentro de su propia familia, influye en la adquisición de hábitos de consumo.

La enfermedad psiquiátrica debe considerarse también como un posible factor de riesgo,

aunque el porcentaje de usuarios de cocaína con problemas psiquiátricos no es un número elevado. Entre las enfermedades psiquiátricas más frecuentes son el trastorno bipolar, distintos tipos de depresiones, con un mínimo porcentaje de trastornos consistentes en una discriminación de la atención (Arif, 1988).

Una de las consecuencias psicológicas más específica que puede derivarse del abuso de la cocaína es la psicosis, que se caracteriza por una gran cantidad de experiencias de alucinaciones e ilusiones con frecuencias por aspecto paranoide (Arif, 1988). Esto coincide con lo que plantea Goldstein, (1995) donde relaciona la cocaína con las anfetaminas, y se establece que el uso continuado de anfetamina provoca una conducta psicótica.

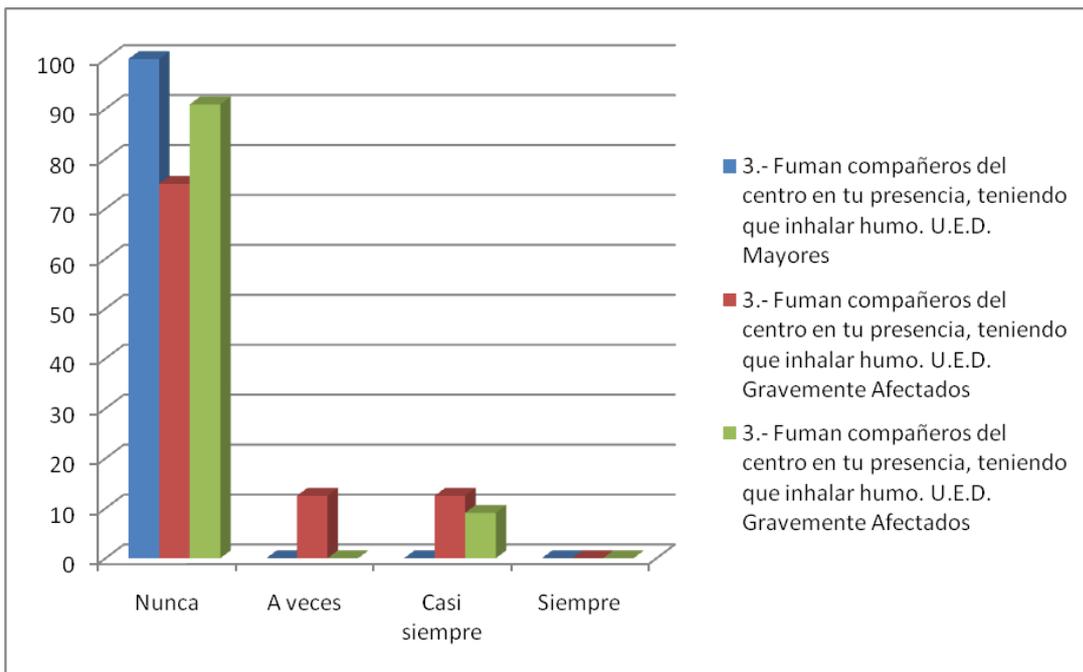
Las consecuencias físicas pueden ser hasta la muerte por sobredosis, o lesiones del encéfalo o del hígado, sí como lesiones graves en el pulmón. Además el consumo de este tipo de sustancias supone una mayor complicación médicas para pacientes con insuficiencia coronaria, diabétes (Arif, 1988).

Según esta información sobre las diferente sustancias, nos aporta una explicación a la gráfica, es decir, el alcohol guarda más relación con consecuencias físicas en la persona, la marihuana está más estrechamente relacionada con personas que padecen enfermedad mental y la cocaína está entre ambas vertientes, no obstante el efecto psicótico que puede producir, la acerca más a usuarios de salud mental sin que sea un factor predominante entre la población de estudio.

