

La importancia de la construcción de redes en la comunidad: prevención y asistencia en un grupo de cesación tabáquica

Por Nicole Carda Andretto

Nicole Carda Andretto. Licenciada en Trabajo Social. Residente del Hospital General de Agudos Doctor Enrique Tornú dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción

El objetivo principal de este escrito es analizar cómo el abordaje grupal y la construcción de redes de pares en un grupo socioterapéutico enriquece el tratamiento de una problemática de salud mental, como lo es la del consumo problemático de tabaco. La experiencia analizada corresponde al taller de cesación tabáquica *-I-* realizado en un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la zona norte de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en adelante CeSAC.

En cuanto a la estructura del trabajo, en un primer momento se realiza una breve descripción de este dispositivo de atención de la salud mental perteneciente al primer nivel de atención del subsistema público de salud. Luego, se exponen los beneficios concretos de trabajar la salud mental en forma grupal y entre pares. Finalmente, se exponen unas breves reflexiones acerca de la experiencia, sus efectos en la salud mental de los participantes y la importancia de la conformación de redes para la prevención y asistencia en el consumo de tabaco.

La Salud Mental Comunitaria en Argentina

El modelo de salud mental comunitario promueve la creación de servicios de salud mental más próximos a la comunidad por fuera de los hospitales, garantizando la continuidad de cuidados en los tres niveles del sistema de salud (primario, secundario y terciario). Por otro lado, se busca lograr una mayor pluralidad y horizontalidad de los equipos, desplazando el poder del psiquiatra al equipo de salud (integrado por diversas disciplinas: psicología, medicina general, trabajo social, terapia ocupacional, enfermería, etc.). Asimismo, se busca generar mayor horizontalidad con los/as usuarios/as, incorporando su participación activa en la toma de decisiones, siendo protagonistas de su propio tratamiento (Desviat, 2012). Por último, este modelo plantea la integración comunitaria de las personas con padecimientos de salud mental, es decir, la modificación de los ambientes para contrarrestar las limitaciones e inequidades que produce la sociedad al estar diseñado de modo homogéneo bajo una falsa idea de “normalidad”. Se parte de la idea de que no sólo los/as usuarios/as con padecimientos se benefician del contacto con el resto de la comunidad, sino que es una relación que fortalece a ambas partes. (Gómez et al., 2016).

En sintonía con ese modelo, en el año 2010 se sancionó en Argentina la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 (LNSM), la cual introdujo grandes reformas en el campo en cuestión. En primer lugar, establece que las personas con padecimientos de salud mental son sujetos de derechos, en contraposición al anterior modelo tutelar que las concebía como objetos. En segundo lugar, esta ley sostiene que los tratamientos por salud mental deben ser lo más acotados posible y que la internación debe ser el último recurso a utilizar cuando el resto de las intervenciones realizables en el entorno del sujeto no aporten beneficios al proceso de salud. Por último, estipula que las internaciones por salud mental deben realizarse en hospitales generales, con el consecuente cierre de los hospitales monovalentes y la descentralización de la atención buscando contrarrestar los efectos del aislamiento de los usuarios con padecimientos por salud mental.

La implementación de esta ley en nuestro país ha tenido movimientos pendulares con avances y retrocesos. Un aspecto importante que obstaculiza la real aplicación de esta ley es la falta de dispositivos alternativos a la internación en hospitales monovalentes que permitan brindar servicios de atención de salud mental. Por otro lado, en los dispositivos del subsistema público de salud de CABA no existen suficientes profesionales del área (psicólogos, pero por sobretodo psiquiatras) para cubrir la demanda de atención que hay por parte de la población, generando inaccesibilidad a los servicios de Salud Mental en la misma comunidad en la que se encuentra el centro de vida de los usuarios.

Por estos motivos es que a lo largo de este escrito se busca destacar la importancia de espacios sociocomunitarios grupales de atención de la salud mental, como lo es el grupo de cesación tabáquica que funciona en el CeSAC perteneciente al primer nivel de atención de la salud. Tuve la oportunidad de participar de este dispositivo como rotante de Trabajo Social durante el período 2022-2023 y comprobar que esta modalidad de abordaje y la construcción de redes entre los participantes tienen efectos sumamente positivos sobre los usuarios del dispositivo.

