

La adicción al consumo de tabaco: una enfermedad crónica a tratar

Eduardo Bianco

Director del Programa de Control del Tabaco de
Fundación Interamericana del Corazón.

Introducción

Hasta no hace mucho el consumo de tabaco era visto sólo como un "mal hábito". La evidencia científica ha demostrado que no es un simple hábito, sino una *dependencia/adicción* a drogas, y por lo tanto una *enfermedad*. Las drogas psicoactivas, incluida la nicotina, modifican estructural y funcionalmente el cerebro. En algún momento, ocurren cambios que convierten el abuso de drogas en adicción: una enfermedad crónica y recurrente. Los dependientes a drogas sufren de "ansias" por consumir, y utilizan la droga en forma compulsiva, no siendo capaces de controlar su conducta a pesar de quererlo. Muchos dependientes a consumo de droga, incluidos muchos fumadores, necesitarán de un tratamiento para superar este comportamiento compulsivo [1].

El consumo de tabaco como adicción

Existe suficiente evidencia: clínica, epidemiológica y experimental que apoyan el concepto de que el consumo de tabaco, y de nicotina en particular, cumple con los requisitos necesarios para ser definidos como una Adicción al Consumo de Sustancias ó Drogadicción [2].

a) Criterios clínicos [3]. Preocupación o compulsión por el consumo; disminución o pérdida de control con respecto al uso de la sustancia; uso continuado a pesar de consecuencias negativas; minimización o negación de problemas asociados con el uso de sustancias.

b) Criterios Epidemiológicos: El tabaquismo es un comportamiento compulsivo, capaz de controlar la conducta del individuo. Los patrones de consumo son fuertemente consistentes en el tiempo. Luego del inicio, la mayoría suele incrementar su consumo, hasta alcanzar un nivel donde se estabilizan. Más del 70% de los fumadores manifiestan que les gustaría dejar, el 65% ya lo habría intentado por lo menos una vez, 30-35% lo intentan anualmente, pero sólo 3 % de los fumadores abandona y consigue llegar al año sin fumar.

c) Criterios experimentales: Citaremos algunos de ellos.

1. *Las dosis de nicotina, y los efectos obtenidos con ellas, son factores determinantes del consumo de tabaco:* Si se administra un antagonista nicotínico como la mecamilamina, el individuo aumenta el número de cigarrillos y la cantidad de "pitadas" (caladas). Si se administra un agonista, como los sustitutos nicotínicos (goma de mascar y parches de nicotina), disminuye el consumo.

2. *Los niveles de nicotina en sangre determinan distintos tipos de respuesta:*

- a) Si los mismos están disminuidos, se asocian a síntomas y signos de abstinencia, y se acompañan de aumento compensador del consumo.
- b) Si están aumentados, pueden producir síntomas de intoxicación y sensación de malestar. Suelen acompañarse de disminución del consumo. Los fumadores modifican las características e intensidad de su consumo, para evitar ambos extremos.

3. *Condicionamiento a "lugares de preferencia":* En experimentos con animales se observó que la exposición a una droga, en un lugar determinado, aumenta las preferencias del animal por dicho lugar. La administración previa de mecamilamina, bloquea la "preferencia" por el lugar, inducida por la droga (en este caso nicotina).

4. *Tolerancia:* Tanto estudios en animales como en humanos, han evidenciado el desarrollo de un fenómeno de tolerancia, o neuroadaptación, donde el sistema nervioso se acostumbra a funcionar en presencia de una determinada droga (nicotina) [4].

5. *Síntomas de Abstinencia:* La supresión, sobre todo brusca, del consumo, produce síntomas de "privación a droga" en la mayoría de los consumidores: intensos deseos de fumar, dificultad para concentrarse, aumento

del apetito, irritabilidad, trastornos del sueño, y síntomas físicos, como cefaleas, mareos, sudoración. Pero no todos presentan este cuadro.