Thomas C. Weiss (2013) afirma que las ya terribles cargas que las drogas ilegales, el alcohol y los problemas del tabaco presentan, se agrava cuando la persona en cuestión es miembro de la minoría más grande de Estados Unidos, las personas con discapacidad. Para las personas que sufren algún tipo de discapacidad, el proceso de recuperación de la adicción se ve complicada por las barreras que simplemente no existen para los demás. Los intentos para recuperarse de una adicción a una sustancia pueden verse obstaculizado en gran medida por las cuestiones relacionadas con las discapacidades físicas o mentales. Las estimaciones indican que los problemas de adicción cuestan a la economía de los Estados Unidos más de \$ 220000 millones de dólares cada año y tienen un impacto directo de un gran porcentaje de la población de esta nación. Lo que es menos conocido es que la gente en Estados Unidos que experimentan distintas formas de discapacidad corren un riesgo desproporcionadamente mayor de experimentar estos problemas. Las personas con discapacidad, tienen muchos riesgos que aumentan sus posibilidades de abuso de sustancias que afectan negativamente a sus vidas. Los riesgos incluyen: habilitación social, cuestiones de salud y medicamentos, la falta de identificación de los posibles problemas, la falta de

servicios de prevención y tratamiento apropiada y accesible.

En algunos casos, las tasas de prevalencia de abuso de sustancias entre las personas con discapacidades son impactantes. Las tasas de prevalencia de abuso de sustancias se acercan o superan el 50% de las personas que sufren de lesiones de la médula espinal, lesiones cerebrales traumáticas, o formas de enfermedad mental. Cuando se compara con la tasa de 10% para la población general, la estadística es impresionante. Las personas con discapacidades ortopédicas, lesiones de la médula espinal, amputaciones, o dificultades de visión pueden ser clasificados como: "bebedores", en torno a un 40-50% de los casos. Las personas con discapacidad experimentan tasas de abuso de sustancias que son 2-4 veces mayores que la de las personas en la población general. Las personas con formas de discapacidad son la artritis, sordera o esclerosis múltiple experimentan tasas de abuso de sustancias que son al menos el doble de la tasa para los de la población general. Lamentablemente, las principales causas de discapacidad en los Estados Unidos están cambiando de condiciones médicas a los servicios sociales, es decir, están ahora más relacionados con complicaciones que incluyen la violencia, el abuso de sustancias y problemas de salud mental.



Gráfica 14. Porcentajes de usuarios de los distintos centros objeto de estudio, que afirman tener compañeros que fuman en su presencia.
Fuente: Datos de la investigación.

Es importante reflejar que cuando se contesta que sí, el espacio utilizado son espacios comunes al aire libre como el patio o la calle.

En el centro para personas con enfermedad mental, a pesar que de igual forma está prohibido fumar, se puede entender que por las características de los usuarios no haya una prohibición radical al respecto. Según me informan, es cierto que existe una permisividad porque tienen la concepción del tabaco como un mal menor, porque hay personas que tienen ansiedad, y se valora que el tabaco les ayuda a calmarse, estar más relajados, aunque se sabe que esto puede llegar a provocar patologías asociadas al consumo de tabaco, por lo que la forma de atajar el problema debe ser otra por varios motivos:

1.- Da a lugar a fumadores involuntarios, más conocidos como fumadores pasivos. Teniendo que inhalar algunos compañeros del centro de forma involuntaria, el humo del tabaco en el ambiente, llegando a ser fumadores leves y estando expuestos a los mismos riesgos de los fumadores activos (Tovar, 2000).

Tabla I. Efectos del tabaco en fumadores activos y en fumadores involuntarios.