Salud Mental Situada: la experiencia grupal en un CeSAC

Caracterización del Dispositivo

El dispositivo de cesación tabáquica posee una larga trayectoria (aproximadamente 10 años), por lo que cuenta con reconocimiento entre la población del CeSAC, y muchos de sus participantes concurren por primera vez gracias al “boca en boca”, es decir que se difunde a través de conocidos/as y familiares que han participado y/o conocen el espacio por lo cual lo recomiendan. En cuanto a la coordinación, está a cargo la de un psiquiatra de planta y la residencia de medicina familiar. Respecto a los criterios de admisión, el único requisito para participar del dispositivo es que la persona asuma que tiene un consumo problemático de nicotina y tenga voluntad de realizar un tratamiento.

Respecto al encuadre del dispositivo, el grupo tiene una frecuencia semanal, una duración de 1 hora y media aproximadamente y se realiza en el centro cultural próximo al CeSAC. El dispositivo no tiene previsto un plazo de finalización y se trata de un grupo abierto, por lo que se caracteriza por la incorporación constante de nuevos miembros, así como la salida de miembros que desean abandonarlo o que han logrado sus objetivos.

La ventaja de este grupo es que cuenta con un mayor número de miembros, mientras que su principal dificultad es lograr la cohesión grupal, ya que constantemente cambian los/as participantes, aunque un pequeño grupo de ellos/as se mantiene estable o concurre en forma intermitente.

El dispositivo asumió una modalidad socioterapéutica en la que el protagonismo lo tienen los/as participantes, quienes comparten estrategias y experiencias personales mientras que el papel de los/as coordinadores es “escuchar activamente para facilitar un proceso de exploración que permite a las personas hacer frente a sus circunstancias adversas de vida” (Parra, 2017: 55). En ese sentido, tanto el equipo de salud como los/as miembros del grupo comparten sus experiencias en torno al consumo de nicotina y estrategias que utilizan para evitar el craving -2- que se produce durante la abstinencia -3-.

En cuanto al registro, existe uno interno del equipo de salud a modo de crónica que luego es también utilizado como insumo para volcar las evoluciones de los/as usuarios/as en la historia clínica electrónica. También se mantienen registros internos respecto de la medicación que está utilizando cada uno/a de los/as participantes, y se completa una planilla comunitaria en el SIGEHOS -4- con datos relativos a la actividad, al equipo de salud que lo coordina y a los/as participantes de la comunidad.

El dispositivo de tabaquismo está compuesto por tres áreas: el grupo, las entrevistas individuales y la medicación como terapia de reemplazo de nicotina. Las entrevistas individuales son coordinadas por la residencia de medicina familiar y realizadas en un consultorio del CeSAC. En las mismas se aborda la singularidad de cada participante, de su trayectoria en relación al cigarrillo y las estrategias particulares para reducir o abandonar la nicotina. Por otro lado, se trabajan cuestiones en torno a la medicación. Cabe destacar que la modalidad de abordaje de la situación de cada persona es particular dado que las estrategias que les funcionan a algunos no les funcionan a otros y viceversa, por lo que no todos/as utilizan la medicación y/o concurren al grupo y a las instancias individuales.

Por último, se trata de un dispositivo preventivo, promocional y asistencial. Se realiza prevención de tipo terciaria -5-, debido a que los/as participantes ya poseen un consumo problemático de nicotina (a veces incluso de otras sustancias psicoactivas), por lo que se intenta impedir que la situación se agrave y se busca la disminución de las posibles secuelas asociadas al consumo. Por otro lado, se trata de una actividad promocional, en el sentido en que se trabaja en torno a que los/as participantes logren estilos de vida más saludables -6- a través de cambios en su entorno (Llivina e Higuera, 2000). Por último, es una actividad propiamente asistencial, porque se les brinda tratamiento terapéutico y farmacológico a las personas. Si bien es cierto que el fin último del dispositivo es que los/as usuarios/as dejen de consumir nicotina, el equipo de salud ha adoptado el paradigma de reducción de riesgos y daños -7-.

Perfil de los/as participantes

En relación al perfil de los/as participantes del grupo de tabaquismo, es llamativo que la mayoría posee una patología dual, es decir, una comorbilidad por el trastorno de dependencia a la nicotina y otro trastorno patológico. Según Antonaccio (2019), es difícil que estos sujetos sean admitidos en los dispositivos debido a la complejidad de su patología psiquiátrica sumada al consumo problemático de sustancias psicoactivas. En esta línea, se da un proceso de integración social de aquellas personas que poseen una patología psiquiátrica con el resto de la comunidad, ya que en el grupo participan todo tipo de personas con consumo abusivo de nicotina.

