



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

**Efectividad de una Intervención Enfermera sobre
Abordaje al Tabaquismo en Diferentes Servicios
de la Red de Salud Mental**

D^a María Rosario Valera Fernández

2018



UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

Efectividad de una intervención enfermera
sobre abordaje al tabaquismo en diferentes
servicios de la Red de Salud Mental

María Rosario Valera Fernández

Dirigido por:

María Dolores Flores Bienert

Francina Fonseca Casals

Ana María González Cuello



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. **MARÍA DOLORES FLORES BIENERT**, Doctora por la Universidad de Murcia, del Área de Enfermería en el Departamento de ENFERMERÍA, **AUTORIZA:**

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA SOBRE ABORDAJE AL TABAQUISMO EN DIFERNETES SERVICIOS DE LA RED DE SALUD MENTAL**”, realizada por D^a. **MARIA ROSARIO VALERA FERNÁNDEZ**, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 26 de Junio de 2018



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. **FRANCINA FONSECA CASALS**, Doctora de Universidad del Área de UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA en el Departamento de PSIQUIATRÍA Y MEDICINA LEGAL, **AUTORIZA:**

La presentación de la Tesis Doctoral titulada **“EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA SOBRE ABORDAJE AL TABAQUISMO EN DIFERENTES SERVICIOS DE LA RED DE SALUD MENTAL”**, realizada por D^a. **MARIA ROSARIO VALERA FERNÁNDEZ**, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 26 de Junio de 2018



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. **ANA MARÍA GONZÁLEZ CUELLO**, Doctora por la Universidad de Murcia, del Área de Enfermería en el Departamento de ENFERMERÍA, **AUTORIZA:**

La presentación de la Tesis Doctoral titulada “**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA SOBRE ABORDAJE AL TABAQUISMO EN DIFERNETES SERVICIOS DE LA RED DE SALUD MENTAL**”, realizada por D^a. **MARIA ROSARIO VALERA FERNÁNDEZ**, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 26 de Junio de 2018

Agradecimientos

Me sorprende pensar que esta es una de las partes de mayor dificultad al escribir esta tesis; y aun siendo una persona agradecida, no me es sencillo plasmar los sentimientos y emociones sentidos por todas aquellas personas que han vivido junto a mí durante este tiempo.

En primer lugar agradecer a mis padres su apoyo incondicional. A ellos debo muchas cosas, pero sobre todo, el aprendizaje de querer luchar por los sueños presentes siempre con la mayor de las sonrisas. Y especialmente, agradezco a Ana Belén, mi hermana, “la Sísiter”, la fuerza interna que la caracteriza y ese enorme corazón. Contigo todo es mucho más sencillo.

A mis grandes amigas “catalanas”, Oaia y María, por los ratos que pasamos juntas y esas largas conversaciones sobre las dinámicas laborales. Han sido una de mis mayores fuentes de distracción e incluso en ocasiones de inspiración. A las amigas del pueblo, “mis Anas” que aunque todas sabemos que el pronombre es posesivo, muestra perfectamente el cariño mutuo que existe entre nosotras.

A Paquito y Clara.

A Diana.

A mis compañeros de trabajo, que tantas tardes han tenido que escuchar la insistente frase “No se sale a fumar, se sale a pasear”. Gracias a todo el personal sanitario que lucha por desmentir tantos mitos asociados a las personas con un trastorno mental; ¡algún día la victoria será nuestra!

A Antonio Moreno Poyato y Xavi Duran, que han colaborado en la difícil relación entre la estadística y yo. Sin vosotros este trabajo no hubiese sido posible.

A las personas que han dirigido la tesis y también mi vida en muchos momentos a lo largo de este tiempo; M. Dolores Flores Bienert, Ana M. González Cuelló y especialmente a Francina Fonseca Casals, por el interés y el apoyo brindado, por las horas dedicadas a leer, corregir y volver a leer y corregir, por la paciencia que os caracteriza, y sobre todo por el buen humor con el que siempre me habéis recibido.

Y a Sergio, por ser el compañero de viaje perfecto!

*Sólo puedo decir,
Mil gracias a todos!*

Para la realización de esta tesis se ha contado con la siguiente financiación:

- Ayuda a Proyectos de Investigación por el Colegio Oficial de Enfermería de la Región de Murcia en la convocatoria para el año 2016 con resolución el 12 de diciembre de 2016, número de expediente 16/3390.
- Beca para el financiamiento de la intensificación de profesionales de la salud, modalidad de profesionales de enfermería, en el ámbito de la investigación e innovación en salud que se lleva a cabo durante los años 2017-2019 (PERIS 2016-2020), número de expediente SLT002/16/000005.

RESULTADOS PARCIALES DE LA PRESENTE TESIS DOCTORAL, DIFUNDIDOS Y PUBLICADOS EN LOS SIGUIENTES CONGRESOS Y JORNADAS DE INTERÉS SANITARIO NACIONAL E INTERNACIONAL

Valera Fernández MR, Suarez Pérez R, Aceña Domínguez R, Aliart Perarnau X, González Cuello AM, Fonseca Casals F. Efectividad de una intervención breve sobre motivación antitabáquica en usuarios drogodependientes ingresados en una UHD. *Enfermería Global* (en prensa).

Valera Fernández MR, González Cuello AM, Aceña Domínguez R, Valera Fernández AB, Moreno Poyato A, Fonseca Casals F. Primeros resultados sobre una intervención enfermera sobre abordaje al tabaquismo en personas con un trastorno mental. *Revista Enfermería y Salud Mental* (en prensa).

Valera Fernández MR, Roviralta Vilella M, Caballero Rodríguez-Maribona M, Duran Jordà X, González Cuello AM, Fonseca Casals F. Análisis del impacto de una intervención sobre abordaje al tabaquismo. V Congrés Català d'Infermeria de Salut Mental. Barcelona, 7 y 8 junio 2018. 3º Premio a la Mejor Comunicación Oral.

Valera Fernández MR, Iriondo Blanco O, Gómez Santana O, Pratdesava Villanueva A, González Cuello AM. Tabaquismo y Salud Mental. Seguimiento anual de una intervención enfermera. XXXV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Santiago de Compostela, 21-23 marzo 2018.

Valera Fernández MR, Minno L, Aceña Domínguez R, Moreno Poyato A, Fonseca Casals F. Resultados pre-post de una intervención enfermera sobre tabaquismo en personas con TMG. XXXV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Santiago de Compostela, 21-23 marzo 2018.

Valera Fernández MR, Minno L, del Moral Blanca J, Marquez Aparicio RM, Diaz Morcillo P, Fonseca Casals F. Seguimiento de una intervención sobre tabaquismo en un servicio de hospitalización psiquiátrica. VIII Jornada Societat Catalana d'Atenció i Tractament del Consum del Tabac. Barcelona, 2 febrero 2018.

Valera Fernández MR, González Cuello AM, Flores Bienert MD, Iriondo Blanco O, Aceña Domínguez R, Fonseca Casals F. Intervención enfermera en tabaquismo: primeros resultados obtenidos. III Congreso Nacional de Jóvenes Investigadores en Enfermería. Murcia, 12-14 diciembre 2017.

Valera Fernández MR. Motivación y deshabituación tabáquica. Ponente en las VIII Jornada Infermeria dels 5 hospitals terciaris de Barcelona Ciutat. 1ª Jornada Salut Mental: Addicions. Barcelona, 27 noviembre 2017.

Valera Fernández MR, Martínez I, Neira López M, Minno L, Gómez Santana O, Márquez Aparicio RM. Revisión bibliográfica sobre tabaquismo e infancia. 6è Congrès Català de Salut Mental de la Infància i l'adolescència. Barcelona, 23 y 24 noviembre 2017.

Martín Fernández J, Iriondo Blanco O, **Valera Fernandez MR.** Prevalencia del consumo de tabaco en trastornos mentales graves (TMG). V Encuentro de Enfermería de Salud Mental de Andalucía. Granada, 16 noviembre 2017.

Iriondo Blanco O, **Valera Fernández MR,** Martín Fernández J, Martín Torres S, Caballero Rodríguez-Maribona, M. Programa enfermero psicoeducativo sobre abordaje al tabaquismo en personas con TMG. V Encuentro de Enfermería de Salud Mental de Andalucía. Granada, 16 noviembre 2017.

Valera Fernández MR, Iriondo Blanco O, Martín Fernández J, Minno L, Gómez Santana O. Valoración de la motivación para el abandono de tabaco en personas que presentan problemas de drogodependencia. V Encuentro de Enfermería de Salud Mental de Andalucía. Granada, 16 noviembre 2017.

Valera Fernández MR, Márquez Aparicio RM, Minno L, Gómez Santana O, Neira López M, Marín Artero MJ. Validez de una intervención enfermera comunitaria sobre abordaje al tabaquismo en personas con TMG. 7ª Jornada Catalana d'Infermeria de Salut Mental. Barcelona, 26 y 27 octubre 2017.

Valera Fernández MR, Fonseca Casals F, Flores Bienert MD, González Cuello AM. Abordaje del Tabaquismo en personas con trastorno mental severo: programa psicoeducativo enfermero. XXXV Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología y XII Congreso de la Asociación portuguesa de Epidemiología. Barcelona, 6-8 septiembre 2017.

Valera Fernández MR, Pina Roche F, González Cuello AM, Flores Bienert MD, Fonseca Casals F. Evaluación de la efectividad de una intervención enfermera sobre abordaje al tabaquismo en una unidad de rehabilitación psiquiátrica de media estancia. III Jornadas Doctorales de la Universidad de Murcia. Murcia, 30 mayo-1 junio 2017.

Valera Fernández MR, Marquez Aparicio R, Neira López M, Gómez Santana O, Pratdesava Villanueva A. Primeros resultados de la efectividad de una intervención enfermera sobre abordaje

al tabaquismo en personas con TMG. XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Murcia, 5-7 abril 2017.

Valera Fernández MR, Minno L, Gómez Santana O; Coletas Juanico J, Aceña Domínguez R. Programa enfermero psicoeducativo sobre abordaje al tabaquismo en personas con TMS. Capítulo de Libro 15 en Las enfermeras de salud mental y la exclusión social, con I.S.B.N.: 978-84-946764-2-0. XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Murcia, 5-7 abril 2017.

Valera Fernández MR, Portero Martínez MR, Zamora Romero V, Iriondo Blanco O, González Cuello AM, Fonseca Casals F. Valoración enfermera sobre tabaquismo y síndrome metabólico en personas con un trastorno mental. Capítulo de Libro con I.S.B.N.: 978-84-617-9351-8. X Congreso Nacional de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). Toledo, 30 marzo- 1 abril 2017.

Valera Fernández MR, Minno L, Márquez Aparicio RM, Neira López M, Marín Artero MJ, Roviralta Vilella M. Relación entre tabaquismo y trastorno mental severo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve. Capítulo de Libro con I.S.B.N.: 978-84-617-9351-8. X Congreso Nacional de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). Toledo, 30 marzo- 1 abril 2017.

Fonseca Casals F, **Valera Fernández MR**, Perez Carrasco C, Pratdesava Villanueva A, Aceña Domínguez R, Torrens Melich M. Smoking and several mental disorder. I World Congress of the World Association on Dual Disorders (WADD) & V International Congress of the Spanish Society on Dual Disorders (SEPD). Madrid, 23-26 marzo 2017.

Valera Fernández MR, Roviralta Vilella M, Morcillo Aranda E, Margeli Gutiérrez G, Márquez Aparicio RM, Minno L, del Moral Blanca J, Neira López M, Pérez Carrasco C, Giler Herrera E. Salud mental y tabaquismo. Hábito tabáquico de la persona fumadora en una unidad de hospitalización breve. XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría- Interpsiquis 2017. 1-28 febrero 2017.

Valera Fernández MR, Pina Roche F, González Cuello AM, Flores Bienert MD, Fonseca Casals F. Evaluación del grado de motivación para el abandono tabáquico en usuarios drogodependientes ingresados en una UHD. II Jornadas Doctorales de la Universidad de Murcia. Murcia, 31 mayo-2 junio 2016.

Sainz Montagut M, Vila Marín MC, **Valera Fernández MR**, Suarez Pérez R, Murcia Juarez E, Aliart Perarnau X. Motivación antitabáquica en usuarios drogodependientes ingresados en la UHD del Hospital del Mar. IV Congrés Català d'Infermeria de Salut Mental. Vic, 12 y 13 mayo 2016.

Valera Fernández MR, Marín Artero MJ, Gracia Arnau A, Ramírez Sánchez-Carnerero MA, Caballero Rodríguez-Maribona M. Revisión narrativa sobre herramientas de evaluación de la conducta de fumar. XXXIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Cádiz, 16-18 marzo 2016.

RESUMEN

Efectividad de una Intervención enfermera sobre abordaje al tabaquismo en diferentes servicios de la Red de Salud Mental

INTRODUCCIÓN

Existe una importante relación entre el consumo de tabaco y distintos trastornos relacionados con la salud mental, observándose entre las personas con trastorno mental grave una mayor prevalencia de hábito tabáquico, mayor dependencia a la nicotina, menores intentos de abandono y mayor dificultad para conseguir la abstinencia. Según la literatura científica, ninguna patología psiquiátrica es incapacitante para dejar de fumar y en todas ellas existe un porcentaje que ha conseguido la abstinencia mantenida.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad de una intervención sobre abordaje al tabaquismo para conseguir una reducción del consumo de tabaco o una cesación tabáquica completa a personas con trastorno mental grave.

METODOLOGÍA

Estudio cuasiexperimental de tipo pre-post. Los participantes están vinculados a tres servicios de la Red de salud Mental (servicio de rehabilitación media y larga estancia, hospitalización parcial y atención comunitaria). La intervención se divide en tres partes diferenciales; en un primer lugar se realiza una entrevista inicial, después una intervención grupal de 10 sesiones semanales y un seguimiento posterior a los 3, 6 y 12 meses. Los instrumentos de medida utilizados han sido: el Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerström, el Test de motivación para dejar de fumar de Richmond, el número de cigarrillos, el grado de autoeficacia y la Escala de Estadios de Cambios URICA. Para el análisis estadístico se evaluaron posibles asociaciones entre variables categóricas mediante test chi-cuadrado de Pearson, posibles diferencias entre períodos de estudio con el test de los rangos de Wilcoxon. Las diferencias entre los 3 grupos se evaluaron mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis y el test de Dunnett.

RESULTADOS

El tamaño muestral es de 25 participantes, 10 (56%) vinculados al servicio de rehabilitación media y larga estancia, 6 (24%) hospitalización parcial y 9 (36%) a atención comunitaria. 14 (56%) de ellos son hombres, con una edad media de 47,52 años.

Los resultados revelan una dependencia inicial física y social moderadas (6,28 y 4,16 puntos respectivamente), una elevada dependencia psicológica (11,92 puntos) y una leve dependencia gestual (11,16 puntos). El nivel de craving según la escala QSU fue de 37,48 puntos, existiendo diferencias significativas entre los grupos y un valor para la sintomatología abstinencial de 11.08 puntos.

Tras la intervención se ha reducido una media de 9,4 cigarrillos/día que posteriormente han aumentado durante el seguimiento anual aunque persistiendo a su finalización una reducción de 5,32 cigarrillos/día. El nivel de motivación se incrementó tras la intervención en 0,70 puntos y posteriormente se mantuvo estable durante el seguimiento, al igual que el grado de autoeficacia.

CONCLUSIONES

Una intervención sobre abordaje al tabaquismo es eficaz en las personas con un trastorno mental ya que están motivadas a abandonar y/o reducir su consumo de tabaco. La prohibición de fumar durante la hospitalización supone una oportunidad de abordar y proporcionar tratamiento para conseguir la cesación.

SUMMARY

Effectiveness of a nursing intervention on approach to smoking in different services of the Mental Health Network

INTRODUCTION

There is an important relationship between tobacco consumption and various disorders related to mental health, observing between people with severe mental disorder a higher prevalence of tobacco habit, greater dependence on nicotine, fewer quit attempts and greater difficulty in achieving abstinence. According to the scientific literature, no psychiatric pathology is incapacitating to stop smoking and in all of them there is a percentage that has achieved sustained abstinence.

OBJECTIVE

To evaluate the effectiveness of an intervention on the approach to smoking in order to achieve a reduction in the consumption of tobacco or a complete smoking cessation for people with serious mental disorder.

METHODOLOGY

Quasi-experimental study of pre-post type. The participants are linked to three services of the Mental Health Network (medium and long stay rehabilitation service, partial hospitalization and community care). The intervention is divided into three differential parts; In the first place an initial interview is carried out, after a group intervention for 10 weekly sessions and a follow-up after 3, 6 and 12 months. The measurement instruments used were: the Fagerström Nicotine Dependence Test, the Richmond Quit Smoking Motivation Test, the number of cigarettes, the degree of self-efficacy and the URICA Change Stages Scale. For the statistical analysis, possible associations between categorical variables were evaluated by Pearson chi-square test, possible differences between study periods with the Wilcoxon rank test. The differences between the 3 groups were evaluated by the non-parametric Kruskal-Wallis test and the Dunnett test.

RESULTS

The sample size is 25 participants, 10 (56%) linked to the medium and long stay rehabilitation service, 6 (24%) partial hospitalization and 9 (36%) to community care. 14 (56%) of them are men, with an average age of 47.52 years.

The results reveal a moderate initial physical and social dependence (6.28 and 4.16 points respectively), a high psychological dependence (11.92 points) and a slight gestural dependence

(11.16 points). The level of craving according to the QSU scale was 37.48 points, there being significant differences between the groups and a value for the abstinential symptomatology of 11.08 points.

After the intervention, an average of 9.4 cigarettes / day was reduced, which subsequently increased during the annual follow-up, although a reduction of 5.32 cigarettes / day persisted at the end of the intervention. The level of motivation increased after the intervention by 0.70 points and subsequently remained stable during the follow-up, as well as the degree of self-efficacy it.

CONCLUSIONS

An intervention on the approach to smoking is effective in people with a mental disorder since they are motivated to abandon and/or reduce their consumption of tobacco. The prohibition of smoking during hospitalization is an opportunity to address and provide treatment to achieve cessation.

INDICE

RESULTADOS PARCIALES DE LA PRESENTE TESIS DOCTORAL, DIFUNDIDOS Y PUBLICADOS EN LOS SIGUIENTES CONGRESOS Y JORNADAS DE INTERÉS SANITARIO NACIONAL E INTERNACIONAL.....	XIII
---	------

RESUMEN	XVII
---------------	------

INDICE DE TABLAS	XXIV
------------------------	------

INDICE DE FIGURAS	XXVII
-------------------------	-------

ABREVIATURAS	XXXIII
--------------------	--------

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1. EL TABAQUISMO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.....	1
1.1. COMPOSICIÓN DEL TABACO	6
1.2. MORBI-MORTALIDAD DEL TABAQUISMO.....	13
2. TABAQUISMO COMO ENFERMEDAD ADICTIVA	23
2.1. BASES NEUROBIOLÓGICAS DE LA ADICCIÓN	24
2.2. TRASTORNO POR CONSUMO LEVE, MODERADO Y GRAVE	26
2.3. INICIO Y MANTENIMIENTO DEL CONSUMO DE TABACO.....	32
3. HISTORIA CLÍNICA DEL TABAQUISMO	36
3.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	37
3.2. ANAMNESIS GENERAL INICIAL.....	38
3.3. HISTORIA Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE TABACO	41
3.4. ANÁLISIS DE LA ADICCIÓN	42
3.5. ESTADIOS DE CAMBIO	43
3.6. ANÁLISIS DE LA MOTIVACIÓN Y LA AUTOEFICACIA	44
3.7. VALORACIÓN DEL SAT	45
3.8. EXPLORACIÓN FÍSICA.....	46
4. TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO	48
4.1. SENSIBILIZACIÓN DEL CONSUMO	49
4.2. CESACIÓN TABÁQUICA	51

4.3.	REDUCCIÓN DE DAÑOS	62
5.	TRASTORNO MENTAL GRAVE	64
5.1.	SALUD FÍSICA EN PERSONAS CON TMG.....	67
6.	TABAQUISMO Y SALUD MENTAL	69
6.1.	TEORÍAS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE TABAQUISMO Y SALUD MENTAL	72
6.2.	CARACTERÍSTICAS SEGÚN LAS PATOLOGÍAS	74
6.3.	TASAS DE CESACIÓN TABÁQUICA EN POBLACIÓN CON UN TRASTORNO MENTAL.....	80
6.4.	INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS ENTRE EL TABACO Y OTROS TRATAMIENTOS	82
7.	PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL: ACTITUDES Y PERSPECTIVAS	85
8.	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	89

CAPÍTULO II. DESARROLLO EMPÍRICO

9.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	94
9.1.	DISEÑO DE ESTUDIO	94
9.2.	LUGAR DE ESTUDIO	95
9.3.	JUSTIFICACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	97
9.4.	POBLACIÓN DIANA	98
9.5.	CRITERIOS DE SELECCIÓN	98
9.6.	SELECCIÓN DE LA MUESTRA	99
9.7.	PERIODO DE ESTUDIO.....	99
9.8.	VARIABLES	102
9.9.	INSTRUMENTOS, ESCALAS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN	104
9.10.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	125
9.11.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	141
9.12.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	142
10.	RESULTADOS.....	143
10.1.	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA GENERAL, DE LOS SERVICIOS DE VINCULACIÓN Y SU ANÁLISIS COMPARATIVO	144
10.2.	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CONSUMO DE TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LA MUESTRA GENERAL, DE LOS SERVICIOS DE VINCULACIÓN Y SU ANÁLISIS COMPARATIVO	152
10.3.	ANÁLISIS DE LA EFICACIA A CORTO PLAZO DE LA INTERVENCIÓN OBJETO DE ESTUDIO EN LA MUESTRA GENERAL, EN LOS SERVICIOS DE VINCULACIÓN Y SU ANÁLISIS COMPARATIVO	159