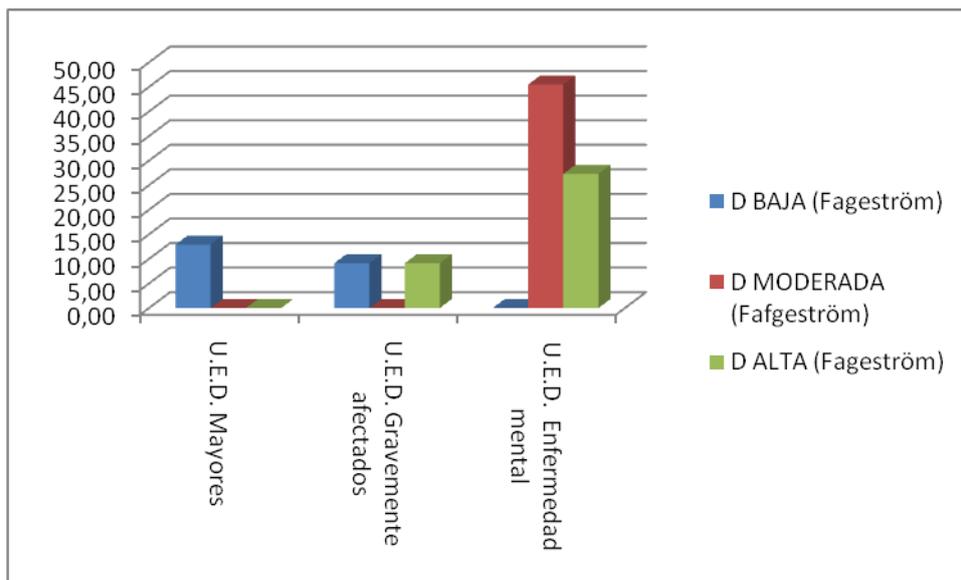
Población	Efectos	
	Agudos	Crónicos
Prenatal	Trastorno en el desarrollo pulmonar. Problemas de crecimiento. Depresión de la difusión de aminoácidos y de otros nutrientes desde el trofoblasto hasta la placenta.	Bajo peso al nacer. Desarrollo insuficiente del producto.
Lactantes	Síndrome de muerte súbita. Retraso en el desarrollo del tracto respiratorio. Dificultad para manejar la hipoxia, alergias, infecciones respiratorias agudas, sibilancia, otitis media. Aumento de frecuencia cardíaca. Enfermedad isquémica cardíaca.	Alergias, predispone infecciones respiratorias. Trastornos de flujo aéreo. Cáncer del cerebro. Leucemia. Cotinina en sangre, saliva u orina.
Preescolares	Reducción de la función pulmonar, alergias, asma, infecciones respiratorias agudas, otitis. Aumento de frecuencia cardíaca. Enfermedad isquémica cardíaca.	Daños al endotelio arterial. Aumento de frecuencia cardíaca.
Escolares	Reducción de la función pulmonar. Bronquitis, infecciones respiratorias agudas, otitis media, asma, volumen respiratorio disminuido.	Cáncer del cerebro, leucemia.
Adolescentes	Reducción de la función pulmonar, bronquitis, infecciones respiratorias agudas, asma.	Aumento de carboxihemoglobina, agregación de plaquetas, resistencia nasal, asma. Enfermedad isquémica
Adultos	Actividad respiratoria impedida. Enfermedad isquémica cardíaca. Implicaciones a largo plazo.	Colesterolemia y trigliceridemia aumentadas. Exceso de riesgo relativo. Incremento de la carboxihemoglobina. Cáncer del pulmón, laringe, esófago, la bios, cervix, mama, páncreas, estómago.
Gerontes	Disminución de la actividad pulmonar. Agregación de plaquetas, alteración en el endotelio vascular. Aumento del fibrinógeno y de la trombogénesis	Respuesta psicogénica. Síntomas nasales, tos, hipersensibilidad cambios en los anticuerpos IgE, además de los cánceres que presenta el adulto.

Figura 5. Efectos del tabaco en fumadores activos y fumadores pasivos.