Existe un número bastante equilibrado de hombres y mujeres que concurren al espacio, lo cual es remarcable ya que suelen ser las mujeres quienes más acuden al sistema de salud (Pombo, 2012). Por otro lado, los/as concurrentes suelen ser personas de mediana y avanzada edad -siendo el promedio de 50 años aproximadamente- que poseen un estado de salud agravado por el consumo crónico de cigarrillos. Muchos/as han tenido intentos previos de abandonar la sustancia, la mayoría por cuenta propia y algunos con ayuda médica pero en consulta individual. Algunos/as han tenido éxito en el abandono de la nicotina por largos períodos de tiempo antes de concurrir al dispositivo, pero luego han recaído. Es así que algunos/as de los/as usuarios/as que abandonaron el consumo de tabaco - y que participan del grupo y han dejado de fumar hace varios años- refieren que no pueden estar en contacto con la sustancia porque pueden llegar a recaer. Todo ello da cuenta de lo adictiva y nociva que puede ser la nicotina y por otro lado, que la mayoría de las personas buscan tratamiento cuando han fracasado al intentar abandonarla por otros medios y problematizan realmente su consumo cuando perciben los daños que la sustancia ha provocado en su salud.

En otro orden, en el grupo se trabaja en torno a qué representa la sustancia para esa persona, es decir, el verdadero motivo por el que la consume. En este sentido, muchos/as de los/as participantes del grupo identifican al cigarrillo como “un amigo o una compañía”, dotándolo de connotaciones humanas. También la mayoría de los/as usuarios/as refieren que “el cigarrillo los ha acompañado en momentos difíciles de sus vidas”, al mismo tiempo que son conscientes de que esta sustancia los perjudica física y mentalmente -8-. Muchos/as sienten “culpa”, sobre todo cuando ya padecen enfermedades avanzadas debido a su consumo. Así, la dirección del tratamiento es profundizar la sensación de la persona de que el consumo de la sustancia ya no alcanza para cumplir la función que estaba cumpliendo (Antonaccio, *Ibidem*).

Beneficios del trabajo grupal en salud mental comunitaria y la conformación de redes

En primer lugar, el abordaje grupal de la salud mental permite que las personas se sientan contenidas por una red de pares, convirtiéndose en un espacio en el cual pueden expresar sus emociones y saberes. Asimismo, permite que se establezcan necesidades comunes a todos los participantes a partir de que la temática que les convoca es la misma y que se compartan estrategias desde la propia experiencia frente a las dificultades comunes que atraviesan. En el trabajo grupal las personas se activan y descubren sus capacidades sobre la base de las experiencias de otros. En este sentido, la identificación, la red y los lazos sociales también tienden a generarse gracias a que la mayoría de los participantes probablemente haya atravesado situaciones similares. El haber atravesado estas mismas experiencias o similares habilita a la comprensión entre pares, en ocasiones mejor de lo que lo podría hacer un profesional que no ha tenido las mismas vivencias. Otro de los beneficios de realizar un abordaje grupal es que en el grupo la persona reproduce sus conflictos cotidianos, lo que permite trabajarlos en el espacio proponiendo distintas soluciones y alternativas (Carda, Giménez, *Inédito*).

Particularmente, las ventajas de trabajar el consumo de nicotina de forma grupal pueden evidenciarse en los discursos de los propios miembros del grupo. Muchos/as de ellos/as refieren que sienten un compromiso con el equipo de salud y el resto de los/as participantes, por lo que se mantienen firmes en su decisión de no volver a fumar. Por otro lado, los/as concurrentes expresan que se sienten acompañados/as por el resto de los/as participantes y que poseen un grupo de

WhatsApp propio (en el que no participan los/as profesionales), al que pueden acudir cuando necesitan apoyo, especialmente fuera de los horarios regulares de atención del sistema de salud.

Por último, para las personas que han logrado abandonar el cigarrillo, el poder compartir sus propias experiencias y conocimientos las hace sentir útiles y valoradas. Algo que también destacan las personas que han dejado de fumar es que cuando relatan en los talleres cuanto tiempo han estado sin nicotina, se les suele aplaudir, lo cual les genera una sensación gratificante. Las personas que han logrado dejar el cigarrillo con el dispositivo del CeSAC sirven de ejemplo, esperanza y motivación para quienes concurren al grupo pero aún no lo han logrado. Las personas que tienen estados de salud deteriorados también pueden servir de motivación para el resto, por mecanismos de identificación, ya que pueden generar un impacto negativo a modo de advertencia para las personas que aún no han abandonado la sustancia y aún no han llegado a ese grado de malestar.