También debemos entender otros elementos claves del fenómeno de la dependencia/adicción [5].

La obsesión: La conducta adictiva es, por lo general, apremiante y obsesiva. Cuando se es adicto a menudo no se puede pensar en otra cosa que no sea la droga, el modo de conseguirla, la forma de administrarla, etc. El estilo de vida gira en torno a la adicción.

Las consecuencias Negativas: Lo que hace que una adicción sea una conducta nociva es que se vuelve en contra de uno mismo. Al principio se obtiene cierta gratificación aparente. Pero más temprano que tarde su conducta empieza a tener consecuencias negativas en su vida. Las conductas adictivas producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo, pero provocan dolor, desastre, desolación y multitud de problemas a medio plazo.

Falta de Control: El rasgo distintivo de la conducta adictiva es que al tratar de controlarla, la voluntad resulta insuficiente. La sustancia, o actividad en cuestión, controla a la persona, en lugar de ser al contrario. *La falsa percepción de autocontrol* es uno de los grandes paradigmas para entender las adicciones. Los dependientes a drogas creen que pueden controlar la droga: la cantidad, las dosis, la frecuencia, etc. sin embargo nada hay más equivocado que esta creencia.

La negación: A medida que los adictos empiezan a acumular problemas, inevitablemente comienzan a negar dos cosas:

1. que la droga o actividad en cuestión constituya un problema que no pueden controlar y
2. que los efectos negativos en sus vidas tengan alguna conexión con el uso de la droga o actividad.

El enamoramiento: En la dependencia a drogas suele existir un gran componente emocional o afectivo con un evento, objeto o sustancia, a través de la cual el adicto logra, transitoriamente, la "fantasía" de controlar sus emociones. La adicción, más que una relación de conveniencia, se constituye para muchos, en su principal relación emocional ("mi mejor amigo"), alcanzando la categoría de "amor patológico" [6].

La adicción como enfermedad

Muchas personas miran el abuso de drogas y la drogadicción, estrictamente, como un problema social. Otros describen a los consumidores de drogas como personas "moralmente débiles". Estos mitos, no sólo han creado estereotipos de las personas que tienen problemas relacionados con las drogas, sino también de sus familias y sus comunidades. El abuso de drogas y la adicción son un problema de salud pública que afecta a muchas personas y tiene amplias repercusiones sociales. El objetivo de estos párrafos es sustituir esos mitos y creencias erróneas, y sostener en base a la evidencia científica disponible, que la toxicomanía o adicción a drogas es una "enfermedad, crónica, recurrente y tratable" [7] y sobre todo, es una enfermedad ADQUIRIDA y, por lo tanto, EVITABLE.

La adicción ha sido definida como una enfermedad por instituciones como: la OMS [8], la American Medical Association [9] y la American Psychiatric Association [3].

El debate sobre si la adicción debe ser considerada enfermedad, o no, ha sido mantenido durante décadas. Para poder entender por qué sostenemos que la adicción o dependencia a consumo de drogas es una enfermedad, desarrollaremos los siguientes conceptos.

La "Enfermedad" puede ser definida según varios criterios. Lewis [10], sugiere que para poder incluir una condición como enfermedad, se requiere que: 1) el cuadro clínico tiene que tener claras bases biológicas; 2) sea identificable por signos y síntomas claros; 3) muestre un curso y evolución predecibles y 4) el cuadro clínico o sus manifestaciones no sean causados por manifestaciones volitivas.

La "Adicción", según Hyman [11], Leshner [13] y el DSM-IV [3], se caracteriza porque la persona presenta un marcado deterioro en su capacidad para controlar el consumo de la droga. Esta pérdida de control, se expresa como una incapacidad para predecir cuando podrá discontinuar su uso, una vez comenzado el consumo. Este cuadro clínico está caracterizado por ser: crónico, progresivo y con frecuentes recaídas.