Fuente: Figura del artículo *Fumadores involuntarios: exposición pasiva al humo de tabaco en el ambiente* de Tovar, V. y López F.J.

“Los riesgos asociados al fumador involuntario parecen ser evidentes e importantes y no solo por su repercusión sobre la salud pública, por la información sobre la etiología de ciertos procesos o para una mejor prevención de la enfermedad, sino también porque constituye el motivo fundamental sobre el que se fundamenta la necesidad de una política adecuada en el control del tabaquismo en los entornos públicos y sobre todo en el medio laboral” (Sánchez, 2004: 97).

2.- Fomentar la capacidad de autocontrol y el respeto por las normas sociales, mediante el aprendizaje de habilidades sociales. Las personas con enfermedad mental tienen dificultades en la autonomía para las actividades básicas de la vida diaria, para el autocontrol, las relaciones sociales, el ocio, etc. De ahí a que la intervención psicosocial sea necesaria, utilizando para ello cualquier tipo de recursos del entorno que ayude a fomentar y trabajar el aprendizaje de tales habilidades.



Gráfica 15. Resultado del test de Fageström en los distintos centros objetos de estudio.
Fuente: Datos de la investigación.

De la población encuestada, los que tienen un grado de dependencia bajo al tabaco corresponden con aquella población que está más relacionado con discapacidad física, personas mayores y gravemente afectados, donde la grado de autonomía físico es

inferior.

La población que tiene más alto el consumo de tabaco son las personas con enfermedad mental, por los motivos narrados durante el documento.

Estos datos no se corresponden con las conclusiones de los datos del trabajo de Borrelli B, Busch AM, Trotter DR. (2013) de Centers for Behavioral & Preventive Medicine psychology rehabilitation, los cuales vienen a afirmar que “las personas con impedimentos de movilidad (IM) tienen las tasas de tabaquismo más altas que la población en general”. Explicando que estos resultados pueden deberse a que la restricción de las actividades de la vida por un valor (social, profesional, etc), debido a la deficiencia de la movilidad, interfiere con el abandono del tabaco.

Pero en mis resultados sale que aquellas personas que tienen problemas físicos, que le limitan sus capacidades para ser una persona autónoma, el consumo de tabaco es menor que aquellas personas que no tienen dependencia física, incluso guarda relación con el grado de dependencia, siendo menor que con el de las personas con enfermedad mental, como se puede comprobar en la gráfica anterior.

7.- CONCLUSIONES.

En base a los resultados obtenidos en el trabajo de campo, se puede llegar a las siguientes conclusiones, que dan a su vez respuesta a los objetivos marcados en la investigación.

- El tipo de discapacidad no determina la adicción al tabaco, es la edad, el entorno, la familia, la ocupación, el no sentirse discriminado, etc. Es decir, las personas con discapacidad son influidas para el consumo de tabaco por los mismos factores que el resto de la población, según se infiere de los datos.

La edad; los mayores de 65 años tienen más reducido el consumo, por motivos de enfermedad, presión familiar, estar institucionalizado, falta de accesibilidad al tabaco (debido a la situación de dependencia no pueden comprar directamente el tabaco, ya que dependen de una tercera persona). Dentro de esta población hay un gran número de personas que han abandonado el consumo de tabaco, según los datos que nos aporta las encuestas, pudiendo ser mayoritariamente por motivos de enfermedad y presión familiar.

En cuanto a la edad de inicio del consumo, existe más riesgo desde la adolescencia hasta los 21 años, según manifiestan Becoña, Palomares y García (1994), es muy poco

probable que a partir de los 21 una persona inicie el consumo.

El entorno influye, si te rodeas de gente que fuma, es un factor individual para fumar, si en tu entorno no se fuma la predisposición es menor. Si tu entorno es fumador, normalmente tiendes a fumar más.