Dentro de este modelo de abordaje comunitario, además, los participantes se forman en la materia en cuestión y replican esos conocimientos, convirtiéndose en promotores. A modo de ejemplo, en el dispositivo que se referencia, una de las participantes fue reconocida por el equipo de salud como promotora y se encargaba de coordinar las reuniones de un grupo de usuarios que eran extabaquistas desde hacía un par de años y del cual no participaban los profesionales .

Breves Reflexiones

Este escrito fue realizado durante diciembre de 2023, contexto signado por el recrudescimiento de las relaciones sociales y exacerbados niveles de violencia en la población argentina. En el país actualmente existe una creciente individualización y profundización de la grieta social, impulsada y fomentada por distintas personalidades que parecen estar amparadas bajo la idea del “sálvese quien pueda” y el disfraz del ideal de libertad, sumado a los discursos de odio que también han reaparecido en el último período. En estas condiciones particulares, en nuestro país se han incrementado los problemas de salud mental. Se puede observar que los espacios de atención de la salud mental dentro del sistema público se encuentran colapsados, sin disponibilidad de turnos, con profesionales precarizados y una Ley de Salud Mental novedosa en materia de derechos humanos pero que nunca pudo ser implementada en su totalidad; ello sumado a la existencia de una demanda creciente de atención en el sector, en gran parte debido a la pandemia por COVID-19 que afectó fuertemente a la psiquis de la población mundial. Por ello es importante no sólo colocar la cuestión en la agenda pública del Estado, sino encontrar nuevas respuestas a dicha problemática a nivel profesional, que no estén solamente basadas en la clínica individual en consultorio sino que puedan ser complementadas por otras estrategias vinculadas al tratamiento grupal y comunitario y que habiliten la participación de otras profesiones que no sean sólo las pertenecientes al área Psi.

Es en este contexto que busqué resaltar la experiencia en un grupo comunitario desde mi rol de Trabajadora Social, afirmando que el armado de redes entre pares y la construcción de vínculos potencia las capacidades individuales de los sujetos y permite la conformación de una grupalidad que aporta mayores ventajas y beneficios para sus integrantes. Muchas veces se pierde de vista la importancia de lo grupal y el intercambio de experiencias que habilita a la búsqueda de soluciones conjuntas ante situaciones difíciles que atraviesan los individuos y que pueden ser comunes a varios de ellos, tal como ocurre con el consumo problemático de sustancias. Por otro lado, el sujeto que se encuentra atravesado por un consumo problemático suele tener redes vinculares deterioradas, ya que toda la libido es puesta en el objeto, es decir, la sustancia (Laurent, 2022); por lo que es importante fomentar la reconstrucción de estos antiguos vínculos y la conformación de nuevas redes de apoyo.

En esta línea, como profesional de la salud considero que es importante que dentro de los espacios institucionales se fomenten espacios grupales de reflexión y debate, tanto entre integrantes de los equipos de trabajo como con los usuarios.

Es así que me pregunto: si en salud se busca constantemente fomentar la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo, ¿por qué no se pone tanto énfasis en el trabajo grupal con usuarios? Desde allí que, ¿el intercambio y las intervenciones grupales no pueden ser capaces de contrarrestar el individualismo y los discursos de odio que se presentan hoy en día en nuestra sociedad?

Quiero finalizar con unas palabras que escribió Freire (1968:3) en la Pedagogía del Oprimido, quien expresa con claridad la idea que intento exponer: “Nadie se salva solo, nadie salva a nadie, todos nos salvamos en comunidad”.

Notas

-1- Pertenece al Programa de Prevención y Control del Tabaquismo del GCBA, el cual se enmarca dentro del Plan de Abordaje de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. El mismo fue creado en 2008, y posee como objetivos: Optimizar los recursos para el control del tabaco en el territorio del GCBA; Desarrollar y promover la interacción de los hospitales del GCBA, centros de salud y comunidad del territorio del GCBA para lograr que los habitantes de la ciudad adquieran hábitos saludables de vida; Cubrir la demanda de cesación tabáquica de las personas que se atienden en la ciudad de Buenos Aires; Optimizar el recurso humano y físico con que cuentan los hospitales del GCBA; Garantizar la universalidad y el libre acceso de la atención; Asesorar a quien lo requiera sobre temas de Control del Tabaquismo; Proteger a la población del HAT (Humo ambiental de tabaco); Monitorear el cumplimiento de la ley 1799/05 y la ley 3718/10; Llegar a la instancia de una Buenos Aires 100% libre de HAT *(Humo ambiental de tabaco), (OMS). (Ministerio de Salud, GCBA, 2023).

