

¿PUEDE UTILIZARSE LA PROSOCIALIDAD APLICADA AL TABAQUISMO?

Susana Calvo Pascual y Manuel Martí-Vilar

Clínica Chiva de Valencia / Universitat de València

Resumen: El tabaquismo es la primera causa de muerte prevenible en los países desarrollados y su mortalidad anual es muy alta. La nicotina es la responsable de causar la dependencia física y psicosocial. La OMS, desde el 2003 ha facilitado unas directrices para ir mejorando en el control del tabaquismo. Esta enfermedad se trata con terapias psicológicas y farmacológicas reconocidas por la comunidad científica. La prosocialidad aplicada incluye comportamientos que benefician a otros según sus propios criterios, si el fumador invierte tiempo en este modelo se podría beneficiar en el descentramiento del “yo” para favorecer el éxito en dejar de fumar y mejorar en las relaciones interpersonales. Esta quiere ser una propuesta como asesoramiento psicológico tan válida como la Terapia Cognitivo Conductual utilizada actualmente. La Prosocialidad Aplicada también se podría proponer en las enfermedades crónicas, a parte del tabaquismo, como es la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, el Alzheimer, el cáncer o la Esclerosis Lateral Amiotrófica. La introducción de estos comportamientos mejoraría la calidad de vida de los enfermos y de las personas de su entorno. Cuando se pone de relieve el bien común, cada uno desde la perspectiva que conoce, se puede vivir una auténtica democracia.

Palabras clave: Prosocialidad Aplicada, terapia cognitivo conductual, tabaquismo, enfermedades crónicas.

May pro-sociality be applied to smoking?

Abstract: Smoking is the first reason of preventable death in developed countries, which also has a higher yearly mortality. Nicotine is the responsible of provoking physical and psychosocial dependence. Since 2003, the WHO (World Health Organization) has been providing some guidelines in order to get a better control of smoking. This disease is treated by psychological and pharmacological treatments which are recognised by scientific community. Applied Prosociality contains behaviours that benefit others depending on their own criteria; if smoker spends time in this model, could be benefited from self-off-centring to favour leaving the smoking habit and improving own interpersonal relationships. This would be a proposal of psychological assessment as acceptable as the Cognitive-Behavioural Therapy used nowadays. Applied Prosociality could also be proposed as a treatment to chronic illnesses such as Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Alzheimer, cancer or Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS), in addition to the treatment of tobacco use. Introducing these behaviours could improve the quality of life of the patients and the people around them. When common wealth is emphasised, from each one's own perspective, a genuine democracy can be achieved.

Keywords: Applied Prosociality, cognitive-behavioural therapy, smoking, chronic diseases.

1. El tabaquismo y su tratamiento

El tabaquismo es una enfermedad crónica, de prevalencia alta, de carácter adictivo y recidivante con dependencia física, gestual y psicosocial producida por la nicotina. Las principales manifestaciones clínicas son: trastornos respiratorios, cardiovasculares y aparición de tumores de diversa localización. Es la primera causa de muerte evitable en los países desarrollados. Afecta a más de un cuarto de la población española y ocasiona seis millones de muertes al año en todo el mundo.

El concepto de tabaquismo ha evolucionado en las últimas décadas. De hábito en los años 60, el consumo pasó a ser considerado como dependencia en los 70, a mediados de los 80 el tabaquismo fue enunciado como una adicción y durante los años 90 se instauró la clínica del fumador (Marín y González, 1998).

El acto de fumar si solo se queda en tres cigarrillos al día o aquellos que fácilmente se pueden prescindir cuando se desee, se podría hablar de hábito de fumar, habituación tabáquica, son los consumidores regulares. No obstante el fumador, definido como aquella persona que fuma al menos un cigarrillo al día, puede llegar a convertir el consumo por hábito en una dependencia o adicción que se define como: trastorno de la conducta que se caracteriza porque está disminuido el control sobre el consumo de una determinada sustancia. Los esfuerzos que se realizan por reducir la ingesta de esa sustancia fracasan reiteradamente, percibiéndose en circunstancias precisas una especie de necesidad o compulsión hacia su toma periódica o continuada. (Ayesta y Rodríguez, 2007).