Aquella persona que se sienta discriminada o no integrada en la sociedad por tener algún tipo de discapacidad, puede ser un usuario predispuesto a tener una adicción. De ahí a la importancia que desde las instituciones públicas, las ONG, la sociedad en especial, hagamos esfuerzos reales y pragmáticos para la construcción de una sociedad inclusiva, donde todos los miembros que formamos la sociedad tengamos una participación activa en el mismo, porque las personas con discapacidad poseen una cultura que les proporciona orientación vital y un sentido de pertenencia a un colectivo, como decía Moscoso (2011).

- En cuanto al perfil de las personas con discapacidad que tienen adicción al tabaco, se puede decir en primer lugar, que la adicción a diferentes sustancias tóxicas no provoca en todos los casos discapacidad, y no todas las personas con discapacidad tienen una predisposición al consumo de sustancias. Pero según el análisis de los datos del trabajo de campo y de la revisión bibliográfica, se observa que hay determinados perfiles de personas en los que coinciden ambos factores, el consumo de sustancias tóxicas y la discapacidad, y es ahí donde prevalece la importancia de continuar profundizando en el tema. Según Rivera y Sandoval (2009) y Pascual y Koenigsberber (2003), los cuales habían realizados estudios donde relacionaban el consumo de tabaco con la aparición de enfermedades físicas, así como Martínez, Gurpegui, Diaz y De León (2004), Rubio (2006) y demás autores, relacionan el consumo de tabaco con las personas con enfermedad mental. Y si comparamos estas teorías con el trabajo de campo, dentro del marco de los actuales fumadores, tienen más porcentaje entre los usuarios de la U.E.D. de personas con enfermedad mental, habiendo un bajo porcentaje de personas que han dejado de fumar, estando relacionado con el placer, el estímulo y la manipulación sensorial-motora. Entre la proporción de personas que han probado otro tipo de sustancia, hay dos ramas, el alcohol resalta más entre usuarios de la U.E.D. de gravemente afectadas y el consumo de marihuana tiene mayor proporción entre los usuarios de la U.E.D. de enfermos mentales, esto viene a confirmar lo que manifestaban Goldchluk y Herbst (2008) sobre que las personas con vulnerabilidad a la esquizofrenia son grupos de riesgo en el consumo de esta sustancia, empeorando o aflorando la enfermedad, con la aparición de cuadros psicóticos.

La representación que tiene la mujer en los centros objeto de estudio es significativa, nos descubre la múltiple discriminación que soporta la mujer

discapacitada debe ser trabajada desde una perspectiva de género, con medidas de “mainstreaming” y de acciones positivas contando siempre con la participación activa de este grupo social. Porque lo que es obvio es que hay más o igual proporción de mujeres que de hombres con discapacidad, según nos aporta los datos estadísticas de la tasa de prevalencia de discapacidad por edad y género de los diferentes países, elaborado en el informe mundial de discapacidad 2011. Y en las gráficas elaboradas a partir del trabajo de campo, se puede observar que existe una distinción importantes sobre la proporción de la presencia de la mujer en los centros de mayores y centros de personas gravemente afectadas y enfermos mentales, visualizándose la diferencia en el 58,06% de representación de la mujer en centro de personas mayores frente al 9,09% de mujeres entre los otros dos centros (U.E.D. Gravemente afectado y U.E.D. Enfermedad mental). Esto va en relación con lo que aporta Shakespeare (1998), sobre que a la mujer con discapacidad en ocasiones sufre doble discriminación, por tener una discapacidad y por ser mujer. La explicación de esta diferencia entre centros pienso que puede ser, porque a las personas mayores con dependencia, no se le considera persona con discapacidad, el deterioro físico o psíquico que provoca la discapacidad se le relaciona con la edad de la persona.