-2- El craving es el deseo de consumir asociado a la falta de control (Dunovits, 2023). Según lo que refieren los/as usuarios/as suele durar apenas unos minutos, como un “pensamiento pasajero”.

-3- El síndrome de abstinencia ocurre cuando una persona desarrolla dependencia respecto de una sustancia y deja de consumirla o reduce su cantidad. Entre las personas adictas a la nicotina se suele caracterizar por “ansiedad intensa, deseo urgente de consumo, irritabilidad, intranquilidad, dificultad para concentrarse, aumento del apetito, aumento de peso, insomnio, cefalea y humor disfórico o francamente depresivo” (Campo Arias, 2002 : 67).

-4- El SIGEHOS (Sistema de Gestión Hospitalaria) es un proyecto cuyo objeto es el de proveer a los hospitales públicos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires de una herramienta informática integral y unificada, destinada a la gestión.

-5- La prevención terciaria es aquella que “una vez instaurado un consumo problemático de drogas, intenta impedir que la situación o acontecimiento se agrave y persigue la disminución de las posibles secuelas asociadas al consumo” (GID, 1995, citado en Arnau y Porras, 2000 : 242).

-6- En el taller no sólo se trabaja en torno al abandono del tabaco, sino que también se fomenta que los/as participantes realicen ejercicio físico, y desarrollen una alimentación saludable. En este sentido, hemos dedicado más de un encuentro exclusivamente a hablar sobre nutrición, debido a que una de las preocupaciones recurrentes de los/as usuarios/as es que abandonar la nicotina produce un leve aumento de peso.

-7- Este modelo se sustenta en la idea de que no todos los consumos de sustancias son problemáticos, estableciéndose una serie de características que debe tener el consumo para considerarse de tal forma, aunque se entiende que la nicotina siempre tiene consecuencias negativas sobre todo para la salud física. Desde este paradigma, se asume que los Consumos Problemáticos pueden atravesar diferentes etapas.

Bibliografía

Antonaccio, D. (2019). *Los llamados “pacientes duales” el no lugar del sistema y cómo construir un lugar*, en Defensoría del Pueblo, A pesar de los 30 años de la Ley 23737 de Drogas. Desventuras y Añoranzas. CABA, Argentina.

Arnau, D. y Porras, J. (2000). *Niveles, ámbitos y modalidades para la prevención del uso problemático de drogas*, en Porras, J. et al. Contextos, sujetos y drogas: Un manual sobre drogodependencias. Ed: Ayuntamiento de Barcelona. Barcelona, España.

Bruni, M. (2013). *El trabajo social descentrado de los recursos. Reflexiones en torno al posicionamiento profesional en el dispositivo de Urgencia Hospitalaria*. Buenos Aires, Argentina.

Calabrese, A. (2015). *La Prevención en América Latina*, en Pérez Gómez, A., Mejía Trujillo, J., & Becoña Iglesia, B. (Eds.). De la prevención y otras historias: historia y evolución de la prevención del consumo de alcohol y drogas en América Latina y en Europa Bogotá: California-Edit.

Campos Arias, A. (2002). *Dependencia de Nicotina. Aproximación a su Manejo Farmacológico*, en Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXI / N° 1, pp. 67-72.

Cazzaniga, S. (2002). *Trabajo Social e Interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud*, Revista Margen, edición N° 27.

Cruz, V y Fuentes, MP. (2014). *Lo metodológico en Trabajo Social: Desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social*. Capítulo IV. Ed. Edulp, Buenos Aires, Argentina.

Desviat, M. (2012). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Ponencia al XXV Congreso de Salud Mental AEN. Tenerife. Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, España.

Desviat, Manuel (2020). *Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria*. Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 17-45.

Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas (2017). *Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas*. Informe de resultados N°1. DNOAD. Buenos Aires, Argentina.

Dunovits, C. (2023). *Psiquiatría y Consumos Problemáticos. Adicciones desde las neurociencias*. Impacto neurocognitivo de los Trastornos adictivos. [Clase Virtual]. Obtenido de https://www.youtube.com/watch?v=A9cud3Nxn_g

Freire, P. (1987). *Pedagogía del Oprimido*. (36a. ed.). Mexico: Siglo XXI.