10.4.	ANÁLISIS DEL GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE TABAQUISMO ADQUIRIDOS CON LA INTERVENCIÓN OBJETO DE ESTUDIO EN LA MUESTRA GENERAL, EN LOS SERVICIOS DE VINCULACIÓN Y SU ANÁLISIS COMPARATIVO.....	163
10.5.	ANÁLISIS DE LAS VARIABLES BIOLÓGICAS DE ESTUDIO EN LA MUESTRA GENERAL, EN LOS SERVICIOS DE VINCULACIÓN Y SU ANÁLISIS COMPARATIVO.....	164
10.6.	ANÁLISIS DE LA EFICACIA A MEDIO Y LARGO PLAZO DE LA INTERVENCIÓN OBJETO DE ESTUDIO EN LA MUESTRA GENERAL, EN LOS SERVICIOS DE VINCULACIÓN Y SU ANÁLISIS COMPARATIVO. SEGUIMIENTO A LOS 3, 6 Y 12 MESES.....	170
10.7.	ANÁLISIS DE LAS ETAPAS DE CAMBIO SEGÚN EL MODELO DE CAMBIO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE EN LA MUESTRA GENERAL Y EN LOS SERVICIOS DE VINCULACIÓN.....	183
10.8.	EXPERIENCIA Y OPINIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA PROHIBICIÓN DE FUMAR EN LOS SERVICIOS DE ESTUDIO SEGÚN LA LEY 42/2010.....	186
11.	DISCUSIÓN.....	187
11.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA.....	187
11.2.	CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LA MUESTRA.....	189
11.3.	EFICACIA A CORTO PLAZO DE LA INTERVENCIÓN DE ESTUDIO.....	192
11.4.	ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE TABAQUISMO DURANTE LA INTERVENCIÓN.....	195
11.5.	VARIABLES BIOLÓGICAS A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DE LAS CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL, LA FRECUENCIA CARDÍACA, LOS NIVELES DE SATURACIÓN DE OXÍGENO Y LA COOXIMETRÍA.....	195
11.6.	EFICACIA A MEDIO Y LARGO PLAZO DE LA INTERVENCIÓN DE ESTUDIO.....	196
11.7.	ETAPAS DE CAMBIO SEGÚN EL MODELO DE CAMBIO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE.....	199
11.8.	EXPERIENCIA Y OPINIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA PROHIBICIÓN DE FUMAR SEGÚN LA LEY 42/2010.....	200
11.9.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	201
11.10.	DESMONTANDO MITOS Y VERIFICANDO REALIDADES.....	202
12.	CONCLUSIONES.....	205
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	208
	ANEXOS.....	226

INDICE DE TABLAS

TABLA 1.1.	CANTIDAD DE CIGARRILLOS/DÍA CONSUMIDOS SEGÚN SEXO. POBLACIÓN > 15 AÑOS. ESPAÑA, 2012	5
TABLA 1.2.	ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO SEGÚN SEXO. ESPAÑA, 2012	5
TABLA 1.3.	CARACTERÍSTICAS DE LOS DIVERSOS COMPONENTES DEL HUMO DE CIGARRILLO EN LA CORRIENTE PRINCIPAL Y SECUNDARIA.	8
TABLA 1.4.	PRINCIPALES ALTERACIONES DEBIDAS A LA ACCIÓN DE LA NICOTINA.....	10
TABLA 1.5.	SUSTANCIAS OXIDANTES DEL HUMO DEL TABACO	12
TABLA 1.6.	ENFERMEDADES ASOCIADAS CON EL CONSUMO DE TABACO.....	14
TABLA 1.7.	ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TABAQUISMO EN LA INFANCIA.....	21
TABLA 2.1.	INTOXICACIÓN AGUDA DEBIDO AL CONSUMO DE TABACO F17.0. CIE-10	27
TABLA 2.2.	CRITERIOS DE DEPENDENCIAS A LA NICOTINA. TRASTORNO POR CONSUMO DE TABACO (305.1) DSM-5.....	28
TABLA 2.3.	CRITERIOS PARA LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS. F1X.2X CIE-10.....	29
TABLA 2.4.	SINDROME DE ABSTINENCIA AL TABACO F17.3. CIE-10.....	31
TABLA 2.5.	FACTORES CONDICIONANTES DEL TABAQUISMO.....	35
TABLA 3.1.	NIVELES DE CO SEGÚN CONSUMO DE TABACO	47
TABLA 3.2.	ÁREAS DE EVALUACIÓN CLÍNICA DEL FUMADOR Y PRINCIPALES INSTRUMENTOS UTILIZADOS	47
TABLA 4.1.	EFFECTIVIDAD Y TASAS DE ABSTINENCIA ESTIMADAS PARA EL NÚMERO DE SESIONES DE TRATAMIENTOS DEL TABAQUISMO CON CONTACTO DIRECTO	51
TABLA 4.2.	MECANISMOS DE ACCIÓN DE LA TSN.....	55
TABLA 4.3.	EFFECTOS ADVERSOS LOCALES EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA TSN.....	56
TABLA 6.1.	TASA DE ABANDONO DE TABACO EN LA POBLACIÓN ESTADOUNIDENSE.....	80

TABLA 6.2.	EFFECTOS METABÓLICOS DE LA CAFEÍNA Y EL TABACO SOBRE LOS FÁRMACOS ANTIPSICÓTICOS.....	82
TABLA 6.3.	FÁRMACOS PSICOACTIVOS CUYAS CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS SON MENORES EN LAS PERSONAS FUMADORAS.....	83
TABLA 6.4.	FÁRMACOS PSICOACTIVOS QUE ALTERAN LA CONCENTRACIÓN PLASMÁTICA DE NICOTINA.....	84
TABLA 9.1.	CRONOGRAMA DEL ESTUDIO	101
TABLA 9.2.	CRONOGRAMA DE LA RECOGIDA DE DATOS	141
TABLA 10.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA GENERAL (N=25).....	145
TABLA 10.2.	ESTABILIDAD PSICOPATOLÓGICA, ANTECEDENTES MÉDICOS Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA MUESTRA GENERAL (N=25)	147
TABLA 10.3.	COMPARACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS ENTRE LOS DIFERENTES SERVICIOS.....	151
TABLA 10.4.	CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE TABACO EN LA MUESTRA GENERAL (N=25)....	153
TABLA 10.5.	RELACIÓN ENTRE CONSUMO MEDIO DE CIGARRILLOS Y DIAGNÓSTICO EN LA MUESTRA GENERAL (N=25)	154
TABLA 10.6.	DIFERENCIAS EN EL CONSUMO MEDIO DE CIGARRILLOS EN FUNCIÓN DEL TRATAMIENTO PAUTADO.....	154
TABLA 10.7.	CONSUMO DE TÓXICOS ACTUAL Y PASADO EN LA MUESTRA GENERAL (N=25) ...	155
TABLA 10.8.	RELACIÓN ENTRE CONSUMO MEDIO DE CIGARRILLOS Y EL DESTINO EN LA MUESTRA DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN MEDIA Y LARGA ESTANCIA (N=10).....	156
TABLA 10.9.	COMPARACIÓN DE RESULTADOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO ENTRE LOS DIFERENTES SERVICIOS.....	158
TABLA 10.10.	DIFERENCIAS DE LAS VARIABLES ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN LA MUESTRA GENERAL (N=25)	159
TABLA 10.11.	COMPARACIÓN DE LAS VARIABLES DE CONSUMO ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN ENTRE LOS DIFERENTES SERVICIOS.....	162
TABLA 10.12.	DIFERENCIAS EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDO SEGÚN EL SERVICIO DE VINCULACIÓN	163

TABLA 10.13.	DIFERENCIAS DE LAS VARIABLES BIOLÓGICAS EN LA MUESTRA GENERAL (N=25)	165
TABLA 10.14.	DIFERENCIAS DE LAS VARIABLES BIOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN MEDIA Y LARGA ESTANCIA (N=10).....	166
TABLA 10.15.	DIFERENCIAS DE LAS VARIABLES BIOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL (N=6)	167
TABLA 10.16.	DIFERENCIAS DE LAS VARIABLES BIOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN COMUNITARIA (N=9).....	168
TABLA 10.17.	COMPARACIÓN DE LAS DIFERENCIAS EN LA CONCENTRACIÓN DE CO ENTRE LOS DIFERENTES SERVICIOS.....	169
TABLA 10.18.	DIFERENCIAS DE LAS VARIABLES A LOS 3 MESES DE SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN EN LA MUESTRA GENERAL (N=25)	171
TABLA 10.19.	DIFERENCIAS DE LAS VARIABLES A LOS 6 MESES DE SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN EN LA MUESTRA GENERAL (N=25)	172
TABLA 10.20.	DIFERENCIAS DE LAS VARIABLES A LOS 12 MESES DE SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN EN LA MUESTRA GENERAL (N=25)	174
TABLA 10.21.	COMPARACIÓN DE LAS VARIABLES DE CONSUMO A LOS 3 MESES DE SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN ENTRE LOS DIFERENTES SERVICIOS.....	177
TABLA 10.22.	COMPARACIÓN DE LAS VARIABLES DE CONSUMO A LOS 6 MESES DE SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN ENTRE LOS DIFERENTES SERVICIOS.....	178
TABLA 10.23.	COMPARACIÓN DE LAS VARIABLES DE CONSUMO A LOS 12 MESES DE SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN ENTRE LOS DIFERENTES SERVICIOS.....	179
TABLA 10.24.	DIFERENCIAS EN EL Nº DE INTENTOS DE ABANDONO Y DÍAS DE ABSTINENCIA CONSEGUIDOS EN CADA SERVICIO DE VINCULACIÓN	182

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.1.	FASES DE LA EPIDEMIA TABÁQUICA.....	2
FIGURA 1.2.	CONSUMO DE TABACO (COMPARACIÓN ENSE2011-EESE2009).....	4
FIGURA 1.3.	VARIACIÓN DE LA CAPACIDAD PULMONAR SEGÚN EDAD Y CONSUMO DE TABACO.	16
FIGURA 1.4.	PREVALENCIA DE MADRES FUMADORAS SEGÚN EL MOMENTO DE LA GESTACIÓN.	19
FIGURA 2.1.	ESTRUCTURAS CORTICALES RELACIONADAS CON LA ADICCIÓN AL TABACO.....	24
FIGURA 2.2.	EFFECTOS DE LA NICOTINA SEGÚN EL RECEPTOR ACTIVADO	26
FIGURA 4.1.	CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN BREVE SOBRE TABAQUISMO	49
FIGURA 4.2.	NIVELES PLASMÁTICOS DE NICOTINA SEGÚN VÍA DE ADMINISTRACIÓN.....	55
FIGURA 4.3.	POSOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE BUPROPION.....	59
FIGURA 4.4.	POSOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE VARENICLINA	61
FIGURA 6.1.	CONSUMO DE TABACO SEGÚN EL NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS (GRIS OSCURO, FUMADORES; GRIS MEDIO, EXFUMADORES; GRIS CLARO, NUNCA FUMADORES)	70
FIGURA 6.2.	LÍNEAS DE TENDENCIA DE DEPENDENCIA DE LA NICOTINA MEDIDA POR EL TEST DE FAGERSTRÖM (FTND) EN PERSONAS CON TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (LÍNEA GRIS OSCURO), Y SIN TRASTORNO PSIQUIÁTRICO (LÍNEA GRIS CLARO) EN FUNCIÓN DE LA EDAD.	71
FIGURA 6.3.	EVOLUCIÓN DE LA TASA DE ABSTINENCIA EN LOS DIAGNÓSTICOS TRASTORNO PSICÓTICO, TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS, EN COMPARACIÓN CON AQUELLOS SIN DIAGNÓSTICO Y CON MÚLTIPLE DIAGNÓSTICO.....	81
FIGURA 9.1.	TERRITORIO DE REFERENCIA DEL INAD	95
FIGURA 9.2.	ÁREA GEOGRÁFICA DONDE SE DESARROLLÓ EL ESTUDIO	96
FIGURA 9.3.	FASES DEL ESTUDIO	100
FIGURA 10.1.	PORCENTAJE DE DIAGNÓSTICOS PRESENTES EN LA MUESTRA GENERAL (N=25).....	146

FIGURA 10.2. PORCENTAJE DE DIAGNÓSTICOS PRESENTES EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN MEDIA Y LARGA ESTANCIA (N=10).....	148
FIGURA 10.3. PORCENTAJE DE DIAGNÓSTICOS PRESENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL (N=6).....	149
FIGURA 10.4. PORCENTAJE DE DIAGNÓSTICOS PRESENTES EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN COMUNITARIA (N=9).....	150
FIGURA 10.5. DIFERENCIA ENTRE LAS VARIABLES ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN LA MUESTRA GENERAL (N=25).....	160
FIGURA 10.6. DIFERENCIAS ENTRE LOS NIVELES DE COOXIMETRÍA PRE Y POST-INTERVENCIÓN EN LA MUESTRA GENERAL (N=25).....	165
FIGURA 10.7. COMPARACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE COOXIMETRÍA PRE -INTERVENCIÓN EN CADA SERVICIO.....	169
FIGURA 10.8. COMPARACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE COOXIMETRÍA POST -INTERVENCIÓN EN CADA SERVICIO.....	170
FIGURA 10.9. DIFERENCIA ENTRE LAS VARIABLES A LOS 3 MESES DE SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN EN LA MUESTRA GENERAL (N=25)	171
FIGURA 10.10. DIFERENCIA ENTRE LAS VARIABLES A LOS 6 MESES DE SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN EN LA MUESTRA GENERAL (N=25)	173
FIGURA 10.11. DIFERENCIA ENTRE LAS VARIABLES A LOS 12 MESES DE SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN EN LA MUESTRA GENERAL (N=25)	174
FIGURA 10.12. EVOLUCIÓN DEL N° CIGARRILLOS/DÍA TOTALES EN LA MUESTRA GENERAL Y POR SERVICIOS DE VINCULACIÓN.....	180
FIGURA 10.13. EVOLUCIÓN DE LA DEPENDENCIA FÍSICA MEDIDA A TRAVÉS DEL TEST DE FAGERSTRÖM EN LA MUESTRA GENERAL Y POR SERVICIOS DE VINCULACIÓN ..	180
FIGURA 10.14. EVOLUCIÓN DE LA MOTIVACIÓN MEDIDA A TRAVÉS DEL TEST DE RICHMOND EN LA MUESTRA GENERAL Y POR SERVICIOS DE VINCULACIÓN	181
FIGURA 10.15. EVOLUCIÓN DEL GRADO DE AUTOEFICACIA EN LA MUESTRA GENERAL Y POR SERVICIOS DE VINCULACIÓN.....	181
FIGURA 10.16. N° INTENTOS DE ABANDONO Y DÍAS DE ABSTINENCIAS EN CADA SERVICIO DE VINCULACIÓN.....	182
FIGURA 10.17. EVOLUCIÓN DE LAS ETAPAS DE CAMBIO EN LA MUESTRA GENERAL (N=25)	184

FIGURA 10.18. EVOLUCIÓN DE LAS ETAPAS DE CAMBIO EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN MEDIA Y LARGA ESTANCIA (N=10).....	184
FIGURA 10.19. EVOLUCIÓN DE LAS ETAPAS DE CAMBIO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL (N=6).....	185
FIGURA 10.20. EVOLUCIÓN DE LAS ETAPAS DE CAMBIO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN COMUNITARIA (N=9).....	185

ABREVIATURAS

ADP: Alta Dependencia Psiquiátrica

ATV: Área Tegmental Ventral

CIE: Consejo Internacional de Enfermería

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades

CNPT: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo

CO: Monóxido de Carbono

COHb: Carboxihemoglobina

CVF: Capacidad vital forzada

CYP: Citocromo

DNA: Ácido Desoxirribonucleico

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales

EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global

EESE: Encuesta Europea de Salud en España

EM: Entrevista Motivacional

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España

EPC: Esquizofrenia paranoide crónica

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

FC: Frecuencia cardíaca

FRCV: Factores de Riesgo Cardiovascular

FTND: Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerström

GAF: Escala Global Assesment of Functioning

HAP: Hidrocarburos Aromáticos Policíclicos

Hb: Hemoglobina

HTA: Hipertensión/Humo del Tabaco

IMC: Índice de Masa Corporal

INE: Instituto Nacional de Estadística

MAO: Monoamino-oxidasa

Mg: Miligramos

MNWS: Escala Minnesota Nicotine Withdrawal Scale

NO: Óxido de Nitrógeno

OMS: Organización Mundial de la Salud

O₂: Oxígeno

PEP: Primer Episodio Psicótico

ppm: partes por millón

QSU: Questionnaire on Smoking Urges

SA: Síndrome de Abstinencia

SAS: Síndrome de Apneas del Sueño

SAT: Síndrome Abstinencial al Tabaco

SEPAR: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica

SNC: Sistema Nervioso Central

StO₂: Saturación de Oxígeno

TA: Tensión arterial

TAB: Trastorno afectivo bipolar

TEA: Trastorno esquizoafectivo

TMG: Trastorno Mental Grave

TSN: Terapia Sustitutiva con Nicotina

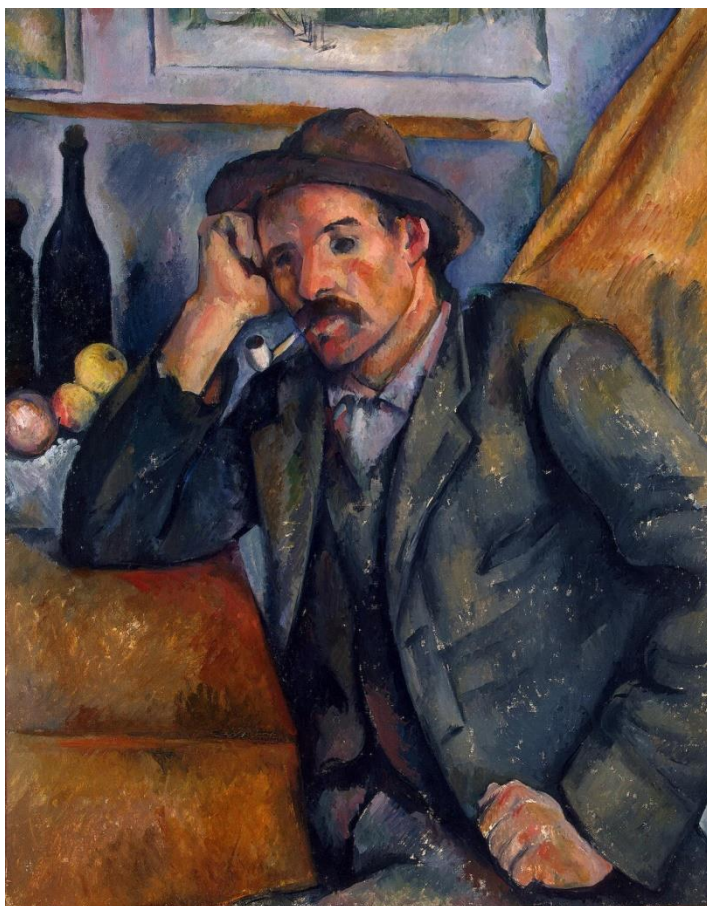
Tto: Tratamiento

TUS: Trastorno por Uso de Sustancias

UADP: Unidad de Alta Dependencia Psiquiátrica

UBE: Unidad de bebida estándar

URICA: Escala University of Rhode Island Change Assessment.



Fumador de pipa. Paul Cézanne, 1891

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

*Escoge la mejor manera de vivir,
la costumbre te la hará agradable*

Pitágoras de Samos (571-497 a. de C). Filósofo griego

1. EL TABAQUISMO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

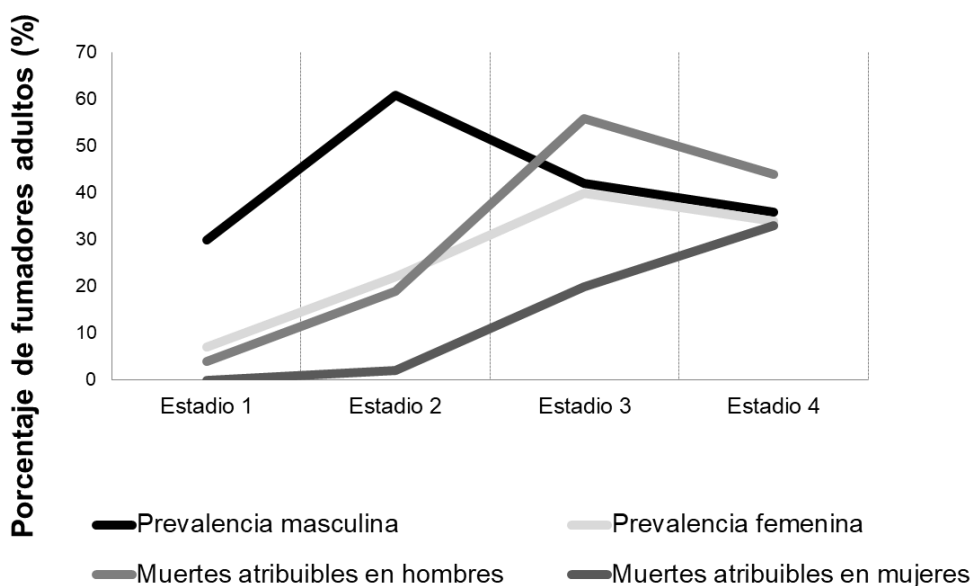
El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud en los países económicamente más desarrollados y un importante problema emergente para los países en vías de desarrollo¹. Es, además, una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos y la principal causa de muerte y enfermedad evitable².