Fumar representa más que la dependencia física a la nicotina. Con el paso del tiempo el fumador pasa a recibir estímulos sociales, comportamentales o culturales, que refuerzan su hábito, elementos causantes del establecimiento de la dependencia

psicológica. Los componentes psicológico y físico de la dependencia al tabaco tienen un papel fundamental en el mantenimiento del hábito¹ (Teixeira, Andrés-López y Álvarez, 2005) y en consecuencia en el tratamiento específico.

La OMS, en 2003, redactó un Convenio Marco para el Control del Tabaquismo (CMCT) que entró en vigor en el 2005. Las reuniones o Conferencia de las Partes (COP), tienen lugar cada dos años. Partes son los países que han adherido al CMCT. De los 40 países que comenzaron, ahora ya son 180, países los que se reunirán en 2016 en la COP7 en Nueva Delhi (India).

El CMCT se elaboró en respuesta a la globalización de la epidemia de tabaquismo. El objetivo de este Convenio y de sus protocolos es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo y de la exposición al humo del tabaco, proporcionando un marco para las medidas de control del mismo que habrán de aplicar las Partes en el ámbito nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo y la exposición al humo de tabaco. (CMCT, 2003)

La OMS, en 2008, adoptó un conjunto de medidas prácticas y eficaces en relación con sus costos para reducir el consumo de tabaco. Estas aparecen en el conjunto MPOWER.

Las seis medidas MPOWER son las siguientes:

- Vigilar el consumo de tabaco y las medidas de prevención. (*Monitor*)
- Proteger a la población del humo de tabaco. (*Protect*)
- Ofrecer asistencia a las personas que deseen dejar de fumar. (*Offer*)
- Advertir de los peligros del tabaco. (*Warn*)

- Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio.
(*Enforce*)
- Aumentar los impuestos al tabaco. (*Raise*)

El tratamiento de esta enfermedad tiene dos abordajes: “psicológico” a través de la entrevista motivacional y la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y “farmacológico” con vareniclina, terapias sustitutivas con nicotina, bupropión y otros fármacos de segunda línea. Los pacientes que reciben el tratamiento completo tienen más probabilidades de éxito que si solo reciben uno de ellos (Fiore, 2008).

En los años setenta, las escuelas cognitivas y conductuales se unieron a los pensadores y profesionales en orientación cognitivo-conductual. La TCC destaca el lado subjetivo de la realidad y el papel que los pensamientos juegan en el individuo, elementos centrales que serán retomados y desarrollados para modificar los pensamientos que causen problemas en la persona y las conductas que se vean alteradas por tales motivos.

La TCC es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico y tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones para poder modificar comportamientos (Yapko, 2006).

En Londres, por los años cincuenta, se inician consultas para dejar de fumar con técnicas psicológicas que se han ido desarrollando progresivamente.

Las estrategias cognitivo-conductuales van dirigidas a tratar la dependencia psicossocial. En los métodos cognitivos: identificación de desencadenantes y factores de riesgo, se instruye al sujeto para que interrumpa el pensamiento y lo sustituya por otro agradable. Los métodos conductuales se refieren, entre otros, a la distracción, evitación y relajación.

Los pacientes, con la ayuda del profesional, aprenden a desarrollar estrategias de afrontamiento: evitar, afrontar o escapar, sobre todo durante la abstinencia.

El fumador tiene un campo de acción reducido y limitado a su persona, todos los cigarrillos son como recompensa positiva o negativa hacia sí mismo. La TCC se centra en el sujeto, sus características y habilidades, y ésta va dirigida, en muchas ocasiones, hacia la misma persona.

2. La Prosocialidad Aplicada: una alternativa psicológica

Una propuesta, como asesoramiento psicológico, podría ser la Prosocialidad Aplicada (PA) con el objetivo de que el fumador tenga más oportunidades de salir de sí mismo y así conectar con creatividad con las necesidades de los demás. La consecuencia de este actuar produciría un descentramiento del yo y un aumento de acciones que puedan revocar en su mismo beneficio al generar reciprocidad. Invertir más tiempo en ocupar un rol activo en el diseño y ejecución de acciones prosociales, implica más tiempo disponible para realizar otras acciones que lo desvinculan cada vez más de la acción de fumar, con el fin de alcanzar el éxito en el abandono junto al tratamiento farmacológico establecido.