¿Qué datos aporta la ciencia para avalar los criterios de enfermedad de Lewis, en el caso de la Adicción?

a) "una enfermedad tiene bases biológicas": Muchos estudios han demostrado que alcoholismo, tabaquismo y la adicción a drogas ilegales tienen un componente genético. Hyman [11] [12] en su estudio sobre funcionamiento neuronal, encontró que las células cerebrales se adaptan a la introducción de

sustancias químicas. Esta adaptación modifica el funcionamiento de vías cerebrales que controlan la motivación conductual. Las sustancias químicas contenidas en el humo del cigarrillo, provocan cambios neuronales, que persisten tiempo luego de la cesación. Leshner [13] sugiere que el cerebro tendría un mecanismo que sufre un cambio en cierto punto, durante el consumo de droga. Se produciría un viraje o desvío ("switch") a nivel molecular, que determinaría el cambio de patrón de consumo desde uso/abuso a adicción.

b) Una enfermedad tiene síntomas y signos identificables: El Manual de la Asociación de Psiquiatría de Norteamérica (DSM-IV) ha codificado los síntomas de abstinencia: tolerancia, mayor consumo que el deseado, fracasos en intentos por controlar el uso, empleo de mucho tiempo en obtener, usar y recuperarse de los efectos del consumo, uso continuado a pesar de sus consecuencias. Se diagnostica enfermedad adictiva, cuando varios de estos síntomas de abstinencia están presentes. Más del 80% de los fumadores, cumplen con por lo menos 3 de los mismos.

c) Una enfermedad tiene un curso y evolución predecibles

Está descrita una secuencia de experimentación, uso, consumo regular, abuso y dependencia, que puede ir seguida de serias repercusiones sobre la salud.

Si bien la evolución deseada por la mayoría, es lograr la abstinencia, la evolución natural de la enfermedad incluye períodos de abstinencia y recaída [14], con bajas tasas de abstinencia prolongada.

d) Las manifestaciones de la enfermedad no son causadas por actos volitivos

Un elemento clave de la dependencia, es la inhabilidad personal para controlar el consumo, una vez comenzado. Además, para la mayoría de los dependientes, el consumo adquiere una elevada "prioridad" en su vida, a pesar de desear lo contrario. Esta pérdida de capacidad volitiva es lo que diferencia abuso, de dependencia [12,13].

La adicción al tabaco como enfermedad

Para la mayoría de los consumidores de tabaco su uso resulta en una verdadera dependencia, comparable a la causada por opiáceos, anfetaminas y cocaína [15]. El Tabaquismo, ha sido definido como una "Enfermedad" e incluido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Código Internacional de Enfermedades (CIE-10) [16]. La Asociación de Siquiatras de Norteamérica, lo ha incluido en su Manual (DSM) en el capítulo de trastornos vinculados al consumo de sustancias psicoactivas. En el año 2000, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU, en su Guía de Práctica Clínica: Treating tobacco Use and Dependence, ubica a la dependencia al consumo de tabaco como una Enfermedad Crónica [17]: "La dependencia al consumo de tabaco muestra muchas de las características de una enfermedad crónica. Son muy pocos los consumidores de tabaco que alcanzan una abstinencia permanente luego de un primer intento por dejar, la gran mayoría persiste consumiendo por muchos años y típicamente alternan en forma cíclica múltiples períodos de remisión-recaída. El error de no apreciar la naturaleza crónica de la dependencia al consumo de tabaco, es una de las razones por las cuales los médicos fallan en el tratamiento de esta afección y pierden motivación para tratarla".