La evolución del tabaquismo tiene un patrón propio según cada sociedad, pero desde una perspectiva epidemiológica se pueden identificar cuatro fases en la epidemia tabáquica, descrita en el modelo teórico de López y colaboradores³. El modelo describe la epidemia tabáquica en cuatro fases basándose en el análisis de tres variables: la prevalencia de consumo, la cantidad de cigarrillos fumados y la mortalidad, asimilada en este caso a la mortalidad por cáncer de pulmón.

Las diferentes fases de la epidemia se caracterizan por: En la fase inicial o *fase I* se define el inicio de la epidemia tabáquica en una población y puede durar una o dos décadas. Se caracteriza porque la prevalencia es inferior a 15% en los varones y muy inferior en mujeres. El tabaco es típico de las clases aventajadas. El consumo anual por adulto es inferior a 500 cigarrillos y la morbi-mortalidad atribuible al tabaquismo todavía no es evidente. En la *fase II* la prevalencia aumenta rápidamente, pudiendo alcanzar el 50-80% de los varones, sobre todo de mayor nivel social. Apenas hay exfumadores. La prevalencia en mujeres es menor, pero creciente,

con un retraso de una o dos décadas respecto a los varones. Aumenta el consumo anual por adulto (1000-3000 cigarrillos). Un 10% de la muerte de los varones se relaciona con el consumo de tabaco. Esta fase puede durar entre 20 y 30 años. En la *fase III* la prevalencia en hombres empieza a reducirse hasta un 40%, sobre todo en los de mayor predisposición socioeconómica. Aparece un grupo creciente e importante de exfumadores. Entre las mujeres se estabiliza la prevalencia de la conducta, sin haber alcanzado los niveles obtenidos en los hombres. El consumo anual por adulto es mayor en esta fase (3000-4000 cigarrillos). Lo más característico de esta fase es el gran aumento de mortalidad producida por el tabaco, entre el 25-30% del total en hombres y un 5% en las mujeres. Su duración se estima en unas tres décadas y es durante esta fase donde se empiezan a desarrollar programas de control. En la última fase del modelo, *fase IV*, la prevalencia tiende a igualarse en los dos sexos: en varones desciende hasta el 35%, mientras que en las mujeres llega al 30%. El consumo es más elevado en las clases sociales desfavorecidas. La mortalidad atribuible al tabaco alcanza las mayores cifras, y sigue aumentando, llegando al 30-35% en los hombres y al 20-25% en las mujeres. Así, en términos generales, el tabaquismo empieza a extenderse en los grupos más favorecidos y después prosigue entre los menos favorecidos, y en primera instancia en los hombres con una posterior incorporación de las mujeres (Figura 1.1).

Figura 1.1. Fases de la epidemia tabáquica



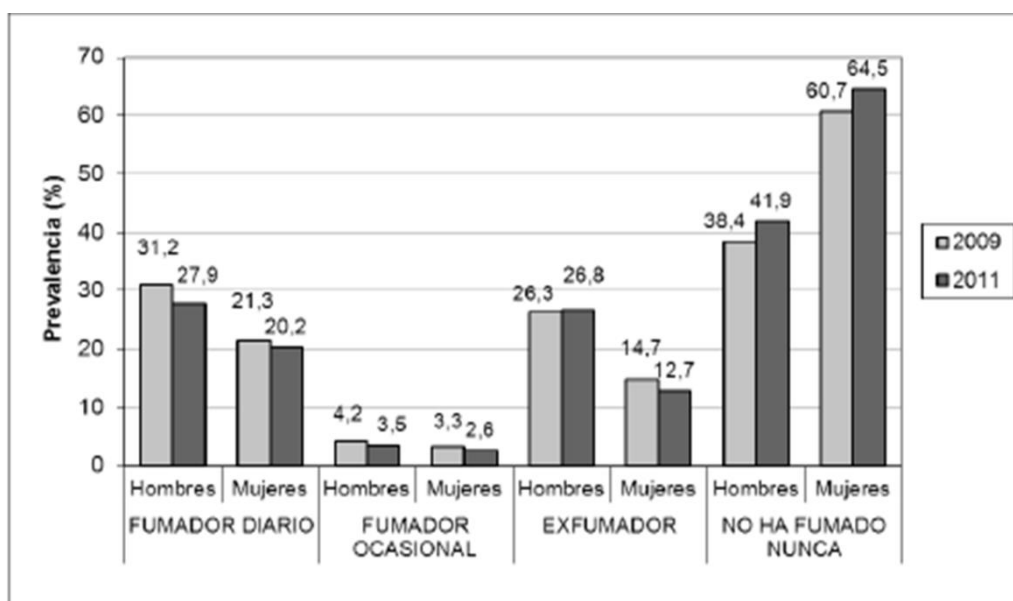
Elaboración propia a partir del estudio de López AD et al.³

Cada año, los productos del tabaco son responsables de 1.2 millones de muertes anuales (14% de todos los fallecimientos) en la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se prevé que, a menos que se adopten medidas restrictivas más severas, estos productos serán responsables de 2 millones de muertes anuales (20% de todos los fallecimientos) para el año 2020. Además de enfermedad y muerte, provoca unas pérdidas económicas netas en el mundo de al menos 200.000 millones de dólares al año⁴. Dicho efecto económico es debido a los gastos sanitarios directos por la patología atribuible a su consumo y a otros costes indirectos como el absentismo, el aumento de accidentalidad, la reducción de la productividad, el mayor gasto en limpieza y mantenimiento de instalaciones, etc.⁵

En la Unión Europea se observa en los últimos años una reducción progresiva del consumo, siendo la prevalencia todavía mayor en los hombres que en las mujeres en todos los países a excepción de Suecia, donde el consumo es relativamente bajo para ambos sexos (22% en hombres y 24% en mujeres), y Dinamarca donde la prevalencia es igual para ambos sexos (37%). Aproximadamente treinta de cada cien europeos fuman a diario. La prevalencia de fumadores desciende entre los hombres adultos en algunos países de la Unión Europea, mientras que aumenta en las mujeres, sobre todo jóvenes del sur y este de Europa⁶.

España actualmente podría encontrarse en un incipiente Estadio 4 o un tardío Estadio 3, en el que el papel de la mujer como consumidora de tabaco se ha consolidado especialmente entre el grupo más joven. El tabaco es, tras el alcohol, la segunda droga más consumida en España. El tabaco es un producto totalmente introducido en el mercado y en nuestra cultura, de tal forma que el entorno favorece su consumo. Esto adquiere especial relevancia entre los adolescentes, donde las políticas de prevención del tabaquismo no han conseguido frenar la tendencia decreciente de la edad de experimentación, situándose en la actualidad en torno a los 16,4 años⁷. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2011/2012 (ENSE2011) se observa una reducción de la prevalencia de consumo de tabaco respecto a la EESE2009 general y en diversos indicadores específicos. Así, la prevalencia de fumadores actuales (diarios y ocasionales) es del 27% en adultos en 2011, frente al 29,9% de 2009 (Figura 1.2).

Figura 1.2. Consumo de tabaco (comparación ENSE2011-EESE2009).



Fuente: Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010

Los patrones de consumo varían notablemente según el sexo y la edad. En hombres, con consumo de tabaco más elevado tradicionalmente, la reducción de la prevalencia de consumo actual ha sido mayor proporcionalmente (31,3% en 2013 frente al 35,3% en 2009) que en mujeres (23% frente al 24,6% de 2013 y 2009 respectivamente). Si comparamos la prevalencia de consumo de tabaco por grupo de edad y sexo entre 1987 y el 2012 se tiende a un descenso en todos los grupos de edad en los hombres. En cambio, en las mujeres se da una situación totalmente diferente, excepto para el grupo de menor edad donde se ha reducido considerablemente dicha prevalencia.

Se observa que el consumo de las mujeres en general es menos intensivo que el de los hombres. El 41,8% de los hombres que fuman, lo hace en una media de 20 cigarrillos o más, frente a sólo el 27,4% de las mujeres fumadoras. En cambio, entre los consumidores de menos de diez cigarrillos al día predominan las mujeres (35,6%) frente a los hombres (23,3%) (Tabla 1.1). Por lo tanto, podemos concluir que el consumo medio de cigarrillos/día entre las mujeres es menor que entre los hombres. Teniendo en cuenta que el número de cigarrillos parece ser un buen indicador de la adicción al tabaco, también podríamos inferir que las mujeres presentan una menor adicción como grupo que los hombres, como algunos estudios indican⁵.

Tabla 1.1. Cantidad de cigarrillos/día consumidos según sexo. Población > 15 años. España, 2012

Sexo	Entre 1-9 cig/día	Entre 10-19 cig/día	20 o más cig/día
Hombres	23.30	34.88	41.82
Mujeres	35.60	36.99	27.40

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE); 2013.

Las tasas más elevadas de tabaquismo se encuentran en las clases menos cualificadas, mientras que las más bajas se corresponden con las superiores. Esta inversión de clase ha hecho que el consumo de tabaco se haya convertido en algo propio de clases bajas, especialmente entre la población masculina, siendo un claro indicador de desventaja social.

Si se analizan los porcentajes de exfumadores en relación al total de la población, los resultados indican que la proporción de hombres que dejan el tabaco es superior a la de las mujeres. Se observa una diferencia sustancial en el sexo de las personas fumadoras menores de treinta y cuatro años, ya que hay más mujeres que abandonan el tabaco. En cambio, a partir de los treinta y cinco años son los hombres los que, independientemente del grupo que analicemos, dejan en mayor proporción de fumar que las mujeres (Tabla 1.2).

Tabla 1.2. Abandono del consumo de tabaco según sexo. España, 2012

Edad	Hombres	Mujeres
15-24	10.34	14.52
25-34	24.24	29.34
35-44	35.38	33.78
45-54	45.26	39.13
55-64	58.45	47.89
65-74	73.72	61.25
75-84	83.17	75.66
+ 85	87.92	51.41
TOTAL	46.04	35.86

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE); 2013.

1.1. COMPOSICIÓN DEL TABACO

En la elaboración del tabaco se utiliza la hoja de *Nicotiana Tabacum*, una de las 50 especies que tiene el género *Nicotiana*, de la que existen cuatro variedades: *brasiliensis*, *havanensis*, *virgínica* y *purpúrea*. De cada una de estas variedades, así como del modo de cultivo, forma de curado y fermentación y del proceso industrial de fabricación, dependen los diferentes tipos de tabaco que se comercializan: cigarrillos, tabaco de pipa, tabaco de mascar, etc.⁸ El tabaco recolectado se mezcla con diferentes compuestos aromatizantes y se expone al aire o calor artificial para su curación y secado. Después las hojas del tabaco son procesadas en láminas, se le añaden aditivos que mejoran el sabor y otras características, y se trocea. Esta mezcla se envasa dentro de un cilindro de papel al que se le coloca en un extremo un filtro de celulosa, de mayor o menor porosidad, y que puede además, contener otros materiales como carbón vegetal⁹.

Se consideran ingredientes del tabaco a todos los componentes de la hoja del tabaco, los materiales utilizados para fabricar dichos componentes, las sustancias residuales de las prácticas agrícolas, almacenamiento y procesamiento, y las sustancias que pueden pasar del envase al producto.

1.1.1. Principales componentes de la hoja del tabaco

La planta del tabaco es originaria de América, proveniente de la familia *Solanácea* del género *Nicotiana*, y crece en ambientes húmedos a temperaturas de entre 18 y 22°C.

Los dos componentes fundamentales de la hoja son el agua y la materia seca, formada a su vez por sustancias orgánicas (75-89%), que se dividen en nitrogenadas (proteínas, aminoácidos, amoniaco y alcaloides, destacando la nicotina) y no nitrogenadas (hidratos de carbono, pectinas, polifenoles, glucósidos, resinas, ácidos orgánicos, sustancias aromáticas y aceites etéricos) y sustancias inorgánicas (11-25%)¹⁰

1.1.2. Componentes químicos del humo del tabaco

Las sustancias químicas contenidas en las hojas del tabaco son las precursoras de las más de 4000 sustancias que aparecerán en el humo de la combustión, algunas de ellas irritantes y entre cuarenta y setenta cancerígenas¹¹. En el extremo del cigarrillo que se está quemando se alcanzan temperaturas próximas a los 1000°C, lo que transforma numerosos componentes de la hoja del tabaco y genera complejas reacciones químicas que dificultan la identificación completa

de todas las sustancias que existen o se generan al fumar. Las concentraciones relativas de estos componentes varían mucho según las distintas marcas de tabaco, debido a características del propio cigarrillo, tipo de filtros, factores de producción, uso de fertilizantes, métodos analíticos, etc.¹² La determinación de los componentes del humo del tabaco se realiza haciéndolo pasar a través de un filtro tipo Cambridge, formado por agujas de vidrio muy finas que retienen las partículas (fase de partículas) dejando pasar la fase gaseosa. Algunos de los componentes identificados en la fase gaseosa son dióxido de carbono, monóxido de carbono, metano, acetaldehídos, propano, dimetil-nitrosamina, etc. De la fase de partículas se han aislado la nicotina, agua, alquitrán, fenoles, pireno, benzopirenos, etc.¹³

El tamaño de las partículas del humo del tabaco determina el lugar del depósito en la vía aérea o en los alveolos del pulmón, y muchos de los componentes de la fase gaseosa son absorbidos a través de la membrana alveolo-capilar. Tras ser inhaladas, el tamaño de las partículas puede variar con el aumento de la humedad en la vía aérea y la agregación de partículas debido a su alta concentración⁹. El hecho de fumar se basa en la combustión del tabaco, la cual origina dos corrientes:

- Una corriente principal mediante maniobra de aspiración que el fumador dirige hacia su propio aparato respiratorio, pasando de la cavidad oral directamente a los pulmones.
- Una corriente secundaria o lateral que se produce al consumirse espontáneamente el cigarrillo, sin mediar aspiración.

Aproximadamente el 75% del humo del cigarrillo es corriente secundaria y sólo el 25% corriente primaria. La corriente primaria es la causante de patología en el fumador activo, mientras que la corriente secundaria junto con el humo exhalado por el fumador afecta a los fumadores pasivos⁹. Inicialmente se pensaba que la composición de la corriente secundaria era igual que la de la corriente principal. Estudios realizados en los últimos años, han puesto de manifiesto que ambas corrientes poseen diferentes concentraciones de las sustancias presentes en el humo del tabaco, e incluso la concentración de determinados componentes tóxicos es muy superior en la corriente secundaria (Tabla 1.3).

Tabla 1.3. Características de los diversos componentes del humo de cigarrillo en la corriente principal y secundaria.

Características	Corriente Principal	Corriente Secundaria
Tamaño de partículas	0.1 - 1.0	0.01 - 1.0
Temperatura	800 – 900 °C	600 °C
pH	6.0 – 6.7	6.7 – 7.5
O ₂	0.16	0.02
CO	10 - 23 mg	25 – 100 mg
NH ₃	50 - 130	200 - 520
HCN	400 - 500	40 - 125
Nitrosaminas	10 – 40 ng	200 – 4000 ng
Acroleína	60 - 100	480- 1500
NO _x	100- 600	400- 6000

Elaboración propia a partir del estudio de Córdoba García et al.¹⁴ Abreviaturas: O₂: oxígeno, CO: monóxido de carbono, NH₃: amoníaco, HCN: ácido cianhídrico, NO_x: óxidos de nitrógeno.

1.1.3. Cinética de algunos componentes

La composición exacta del humo del tabaco continúa siendo un enigma en la actualidad. Algunas de las partículas identificadas son:

➤ Nicotina.

La nicotina es un alcaloide natural presente en las hojas del tabaco. Su síntesis se realiza en la raíz de la planta, asciende por la savia y se deposita en las hojas según gradiente de concentración, de forma que las hojas situadas en la parte más alta tienen más nicotina que las situadas en la parte baja¹⁵. La nicotina es la única sustancia psicoactiva presente en los cigarrillos y en otras formas de tabaco¹⁶. La mayoría de los cigarrillos del mercado contienen 10 mg o más de nicotina, de la cual se inhala entre 1 y 2 mg/cigarrillo¹⁷. El 90% de la nicotina alcanza la circulación sistémica, con diferente absorción según el pH, siendo el pH del humo del cigarrillo ácido (pH=5,4) de forma que la absorción de esta nicotina tiene lugar fundamentalmente en el sistema broncopulmonar, altamente vascularizado; mientras que el pH alcalino del puro y de la pipa (pH=8,5) hace que ésta se absorba a través de la mucosa bucal¹⁸. Del pulmón, a través de la

circulación pulmonar, pasa al torrente sanguíneo de forma muy rápida, accediendo al cerebro en un plazo de 9-10 segundos y alcanzando el pico más alto de nicotinemia en los primeros minutos después de iniciar el consumo. La nicotina es de cinco a diez veces más potente en la producción de efectos psicoactivos en humanos, comparada con la cocaína o la morfina. Es, por tanto, una potente droga que afecta a diferentes sistemas del cuerpo, incluyendo el sistema nervioso, el cardiovascular, el musculo-esquelético y el endocrino¹⁹. El 90% de la nicotina presente en circulación sistémica está libre en el plasma lo que facilita el transporte hacia el interior de las células y su unión a receptores específicos. La metabolización ocurre mayoritariamente en el hígado a través del citocromo P-450, formándose metabolitos sin capacidad adictiva como la cotinina. Tiene una vida media de 30 minutos, pudiendo acumularse en el organismo hasta unas 6-8 horas. El descenso de la concentración plasmática ocurre en dos fases; una rápida de 5-10 minutos y otra secundaria a la metabolización hepática que dura unos 60 minutos¹⁸.

Efectos: Inmediatamente después de la absorción, la nicotina va a producir una activación de las glándulas adrenales y una descarga de adrenalina que produce estimulación corporal y descarga súbita de glucosa, aumento de la presión arterial, la respiración y el ritmo cardíaco. Además, su potencial adictivo también se debe a que produce liberación de dopamina en las regiones del cerebro que controlan las sensaciones de placer y bienestar, teniendo en cuenta que la nicotina crea tolerancia. En contraposición, dependiendo de la dosis de nicotina inhalada y del nivel de estimulación del sistema nervioso, la nicotina puede producir efecto sedante¹⁷. En la Tabla 1.4 se enumeran alteraciones ocasionadas por la exposición a la nicotina.

Tabla 1.4. Principales alteraciones debidas a la acción de la nicotina.

Efectos neuroendocrinos	↑ la liberación de hormona adrenocorticotropa, cortisol, vasopresina, aldosterona, hormona del crecimiento y prolactina
Aparato circulatorio	↑ de la presión sanguínea, y vasoconstricción a nivel de pequeños vasos periféricos, lo que implica menor aporte sanguíneo a la parte irrigada y ↓ de la temperatura sobre todo de manos y pies
Sistema gastrointestinal	Reducción o supresión de las concentraciones de la pared gástrica, y ↑ de las secreciones ácidas del estómago, lo que puede originar la aparición de gastritis y úlceras, o dificultar su tratamiento. La nicotina suprime la liberación de insulina del páncreas
Sistema respiratorio	El ↑ de la frecuencia respiratoria hace que se reduzca la función inmunitaria del pulmón, lo que favorece la aparición de infecciones y el desarrollo de neoplasias
Perfil lipídico	↑ los niveles de colesterol-lipoproteínas de baja densidad y de muy baja densidad, a su vez que ↓ las concentraciones de colesterol-lipoproteínas de alta densidad. Esto favorece la formación de placas de ateroma.
Coagulación	↑ en el recuento celular y en el tamaño, y ↓ en la capacidad de deformación. El mayor número de plaquetas, junto con la ↓ en la síntesis de prostaglandinas I_2 favorece la adhesividad y la agregación plaquetar, lo que puede dar lugar a trombos plaquetarios intravasculares. Pero además la nicotina produce ↑ de tromboxano, trombina y fibrinógeno, lo que también favorece la formación de trombos plaquetarios intravasculares
Metabolismo	↑ del metabolismo basal
Interacciones metabólicas	Se van a producir interacciones con muchas sustancias, incluidos fármacos, que utilizan la misma vía de metabolización que la nicotina (P-450), bien compitiendo con ellos, o bien acelerando su metabolismo (en el caso de la teofilina)

Elaboración propia a partir del estudio de Solano y Jiménez²⁰

➤ Monóxido de carbono

El monóxido de carbono (CO) es un gas de elevada toxicidad producto de la combustión incompleta de los hidrocarburos y que se encuentra en la fase gaseosa del humo del tabaco. La concentración de monóxido de carbono en el humo del tabaco depende del tipo de labor utilizada (los cigarrillos desprenden más CO que los puros), de la temperatura y rapidez de la combustión y del grado de contaminación atmosférica. El CO se une a la hemoglobina (Hb) con una afinidad 250 veces superior que el oxígeno, formando la carboxihemoglobina (COHb), lo que significa que el CO desplaza al O₂ siendo el responsable en gran medida de la patología vascular asociada al tabaquismo²¹. Los niveles de CO aceptables, considerados no tóxicos, oscilan entre las 9-15 ppm (partes por millón), concentraciones muy fácil y ampliamente superadas por la mayoría de fumadores.