- En el estudio se ha detectado la escasez de programas existentes sobre prevención de adicción (“educación para la salud”) y la necesidad de desarrollarlo en todos los centros, evidentemente se debe adecuar al perfil de usuarios, pero debe ser imprescindible que este programa este incluido en el currículum de centros. Esto ayuda a la adquisición de conocimientos sobre hábitos de vida saludables, como hacer frente a las influencias del tabaco, los aspectos positivos de realizar ejercicio, etc. Ya que contribuir a preservar la vida humana es una tarea de todos, ayudar en que las personas no fumen o dejen de hacerlo, contribuyen a que las personas puedan vivir más y mejor, y con mayor calidad de vida (Becoña, Palomares y García, 1994). Por ello, aunque una sola persona tenga esa problemática se debe trabajar, utilizando el reforzamiento positivo de su grupo de iguales. No se debe priorizar entre problemas, se debe trabajar de forma integral, trabajar perfil por perfil con sus fortalezas y sus debilidades, potenciando el crecimiento personal del individuo. Como afirman Hitsman B, Moss TG, Montoya ID, George TP. Department of Preventive Medicine, Northwestern University, Chicago (2009), se debe construir a la motivación y la voluntad de dejar de fumar como un reto importante para los centros de tratamiento para personas con enfermedad mental, y por lo tanto, las intervenciones motivacionales son esenciales.

Además en los centros se debe trabajar la educación en salud, siendo este aspecto fundamental entre la población de personas con enfermedad mental, ya que si dentro de una institución donde existen figuras de control, normas, cuesta trabajo que no fumen

en presencia de personas no fumadoras, me pregunto ¿qué actitud tienen en sus domicilios familiares?. Los familiares más cercanos son los más afectados (padres, hermanos, cónyuge e hijos), porque no son las personas para realizar el tratamiento, pero debido a como está planteado el sistema de salud para este tipo de colectivos, son los protagonistas en muchas ocasiones en el mismo.

En Estados Unidos existe la Asociación Nacional de Alcohol, Drogas y Discapacidad (NAADD), la cual promueve mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de información, tratamientos de rehabilitación en centros, la educación y prevención a través de la colaboración de los profesionales y organizaciones interesadas. Es decir existe conciencia de la necesidad de adaptación de los recursos de materia de adicciones entre la población con discapacidad, de ahí a que en 1992, el Departamento del Instituto Nacional de Educación sobre la Discapacidad y Rehabilitación (NDRR), haya financiado un centro de Investigación y rehabilitación sobre el uso indebido de drogas y discapacidad, que se encuentra en la Universidad Estatal de Wright (Ohio).

- Para poder desarrollar prevención y tratamiento sobre adicción al tabaco en centros, es necesario una coordinación entre recursos de salud y servicios sociales, entre distintos colectivos, etc. Es decir, la solución no está en que cada colectivo incluya en nómina a un profesional específico en adicción, sino según pienso, la solución está en que exista una verdadera coordinación entre recursos no en despachos, ni en documentos, sino en atención diaria, porque lo importante de los centros no son los profesionales que trabajamos en ellos, sino son los usuarios para los que dedicamos nuestra labor diaria.

Según Steinberg ML, Heimlich L, Williams JM. Department of Psychiatry, Robert Wood Johnson Medical School, New Brunswick (2009), el consumo de tabaco es la principal causa evitable de muerte en los Estados Unidos. Aunque son pocos los esfuerzos de control del tabaco dirigidas a personas con discapacidad intelectual y / o de desarrollo, esta población puede ser especialmente vulnerables a los efectos nocivos del consumo de tabaco y la dependencia. Las personas con discapacidad intelectual y de desarrollo sufren de la salud y los efectos estigmatizantes del consumo de tabaco. Esta revisión examina la literatura actual con respecto a la prevalencia y los patrones de consumo de tabaco en las personas con discapacidades intelectuales y de desarrollo, valorando la importancia de abordar el consumo de tabaco en los fumadores, y las políticas que rodean el consumo de tabaco en esta población, proponiendo sugerencias para nuevas vías de investigación, así como modificaciones de los tratamientos para dejar fumar. Según Thomas C. Weiss, afirma que tratar a las personas con discapacidad que experimenten problemas de abuso de drogas y alcohol implica una serie de factores,

ninguna de ellas es barata o fácil de realizar, entre los factores que intervienen en el tratamiento son: educación, empleo, los costes de salud, el tratamiento de dependencia química; pero con esfuerzo es viable.