Hasta hace poco el abordaje estuvo orientado a identificar el "tratamiento ideal", que transformara a todos los fumadores en no fumadores, en forma permanente. Estos esfuerzos, inadvertidamente, han comunicado dos mensajes de dudosa viabilidad: 1) que habría sólo un tratamiento que sería virtualmente efectivo para todos los fumadores y 2) que el éxito debería ser definido como una abstinencia permanente. Estos mensajes pueden haber ocultado la verdadera naturaleza de la adicción al consumo de tabaco: ella es una enfermedad crónica que conlleva en sí misma la vulnerabilidad a la recaída, la cual persiste semanas, meses, y por supuesto años, luego de lograr un período de abstinencia. Reconocer la cronicidad de la dependencia al consumo de tabaco nos permite:

- a) aceptar que se trata de una condición que naturalmente evoluciona a largo plazo, donde debe esperarse que los pacientes puedan tener períodos de remisión y recaída,
- b) aceptar mejor el fenómeno de la recaída, y desarrollar una estrategia a largo plazo, más que una intervención aguda.

La recaída refleja, entonces, la naturaleza crónica de la enfermedad, no la falla personal del médico en su habilidad para tratar al paciente, ni la falla del paciente en seguir el tratamiento [17].

Bibliografía

1. Explicación del abuso del abuso de drogas y la drogadicción, 12946. National Institute of Drug Abuse-NIDA, www.drugabuse.gov.
2. Tabaquismo de Cigarrillos y Adicción a la Nicotina. Benowitz, N. Tabaquismo de cigarrillos: Guía clínica para valoración y tratamiento. Clínicas Médicas de Norteamérica 2/1992, 409-431.

3. American Psychiatric Association (1952). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; DSM-II (1968); DSM-III (1978); DSM-III R (1987);DSM-IV(1994),Washington D.C.
4. Cigarette Smoking and Addiction. Cohen, C. Clinics in Chest Medicine-Vol 12, N°4, December,1991, 701-708.
5. Dr. Arnold M. Washton , libro 'Querer No es Poder', publicado por la editorial Paidos en 1991)
6. The Addictive Personality. Naggen, C. Hazelden, Min. USA, 1996.
7. Explicación del abuso de drogas y la drogadicción. National Institute of Drug Abuse-NIDA. <http://www.drugabuse.gov/>
8. World Health Organization: Expert Committee on mental health (1951).Report of the first session of alcoholism subcommittee (WHO technical report series, N° 42), Geneva.
9. American Medical Association Committee on Alcoholism (1956) Hospitalization of patients with alcoholism (Report of officers).JAMA, 162:750.
10. Lewis DC (1994). A disease model of addiction. N.S. Miller (Ed.) Principles of Addiction Medicine, pp. 1-7.Chevy Chase,MD: American Society of Addiction Medicine (ASAM).
11. Hyman,SE (1995).A man with alcoholism and HIV infection. JAMA 274 , 837-843.
12. Hyman ,SE (1996).Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psycotropic drug action. American Journal of Psychiatry,153 (2),151-162.
13. Leshner, AI (1997) Addiction is a brain disease, and it matters. Science, 278,45-47.
14. Valliant, GE(1983) The natural history of alcoholism. Cambridge, Mass. Harvard University, Press.
15. Subjetive and physiological effects on intravenous nicotine and cocaine in cigarette smoking cocaine abusers. Jones H, Garret B, Griffiths R. J Pharmacol Exp ther 1999;288(1):188-97.
16. Código Internacional de Enfermedades. CIE.10. Organizaci ón Mundial de la Salud.
17. Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline.U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Services. June/2000,USA.

Preguntas, aportes y comentarios serán respondidos por el conferencista o por expertos en el tema a través de la lista de Epidemiología y Prevención. Llene los campos del formulario y oprima el botón "Enviar"

Preguntas, aportes o comentarios:

Nombre y apellido:

País:

Dirección de E-Mail:

Dr. Domingo Pozzer Presidente Comité Científico arritmias@funcacorr.org.ar	Dr. Armando Pacher Presidente Comité Técnico Organizador apacher@fac.org.ar	Copyright FAC - CETIFAC Bioingeniería UNER cetifac@fac.org.ar 
--	---	---

[Tope](#)

Actualización: 03-Oct-2003