Los efectos tóxicos producidos se deben principalmente a la hipoxia tisular y a la lesión tisular directa del propio gas. La toxicidad puede verse incrementada por numerosos factores, como disminución de la presión barométrica, incremento de la ventilación alveolar, la preexistencia de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, anemia, hipovolemia, un incremento de la producción de CO endógeno, etc.¹²

La determinación de la cantidad de CO en el aire espirado, mediante la realización de una cooximetría es una prueba útil y utilizada en la práctica clínica. Sin embargo, no se ha mostrado muy eficaz en la detección de fumadores pasivos, siendo preferible en estos casos la investigación de otros marcadores como la cotinina.

➤ Sustancias cancerígenas

Se denominan carcinógenos a aquellas sustancias que actuando sobre una célula inducen alteraciones específicas cuyo resultado final es una manifestación tumoral. Existen varios tipos de carcinógenos:

- *Carcinógenos de acción directa*: capaces de causar por sí mismos, a las dosis apropiadas, un cambio maligno (carcinógenos completos).
- *Carcinógenos de acción indirecta*: requieren de una activación metabólica para comportarse como verdaderos carcinógenos, capaces de unirse a las macromoléculas de las células, fundamentalmente DNA y proteínas. Pueden ser iniciadores (sustancias capaces de originar alteraciones específicas), cocarcinógenos (sustancias que unidas

a los iniciadores son capaces de desarrollar todo el proceso) y promotores (sustancias inactivas, pero que unidas a otras pueden ser activadores del proceso)⁹

Entre los carcinógenos más potentes aislados del humo se encuentran los hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP) y las nitrosaminas.

➤ Radicales libres y sustancias oxidantes

En el humo de tabaco hay presente importantes cantidades de radicales libres que se generan en la combustión, como el óxido de nitrógeno (NO). Al entrar en contacto el humo del cigarrillo con los alvéolos pulmonares, se van a activar los macrófagos alveolares, lo que da lugar a la formación de más radicales libres de oxígeno, produciéndose un estrés oxidativo, alterando el equilibrio proteasas-antiproteasas y activando la respuesta antiinflamatoria^{22,23}. Los radicales del oxígeno son los más abundantes y los que presentan mayor capacidad oxidante. Cada calada del cigarrillo contiene 10^7 moléculas oxidantes de las que 10^4 son radicales libres de oxígeno²⁴.

En la Tabla 1.5 se muestran algunas sustancias oxidantes del humo del tabaco.

Tabla 1.5. Sustancias oxidantes del humo del tabaco

- Óxidos de Nitrógeno
- Óxidos de Carbono
- Óxidos de Azufre
- Acroleína
- Ácido cianhídrico
- Ácido fórmico
- Radicales tóxicos del oxígeno:
 - Ión superóxido
 - Peróxido de hidrógeno
 - Radical hidroxilo

1.2. MORBI-MORTALIDAD DEL TABAQUISMO

El tabaquismo es uno de los diez principales factores de riesgo de muerte, y de acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es responsable del 12% de las defunciones de hombres y el 6% de las muertes de mujeres en el mundo por lo que en el siglo XXI se esperan unos mil millones de muertes debidas al tabaco si no se producen cambios significativos en la prevalencia de consumo²⁵. Se estima que un fumador pierde una media de diez años de vida. Además, entre uno y dos tercios de estos fumadores morirán prematuramente debido a dicho consumo. Igualmente se conoce que, aunque un tercio de los fumadores eviten la muerte prematura²⁶, se verán sorprendidos por alguna de las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, las cuales se mencionan a continuación.

La intensidad de los efectos tóxicos va a depender de la cantidad de cigarrillos fumados/día, del número de inhalaciones y de la profundidad de las mismas, del tipo de cigarrillo, así como de la antigüedad del hábito⁵.

En la Tabla 1.6 se muestran diferentes enfermedades que se asocian al consumo de tabaco.

Tabla 1.6. Enfermedades asociadas con el consumo de tabaco.

Enfermedades para las que se ha establecido firmemente una asociación causal directa y en las cuales fumar es el principal factor responsable del exceso de mortalidad:
Cáncer de pulmón
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
Enfermedad vascular periférica
Cáncer de laringe
Cáncer de la cavidad oral
Cáncer de esófago
Enfermedades para las que se ha establecido firmemente una asociación causal directa y en las cuales fumar es uno de los factores responsables del exceso de mortalidad:
Accidente cerebro-vascular
Enfermedad coronaria
Cáncer de vejiga
Cáncer de riñón
Cáncer de páncreas
Aneurisma aórtico
Mortalidad perinatal
Enfermedades en las que epidemiológicamente se observa un mayor riesgo significativo, pero en las que la naturaleza exacta de la asociación no está bien establecida:
Cáncer de cuello uterino
Cáncer de estómago
Úlcera gástrica y duodenal
Neumonía
Cáncer de hígado
Síndrome de muerte súbita del lactante
Esquizofrenia, depresión y algunos trastornos de ansiedad
Enfermedades en las que se observa un exceso de mortalidad en quienes fuman, pero en las que la asociación podría ser debida a factores de confusión:
Alcoholismo
Cirrosis hepática
Envenenamiento
Suicidio
Enfermedades en las que quienes fuman presentarían menores tasas de mortalidad:
Cáncer de endometrio
Enfermedad de Parkinson
Colitis ulcerosa

Fuente: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT); 2007.

1.2.1. Enfermedades tumorales

El cáncer puede ser definido como un crecimiento celular indefinido y descontrolado que, junto a la falta de apoptosis (mecanismo por el cual las células viejas o dañadas se autodestruyen), provoca extensión local, regional y general de un grupo celular y destrucción del tejido original.

El consumo de tabaco es una de las causas extrínsecas, y por tanto modificables, mejor conocidas del cáncer. La relación entre consumo de tabaco y cáncer está avalada por evidencias epidemiológicas, histológicas y génicas. Entre el 75 y el 80% de los cánceres humanos están relacionados con la exposición a carcinógenos químicos o bien a la exposición de determinadas sustancias que a pequeñas dosis no son peligrosas, pero sí tras acumulación en el organismo. Fumar es la causa de al menos 1 de cada 3 muertes atribuibles al cáncer. En números absolutos, tras las enfermedades cardiovasculares, el cáncer es la segunda causa de muerte debida al consumo de tabaco^{27,28}.

El tabaco está asociado más frecuentemente con los siguientes cánceres:

Cáncer de pulmón. La mayor parte de los cánceres de pulmón son ocasionados por carcinógenos y promotores tumorales provenientes de inhalar humo del tabaco. Al menos el 90% de los cánceres de pulmón son debidos al consumo de tabaco. El incremento del riesgo se sitúa entre 10 y 25 veces, dependiendo de la cantidad fumada, y del número de años de consumo. De los tipos de tumores pulmonares relacionados con el tabaco en varones fumadores, el epidermoide es predominante, mientras que en mujeres fumadoras el más frecuente es el de células pequeñas (oat-cell o células en avena)⁵.

Cáncer de laringe. El tabaco es el principal factor de riesgo de los cánceres glóticos y supraglóticos.

Cáncer de esófago. Al igual que ocurre en el caso anterior, las personas fumadoras con alto consumo de alcohol el riesgo de padecerlo se multiplica.

Cáncer de cavidad oral. Son más comunes en quienes consumen tabaco de pipa o masticado.

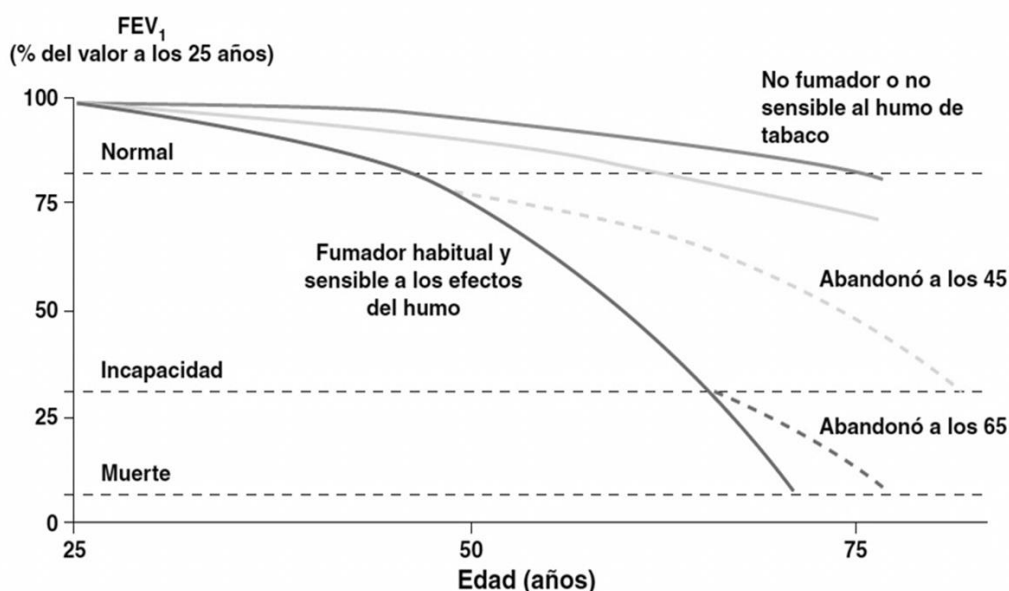
Otros cánceres. El tabaco también está asociado a otros cánceres como los de vejiga, riñón y páncreas, asociándose también con un riesgo mayor de padecer cáncer de cuello uterino, de estómago y hepático.

1.2.2. Enfermedades respiratorias

Los efectos indeseables del tabaco sobre el aparato respiratorio son de tipo estructural y funcional, y están directamente relacionados con la intensidad del consumo. Los componentes del humo del tabaco afectan a la estructura, la fisiología y a la respuesta inmune del pulmón, siendo las principales responsables de la gran mayoría de síntomas y enfermedades respiratorias²⁹.

En la Figura 1.3 se muestra la variación de la capacidad pulmonar en función de la edad y el consumo de tabaco.

Figura 1.3. Variación de la Capacidad Pulmonar según edad y consumo de tabaco.



Fuente: Adaptación del estudio de Nerín y Jané⁵

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). El tabaquismo es la principal causa de enfermedad pulmonar obstructiva. La prevalencia de esta patología se sitúa entre el 2.5 y 3.5% de la población adulta, llegando al 19% en mayores de 65 años³⁰. Esta enfermedad se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica, progresiva y poco reversible al flujo aéreo, causada fundamentalmente por una reacción inflamatoria frente al humo del tabaco. Cuando una persona sufre EPOC presenta alteraciones bronquiales (bronquitis) y alveolares (enfisema) o únicamente alveolares; la bronquitis crónica no necesariamente conduce a una EPOC. Es una enfermedad lenta y progresiva que va incapacitando a la persona en sus tareas diarias. Además, la falta de oxígeno deteriora otros órganos como el riñón, el cerebro y el corazón.

Aparte de la EPOC, se han descrito también una mayor prevalencia de síntomas respiratorios inespecíficos, como tos, expectoración, disnea y sibilancias en las personas fumadoras. También, se ha relacionado con hiperreactividad bronquial, con el asma bronquial y con el Síndrome de Apnea del Sueño (SAS)³¹.

1.2.3. Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte y son responsables de una cantidad progresivamente mayor de enfermos crónicos y con diversas discapacidades.

La causa de las enfermedades cardiovasculares es la formación de placas de ateroma (ateromatosis) en las arterias de gran y mediano calibre, causando la oclusión progresiva de su luz. En la aparición de la ateromatosis actúan diversos factores lesivos de la pared arterial unidos a una posterior reacción inflamatoria. El tabaco es el factor de riesgo modificable que más contribuye a la morbilidad y mortalidad por enfermedad. Otros factores modificables importantes son la hipertensión, la diabetes y la hipercolesterolemia. Es especialmente relevante la asociación entre consumo de tabaco e hipertensión arterial, ya que el tabaco incrementa las cifras de presión arterial, limita la eficacia de algunos tratamientos antihipertensivos y facilita el daño que la hipertensión produce en determinados órganos como en la nefropatía hipertensiva³².

Las principales enfermedades cardiovasculares relacionadas con el consumo de tabaco son:

Cardiopatía isquémica. Se produce por un desequilibrio entre la oferta de oxígeno y la demanda de éste por el miocardio. Tanto su incidencia como la mortalidad que ocasiona son mayores en personas fumadoras siendo proporcional a la cantidad y tiempo de consumo. Afecta a ambos sexos, con un riesgo ligeramente mayor en la mujer⁵. El abandono del consumo de tabaco reduce significativamente el riesgo de padecer esta enfermedad y mejora considerablemente su pronóstico.

Enfermedad vascular cerebral. Fumar supone un aumento superior al 50% del riesgo global de accidente vascular cerebral.

Enfermedad vascular periférica. El riesgo se multiplica aproximadamente por 7. La afectación más frecuente es la oclusión parcial o total de las arterias de los miembros inferiores. También pueden afectarse las arterias renales (riesgo de hipertensión) o las arterias pélvicas (riesgo de disfunción eréctil). El riesgo es directamente proporcional al consumo de tabaco, por lo que su abandono disminuye dicho riesgo y supone una mejora en el pronóstico.

1.2.4. Patologías en la mujer

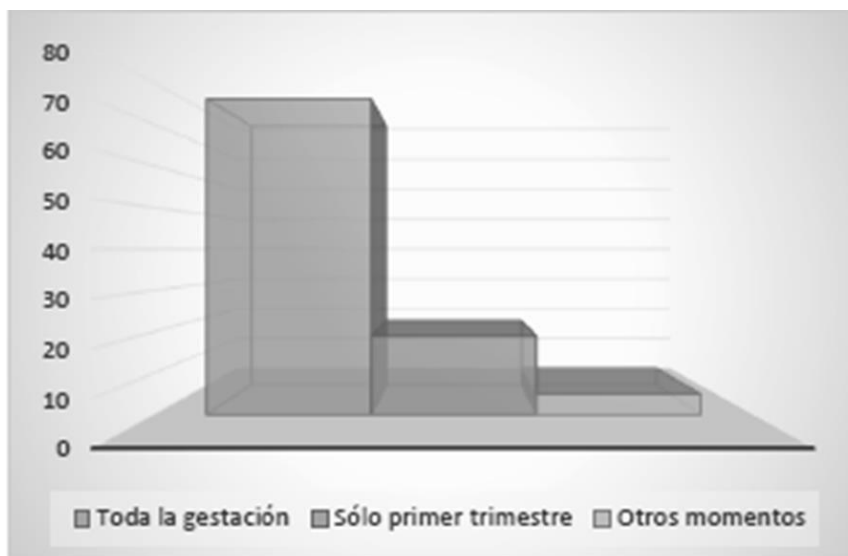
Durante mucho tiempo los estudios sobre tabaquismo femenino se han centrado en lo genuinamente femenino como es la reproducción y no sobre los estilos de vida³³. Es imprescindible mencionar algunas de las patologías o trastornos propios de la mujer y su relación con el consumo de tabaco:

Cánceres específicos en la mujer. Las mujeres fumadoras presentan el doble de riesgo de padecer cáncer de cérvix. Por el contrario, por la acción antiestrogénica, tienen un 30% menos de posibilidades de desarrollar un cáncer de endometrio. El cáncer de mama, que es el tipo de cáncer que causa con mayor frecuencia la muerte de mujeres en todo el mundo, empieza a ser superado por el cáncer de pulmón como primera causa de muerte por cáncer en las mujeres³⁴, por su mal pronóstico⁵.

Menstruación. La menstruación de las mujeres fumadoras es más irregular y con mayor frecuencia aparece dismenorrea. También, debido probablemente a la acción antiestrógena del tabaco, la menopausia se adelanta en las mujeres fumadoras unos 2-3 años, agravando el riesgo de osteoporosis.

Osteoporosis y densidad ósea. Las mujeres fumadoras presentan mayores problemas de osteoporosis y mayor porcentaje de fracturas, afectando la calidad de vida de las fumadoras.

Embarazo. Existe un mayor riesgo de embarazo ectópico, aborto y parto pretérmino, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y descenso del peso placentario. Pero lo más importante es el bajo peso del recién nacido ya que tiene una gran incidencia sobre la morbilidad perinatal y posnatal. Se estima que fumar produce una reducción media de peso de entre 150-200 gramos. Es una reducción en el peso, sin retraso en la madurez y cuyo riesgo desaparece si la madre renuncia al tabaco en el primer trimestre de la gestación. De todas las mujeres que se consideran fumadoras al inicio de la gestación, aproximadamente el 76% consume tabaco durante el embarazo y alrededor de un 19% lo hace únicamente durante el primer trimestre (Figura 1.4)

Figura 1.4. Prevalencia de madres fumadoras según el momento de la gestación.

Fuente: Estudio e Martínez-Frías et al.³⁵

Otro aspecto a comentar es que aquellas mujeres que se mantienen fumando durante el embarazo también reducen de forma significativa el consumo diario de cigarrillos, poniéndose otra vez de manifiesto que la gestación representa un momento de especial motivación y sensibilidad para dejar de fumar en las mujeres^{36,37}. A pesar de este patrón diferencial de consumo en las mujeres gestantes, entre el 50 y el 70% de ellas recae al año posterior al parto. Los factores que influyen en una mayor o menor predisposición al abandono del tabaquismo dependen del consumo de cigarrillos anterior al embarazo y del consumo y consejo de la pareja³⁸.

Muerte súbita del lactante. El hecho que la madre fume durante el embarazo aumenta en un 50% la probabilidad de que el niño muera de forma súbita. Este riesgo se incrementa si después del parto la madre sigue fumando.

1.2.5. Otros efectos tóxicos

Patología oral y dental. La boca es uno de los órganos que más en contacto se pone con el humo del tabaco, por lo que no es de extrañar que éste ejerza efectos muy negativos sobre la salud oro-faríngea, como la enfermedad periodontal y/o fallo en los implantes dentales.

Patología digestiva. El consumo de tabaco altera la motilidad del tubo digestivo y aumenta la producción de ácido gástrico, por lo que lleva a empeoramiento de las personas con enfermedad

por reflujo gastro-esofágico y con úlcera gastro-duodenal. También impide la absorción y utilización del complejo vitamínico B. Las enfermedades inflamatorias intestinales tienen una relación dispar con el tabaco: mientras que la Enfermedad de Crohn evoluciona peor en personas fumadoras, en la colitis ulcerosa el consumo de tabaco es un factor protector.

Patología dermatológica. El consumo de tabaco produce retraso en la cicatrización de las heridas (espontáneas o quirúrgicas), aparición precoz de arrugas y mayor riesgo de padecer enfermedades como psoriasis.

Patología endocrina. El consumo de tabaco conlleva un mayor riesgo de osteoporosis, así como una mayor resistencia a la insulina.

Patología ocular. Hay una importante asociación entre consumo de tabaco y algunas enfermedades oculares como la oftalmopatía de Graves, la degeneración macular de la edad, el glaucoma y las cataratas³⁹.

Infertilidad. El tabaquismo reduce la fertilidad tanto en hombres como en mujeres. De hecho, los cigarrillos están entre las sustancias tóxicas que afectan la reproducción humana y reduce de forma significativa y con efecto dosis-respuesta la fertilidad⁴⁰.

1.2.6. Efectos en fumadores pasivos

Se denomina tabaquismo pasivo al hecho involuntario de respirar aire contaminado por el humo de tabaco. A lo largo de los años se ha ido acumulando la evidencia científica sobre las consecuencias del tabaquismo pasivo sobre la salud.

La exposición al humo de tabaco ambiental (HTA) se produce fundamentalmente en el hogar o en los lugares de trabajo o diversión. Se ha estimado que el 43% de los niños viven, al menos, con un fumador y que alrededor del 80% de los adultos no fumadores viven con algún fumador o están expuestos al humo del tabaco en su lugar de trabajo, e inhalan lo equivalente a 1 o más cigarrillos al día⁴¹. Se ha calculado que los fumadores pasivos inhalan, por término medio, el 1% del humo que llega a un fumador⁴², aunque la concentración de sustancias tóxicas en el medio ambiente está condicionada por distintos factores como el número de fumadores activos, la intensidad del consumo y el tamaño y ventilación de la habitación⁴³. Desde el 1 de enero del 2006, La ley de *Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*, supone una prohibición absoluta de fumar en todos los centros de trabajo, públicos y privados, salvo en los espacios al aire libre, y en todos los lugares de ocio.

Tabaquismo pasivo en la infancia. Las enfermedades causadas por el tabaco en la infancia pueden ser consecuencia de la exposición antes o después del nacimiento. Los hijos de padres fumadores tienen una mayor frecuencia de enfermedades agudas del tracto respiratorio inferior, como bronquitis y neumonías. La posibilidad de sufrir alguna afección del tracto respiratorio inferior aumenta el 50% si ambos padres son fumadores, aunque el hábito tabáquico materno es el factor más importante⁴⁴ (Tabla 1.7).