8. BIBLIOGRAFÍA.

Amador , Luis V. y Musitu, Gonzalo. 2011. *Exclusión social y diversidad*. Mexico: Trillas S.A.

Arribas, F. J. R. (2006). El consumo de drogas como un desencadenante más en el origen de la enfermedad mental. *Nómadas: revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*, (13), 28.

Arif, A. (1988). Consecuencias adversas para la salud del uso indebido de cocaína. OMS Ginebra.

Ayesta, F. J., & Otero, M. (2003). El tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica. *Manual de Tabaquismo*. Jiménez Ruiz & KO Fagestrom, eds. Aula médica.

Becoña, E., & Míguez, M. C. (2004). Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*, 1(1), 99-112.

Becoña, Elisardo, Palomares, Ángel y García, M^a del Pilar. 1994. *Tabaco y salud*. Madrid: Pirámides, S.A.

Caton, S., Chadwick, D., Chapman, M., Turnbull, S., Mitchell, D., & Stansfield, J. (2012). Estilos sanos de vida en adultos con discapacidad intelectual: qué conocen, factores que los benefician y dificultan. *Revista Síndrome de Down: Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down*, (116), 20-32.

Córdoba, R., Villalbí, J. R., Salvador-Llivina, T., & López-García Aranda, V. (2006). El proceso en España de la adopción de una legislación eficaz para la prevención del tabaquismo. *Revista española de salud pública*, 80(6), 631-645.

De la Salud, A. M. (2007). Estrategias e intervenciones de base fáctica para disminuir los daños relacionados con el alcohol: evaluación mundial de los problemas de salud pública provocados por el consumo nocivo de alcohol.

Díaz, S. R. (2011). El proceso modernizador y sus resistencias: El caso del tabaco. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 31(3), 5-25.

Egea García, C., & Sarabia Sánchez, A. (2011). Experiencias de aplicación en España de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

Eysenck, Hans J. 1994. *Tabaco, personalidad y estrés*. Barcelona: Herder S.A.

Fernández-Cruz Sarrate, E. (2011). *La tipología del fumador como determinante de las opciones terapéuticas para dejar de fumar: estudio analítico del cuestionario "reasons for smoking scale"* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones).

Goldstein, Avram. (1994). *Adicción*. Barcelona: Neurociencias S.L.

Goldchluk, A., & Herbst, L. (2008). Efectos psiquiátricos permanentes en ex abusadores de marihuana o de estimulantes. *Volumen XIX-Nº 77-ENERO-FEBRERO 2008, 19(77)*, 503.

González Menéndez, R. (2007). Tabaco y alcohol: Las drogas bajo piel de cordero. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 23(3)*, 0-0.

González, J. M. G., Redondo, R. G., & Bertomeu, A. F. Tendencias recientes en la mortalidad de la población española mayor de 65 años.

Gómez, C. P., & Barrera, A. M. B. (2008). Daños relacionados con el consumo de cocaína: la punta del iceberg es lo que vemos. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol, 20(1)*, 15-19.

Guzmán, V. J. T., & FJL, A. (2000). Fumadores involuntarios: Exposición pasiva al humo de tabaco en el ambiente. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex, 13(4)*, 46-65.

Jiménez Buñuales, M., González Diego, P., & Martín Moreno, J. M. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Revista Española de Salud Pública, 76(4)*, 271-279.

Kalina, E. & Konvadloff, S. 1987. *Drogas: máscara del miedo*. Madrid. Fundamentos.

La Feminización, D. C. D., & ESPAÑA, C. E. (2007). *Mujeres y Tabaco*.