La prosocialidad se conoce desde 1908 y los estudios aparecen a partir de 1964. Actualmente son más de 2000 artículos científicos, por año, sobre Prosocialidad los que se escriben en las universidades. No obstante, sólo un porcentaje mínimo de estas investigaciones se ocupa de cómo la Prosocialidad se aprende o entrena incluso en edad adulta (Escotorin, 2013).

En los años 80 empieza a desarrollarse el Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada (LIPA)² en la Universitat Autònoma de Barcelona. El iniciador fue el Dr. en

Psicología Robert Roche y el equipo lo forma un grupo interdisciplinar que desarrollan programas en ámbitos educativos, penitenciario, sanitario, social, político, organizacional y empresarial. En las sesiones grupales han adoptado metodologías de visualización tradicionales como es el Método de facilitación. Este fue desarrollado ampliamente en Alemania, siendo una mezcla de técnicas de planificación, de dinámicas de grupo y dirección de discusiones, de psicología social, sociología, administración y organización de empresas; todo ello basado en procesos sociales y psíquicos que se apoyan en los conocimientos y experiencias de la psicología humanista (Klebert et al., 2000). LIPA hace nuevas propuestas como la Visualización Participativa Prosocial (Brundelius y Escotorín, 2010), siendo este un aporte metodológico propio de la prosocialidad en la facilitación de grupos (Escotorin, Brundelius e Izquierdo, 2014).

En la definición de comportamientos prosociales el LIPA introduce el concepto de receptor, es decir aquellos comportamientos que sin la búsqueda de recompensa favorecen al otro o a un grupo según su criterio.

La PA incluye tres niveles: la definición de los comportamientos prosociales (Roche,1995) es el primer nivel, en el segundo nivel: las 10 categorías y el inventario prosocial es el tercer nivel que despliega al máximo las categorías, éste es un instrumento colectivo de consenso. Los inventarios son una muestra de una gama de posibilidades de acciones prosociales que es posible realizar en un determinado contexto, que no son reaplicables a otros contextos. (Escotorín y Roche, 2011).

3. La Comunicación de Calidad Prosocial

Hay muchos modelos de comunicación, uno es la Comunicación de Calidad Prosocial (CCP). Este modelo entiende la comunicación como un proceso de interacción entre personas que se relacionan, incluso en situación de conflicto y en el que al menos una de ellas hace el ejercicio consciente y voluntario de estima por el otro en tanto interlocutor con la misma dignidad. (Escotorín 2010). Este modelo previene la agresividad y repara daños de la comunicación. Si conecto con el otro, la respuesta que le dé es altamente satisfactoria y podemos llegar a estar de acuerdo, a veces las propuestas son irreconciliables, el objetivo es entender al otro, visualizar las diferencias y los elementos comunes, sin necesidad de llegar a consenso. La CCP es básica en la realización de metodologías para favorecer una relación positiva en las relaciones interpersonales. Se ha experimentado en el ámbito de la pareja y de la familia (Roche, 2006). El equipo LIPA lo está aplicando a contextos educativos, empresariales, sociales, políticos y de salud.

La PA y la CCA permiten, entre otros beneficios: la generación de confianza interpersonal, mejora del clima de trabajo y unidad grupal o interpersonal, aumento de la salud en las relaciones, prevención de la violencia, optimización del estilo comunicativo, aumento de la creatividad, innovación social y mejora de la satisfacción personal.

Suay, Martí-Vilar y López (2015) afirman que la liberación de algunas hormonas como la oxitocina, vasopresina, testosterona, serotonina y los receptores alfa de los estrógenos están involucrados en la regulación de las conductas prosociales. La administración de oxitocina, generalmente por vía intra-nasal, causa un aumento en las inclinaciones prosociales, por lo que aumenta la conducta de confianza en situaciones como la toma de decisiones económicas (Kosfeld et al, 2005).