Tabla 1.7. Enfermedades relacionadas con el tabaquismo en la infancia

- Infecciones del tracto respiratorio inferior: bronquitis, bronquiolitis y neumonías
- Asma bronquial
- Síntomas respiratorios: tos, expectoración y sibilancias
- Otitis media
- Muerte súbita del lactante
- Menor peso en infancia
- Mayor mortalidad infantil

Efectos en la edad adulta. La mayoría de las personas que no fuman perciben molestias, como irritación de ojos, cefalea, mareos, cansancio, dolor de garganta, náuseas, tos o dificultad respiratoria, tras ser expuestas a concentraciones moderadas de aire contaminado por humo de tabaco. Aquellos que están expuestos de una forma más regular, suelen habituarse a esta toxicidad aguda del humo. Además de estas molestias, la exposición involuntaria al aire contaminado por humo de tabaco ocasiona claros perjuicios sobre la salud de las personas expuestas en forma de enfermedades cardiovasculares, tumorales o respiratorias. Existe evidencia suficiente para inferir relación causal en tres trastornos principalmente. Además de la irritación nasal (que frecuentemente es calificada simplemente como “molestia”), se encuentran⁴⁵:

Cáncer de pulmón. El incremento del riesgo es del 20-30% y es proporcional a la exposición (se incrementa con el número de años y la intensidad). Igualmente, a medida que transcurre el tiempo desde la última exposición, el riesgo va disminuyendo progresivamente⁴⁶.

Enfermedad coronaria. Se observa un incremento del riesgo entre el 25-30% de padecer enfermedad coronaria y de muerte por su causa. En la actualidad es la principal razón por la que se considera necesaria regular la exposición involuntaria al aire contaminado por humo de tabaco^{47,48}.

2. TABAQUISMO COMO ENFERMEDAD ADICTIVA

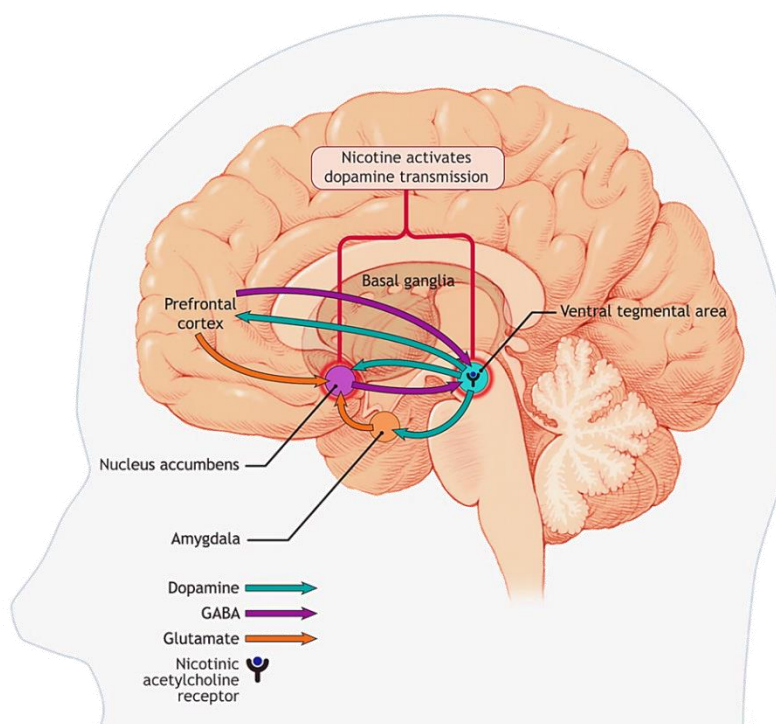
Durante años fumar fue considerado como un hábito social, al que no se concedía mayor importancia. Es a partir de los años 60 cuando numerosas instituciones científicas advierten que la nicotina presente en el tabaco es una sustancia con una alta capacidad de adicción. Desde entonces, el tabaquismo se empieza a considerar como una drogodependencia⁴⁹. Se entiende por drogodependencia todo trastorno progresivo, recurrente y crónico del cerebro, que se caracteriza por un deseo compulsivo por consumir una sustancia adictiva, con pérdida del control sobre dicho consumo^{50,51}. Tras un periodo de consumo que va de semanas a meses, el consumo de tabaco deja de ser un acto voluntario, pasando a convertirse en una necesidad para el fumador. Posteriormente se va generando tolerancia que implica la necesidad de consumir cada vez más nicotina para evitar los síntomas del síndrome de abstinencia al que se añade el deseo compulsivo de consumir la sustancia⁵².

2.1. BASES NEUROBIOLÓGICAS DE LA ADICCIÓN

La nicotina es la sustancia del tabaco principalmente responsable de la adicción al tabaco⁵³.

Dentro de la neuroanatomía funcional de la adicción, son tres los mecanismos relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de la nicotina: mecanismos emocionales, mecanismos de toma de decisiones y mecanismos de recompensa^{54,55,56}. Los primeros se reflejarían a nivel neuroanatómico en el Sistema Límbico (principalmente en la Amígdala) y estarían relacionados con la respuesta emocional a la sustancia y recuerdos asociados al consumo. Los mecanismos de toma de decisiones se reflejarían a nivel neuroanatómico en la corteza prefrontal y estarían relacionados con la toma de decisiones y respuestas comportamentales. Por último, los mecanismos de recompensa, englobarían una serie de estructuras subcorticales, como son el Sistema Límbico y el Área Tegmental Ventral (ATV) situado en el mesencéfalo (sistema mesolímbico dopaminérgico), éstos son los que producen la dependencia^{57,58} (Figura 2.1).

Figura 2.1. Estructuras corticales relacionadas con la adicción al tabaco.



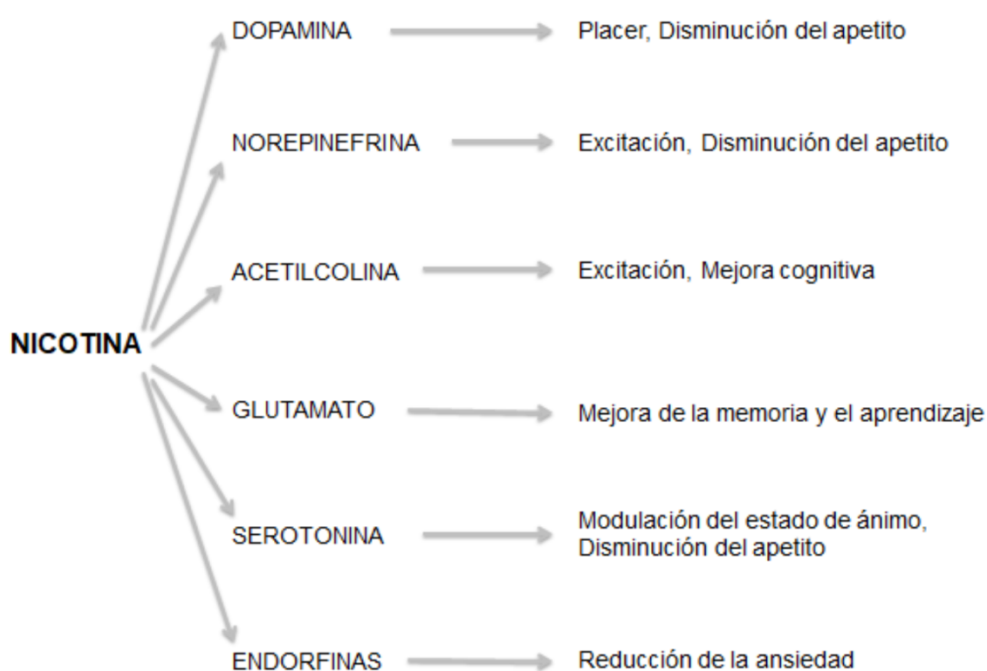
Fuente: Adaptación del estudio de Benowitz⁵⁹

Los efectos farmacológicos de la nicotina tienen lugar a través de la activación de los receptores nicotínicos de acetilcolina (nAChRs), que se encuentran distribuidos en distintos niveles del SNC. Los receptores nicotínicos en el SNC son proteínas que pueden ser desensibilizadas si son expuestas durante un periodo largo a un agonista como la nicotina. Además, la administración crónica de nicotina produce un aumento en la densidad de receptores nicotínicos en distintas áreas del cerebro, lo que podría ser un fenómeno adaptativo a la repetida desensibilización del receptor nicotínico⁶⁰. La activación de los receptores nicotínicos facilita la liberación de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina⁵⁵. La dopamina ha demostrado un papel crucial en los procesos de reforzamiento implicados en la adquisición del consumo de drogas^{61,62}. Se cree que es la principal vía del SNC por la que se llevan a cabo las acciones de todas las sustancias adictivas. Sin embargo, este sistema no funciona de manera aislada en respuesta a la nicotina, sino que se relaciona con otros muchos sistemas, no sólo monoaminérgicos (noradrenérgico, o serotoninérgico) sino también con los peptidérgicos como el sistema opioide, y todos ellos pueden funcionar al unísono como respuesta al abuso de nicotina.

Parece entonces, que la neurotransmisión dopaminérgica en el Sistema Mesolímbico y la liberación selectiva de dopamina en el Núcleo Accumbens, es el mecanismo crítico por el que las drogas de abuso, incluida la nicotina, mantienen la conducta adictiva. Las proyecciones de las neuronas ubicadas en el Núcleo Accumbens, alcanzan la región de la Amígdala y la Corteza Frontal. La Amígdala a su vez, presenta conexiones con otras regiones cerebrales que controlan las emociones (Sistema Límbico) y juega un papel importante en la modulación del estrés y del estado de ánimo. Por otro lado, la corteza frontal integra la información adquirida a través de los sentidos, permitiendo realizar asociaciones entre la información ambiental y los mecanismos de recompensa.

En la Figura 2.2 se muestra los efectos que produce la nicotina a través de la activación de los receptores del SNC.

Figura 2.2. Efectos de la nicotina según el receptor activado



Fuente: Elaboración propia

2.2. TRASTORNO POR CONSUMO LEVE, MODERADO Y GRAVE

Es necesario mencionar la diferencia en la actualidad de las nomenclaturas relacionadas con la adicción a las sustancias susceptibles de llamarse droga: uso, abuso y dependencia.

El término uso hace referencia al hecho de que el consumo de una sustancia no acarrea consecuencias negativas para la persona, ya que es esporádico y se emplea en dosis moderadas⁶³. El uso de una sustancia no tiene ninguna significación clínica o social, es decir, no tiene efectos médicos, sociales o familiares en general, no apareciendo en los manuales diagnósticos internacionales DSM-5⁶⁴ y CIE-10⁶⁵. Aunque la intensidad de los efectos tóxicos va a depender de la cantidad de cigarrillos fumados/día, del número de inhalaciones y de la profundidad de las mismas o del tipo de cigarrillo, es importante mencionar que no se ha demostrado que exista ninguna dosis de tabaco segura para la salud del fumador⁵. La intoxicación y el abuso de nicotina no se incluyen en el DSM-5, aunque existen criterios diagnósticos especificados en el CIE-10 (Tabla 2.1.)

Tabla 2.1. Intoxicación aguda debido al consumo de tabaco F17.0. CIE-10

A. Deben cumplirse los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0)
B. Debe existir un comportamiento alterado o anormalidades perceptivas, como se manifiesta por al menos uno de los siguientes:
Insomnio
Sueños extraños
Labilidad del humor
Desrealización
Interferencia en el funcionamiento personal
C. Debe estar presente al menos uno de los siguientes signos:
Náuseas o vómitos
Sudoración
Taquicardia
Arritmias cardíacas

Fuente: Elaboración propia del original CIE-10

El término trastorno por consumo leve se da cuando hay un uso continuado de la sustancia, a pesar de las consecuencias negativas que ello acarrea. Esta forma de relación implica una patología, como se recoge en el Manual DSM-5⁶⁴ y en la CIE-10⁶⁵.

La adicción se produce cuando aparece un patrón desadaptativo de consumo de tabaco que conlleva malestar. El DSM-5⁶⁴ describe la adicción a sustancias como “un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia”. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

La nicotina cumple todos los criterios que una sustancia debe presentar para ser considerada adictiva o generadora de dependencia según la Asociación Americana de Psiquiatría⁶⁴: el consumo es más prolongado en el tiempo o en mayor cantidad de lo inicialmente previsto, existe el deseo de abandonar el consumo, empleo diario de mucho tiempo en procesos relacionados con el consumo, incluso limitando las actividades diarias, mantenimiento del consumo aun conociendo los efectos nocivos, progresiva aparición de tolerancia y desarrollo de síndrome de abstinencia al intentar abandonarlo. En las Tablas 2.2 y 2.3 se reflejan los criterios diagnósticos para la adicción a la nicotina según el DSM-5 y el CIE-10.

Tabla 2.2. Criterios de dependencias a la nicotina. Trastorno por Consumo de Tabaco (305.1) DSM-5

Un modelo problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:	
• Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto	
• Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de tabaco	
• Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo	
• Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco	
• Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. interferencia con el trabajo)	
• Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exarcebados por los efectos del tabaco (p. ej. discusiones con otros sobre el consumo de tabaco)	
• El consumo de tabaco provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio	
• Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico (p. ej. fumar en la cama)	
• Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exarcebado por el tabaco	
• TOLERANCIA, definida por alguno de los siguientes hechos:	Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado
	Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco
• ABSTINENCIA, manifestada por alguno de los hechos siguientes:	Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco (véase Tabla Criterios de Abstinencia al tabaco)
	Se consume tabaco (o alguna sustancia similar, como la nicotina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
Especificar la gravedad actual:	305.1 (Z72.0) Leve: Presencia de 2-3 síntomas
	305.1 (Z17.200) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas
	305.1 (Z17.200) Grave: Presencia de 6 o más síntomas

Fuente: Elaboración propia del original DSM-5

Tabla 2.3. Criterios para la dependencia de sustancias. F1x.2x CIE-10

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:	
• TOLERANCIA, definida por cualquiera de los siguientes ítems:	Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
	El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
• ABSTINENCIA, definida por cualquiera de los siguientes ítems:	El síndrome de abstinencia característico para las sustancias
	Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
• La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía	
• Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia	
• Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia	
• Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia	
• Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener consciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exarcebados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)	
Codificación del tipo de sustancia en el tercer dígito	
Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito:	➤ Remisión total temprana
	➤ Remisión parcial temprana
	➤ Remisión total sostenida
	➤ Remisión parcial sostenida
	➤ En entorno controlado
	➤ En terapéutica con agonistas
	➤ Leve/moderado/grave
Especificar si:	
Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia	
Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia	

Fuente: Elaboración propia del original CIE-10

Además de estos términos, existen otros que son necesarios en el entendimiento de la drogodependencia, como es el caso de la tolerancia y el síndrome de abstinencia.

2.2.1. Tolerancia

La tolerancia se define como una “necesidad de consumir cantidades mayores de sustancia para conseguir la intoxicación o el resultado deseado, disminuyendo el efecto de la misma por el consumo continuado”⁶⁴. Está comprobado que la nicotina produce un efecto de tolerancia, es decir, después de varias horas de la administración de esta sustancia, ocurre un descenso de su efecto y como consecuencia, se aumenta la dosis para volver a lograr unos niveles de nicotina en el cuerpo que resulten satisfactorios⁶⁶.

La tolerancia en el caso del tabaco, a diferencia de otras sustancias, presenta un curso temporal difícil de definir. Así, puede observarse un aumento de la tolerancia a lo largo del día, incrementándose el número de cigarrillos para percibir los efectos de la sustancia. Sin embargo, debido a la abstinencia nocturna, se produce una resensibilización a los efectos de la nicotina, de modo que en las primeras horas de la mañana se observa una baja tolerancia⁶⁷.

2.2.2. Síndrome de abstinencia

El Síndrome de abstinencia (S.A.) hace referencia a un conjunto de manifestaciones físicas y psicológicas de carácter transitorio que aparecen al abandonar o disminuir el consumo de una sustancia. Para su diagnóstico es necesario que los síntomas se encuentren ligados, bien porque tienen una causa en común o bien porque aparecen juntos en el tiempo⁶⁸. Los síntomas tienen un carácter temporal, diferenciando entre los efectos transitorios y los efectos compensatorios⁶⁸. Aunque en general, ambos son contrarios a los efectos de la droga, existe una importante diferencia temporal. Los efectos transitorios se caracterizan por ser bifásicos (un aumento durante el periodo de síndrome de abstinencia, y luego disminuye hasta niveles normales), limitados en el tiempo y producidos por una ruptura de la homeostasis del cuerpo como consecuencia del abandono del consumo⁵⁶. Los efectos compensatorios son el producto de la tolerancia crónica, señalan la adaptación del organismo a las consecuencias de las sustancias y van en dirección opuesta a los efectos de la droga⁶⁹. Los efectos compensatorios tienen una duración mayor en el tiempo ya que están marcados por los efectos de la sustancia, de modo que cuando ésta deja de ser consumida el organismo vuelve a un estado pre-droga.

El DSM-5 y el CIE-10 contienen criterios diferentes para el diagnóstico de abstinencia de nicotina: entre los que propone la CIE-10 se encuentran el anhelo (craving), malestar, aumento de la tos y úlceras bucales, pero no disminución de la frecuencia cardíaca, que es recogido en el DSM-5. Según los criterios diagnósticos del DSM-5⁶⁴, el S.A. puede incluir estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultades de concentración, inquietud, aumento del apetito (Tabla 2.4). Los primeros síntomas aparecen entre las 6 y 12 horas después del cese del consumo⁷⁰. Entre el 70 y el 85% de los fumadores abstinentes reconocen el S.A. entre las 24-48 horas después del último consumo de tabaco^{71,72}.

Tabla 2.4. Síndrome de abstinencia al tabaco F17.3. CIE-10

A. Deben cumplirse los criterios generales del síndrome de abstinencia (F1x.3)	
B. Dos de los siguientes signos deben estar presentes:	Deseo imperioso de tabaco (o de productos que contienen nicotina)
	Malestar o debilidad
	Ansiedad
	Humor disfórico
	Irritabilidad o inquietud
	Insomnio
	Aumento de apetito
	Aumento de la tos
	Ulceraciones bucales
	Dificultad en la concentración
Criterios del Síndrome de abstinencia al tabaco según el Manual DSM-5	
A. Consumo diario de tabaco durante al menos algunas semanas	
B. Cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido en las 24 horas siguientes por cuatro (o más) de los signos o síntomas siguientes:	Irritabilidad, frustración o rabia
	Ansiedad
	Dificultad para concentrarse
	Aumento del apetito
	Intranquilidad, inquietud
	Estado de ánimo deprimido
	Insomnio
C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.	

Fuente: Elaboración propia del original CIE-10 y DSM-5

2.2.3. Craving como síntoma de abstinencia

A pesar de que el craving no está recogido entre los criterios diagnósticos que propone el manual DSM-5 para el S.A. por la nicotina, son numerosos los estudios que relacionan el craving con la abstinencia^{73,74,75,76,77,78}. La literatura establece una relación entre el S.A. y el craving, aunque esta relación no se da de manera inversa. Los consumidores de sustancias informan de sentimiento de craving o ansia varios meses después del S.A. o a los pocos minutos del último

cigarrillo⁷⁹, sin que se haya producido el S.A. Esto indica que el craving se puede activar por otros condicionantes y no sólo por la mera abstinencia. Por ejemplo, en el caso del tabaco, los estados afectivos negativos y las señales ambientales asociadas al consumo pueden disparar el craving, incluso después de años de abstinencia⁷⁶.

2.3. INICIO Y MANTENIMIENTO DEL CONSUMO DE TABACO

La iniciación al consumo de tabaco es un proceso dinámico que en nuestro entorno generalmente empieza en la edad escolar, concretamente en la adolescencia. El primer contacto con el tabaco formaría parte del proceso normal de experimentación y búsqueda de nuevas sensaciones propias de las edades de aprendizaje. En el establecimiento de la adicción se pueden diferenciar varias fases.

- Fase de iniciación
- Fase de experimentación
- Fase de habituación
- Fase de mantenimiento

Las fases de iniciación y experimentación, suceden entre la infancia y la adolescencia, y suelen formar parte de un proceso de socialización, por lo que tiene lugar generalmente en grupo. Comenzar a fumar refuerza la incorporación al grupo. Suceden en un contexto en el que se desconocen los efectos nocivos del tabaco y están condicionadas por diferentes factores que conducen a probar el primer cigarrillo, que no suele generar placer. Cuando la experimentación tiene lugar de forma repetida suele producir la habituación, que mediante la intervención de una serie de procesos adictivos conduce a la persistencia del hábito (mantenimiento). La habituación se produce por el refuerzo del hábito debido a experiencias positivas de tipo físico, psicológico, social y ambiental. En esta etapa son más decisivas las convicciones sobre los supuestos efectos beneficiosos del tabaco (madurez, integración social, disminución del estrés, relajación, diversión, control del peso, etc.), la conducta de los amigos y la familia en relación con el tabaco, la disponibilidad y el precio de los cigarrillos, que el conocimiento de los riesgos que supone para la salud. El mantenimiento viene determinado por la persistencia de los factores favorables de la habituación y está relacionado con la adicción física a la nicotina.

El proceso por el que se establece la adicción está influenciado por la interacción de factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociales^{80,81}. Las influencias externas que recibe una persona (factores sociales y ambientales) actúan sobre una mayor o menor predisposición individual a desarrollar adicción a la nicotina. Los factores que actúan son diferentes en cada fase: en la iniciación los más importantes son los sociales y familiares, mientras que en el mantenimiento los principales son los factores genéticos y psicosociales⁸².