- Mackay, J., Eriksen, M. P., & Ross, H. (2012). *El atlas del tabaco. la sociedad americana del cáncer.*
- Miró, Manuel. 1992. *Tabaquismo: consecuencias para la salud.* Granada: Universidad de Granada.
- Monografía Tabaco. Adicciones. Vol. 16, suplemento 2. 2004. Editor Elisardo Becoña.
- Moscoso Pérez, M. (2011). La discapacidad como diversidad funcional: los límites del paradigma etnocultural comomodelo de justicia social.
- Pascual, F. & Guardia, J. *Monografía sobre el alcoholismo.* Socidrogalcohol.
- Pascual, J.M., & Koenigsberger, M. R. (2003). Parálisis cerebral: factores de riesgo prenatales. *Rev Neurol*, 37(3), 275-80.
- PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012. Atención integral a la salud de las personas con discapacidad. Secretaría de Salud, Subsecretaría de prevención y promoción de salud. 2009.
- Rivera, T. S. L., & Sandoval, M. I. A. (2009). Perfil clínico epidemiológico de pacientes con accidente cerebrovascular en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. *Rev Med Hondur*, 77(3), 99-152.
- Rojas C, G., Gaete O, J., González R, I., Ortega A, M., Figueroa M, A., Fritsch M, R., & Araya B, R. (2003). Tabaquismo y salud mental. *Revista médica de Chile*, 131(8), 873-880.
- Schalock, R. L. (1999). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. *VERDUGO ALONSO, MA; BORJA JORDÁN, F. de. Hacia una nueva concepción de la discapacidad. Actas de las III Jornadas de investigación sobre personas con discapacidad. Madrid. Amarú*, 79-107.
- Schalock, R. L., & Verdugo Alonso, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual.
- Schroeder SA, Morris CD. (2010). Confronting a neglected epidemic: tobacco cessation

for persons with mental illnesses and substance abuse problems. *Rev Public Health*. 2010 Apr 21;31:297-314 1p following 314.

Shakespeare, T. (1998). Poder y prejuicio: los temas de género, sexualidad y discapacidad. *Discapacidades y sociedad*. Madrid: Moratta, 205-299.

Villalbí, J. R. (2009). Valoración de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Revista española de salud pública*, 83(6), 805-820.

Weiss, T.C. (2013). *Drugg Addiction*. Disabled World. USA.

Zoja, Luigi. 2003. *Drogas: adicción e iniciación*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.

LEYES

- LEY 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Real Decreto 20/2013, de 18 de enero, por el que se modifica el Reglamento general de recompensas militares, aprobado por el Real Decreto 1040/2003, de 1 de agosto.

INTERNET

-http://www.google.es/firefox?gws_rd=cr&ei=YIYsUvuFA-qa0QW91YCQBg.

-

[http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=el%20modelo%20de%20la%20diversidad%20una%20nueva%20visi%C3%B3n%20de%20la%20bio%C3%A9tica%20desde%20la%20perspectiva%20de%20las%20personas%20con%20diversidad%20funcional%20\(discapacidad\)%20agustina%20palacios%20&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.intersticios.es%2Farticle%2Fview%2F2712&ei=TIcsUoGPAYuO7AaVyYCQBA&usg=AFQjCNH3f3O4sgP4sXT7ghhbmktELBEzQ&bvm=bv.51773540,d.ZGU](http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=el%20modelo%20de%20la%20diversidad%20una%20nueva%20visi%C3%B3n%20de%20la%20bio%C3%A9tica%20desde%20la%20perspectiva%20de%20las%20personas%20con%20diversidad%20funcional%20(discapacidad)%20agustina%20palacios%20&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.intersticios.es%2Farticle%2Fview%2F2712&ei=TIcsUoGPAYuO7AaVyYCQBA&usg=AFQjCNH3f3O4sgP4sXT7ghhbmktELBEzQ&bvm=bv.51773540,d.ZGU).

<http://www.aahd.us/abstract-topic/smoking-cessation/>