4. La Prosocialidad: Una propuesta para el tabaquismo

Para implementar la prosocialidad en el tabaquismo, una estrategia podría ser: conocer cuáles serían los comportamientos más adecuados y prosociales que tendrían que adoptar los pacientes a su rutina habitual; para ello se propone realizar un estudio piloto con fumadores motivados para dejar de fumar con dificultades para dejarlo, ex-fumadores y algún no fumador en contacto con fumadores. Estos sujetos serían co-investigadores con el investigador principal, colaborarían en el proceso de generar teoría como resultado de su práctica habitual. Para poder aplicar la prosocialidad desde el principio se emplearía el método PILT (Prosocial Interactive Learning Teaching): “enseñanza-aprendizaje prosocial interactiva”. Es un método sistemático que combina la horizontalidad humanista prosocial como complemento a la asimetría inicial entre las aportaciones (Escotorín, Roche, Delvalle, 2014), en la situación que se desarrolla se hace referencia a la relación: médico-paciente. Es un modelo de interacción que asegura una relación de calidad, pone en acción la CCP y muestra un encuentro entre expertos: el investigador como experto en contenidos o metodologías y los participantes o co-investigadores expertos en su contexto, en este caso en la acción de fumar y su entorno. Para hacer visible todos los conocimientos que se están generando en el grupo se podría aplicar la metodología de Visualización Participada Prosocial, en varias sesiones. La participación ha de ser voluntaria, libre y con una motivación intrínseca.

Una vez definidos los comportamientos prosociales en fumadores, a través del inventario prosocial, se obtendrían entre 40 y 70 comportamientos repartidos según las diez categorías prosociales, posteriormente se analizarían según el grado de deseabilidad y factibilidad y se obtendrían entre 10-15 comportamientos que darían origen a un

cuestionario, instrumento de trabajo para el seguimiento de las visitas sucesivas que tendrían lugar en la consulta de tabaquismo.

Posteriormente se pueden hacer estudios y comparar los dos acercamientos psicológicos: la TCC y la PA, complementarlas con el tratamiento farmacológico y valorar su eficacia, esperando que la nueva propuesta obtenga resultados positivos, es decir que al menos, sea igual la PA que el asesoramiento tradicional con la TCC.

Conclusión

Actualmente, en la salud, la PA se conoce en el ámbito de la gerontología (Escotorín y Roche, 2011). Una apuesta sería seguir abriendo líneas de investigación en este binomio “prosocialidad-salud” que podrían ser en las enfermedades crónicas, entre ellas el tabaquismo y otras como la EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), la insuficiencia cardíaca, la cirrosis, la insuficiencia renal en hemodiálisis. Además se les podría añadir el cáncer, las enfermedades neurodegenerativas, como el alzheimer y la Esclerosis Lateral Amiotrófica. La familia también se ve envuelta en una serie de sentimientos ambivalentes ante un familiar con enfermedad crónica, lo que en ocasiones lleva a la mayoría de los familiares a alejarse de éste, evitando y delegando en algún otro integrante la función de cuidador (Reyes, et al, 2010).

En estas situaciones de enfermedades de años de evolución, la familia ya se ha organizado en relación con la persona enferma, se han redistribuido los roles en la casa, pero puede suceder en muchos casos que el cuidador principal no reciba la formación necesaria para cuidarse a su vez que cuida a la persona enferma, en el sentido de dedicar tiempo a sí mismo para descansar, despejarse, realizar alguna afición, todo esto redundaría favorablemente en aumentar la calidad en el cuidado de su familiar.

Sucede en múltiples ocasiones, con la cronicidad de la enfermedad, que el familiar enfermo baja de nivel en dignidad, es decir es siempre la persona cuidada, el que solo “recibe” y nunca “da” o no se considera lo que puede dar a favor del otro; todo gira en función de su enfermedad: el salir o no, el recibir una visita o no. Es cierto que es importante la enfermedad pero esa persona no es la enfermedad (Guinot, 2015: 253).

Sería interesante poder aplicar la prosocialidad en este contexto, concretamente la CCP. Uno de los puntos de la CCP es la confirmación de la dignidad del otro y cuando no se le considera o se le “encierra” en su enfermedad se le está disminuyendo el grado de dignidad. Otro punto es la valoración positiva del otro, no solo considerarlo sino reconocer como positivo sus esfuerzos y capacidades. Aceptación de lo negativo es el décimo ítem de la CCP y hace referencia a reconocer todo aquello que me molesta, aceptar aquello que incomoda. Y otro ítem es la resolución de conflictos desde una perspectiva positiva. Se podría aportar mucho a las familias y a la sociedad en la que la enfermedad crónica va adquiriendo importancia.

Son necesarias estas herramientas que proporciona la psicología y otras disciplinas para abordar de forma cualificada y de calidad a la persona enferma. No es posible tratar a una persona olvidando el resto de dimensiones, todo es parte integrante de la humanidad y esta es esencial en medicina, como lo es la ciencia, pero una sin otra deja al paciente huérfano (Guinot, 2015: 86).