Los factores que influyen en el inicio y mantenimiento del consumo de tabaco son:

- Factores personales
 - *Psicológicos*: Los aspectos de la personalidad del individuo influyen en la actitud frente al tabaco. Se ha visto una mayor incidencia en el inicio al tabaquismo en adolescentes con problemas de disciplina, baja autoestima, bajo rendimiento escolar y dificultades en las habilidades sociales⁸³, por lo que se ha sugerido el papel del tabaco como respuesta a factores psicosociales adversos. Igualmente, es utilizado por los fumadores para afrontar situaciones cotidianas por su capacidad para mejorar las habilidades sociales y personales, disminuir la ansiedad, aumentar la capacidad de concentración, combatir el aburrimiento, etc., por lo que al fumador le resulta imposible realizar determinadas actividades sin fumar⁸³.
 - *Genéticos*: Se considera que en la adicción a la nicotina puede existir susceptibilidad genética y ello influiría en la mayor o menor predisposición para ser fumadores y en la mayor o menor dificultad para su abandono. Como genes asociados con la predisposición al consumo de tabaco se han estudiado genes implicados en el metabolismo de la nicotina como el gen CYP2A6, gen del receptor de la dopamina, gen del transportador de la dopamina o genes relacionados con el sistema serotoninérgico. Los resultados obtenidos hasta el momento son preliminares siendo necesario realizar más estudios^{84,85}.
- Factores sociales

Los jóvenes se ven influenciados de forma importante por su entorno de relación. La actitud de los padres ante el tabaco condiciona la actitud inicial del niño: cuando los padres no fuman y no muestran tolerancia hacia el tabaco, los niños tienen posibilidades de ser fumadores⁸⁶. Lo mismo sucede con el grupo de profesores o educadores y hermanos. El grupo de amigos también juega un papel fundamental, ya que en muchos casos el hecho

de fumar constituye un rito de integración en el grupo. Estos factores son de mayor importancia en las fases de iniciación y experimentación.

- Factores ambientales

El factor ambiental más importante es la publicidad del tabaco, que promueve directamente el consumo del mismo. La publicidad va dirigida prioritariamente a la captación de mujeres, niños y jóvenes. Existen numerosas estrategias, desde la publicidad directa del producto hasta la sponsorización de actividades lúdicas, culturales o deportivas. Otros factores ambientales importantes son la accesibilidad al tabaco, su bajo precio y la permisividad social.

Otros factores que influyen en mayor medida en la fase de mantenimiento son:

- Factores farmacológicos

La nicotina es la principal sustancia adictiva que tiene el tabaco, generando adicción al actuar sobre diversas vías cerebrales y produciendo efectos placenteros, refuerzo de la conducta y tolerancia, así como síndrome de abstinencia ante su carencia. El fumador, según el fenómeno de la autodosificación, presenta un impulso para consumir el cigarro siguiente con el fin de mantener la tasa de nicotinemia habitual realizando más número de inhalaciones o más profundas⁸¹.

- Factores condicionantes

Son todas aquellas circunstancias a las que se asocia el hecho de fumar. El análisis de los factores condicionantes que mantienen el consumo de tabaco es de gran complejidad, ya que el hecho de fumar está considerado como una secuencia de conductas⁸¹.

- *Factores de hábito o estímulos desencadenantes:* el hecho de fumar se asocia a numerosas situaciones de la vida diaria de la persona fumadora, como tomar café o una copa, la sobremesa, hablar por teléfono, etc. Estas circunstancias asociadas al fumar pueden convertirse en estímulos para fumar, especialmente aquellas que pueden causar cambios en el estado de ánimo, emociones, estrés.
- *Factores sensoriales:* fumar es placentero para el fumador y desencadena respuestas sensitivas agradables.

En la Tabla 2.5 se muestra un resumen de los factores que condicionan el tabaquismo.

Tabla 2.5. Factores condicionantes del tabaquismo

Iniciación y Experimentación	
Factores personales	Psicológicos
	Genéticos
Factores sociales	Influencia familiar
	Influencia grupal
	Influencia figuras ejemplarizantes (profesores, hermanos...)
Factores ambientales	Publicidad
	Accesibilidad al tabaco
	Bajo precio
Consolidación y mantenimiento	
Factores farmacológicos	Efectos placenteros de la nicotina
	Síndrome de abstinencia tras la supresión
Factores psicológicos	Mejora de habilidades sociales y personales
	Disminuye la ansiedad
	Aumenta capacidad de concentración
Factores condicionantes	De hábito: tabaco asociado a situaciones de la vida cotidiana
	Sensoriales: respuestas sensitivas placenteras

Fuente: Elaboración propia del estudio de Solano Reina y Jiménez Ruiz⁸¹

3. HISTORIA CLÍNICA DEL TABAQUISMO

El tabaquismo es una enfermedad adictiva multifactorial por lo que debe diagnosticarse de forma adecuada. La realización de un adecuado diagnóstico influye en la actitud terapéutica y pronóstico del fumador, resultando imprescindible para aplicar el tratamiento adecuado. Según Dorfman⁸⁷, se recomienda realizar una evaluación específica sobre la historia de tabaquismo aunque no se disponga de tiempo ni de formación para ello (Nivel de evidencia = A).

A continuación, se explican las variables más importantes por su valor diagnóstico y predictivo, junto con las herramientas más comúnmente utilizadas para dicho fin.

Toda historia clínica debe incluir los siguientes aspectos:

- Datos sociodemográficos
- Anamnesis general inicial
 - Antecedentes médicos y tratamientos farmacológicos
 - Historia de consumo de otros tóxicos
 - Estado psicopatológico actual
- Historia y características del consumo de tabaco
- Análisis de la adicción
- Estadios de cambio
- Análisis de la motivación y autoeficacia
- Valoración del Síndrome Abstinencial al Tabaco (SAT)
- Exploración física
- Seguimiento
 - Estadios de cambio.
 - Día para dejar de fumar
 - Tratamiento farmacológico recomendado (si es el caso) y evaluación de la adherencia al mismo
 - Evaluación del SAT
 - Prevención de recaídas

3.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Además de los datos esenciales de edad, género y localización, hay otros factores que se han visto predictores de éxito y deberían tenerse en cuenta como son:

- Estado civil: diferentes estudios demuestran que tener pareja es un factor predictivo positivo para el éxito en el abandono del tabaco, más aún si es no fumadora o exfumadora⁸⁸.
- Nivel educativo: a mayor nivel educativo mejor pronóstico
- Soporte social

3.2. ANAMNESIS GENERAL INICIAL

3.2.1. Antecedentes médicos y tratamientos farmacológicos

En este apartado se deben recoger todos los datos referentes a la salud física. Se debe preguntar sobre las patologías físicas diagnosticadas y la medicación que se está tomando actualmente.

Se hará especial énfasis en la relación directa de algunas patologías debidas a la exposición del tabaco, como enfermedades respiratorias y cardiovasculares, enfermedades digestivas y neoplásicas.

También se incluirá una exploración física comenzando con la medición de las constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno), así como el peso y la altura para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) o factores de riesgo (colesterol o azúcar).

3.2.2. Historia de consumo de otras sustancias psicoactivas

Se deben recoger datos referentes al consumo de otras sustancias, especialmente café y alcohol, por su relación directa con el consumo de tabaco.

En este estudio se ha elaborado una hoja de recogida de estos datos, mostrada a continuación:

CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS

TIPO (Dosis)	CONSUMO ACTUAL (Sí / No), o en el pasado (Pas)	VIA oral (vo), inhalada/fumada (inh), endovenosa (ev)	DOSIS DIARIA d / SEMANTAL s / ESPORADICO e	EDAD DE INICIO y FINAL (si fue en el pasado), FECHA
Xantinas (café, chocolate) (mgr)				
Alcohol (UBE)				
Cannabis (nº cigarrillos)				
Cocaína (gr)				
Heroína (gr)				
Anfetamínicos (comprimidos)				
Alucinógenos (comprimidos)				
Drogas de síntesis (cápsulas)				
Sedantes/Hipnóticos (mgr):				
Otras drogas:				
Adicciones NO de sustancias (Si/No):				
METADONA (mg)				

3.2.3. Estado psicopatológico actual

Es importante al abordar cualquier temática en población con un trastorno mental evaluar el estado psicopatológico que presenta en ese momento, ya que en muchas ocasiones puede predecir el curso del trastorno.

Existen multitud de herramientas que evalúan la gravedad del trastorno en función del diagnóstico base. Algunas de estas herramientas son:

Trastornos Psicóticos
Psicopatología de la enfermedad establecida
Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) Escala de Evaluación de Síntomas Positivos (Scale of the Assessment of Positive Symptoms, SAPS) Escala de Evaluación de Síntomas Negativos (Scale of the Assessment of Negative Symptoms, SANS) Escala PSYRATS-Subescala de Evaluación de Alucinaciones Auditivas (PSYRATS) Escala de Depresión de Calgary (Calgary Depression Scale, CDS) Escala de Agresividad manifiesta (Overt Aggression Scale, OAS) Escala de Evaluación del Insight (Scale Unawareness of Mental Disorders, UMD) Escala de Insight Cognitivo de Beck (Beck Cognitive Insight Scale, BCIS)
Trastornos afectivos
Escalas generales de Depresión
Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS) Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS) Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) Escala de Depresión de Bech-Rafaelsen (The Bech-Rafaelsen Melancholia Scale, MES) Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde
Escalas de manía/hipomanía
Cuestionario de Trastornos del Humor (Mood Disorders Questionnaire, MDQ) Escala de Young para la Evaluación de la manía (Young Mania Rating Scale, YMRS) Escala de Manía de Bech-Rafaelsen (Bech-Rafaelsen Mania Scale, MAS) Listado de Síntomas de Hipomanía-32 (Hypomania Symptom Checklist-32, HCL-32)
Otras valoraciones
Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI) Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (Global Assessment of Functioning, GAF)

Estas escalas se describen detalladamente en el apartado Instrumentos, Escalas y Medidas de evaluación de la Metodología.

3.3. HISTORIA Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE TABACO

En este apartado se detallan los antecedentes derivados del consumo de tabaco, donde se recogen datos como:

- Historia de consumo de tabaco: edad de inicio, tiempo de exposición al tabaco o momento vital de inicio. Se ha visto que a menor número de años como fumador, mejor pronóstico⁸⁹
- Tipo de tabaco: manufacturado o tabaco de liar, puros.
- Estudio de intentos previos de abandono. Este es el dato del apartado más importante. Se evalúa:
 - Número de intentos. A mayor número de intentos, mejor pronóstico
 - Tiempo sin fumar en esos intentos
 - Tratamiento utilizado (farmacológico y/o psicológico)
 - Síntomas del SAT
 - Comportamiento del entorno del fumador en intentos previos: ambiente familiar, laboral y de amigos. Detecta apoyos o resistencias.
 - Motivo de recaídas
 - Tiempo desde el último intento. Si el fumador ha hecho un intento más o menos reciente, estará más predispuesto a repetirlo que si ese intento ha sido ya hace demasiado tiempo⁹⁰

En lo referente a la información sobre los intentos previos se debe tener en cuenta que la mayoría de veces es una información sesgada ya que dependen de la memoria, pudiendo distorsionar el recuerdo del intento de abandono reciente y aún más el lejano. Berg et al.⁹⁰ encontraron en su estudio que dos de cada tres intentos que duraban menos de un día no fueron recordados una vez había pasado una semana. El 90% de dichos intentos no se recordaban si habían pasado seis meses. En cambio, los intentos que habían alcanzado un período de abstinencia mínima de un día y máxima de siete eran recordados mucho más y de forma más

consistente, aunque un 60% no eran recordados a los seis meses. Por lo tanto, cuanto más había durado el intento previo no sólo era más consistente el recuerdo sino que era valorado como un auténtico intento. Esta información no sólo es útil para el tratamiento individual del fumador, sino que también lo es para un mayor conocimiento del funcionamiento poblacional de los intentos de abandono para poder mejorar cualquier intervención al respecto.

3.4. ANÁLISIS DE LA ADICCIÓN

En primer lugar, se debe conocer el número de cigarrillos consumidos diariamente de media en los últimos meses o año.

La cantidad de nicotina de los mismos no suele ser una variable útil porque es un valor manipulado por la industria tabaquera y aunque tenga cierto valor para ajustar la posología de la TSN, es irrelevante para la vareniclina o el bupropion.

De igual forma, tampoco es útil conocer el patrón de consumo (profundidad de las caladas o número de caladas por cigarrillo) porque son valores que se escapan del control consciente del fumador. Aun siendo bien conocido que la población con trastornos mentales se observa unas características especiales de consumo que bien describen González Varea J et al.⁹¹ en su estudio: “Es fácilmente observable cómo apuran cada cigarrillo hasta el filtro, ya sea realizando inhalaciones más profundas o bien presionando el filtro con el fin de conseguir una mayor dosis nicotínica...”

Para valorar el grado de Dependencia al tabaco, se debe valorar ambas dependencias; la física y la psicológica.

Evaluación de la dependencia física. Medir la dependencia al tabaco, tanto para la investigación como para la clínica, es un factor importante ya que puede marcar aspectos diferenciales en el tratamiento y es una variable pronóstico de éxito. Especialmente en hombres una dependencia baja es un factor pronóstico favorable a la abstinencia⁸⁸. La herramienta más frecuentemente utilizada para su evaluación es el Test de Dependencia de Nicotina de Fagerström (Fagerström Test for Nicotine Dependence, FTND).

A través de unos estudios psicométricos del Test de Fagerström, se observó que la puntuación global de este instrumento se correlacionaba en gran parte con la puntuación de dos ítems del mismo test. Estos dos ítems reciben el nombre de Índice de Heatherton o también Heavy Smoking Index, utilizándose en contextos donde no se dispone de tiempo para aplicar la

totalidad del test. Así, el Índice de Heatherton consiste en las dos preguntas más significativas del Test de Fagerström.

Índice de Heatherton	
¿Cuánto tiempo pasa desde que te levantas y fumas el primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos (3)
	De 6 a 30 minutos (2)
	De 31 a 60 minutos (1)
	Más de 60 minutos (0)
¿Cuántos cigarrillos fumas al día?	10 o menos (0)
	Entre 11 y 20 (1)
	Entre 21 y 30 (2)
	31 o más (3)
Evaluación	
Sumando los puntos entre paréntesis se obtiene la puntuación del test	
De 0 a 2 puntos: Dependencia baja	
De 3 a 4 puntos: Dependencia moderada	
De 5 a 6 puntos: Dependencia alta	

Evaluación de la dependencia psicológica. Además de la dependencia física también se ha estudiado la dependencia psicológica, social y gestual en referencia a otras variables diferentes a la nicotina. Para su evaluación, el test más utilizado es el Test de Glover-Nilsson que consta de 18 ítems, aunque su versión más reciente es de 11 ítems.

3.5. ESTADIOS DE CAMBIO

Prochaska y DiClemente establecieron las fases que la mayor parte de los fumadores atraviesan desde que se inician al consumo de tabaco hasta que lo abandonan⁹². Los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente⁹³ representan una dimensión temporal y cíclica de la conducta tabáquica. El cambio de la conducta tabáquica es un proceso que avanza a través de una serie de etapas:

Precontemplación: Los usuarios no se plantean el cambio. No consideran que fumar sea un problema. El objetivo es tomar consciencia mediante estrategias de sensibilización y motivación.

Contemplación: Los usuarios reconocen preocupaciones o la existencia de problemas relacionados con la acción de fumar y comienzan a considerar la posibilidad de dejarlo en los seis meses siguientes. El objetivo es explorar las preocupaciones y promover la discrepancia interna.

Preparación: Los usuarios deciden dejar de fumar en el curso de un mes. El objetivo se centra en ofrecer información, consejo y dar opciones terapéuticas.

Acción: Los usuarios han dejado de fumar. El objetivo es fortalecer el compromiso y la autoeficacia hacia el cambio.

Mantenimiento: Los usuarios hace al menos seis meses que no fuman. Se ha de dar soporte y buscar otras fuentes de placer que sustituyan el consumo de tabaco anterior. El objetivo es la prevención de recaídas.

Consolidación: Los usuarios se mantienen estables en el cambio después de dejar de fumar.

Recaída: Se debe evaluar y analizar la recaída. Se ha de reforzar cualquier disposición al cambio que ayude a los usuarios a entrar de nuevo en el proceso y a tratar el sentimiento de desesperanza y de culpabilidad característico de esta etapa. Debe evitarse la crítica y la desmoralización, aumentar la autoestima y renovar el compromiso.

Los fumadores se encuentran en una u otra fase dependiendo de su mayor o menor motivación para dejar de fumar y de su mayor o menor inclinación a realizar un serio intento de abandono. Es fundamental que ante todo fumador se investigue la etapa de cambio en la que se encuentra, pues la actitud terapéutica que se tenga, vendrá determinada por esta fase.

El conocimiento de la etapa de cambio permite instaurar el tratamiento más adecuado para cada fumador⁸⁷.

La escala más utilizada para evaluar la fase de abandono en la que se encuentra el individuo fumador es la University of Rhode Island Change Assessment (URICA). Consta de 32 ítems y evalúa cuatro de las cinco etapas de cambio: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

3.6. ANÁLISIS DE LA MOTIVACIÓN Y LA AUTOEFICACIA

Es importante evaluar el grado de motivación del individuo fumador para dejar de fumar, así como el nivel de autoeficacia percibida.

La autoeficacia es un factor de pronóstico del intento de dejar de fumar, pero no tanto de su éxito. Cuando se detecta una autoeficacia baja es aconsejable aplicar técnicas cognitivo-conductuales. Ésta se evalúa mediante una escala analógica-visual⁹⁴.

Para evaluar la motivación de un fumador para dejar de fumar generalmente se ha utilizado el Test de Richmond que consta de cuatro preguntas con una escala de 1 a 10 puntos.

3.7. VALORACIÓN DEL SAT

El informe del Surgeon General sobre la adicción a la nicotina en 1988, afirmó que la nicotina tiene la capacidad de producir un síndrome de abstinencia propio, al igual que otras drogas. Desde entonces el SAT ha sido uno de los aspectos que se han citado frecuentemente como impedimento para dejar de fumar y un factor primordial de riesgo en las recaídas⁹⁵.

En la actualidad se acepta que hay ciertos síntomas de abstinencia que aparecen en una secuencia característica y que progresan de leves a intensos⁹⁶. Las primeras manifestaciones del SAT aparecen entre las 2 y 12 horas siguientes a la abstinencia de nicotina, alcanzando su máximo entre las 24 y 48 horas posteriores y tienen una duración media de entre 3 y 4 semanas, pudiéndose prolongar hasta los 2 o 4 meses.

En lo referente a los síntomas, el primero es un síntoma de corta duración: querer fumar. El craving es un deseo de fumar más intenso, intrusivo y persistente que simplemente querer un cigarrillo, interrumpiendo la concentración del fumador.

Hay diferentes herramientas que miden el SAT:

- Minnesota Nicotine Withdrawal Scale, MNWS
- Cigarette Withdrawal Scale, CWS
- Mood Physical Symptoms Scale, MPSS
- Profile of Mood Scale, POMS
- Shifman Scale, SS
- Wisconsin Smoking Withdrawal Scale, WSWS
- Questionnaire on Smoking Urges, QSU

La herramienta más utilizada es la Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS) ya que se ha demostrado ser fiable. Hay diferentes versiones según el número y extensión de los síntomas incluidos. Uno de los síntomas evaluados es el craving a tabaco, que es medido de una forma más extensa con el Questionnaire on Smoking Urges (QSU), el cual consta de 10 ítems.

3.8. EXPLORACIÓN FÍSICA

Las medidas fisiológicas para evaluar distintos compuestos del humo del tabaco han cobrado un gran auge en las últimas décadas. Las medias más utilizadas son el monóxido de carbono en el aire espirado, el tiocianato y la cotinina en saliva u orina, y en menor grado, la carboxihemoglobina y la nicotina^{97,98}.

La medición del monóxido de carbono (CO) u cooximetría es una prueba sencilla, útil, rápida y económica que permite conocer la cantidad de CO en el aire espirado y su equivalencia en COHb. La cantidad de CO está relacionada con la cantidad de cigarrillos consumidos, la profundidad de inhalación de las caladas y el tiempo transcurrido desde el último consumo ya que se normaliza a las 24-48 horas sin fumar, por lo que sólo valora consumos recientes.

Esta prueba también sirve para evaluar el riesgo cardiovascular (a mayor concentración de CO mayor susceptibilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares) y para reforzar la abstinencia en las consultas de seguimiento ya que permite ver cómo se ha normalizado en poco tiempo, consolidando el status de exfumador.

Para su realización, el individuo debe realizar una inspiración profunda y mantener una apnea de 15 segundos. Después debe proceder a una espiración lenta, prolongada y completa. Hay que esperar unos segundos hasta que el indicador del cooxímetro se estabilice y marque el número exacto de ppm (partes por millón) de CO que el individuo tiene en el aire que espira. En la Tabla 3.1 se muestran los tipos de fumadores según los niveles de CO en el aire espirado.

Tabla 3.1. Niveles de CO según consumo de tabaco

Concentración de CO (ppm)	Tipo de fumador
> 10 ppm	Habitual
5 – 10 ppm	Ocasional o que hacen inhalaciones muy superficiales
< 5 ppm	No fumador, excepto si hay una importante exposición al HTA

Fuente: Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT), 1996

A modo de esquema, se detallan en la Tabla 3.2 las principales áreas a valorar para una adecuada evaluación de la conducta de fumar, así como diferentes herramientas para su medición.