Gómez, S., et al. (2016). *El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales*. Salud Colectiva.;12(2):265-278. doi: 10.18294/sc.2016.1000.

Herbón, C. (2022). *Ley Nacional de Salud Mental. Lineamientos para el abordaje desde sus principios. Protocolo de internaciones voluntarias e involuntarias. Contrapunto entre los modelos de abordaje Abstencionista y de Reducción de Riesgos y Daños*. [Clase Virtual]. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=DFN27A6Zt-0>

Karsz, S. (2009). *Pensar la intervención social. Ideología e inconsciente hacen nudo. Perspectivas teóricas e implicancias prácticas*. Curso de posgrado dictado en la FCPyS, UNCuyo. Mimeo.

Laurent, E. (2022). *El uso fecundo de la Lógica*, en Nitzcaner, D. et al. El objeto a en la experiencia analítica. Lecturas de De un Otro al otro. Ed: EOL, Buenos Aires.

Lewkowicz, I; Corea, C.; De la Aldea, E. (1998). *La comunidad, entre lo privado y lo público*. Publicado en Revista "Campo Grupal" No. 2, Buenos Aires. Recuperado el 12/03/2014. Disponible en: <http://www.elenadelaaldea.com.ar/1998/09/lacomunidad-entre-lo-privado-y-lo-publico/>

Levkovich, M. (Inédito). *Cesación Tabáquica. Tratamiento Grupal. Estrategias*. [Diapositivas de PowerPoint].

Llivina, T. e Higuera, I. (2000). *Marcos teóricos y su desarrollo en el ámbito preventivo*, en Porras, J. et al. Contextos, sujetos y drogas: Un manual sobre drogodependencias. Ed: Ayuntamiento de Barcelona. Barcelona, España.

Ley Nacional de Salud Mental (26657/2010) Boletín Oficial N° 32041.

Lonigro, S. (2015). *Del Paradigma Manicomial al Campo de la Salud Mental*. En Lazo social y procesos de subjetivación. Reflexiones desde la época. Ed. Edulp, Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud, Gobierno Ciudad de Buenos Aires (2023). *Programa de Prevención y Control del Tabaquismo*. Recuperado de: <https://buenosaires.gob.ar/salud/programasdesalud/programadeprevencionycontroldeletabaquismo>

Molina Torres, J. (2015). *Las fases del cambio: el modelo transteórico de prochaska y diclemente*. Disponible en: <https://academia.utp.edu.co/medicinadeportiva/files/2020/05/LAS-FASES-DEL-CAMBIO-EL-MODELO-TRANSTE%C3%93RICO-DE-PROCHASKA-Y-DICLEMENTE.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (2022) *Tabaco*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco#:~:text=M%C3%A1s%20del%2080%25%20de%20los,de%20las%20mujeres%20del%20mundo>.

Parra Ramajo, B. (2017). *El trabajo social de grupo en la actualidad: La utilización de los vínculos para la promoción del cambio social*. Programa de Doctorado en Educación y Sociedad Línea de investigación Trabajo social, servicios sociales y política social Facultad de Educación. Universitat de Barcelona. PP. 37-131.

Pombo, G. (2012). *La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politicación del género*, en Revista Margen: revista de Trabajo social y Ciencias sociales, ISSN-e 0327-7585, N° 66, pp. 1-11.

Portero Lascano, G. (2015). *DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense?* en Cuaderno Médico Forense [online]; 21(3-4): pp. 96-104. ISSN 1988-611X. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/pdf/cmfv/v21n3-4/02_original01.pdf

Residentes de Medicina Familiar-HGATA (Inédito). *Cesación Tabáquica*. [Diapositivas de PowerPoint].

Retamal, P. (2014). *Salud mental: Aportes para pensar la inclusión social a partir de las prácticas profesionales en guardia hospitalaria*, en Trabajos seleccionados: V Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social: debates en torno a la construcción de institucionalidad / Marcela Benegas ... [et.al.] ; coordinado por Ana Arias ; Bárbara García Godoy ; Romina Manes. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2014. E-Book.

Schraier, G. (2023). *Paciente Dual. Comorbilidades y Patología Dual*. [Clase Virtual]. Obtenido de https://www.youtube.com/watch?v=9X_xadraz6s

Stolkiner, A. y Bang, C. (2013). *Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes*, en Ciencia, docencia y tecnología, (46), 123-143. Recuperado en 27 de julio de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162013000100005&lng=es&tlng=es.