Haciendo referencia al título: Juicio Moral y Democracia, se podría decir que el hecho de estar más atentos a lo que pasa a nuestro alrededor y aquello que se pueda mejorar desde la perspectiva particular en calidad de vecino, pariente, hombre o mujer, profesional o simplemente ciudadano del mundo, podría favorecer que la sociedad de nuestro entorno cambie. ¿Por qué no apuntar a una democracia en la que todos creyéramos

porque se hace realidad el bien común, partiendo del cambio de uno mismo para mejorar la rutina de cada día, incorporando el bien que puede beneficiar a los demás?

BIBLIOGRAFÍA

Ayesta, FJ. Rodríguez, M. (2007). *Bases biológicas, conductuales y sociales de las dependencias: tabaco y nicotina*. Santander: Manual PIUFET.

Brundelius, M. y Escotorín, P. (2010). El método de Visualización Participativa Prosocial de reuniones (VPP). En Roche R. (Comp.), *Prosocialidad, nuevos desafíos: métodos y pautas para la optimización creativa del entorno* (pp. 133-143). Buenos Aires: Ciudad Nueva.

Escotorín, P. y Roche, R. (Comp) (2011). *Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria: reflexiones, desafíos y prouestas*. La Garriga, Barcelona: Fundació Universitària Martí l'Humà.

Escotorín, P.; Roche, I y Delvalle, R. (2014). *Relaciones prosociales en comunidades en comunidades educativas. Algunas conclusiones del proyecto europeo MOST*. La Garriga, Barcelona: Fundació Universitària Martí l'Humà.

Escotorín, GP. (2013). *Consulta sobre comunicación prosocial con profesionales socio-sanitarios del ámbito gerontológico*. Tesis doctoral no publicada. Programa de doctorado psicología de la comunicación: interacción social y desarrollo humano. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona (inédito).

Escotorín, P. Brundelius, M. e Izquierdo C. (2014). *Proyecto europeo SPRING: Investigación, participación y acción prosocial. Estrategias, instrumentos y materiales para el diagnóstico y formación de docentes en Prosocialidad aplicada*. Valparaíso: Proyecto Europeo alfa III SPRING.

Escotorín, P. (2010). Comunicación con calidad prosocial en comunidades educativas. En Roche, R. (Comp). *Prosocialidad, nuevos desafíos: métodos y pautas para la optimización creativa del entorno* (pp. 51-72). Buenos Aires: Ciudad Nueva.

Fiore Mc et al (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence*. Traducción al español: Jiménez Ruiz, CA. Jaén, CR. (2010). *Guía de tratamiento del tabaquismo*. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, SEPAR. Madrid.: Editorial Respira.

Guinot, JL. (2015). *De la angustia a la serenidad*. Madrid: Ciudad Nueva.

Klebert, K. Schrader, E. Straub, W. (2000). *Winning Group Results*. Germany: Windmühle Verlag GmbH.

Kosfeld, M. et al. (2005). Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, 435(2), 673-676.

Marín, D.T. González, J.Q. (1998). *El tabaquismo como drogodependencia*. Libro blanco sobre tabaquismo en España. Barcelona: Glosa, 1998: 89-109

OMS, (2003). *Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco*. Suiza: Autor.

Reyes A. et al. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 20(1), 111-117.

Roche, R. (1995). *Psicología y Educación para la Prosocialidad*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

Roche, R. (2006). *Psicología de la pareja y de la familia. Análisis y optimización*. (2ª ed.). Bellaterra, Barcelona: Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.

Suay, F. Martí-Vilar, M. y López, S. (2015). Bases hormonals de la conducta prosocial. Una revisió de la literatura. *Anuari de Psicologia de la Societat Valenciana de Psicologia*, 16(1), 189-210.

Teixeira, J. Andrés-Pueyo, A. y Álvarez, E. (2005). La evolución del concepto de tabaquismo. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 21(4), 999-1005.

Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Pax-México.

A. Richart, M. García-Granero, C. Ortega Esquembre y L. de Tienda Palop (Eds.):
Juicio moral y democracia. Retos de la ética y la filosofía política. Granada: Comares, 2018.

NOTAS

¹ Lipa-net.org

² Hábito: hace referencia al acto de fumar y no al hábito de fumar porque ya pasado a dependencia.