Tabla 3.2. Áreas de evaluación clínica del fumador y principales instrumentos utilizados

Áreas	Instrumentos de evaluación
Historial de consumo de tabaco	Número de cigarrillos que fuma habitualmente (Autoregistro) Números de intentos de abandono previos. Estadio de cambio (Escala URICA) Motivación para dejar de fumar (Test Richmond) Autoeficacia Síndrome de Abstinencia (MNWS, QSU)
Dependencia	Criterios diagnósticos DSM-5 Test de Fageström de Dependencia a la Nicotina (FTND) Escala del Síndrome de Dependencia a la Nicotina (NDSS) Test de Glover-Nilsson
Psicopatología asociada	Escala de Hamilton para la Depresión Escala de Evaluación de la Manía de Young Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS)
Evaluación fisiológica	Monóxido de carbono (aire espirado) Cotina (plasma, saliva y orina) Carboxihemoglobina (aire espirado y plasma) Nicotina (plasma, saliva y orina)

Fuente: Elaboración propia

4. TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO

Como se ha mencionado anteriormente, la adicción al tabaco implica una dependencia física y una dependencia psicológica, por lo que el tratamiento más efectivo para dejar de fumar es la terapia multicomponente. Según la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), todos los fumadores que hagan un intento de dejar de fumar deben recibir dos tipos de intervención: una conductual, encaminada a combatir la dependencia psíquica, y otra farmacológica, para aliviar la dependencia física a la nicotina y disminuir el craving⁹⁹.

Según las principales guías de práctica clínica, cuanto más intensas sean las intervenciones para conseguir la cesación tabáquica, mayor será su eficacia. Existen distintas formas de intervención según su intensidad, diferenciando entre intervenciones clínicas breves o intervenciones mínimas e intervenciones clínicas intensivas⁸⁷.

La intervención en el consumo de tabaco se puede iniciar con tres tipos de abordajes diferentes: sensibilización, reducción y cesación. La aplicación de una intervención u otra depende de la motivación y preparación al cambio de las personas fumadoras.

4.1. SENSIBILIZACIÓN DEL CONSUMO

La sensibilización es prioritaria y consiste en promover un espacio de reflexión sobre el consumo de tabaco independientemente del grado de motivación o estadio de cambio en el que se encuentre la persona fumadora. Se trata de una intervención motivacional que promueva a las personas un deseo de cambio desde una perspectiva de consumo y dependencia a una situación de no consumo y autocontrol. Entre las estrategias y técnicas de sensibilización y motivación para dejar de fumar encontramos las intervenciones breves y la entrevista motivacional.

- Intervenciones clínicas breves o intervención mínima: pueden ser llevadas a cabo por cualquier profesional sanitario. A este tipo de intervención se la conoce como las “5A”. El Public Health Service de los E.E.U.U. sistematizó las intervenciones breves dividiéndolas en cinco etapas: Averiguar si la persona fuma, Aconsejar que deje de fumar, Apreciar su deseo de intentar dejar de fumar, Ayudar a los que desean intentarlo y Acordar los contactos de seguimientos para evitar recaídas. Es posible en un primer nivel aplicar únicamente las tres primeras etapas (“3A”) o en un caso límite de falta de tiempo, solamente la primera. Para que este consejo sea efectivo debe cumplir una serie de características (Figura 4.1) (Nivel de evidencia = A).

Figura 4.1. Características de la intervención breve sobre tabaquismo

- Sistemático: debe repetirse en todas las consultas
- Claro, serio, firme y sencillo
- Positivo, resaltando las ventajas de dejar de fumar; aunque también debe de informarse de los riesgos de seguir fumando
- Personalizado: ajustarlo a las características personales y clínicas de cada fumador
- Oportuno: aprovechar las situaciones y momentos especiales en los que la persona es más susceptible y receptiva al consejo (embarazo, patología respiratoria, etc.)
- Motivador: reforzar la autoestima y confianza
- Breve: durar 3 minutos como máximo

Fuente: Elaboración propia

4.1.1. Entrevista motivacional

En la actualidad se conoce la importancia que tiene la motivación para el cambio. En las conductas adictivas es frecuente que muchas personas no acudan a tratamiento. De los que acuden, una parte lo abandona después de la primera o primeras sesiones, y de los que acuden, no siempre siguen las instrucciones que se les dan¹⁰⁰. De ahí que en los últimos años este aspecto se haya convertido en un elemento terapéutico más, bajo la denominación de entrevista motivacional.

La entrevista motivacional (EM) se define como un estilo de comunicación, centrado en la persona, dirigido a un objetivo, que pretende provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a resolver las propias motivaciones para cambiar¹⁰¹. Resulta especialmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio ya que trabaja activando la propia motivación de las personas para el cambio y la adherencia al tratamiento e intenta ayudar a resolver la ambivalencia a través de cuatro principios básicos: expresar empatía, crear discrepancias, dar un giro a la resistencia y fomentar y reforzar la autoeficacia^{101,102}. La EM se opone a enfoques más directivos, proponiendo frente a ellos la identificación de problemas, la estimulación de la motivación, la colaboración con la persona en la búsqueda de soluciones, la aceptación de la ambivalencia, la asunción de los puntos de vista de la persona y un curso lento y progresivo al ritmo del cambio de la propia persona.

En la EM se utilizan varias estrategias motivacionales, que han demostrado ser muy eficaces para motivar a la persona a cambiar su conducta. Estas estrategias son:

- Dar información y aconsejar
- Eliminar obstáculos para la intervención y el cambio
- Proporcionar diversas opciones a la persona para ayudarla a elegir
- Disminuir los factores que hacen que la acción de fumar sea deseable
- Promover la empatía
- Ofrecer un feedback continuo
- Clarificar objetivos (realistas y aceptados por la persona)
- Ayudar de forma activa

Las técnicas motivacionales se están introduciendo en la práctica clínica como método de tratamiento en múltiples conductas adictivas y otras situaciones que implican un cambio de hábitos de salud.

4.2. CESACIÓN TABÁQUICA

En el caso de la cesación se recomienda utilizar intervenciones clínicas intensivas que pueden llevarse a cabo por cualquier profesional sanitario formado y que disponga de los recursos necesarios. Los tratamientos que implican el contacto interpersonal (individual, grupal y/o telefónico) son efectivos y su efectividad aumenta con la intensidad del tratamiento, es decir, número de sesiones (Tabla 4.1), duración de las sesiones y total de minutos de contacto, existiendo una estrecha relación dosis-respuesta (Nivel de evidencia = A). Aunque se ha demostrado que una intervención por encima de los 300 minutos no mejora la eficacia⁸⁷.

Tabla 4.1. Efectividad y tasas de abstinencia estimadas para el número de sesiones de tratamientos del tabaquismo con contacto directo

Número de sesiones	OR [IC 95%]	Tasas abstinencia [IC 95%]
0-1 sesiones	1	12,4
2-3 sesiones	1,4 [1,1, 1,7]	16,3 [13,7, 19,0]
4-8 sesiones	1,9 [1,6, 2,2]	20,9 [18,1, 23,6]
> 8 sesiones	2,3 [2,1, 3,0]	24,7 [21,0, 28,4]

Fuente: Adaptación del estudio de Dorfman⁸⁷

Se recomienda utilizar la combinación del tratamiento farmacológico y la terapia psicológica, ya que ha demostrado una mayor eficacia en la abstinencia a la nicotina.

4.2.1. Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico en el tabaquismo intenta modificar la conducta del fumador, para poder superar la dependencia psíquica, social y gestual asociada al tabaquismo^{103,104}.

- *Técnicas aversivas*: son técnicas de refuerzo negativo, que pretenden que el fumador llegue a sentir repulsión por el cigarrillo. Entre ellas se incluyen:
 - Fumar rápido, consiste en que la persona fume tan rápido y profundo como le sea posible, reteniendo el humo en la boca, con breves periodos de descanso.
 - Saciación, fumar entre 3 o 4 veces más de lo habitual.
 - Retener el humo de forma prolongada.
 - Fumar focalizada o concentradamente, centrándose en las sensaciones desagradables que produce fumar: picor de garganta, irritación ocular, mal olor, etc.
- *Técnicas cognitivo-conductuales*: estas técnicas pretenden la modificación de la conducta para que la persona pueda, con sus conocimientos, actitudes y acciones, enfrentarse a la cesación del consumo de tabaco, considerándose técnicas de refuerzo positivo. Las intervenciones deben incorporar los siguientes aspectos¹⁰⁵:
- *Motivación*, el abordaje ha de ser diferente en función del estadio de cambio en que se encuentre la persona según el modelo de Prochaska y DiClemente⁹³. Esta estrategia también se utiliza en los casos de sensibilización y reducción ante el consumo de tabaco:

Fase de *precontemplación*: la intervención sobre las personas en esta fase no suele realizarse en una consulta especializada de tabaquismo. El consejo tendrá más un carácter informativo que impositivo sobre los riesgos del consumo de tabaco y los beneficios de su abandono. Se pueden ofrecer folletos informativos sobre el tabaquismo.

Fase de *contemplación*: son personas que han intentado dejar de fumar previamente sin éxito y hay una ligera reticencia a realizar un nuevo intento, de ahí la ambivalencia propia de esta fase. Aquí se debe aconsejar a la persona fumadora el abandono del consumo de tabaco, ofreciéndole apoyo psicológico y farmacológico, investigar las causas por las que fracasó en intentos previos, motivar a realizar un nuevo intento de cesación, informar sobre la naturaleza de la adicción al tabaquismo. Aquí también se pueden ofrecer folletos informativos.

Fase de *preparación*: son personas fumadoras que están dispuestas a realizar, de inmediato, un intento de abandono del tabaco. Es importante tratar adecuadamente a la persona, evitando las principales causas de recaídas como son la ganancia de peso, la dependencia psicológica y el síndrome de abstinencia. El modelo en prevención de recaídas de Marlatt y Gordon es el más reconocido y utilizado¹⁰⁶.

Para trabajar la motivación se pueden llevar a cabo diferentes intervenciones como el balance decisional, que permite analizar los motivos para dejar de fumar: autoregistros, donde la persona anota el número de cigarrillos, el análisis funcional de la conducta, manejo de contingencias (adquisición por parte de la persona fumadora de un compromiso con el profesional sanitario de cumplir lo acordado en el contrato) o la retroacción fisiológica (la persona observa alguna mejoría al dejar de fumar. Lo más habitual es monitorizar el monóxido de carbono en el aire espirado antes y después de dejar de fumar para comprobar su normalización).

- Psicoeducación, es importante informar sobre la adicción al tabaco y cuáles son sus mecanismos de funcionamiento.
- Desarrollar estrategias de afrontamiento, facilitando el aprendizaje de habilidades que permitan a las personas a vivir sin tabaco.
- Detección de situaciones de riesgo. Identificar las circunstancias, los estados internos o las actividades que desencadenan o precipitan los deseos de consumo y que puedan dar lugar a una recaída.
- *Programas multicomponentes*: combinan varias técnicas psicológicas para conseguir mejores resultados y en la actualidad son los más utilizados para el tratamiento de las personas fumadoras. Sin embargo, hay que tener en cuenta que con la aplicación de muchas técnicas se corre el riesgo de desbordar a la persona y que no complete ninguna de las técnicas ofrecidas.

Incorporan diversos elementos de modelos teóricos esencialmente conductuales, pero también psicosociales y cognitivos, que pueden estar asociados a una terapia farmacológica de primera línea para dejar de fumar. Los programas multicomponentes se dividen en tres fases: preparación para dejar de fumar, abandono del tabaco y mantenimiento de la abstinencia¹⁰⁴. Las características principales de estos tratamientos son la realización de programas intensivos (sesiones múltiples, de larga duración y con la participación de diversos profesionales), con una asistencia personalizada, soporte social durante el tratamiento, entrenamiento en habilidades y resolución de problemas, y la prevención de recaídas¹⁰⁷.

4.2.2. Tratamiento farmacológico

Las directrices de referencia en el tratamiento del tabaquismo recomiendan que el tratamiento farmacológico de primera elección debe ser ofrecido a todos los fumadores que quieran dejar de fumar, excepto cuando estén contraindicadas o en situaciones especiales para las cuales no haya datos de eficacia suficientes (por ejemplo; embarazadas, fumadores de menos de diez cigarrillos o adolescentes) (nivel de evidencia = A)⁸⁷, aunque la evidencia actual sobre los tratamientos farmacológicos de primera elección no encuentra efectos adversos que desaconsejen su utilización¹⁰⁸.

Se disponen de dos tipos de tratamientos farmacológicos de primera elección, ya que tienen una probada eficacia y producen escasos efectos adversos. Se basan en dos estrategias: en la sustitución del tabaco por dosis controladas de nicotina en concentraciones decrecientes (terapia sustitutiva de nicotina) y la utilización de antagonistas o agonistas parciales de los neurotransmisores implicados en el proceso neuronal de la droga (bupropion y vareniclina). Con el tratamiento farmacológico se puede conseguir que hasta un 15-30% de los fumadores se mantengan abstinentes al cabo de un año, triplicando las posibilidades de éxito en comparación con los datos que aparecen en el abandono espontáneo⁸⁷.

- **Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)**

Consiste en la administración de nicotina por una vía diferente a la del cigarrillo y en una cantidad suficiente para aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia, pero insuficiente para crear su dependencia. De esta manera, la persona fumadora puede centrarse en la dependencia psíquica, social y gestual, mientras que la física es controlada con la TSN.

En cuanto a su eficacia, son numerosos los estudios que han puesto de manifiesto que la TSN en sus diferentes presentaciones y vías de administración presentan una evidencia A en todos los fumadores consumidores de más de 10 cigarrillos al día⁸⁷.

Los mecanismos de acción de la TSN se muestran en la Tabla 4.2.

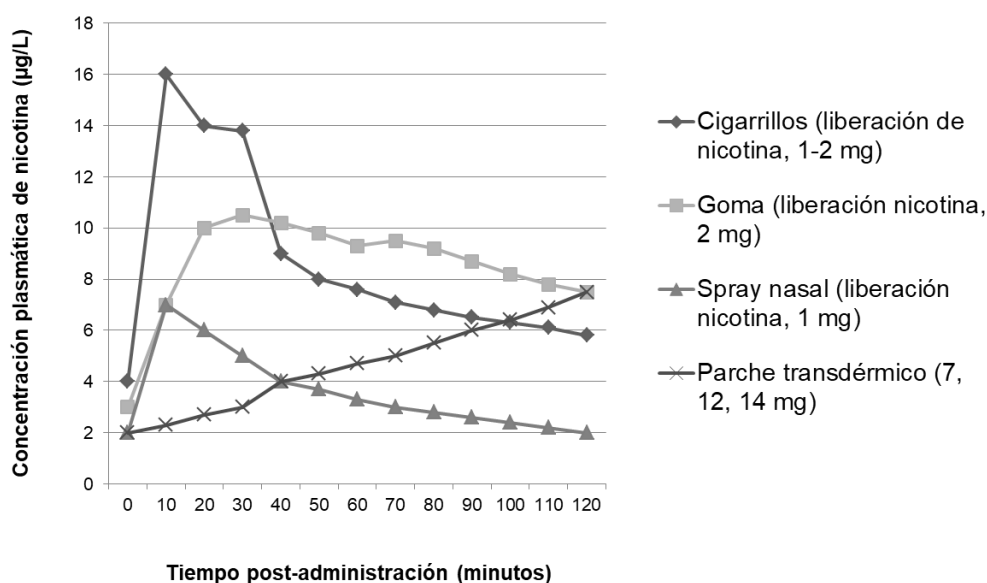
Tabla 4.2. Mecanismos de acción de la TSN

- Su uso reduce el SAT
- Reduce los efectos reforzadores de los cigarrillos
- Tiene efectos que inciden sobre posibles recaídas como la ganancia de peso, los cambios de estado de ánimo y el manejo de determinadas situaciones de alto riesgo
- Produce un efecto disociativo al separar la administración de nicotina del uso del tabaco

Fuente: Adaptación del estudio de Sweeney et al.¹⁰⁹

Existen diversas formas de TSN dependiendo de la vía de administración de la nicotina: chicles, parches, inhalador bucal, comprimidos para chupar, spray bucal, spray nasal de nicotina y pastilla sublingual. En España sólo se dispone de chicles, comprimidos, spray bucal y parches de nicotina, ya que el spray nasal se dejó de comercializar. Con todas ellas se obtienen unos valores medios de nicotemia que superan los 5ng/ml, cifra considerada mínima para evitar los síntomas del síndrome de abstinencia, mientras que los fumadores mantienen unas cifras de nicotina en plasma que oscilan entre 10-40ng/ml¹¹ (Figura 4.2)

Figura 4.2. Niveles plasmáticos de nicotina según vía de administración



Fuente: Adaptación del estudio de Haustein y Groneberg¹¹

El tratamiento con TSN es bastante seguro. Los efectos adversos son similares a los causados por el aporte de nicotina al fumar, aunque menos intensos. Los más frecuentes son: sueño alterado, insomnio, mareo, sudoración y dolor abdominal. Además, cada una de las presentaciones puede dar lugar a efectos adversos locales específicos (Tabla 4.3).

Tabla 4.3. Efectos adversos locales en la administración de la TSN

Chicles	Parches	Comprimidos	Espray bucal
➤ Úlceras orales ➤ Dolor mandibular ➤ Irritación de garganta ➤ Molestias dentales ➤ Mal sabor de boca	➤ Prurito local ➤ Exantema ➤ Eritema	➤ Irritación de garganta y de la mucosa oral	➤ Irritación de garganta ➤ Lagrimeo ➤ Mal sabor de boca

Fuente: Elaboración propia

➤ Chicle de Nicotina

Es un complejo resinoso de nicotina y polacrilex, taponado con carbonato o bicarbonato sódico para aumentar el pH salivar y facilitar la absorción de la nicotina a través de la mucosa oral. El polacrilex es una resina de intercambio iónico lo que permite que la nicotina sea liberada lentamente a medida que se mastica el chicle¹⁰⁹.

Los chicles pueden ser de 2mg y 4 mg, reservándose estos últimos para fumadores con una alta dependencia física en los que se han demostrado una mayor eficacia que los chicles de 2mg. La farmacodinámica del chicle de nicotina es muy parecida a la del cigarrillo, aunque bastante más lenta, presentando un pico de concentración máxima a los 30 minutos y alcanzando sólo la mitad de concentración plasmática obtenida con el cigarrillo (5-10ng/ml). Por esta vía de administración se absorbe aproximadamente el 50% de la nicotina contenida en cada pieza y sólo durante la primera media hora de utilización, el resto de nicotina es deglutido. Además, más de un 75% de la nicotina se inactiva por un efecto de primer paso, de forma que la cantidad que alcanza el torrente sanguíneo por vía digestiva es despreciable. De ahí, la importancia de un buen entrenamiento de uso para conseguir una lenta y adecuada masticación.

Las recomendaciones de su uso es masticar lentamente hasta que se perciba un sabor picante y entonces dejar de masticar, dejando el chicle junto a la mejilla o debajo de la lengua hasta que desaparezca el picor. El café, los zumos de frutas y las bebidas ácidas dificultan su absorción por lo que se recomienda no tomar estas bebidas 15 minutos antes de cada toma o mientras se esté masticando¹¹⁰.

El chicle de nicotina se ha demostrado especialmente recomendable para aquellas personas con alta oralidad, que identifican el tedio como un motivo para fumar y/o tienen preocupación por engordar al dejar de fumar¹¹¹. Se ha demostrado que las personas fumadoras que utilizan chicles de nicotina controlan mejor la ganancia ponderal que aquellos que utilizan otras formas de TSN¹¹².

La cantidad recomendada oscila hasta un máximo de 24 chicles diarios. En general se recomienda utilizar un chicle cada 1 o 2 horas mientras esté despierto. Aunque la duración debe personalizarse, teniendo en cuenta la general infrautilización⁸⁷ del chicle de nicotina, como mínimo se debería alcanzar las 8-12 semanas, aunque hay autores que lo amplían incluso hasta los 12 meses.

La ventaja del chicle de nicotina respecto al parche es que la dosificación puede ajustarse individualmente durante el día en respuesta a cualquier sintomatología del SAT que se pueda experimentar¹¹. Se puede pautar una reducción brusca o gradual del abandono de los chicles, aunque normalmente la reducción de los chicles suele darse de forma espontánea.

➤ Comprimidos para chupar de nicotina

La nicotina se administra a través de comprimidos que al ser chupados la liberan de forma progresiva. A pesar de su menor concentración de nicotina respecto al chicle, 1mg, presenta una farmacocinética superponible al chicle de nicotina, ya que en éste gran cantidad de nicotina queda retenida en la goma de mascar mientras que en el comprimido se libera totalmente, es decir, los comprimidos para chupar liberan un 25% más de nicotina que el chicle de 2mg y de una forma uniforme y constante, a diferencia del chicle que depende más de la frecuencia e intensidad de la masticación.

La dosis recomendada es de 1 comprimido cada 1.5-2 horas mientras la persona fumadora esté despierta, sin pasar de 25 unidades diarias y disminuyendo la dosis a las 10-12 semanas.

La gran ventaja de esta forma de presentación es que permite adaptar la dosis a la demanda de nicotina de la persona fumadora y la escasez de efectos adversos.

➤ **Espray bucal de nicotina**

Consiste en una botella de plástico ubicada en un dispensador con una bomba mecánica pulverizadora. Con cada pulverización se libera 1mg de nicotina. La concentración plasmática máxima de nicotina se alcanza a los 10-12.5 minutos posteriores a la administración. El espray bucal libera nicotina de una forma más rápida y en una superficie superior de la mucosa bucal al compararlo con el chicle o comprimido de nicotina. En un estudio reciente los participantes encuentran esta liberación más rápida de nicotina como más gratificante que el uso del chicle de nicotina y además vieron las ganas de fumar puntuales más rápidamente reducidas con el espray¹¹³.

Se debe usar cuando habitualmente se fumaba un cigarrillo o se tenga ganas de fumar, lo que significa alrededor de una o dos pulsaciones cada 30 minutos o una hora. Se recomienda utilizarlo de forma regular ya que mejora su eficacia¹¹⁴. El periodo de tratamiento dura entre los tres y seis meses.

➤ **Parche Transdérmico de nicotina**

Construido por una capa que se adhiere a la piel, encima de la cual se encuentra una membrana que permite la difusión transdérmica de la nicotina que hay en el parche. Se aplica sobre la piel diariamente para que la nicotina se absorba gradualmente a lo largo de 16 o 24 horas., según la presentación del parche utilizada. Tanto los de 24 horas como los de 16 horas, liberan de forma continua aproximadamente 0.9mg/h de nicotina, alcanzando niveles terapéuticos a las 2-4 horas. A su vez, los niveles plasmáticos comienzan a disminuir a las dos horas de retirarlo¹⁹.

Las zonas de aplicación deben seleccionarse entre las zonas cutáneas más finas y libres de vello, evitando pliegues, lesiones cutáneas o zonas de rozamiento frecuentes. No debe repetirse la zona de colocación hasta pasados tres días para que la reacción cutánea que pueda presentarse haya desaparecido totalmente.

Existen dos tipos de parches: los de 24 horas (21 mg, 14 mg y 7 mg) que liberan nicotina durante todo el día y los parches de 16 horas (15 mg, 10 mg y 5 mg) que se utilizan mientras la persona está despierta, siendo los dos igual de eficaces, si bien con el de 24 horas se libera nicotina durante la noche y aparece menos craving las primeras horas del día.

Las pautas recomendadas son cuatro semanas de parches de 15 mg/16 horas seguidas de dos semanas de parches de 10 mg/16 horas y otras dos semanas de parches de 5 mg/16 horas o

bien cuatro semanas con parche de 21 mg/24 horas, dos semanas con los de 14 mg/24 horas y otras dos con el de 7 mg/24 horas.

- Bupropion

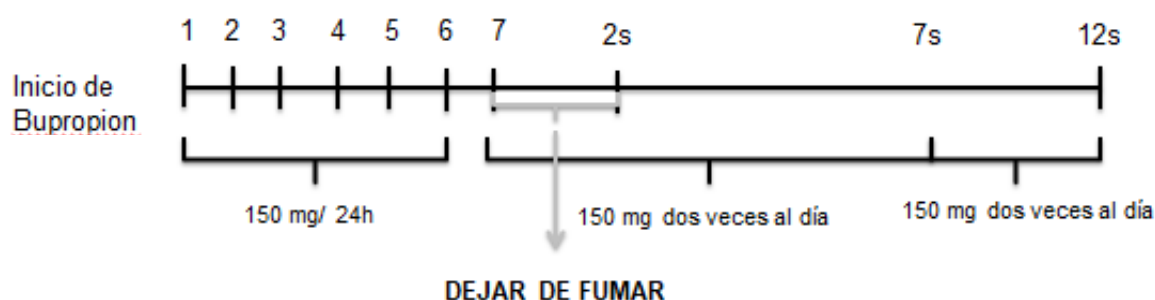
El bupropion de liberación prolongada es un antidepresivo que actúa inhibiendo la liberación de noradrenalina y dopamina en áreas específicas del cerebro, aunque no se conoce con exactitud el funcionamiento parecer ser que, al incidir sobre el circuito de recompensa de las sustancias adictivas, se reduce la actividad de dicho circuito, desactivando la recompensa y disminuyendo el deseo de fumar¹¹⁵. Por otra parte, el efecto de bupropion sobre las vías noradrenérgicas estaría directamente relacionado con la atenuación de los síntomas del SAT.

La absorción de bupropion no se altera con la ingesta de alimentos y la concentración máxima plasmática se obtiene aproximadamente a las tres horas de su administración.

El metabolismo y eliminación de bupropion no se altera por características de las personas como edad o sexo, aunque sí en aquellas personas que sufren de insuficiencia hepática o renal grave.

La dosis recomendada de bupropion para el tratamiento del tabaquismo es de 150 mg dos veces al día, no sobrepasando nunca esta dosis. Existe un periodo de impregnación por lo que se recomienda empezar a administrar bupropion una semana antes de la fecha establecida para dejar de fumar. Los primeros 5-7 días, se toma una dosis a primera hora de la mañana de 150 mg, para pasados estos días añadir otra dosis de 150 mg a las ocho horas de la hora matinal, siendo la duración total del tratamiento recomendada de entre siete y doce semanas¹¹⁵ (Figura 4.3).

Figura 4.3. Posología de administración de bupropion



Fuente: Adaptación del estudio de Carreras¹¹⁶

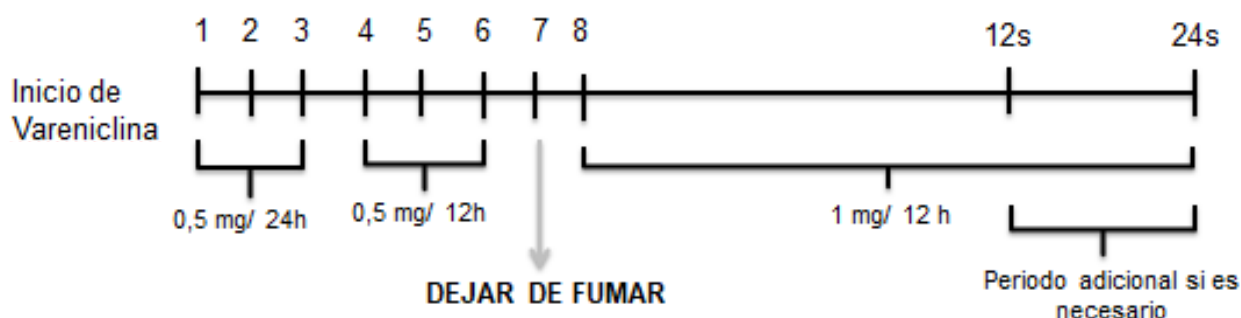
En cuanto a los efectos adversos y contraindicaciones de bupropion, a dosis recomendadas de 300 mg diarios es generalmente bien tolerado. Los efectos secundarios más frecuentes son el insomnio (30%) y la sequedad de boca (10%). Algunos de los efectos secundarios pueden mejorarse con la disminución de la dosis como, por ejemplo, para evitar el insomnio conviene que la persona tome la primera dosis de 150 mg a primera hora de la mañana y la segunda a las ocho horas, y si aun así no mejora se puede suprimir o reducir la segunda dosis a la mitad, aunque puede que la eficacia disminuya. Bupropion es bien tolerado en personas con enfermedad cardiovascular, mostrando un perfil de tolerancia similar a la población en general. Puede aumentar los efectos secundarios de la levodopa, fundamentalmente los de tipo digestivo como náuseas y vómitos. Debe tenerse especial precaución en personas que tomen cualquier farmacología que directa o indirectamente disminuya el umbral de convulsión.

- Vareniclina

La vareniclina actúa como un agonista parcial selectivo de los receptores nicotínicos. Debido a su acción agonista tiene la capacidad de estimular los receptores nicotínicos y, por tanto, de controlar el craving y los síntomas del SAT. Por su acción antagonista puede bloquear los efectos de la nicotina sobre los receptores de manera que, si la persona fuma, no experimenta satisfacción y se corta el circuito de recompensa.

La dosis estándar recomendada de vareniclina es de 1mg dos veces al día. La persona fumadora debe comenzar a tomar vareniclina como mínimo una semana antes de dejar de fumar. En esa primera semana de tratamiento, la dosis se va aumentando gradualmente de 0,5mg una vez al día los tres primeros días a 0,5mg dos veces al día entre el cuarto y el séptimo día y, por último, a 1mg dos veces al día a partir del octavo día, momento en el que se recomienda abandonar el tabaco. La duración recomendada del tratamiento es de 12 semanas, independientemente del tipo de interrupción del fármaco, ya sea brusca o gradual (Figura 4.4).

Figura 4.4. Posología de administración de vareniclina



Fuente: Adaptación del estudio de Carreras¹¹⁶

Como efectos secundarios y contraindicaciones en el caso de la vareniclina el principal efecto son las náuseas, experimentadas por aproximadamente el 30% de las personas fumadoras en los ensayos clínicos y en casi el 60% en la práctica clínica, pero que en su mayoría son leves o moderadas y ceden habitualmente con el transcurso del tiempo. Otros efectos secundarios son alteraciones del sueño en forma de insomnio o pesadillas, dolor de cabeza, flatulencia, dispepsia, estreñimiento y cambios en la percepción del sabor que generalmente se producen al inicio del tratamiento y se reducen posteriormente. Para mejorar los efectos secundarios relacionados con la alteración del sueño, se aconseja que tomen la segunda dosis después de la comida o a media tarde. También es importante remarcar que hay una diferencia en cuanto al sexo en la observación de la sintomatología ya que en las mujeres suele haber más frecuencia e intensidad de la sintomatología adversa, siendo necesario a veces una reducción de la dosis estándar a la mitad (1 mg/día).

La seguridad de este fármaco se ha cuestionado durante años debido a los resultados en numerosos estudios sobre la posibilidad de que produzca cambios de comportamiento, hostilidad, estado de ánimo depresivo y pensamientos suicidas¹¹⁷. Por otra parte, se ha presentado recientemente el estudio EAGLES¹¹⁸ cuyo objetivo fue comparar la seguridad neuropsiquiátrica y la eficacia de vareniclina, bupropion, TSN y placebo en fumadores con o sin enfermedades neuropsiquiátricas. El trabajo se diseñó como un ensayo aleatorizado, doble ciego, triple dummy, controlado con placebo y de forma activa (parches de nicotina de 21mg cada 24 horas con reducción, vareniclina 1mg cada 12 horas, bupropion 150mg cada 12 horas) durante 12 semanas y después otras 12 de seguimiento realizado en 140 centros de 16 países entre noviembre de 2011 y enero de 2015. Las principales conclusiones del estudio fueron que no se demostró un incremento significativo de efectos adversos neuropsiquiátricos atribuibles a vareniclina y

bupropion al compararlo con los parches de nicotina o el placebo y en segundo lugar que la vareniclina fue más efectivo que el placebo, que el parche de nicotina y que el bupropion en ayudar a los fumadores a conseguir abstinencia siendo bupropion y los parches más efectivos que el placebo.

4.3. REDUCCIÓN DE DAÑOS

En la dependencia a la nicotina la reducción se entiende como la disminución del número de cigarrillos diarios fumados durante un tiempo. Es importante que se valide bioquímicamente con una reducción significativa de los niveles de CO en el aire espirado. La reducción del consumo de tabaco como paso previo a la cesación completa es una de las estrategias recomendadas por los expertos^{119,120,121}. De la definición de reducción se puede destacar:

- Algunos autores manifiestan que la reducción ha de ser como mínimo del 50% del número de cigarrillos fumados diariamente. La mayoría de estudios ponen de manifiesto que los sujetos que reducen el número de cigarrillos al 50% aumentan las posibilidades de dejar de fumar al cabo de un año, en comparación con aquellos que no lo hacen^{119,121}.
- No hay un consenso sobre la duración mínima del proceso de reducción o el mantenimiento de esta reducción. Hay estudios que han demostrado que las personas que mantienen una reducción a la mitad durante un mínimo de cuatro meses, aumentan las posibilidades de dejar de fumar al cabo de un año respecto a los que no lo hacen^{119,121}.

Hay diversas razones que explican como la reducción del consumo es una opción muy utilizada. En primer lugar, la TSN puede incrementar las tasas de abstinencia si se utiliza antes de la cesación completa y ha mostrado eficacia para ayudar en procesos de reducción¹²². En segundo lugar, con tratamientos farmacológicos como la vareniclina y el bupropion, el tratamiento comienza antes de dejar de fumar, junto con una reducción progresiva del consumo y la introducción del tratamiento también acostumbra a ir seguida de una reducción.

Se han descrito dos estrategias conductuales para reducir el consumo de cigarrillos:

- Reducción jerárquica¹²³. Consiste en dejar de fumar los cigarrillos más prescindibles. Inicialmente se hace un registro del consumo de cigarrillos y su urgencia de consumo, para

después reducir un 25% el número de cigarrillos la semana siguiente, hasta un total de 50% del consumo inicial.

- Incremento temporal entre cigarrillos¹²⁴. Consiste en ir aumentando el tiempo entre cigarrillos. Igual que en el procedimiento anterior, primero se hace un registro del consumo de cigarrillos anotando la hora de su consumo, para después ir aumentando de forma progresiva el intervalo de tiempo entre los cigarrillos hasta conseguir una reducción del 50% del total del consumo.

Otra técnica más reciente usada como método de reducción es el cigarrillo electrónico. Los posibles riesgos y beneficios del cigarrillo electrónico a medio y largo plazo todavía son desconocidos, lo que ha generado un intenso debate en las revistas científicas y en los medios de comunicación. Algunos estudios defienden estos dispositivos como una herramienta útil para dejar de fumar o reducir el consumo de tabaco como estrategia de reducción de daños. Un reciente metaanálisis¹²⁵ basado en 13 estudios (dos ensayos aleatorizados controlados y 11 estudios de cohortes controlados) ha mostrado que los cigarrillos electrónicos podrían ayudar a prevenir la recaída entre las personas ex fumadoras o promover el abandono del tabaco entre los fumadores actuales, aunque no ha logrado demostrar que ayuden a dejar de fumar a largo plazo en comparación con el placebo. Sin embargo, un estudio longitudinal posterior¹²⁶ mostró que el abandono depende del tipo de cigarrillos electrónicos utilizados y de su frecuencia de uso. Por otro lado, otros estudios señalan que el cigarrillo electrónico favorece nuevos dependientes de la nicotina, en especial entre la población más joven¹²⁷, fomentando su uso dual con otros productos de tabaco, tal como demuestra otro estudio¹²⁸.

El problema principal de la reducción del consumo de cigarrillos es que ninguna cantidad de cigarrillos fumados ha demostrado ser segura. Por eso se considera que hay una reducción real de daños si la disminución del consumo es un paso que facilite la cesación posterior o si se administra nicotina por otras vías (por ejemplo, con TSN).

5. TRASTORNO MENTAL GRAVE

Se entiende como una primera aproximación al concepto como aquellos trastornos mentales graves de duración prolongada que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social¹²⁹.

No se han desarrollado unos criterios homogéneos sobre una definición del TMG. La revisión más completa del tema es la de Schinnar et al.¹³⁰, que comparó 17 definiciones de enfermedad mental grave y persistente usadas en los EEUU entre los años 1972 y 1987. Encontraron amplias variabilidades en estas definiciones, concluyendo los autores que la definición más consensuada probablemente sea la del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (National Institute of Mental Health, NIMH, 1987), que incluye tres dimensiones:

1. Diagnóstico: Incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos y aquellas psicosis que aparecen en mayores de 65 años, al considerar que podrían recibir tratamiento prioritariamente en otros servicios distintos de Salud Mental) y algunos trastornos de personalidad. Según la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (2003) cubriría los siguientes diagnósticos.

- Trastornos esquizofrénicos, F20
- Trastorno esquizotípico, F21
- Trastornos delirantes persistentes, F22
- Trastornos delirantes inducidos, F24
- Trastornos esquizoafectivos, F25
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos, F28
- Trastorno bipolar, F31
- Episodios depresivo grave con síntomas psicóticos, F32.3
- Trastornos depresivos graves recurrentes, F33.3
- Trastorno obsesivo compulsivo, F42

La inclusión de los trastornos de personalidad sigue siendo objeto de controversia, aunque dado que algunos de ellos cursan con síntomas psicóticos y graves alteraciones conductuales que pueden persistir toda la vida, se considera que sí podrían clasificarse como Trastorno Mental Grave o Severo.

2. Duración de la enfermedad y el tratamiento: superior a 2 años.

3. Presencia de discapacidad: disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medida a través de diferentes escalas como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG o también llamada Global Assessment of Functioning, GAF), que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar, y la Escala de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (DAS-I). Suelen presentar déficit en autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y/o en funcionamiento cognitivo.

Un caso particular de TMG lo constituyen los pacientes que sufren un Primer Episodio Psicótico (PEP). De acuerdo a la definición de TMG, en principio quedarían excluidos debido al menor tiempo de evolución en su enfermedad, pero el diagnóstico de psicosis, recogido en el primer punto de la definición y su posible evolución en el futuro, amenaza la recuperación funcional del paciente debido al elevado riesgo de recaída tras el primer brote. La Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009), en su publicación monográfica acerca de la atención temprana a los primeros episodios, recoge el dato de la alta probabilidad de recaída en el primer año: de los que no toma el tratamiento recaen el 60% y de los que lo continúan un 40% experimentan recidiva¹³¹.

Un número elevado de recaídas y/o la persistencia de síntomas negativos y positivos de manera casi permanente introduciría al paciente, normalmente muy joven, en el circuito de la cronicidad, precisamente en un momento vital muy delicado, terminando de configurar su identidad personal y social, al tiempo que inicia su proceso de independencia familiar y económica¹³².

Las personas con un Trastorno Mental Grave presentan una serie de características comunes¹²⁹:

- Mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Déficit en sus habilidades y capacidades para manejarse autónomamente.
- Dificultades para la interacción social, pérdida de redes sociales de apoyo que, en muchos casos, se limitan solo a la familia, y situaciones de aislamiento social.
- Dependencia elevada de otras personas y servicios sanitarios y/o sociales.
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral, lo que supone un obstáculo para su plena integración social y favorece la dependencia económica, la pobreza y la marginación.

A estas características podrían sumarse muchas más que completarían el retrato de este tipo de pacientes, sobre todo en lo relativo a sus dificultades de tratamiento:

- Inadecuada conciencia de enfermedad.
- Baja adherencia al tratamiento.
- Dificultades de vinculación a los profesionales y dispositivos.
- Presencia de comorbilidad.
- Factores de riesgo asociados (consumo de sustancias).
- Escaso autocuidado.
- Alta probabilidad de recaída y/o reingresos psiquiátricos.
- Dificultad para la estabilización clínica (riesgo de situación aguda casi continua).
- Mortalidad.

Independientemente de los criterios operativos utilizados, padecer un TMG supone un enorme deterioro personal, además de generar un alto nivel de sufrimiento entre las personas que lo padecen y las de su entorno. De ahí que la complejidad del abordaje se concreta no solo en los diferentes tratamientos farmacológicos y psicológicos disponibles, sino en la necesidad de intervención en el entorno más cercano del paciente y en otros sectores que le conciernen: necesidades sociales básicas, formación, inserción laboral, disponibilidad de recursos para el ocio, etc.

5.1. SALUD FÍSICA EN PERSONAS CON TMG

Preocuparse por la salud física de las personas con TMG supone abordar la promoción de estilos de vida saludables y la prevención y control de las patologías somáticas, que incrementan la discapacidad y la mortalidad prematura en esta población.

Es necesario aclarar que la evidencia científica que existe actualmente sobre la correlación de mayores tasas de problemas somáticos y de mortalidad para determinadas patologías, se ha obtenido principalmente de estudios realizados en personas con diagnóstico de Esquizofrenia. Aunque la prevalencia de enfermedades orgánicas está poco estudiada en personas con Trastorno Bipolar, los datos disponibles sugieren que presentan valores más elevados. El

Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar¹³³ considera que este trastorno se asocia a un notable deterioro de la salud física, debido a las dificultades derivadas de un acceso inadecuado a los servicios de prevención y tratamiento primarios de salud, a factores inherentes a la propia enfermedad, a una menor concienciación de hábitos saludables y al efecto de algunos tratamientos farmacológicos.

La Esquizofrenia se ha asociado históricamente con una mayor vulnerabilidad y mayores tasas de comorbilidad física, así como con un exceso de mortalidad. En concreto se ha demostrado que el 50% de las personas con Esquizofrenia presenta al menos una enfermedad física o psiquiátrica comórbida¹³⁴. La tasa de mortalidad respecto a la población general, es 2-3 veces más alta¹³⁵, y su esperanza de vida es menor en 15 años que la de la población general, concretamente de 57 años en hombres y de 65 años en mujeres¹³⁶. Este exceso de mortalidad es atribuible a causas evitables en una proporción 4 veces mayor a la población general, debido en un 28% a suicidio, en un 12% a accidentes y en un 60% a enfermedades somáticas¹³⁷. El riesgo de padecer estas últimas es debido a una mayor tendencia de presentar factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Los más prevalentes en personas con Esquizofrenia son: tabaquismo (71%), hipercolesterolemia (66%), hipertrigliceridemia (26%), hipertensión arterial (HTA) (18%) y diabetes (5%)¹³⁸, así como una mayor prevalencia del síndrome metabólico en esta población¹³⁹.

La prevalencia más alta de algunos FRCV en las personas con un TMG indica la importancia de las actividades de prevención y promoción de la salud dentro de la atención integral a este colectivo. Los estudios mencionados con anterioridad consideran que las personas con TMG suelen conocer los riesgos, aunque en muchas ocasiones no se preocupen lo suficientemente de ellos, por lo que hay que desarrollar actuaciones para reducir los factores de riesgo modificables. Se sabe que estas personas responden aceptablemente a los programas educativos para modificar su actitud, por lo que se recomienda desarrollar intervenciones psicoeducativas.

6. TABAQUISMO Y SALUD MENTAL

¿Por qué casi todos los jugadores (ludópatas) fuman? (...)

¿Por qué todas las prostitutas y todos los locos fuman?

Leo Tolstoi (1828-1910)

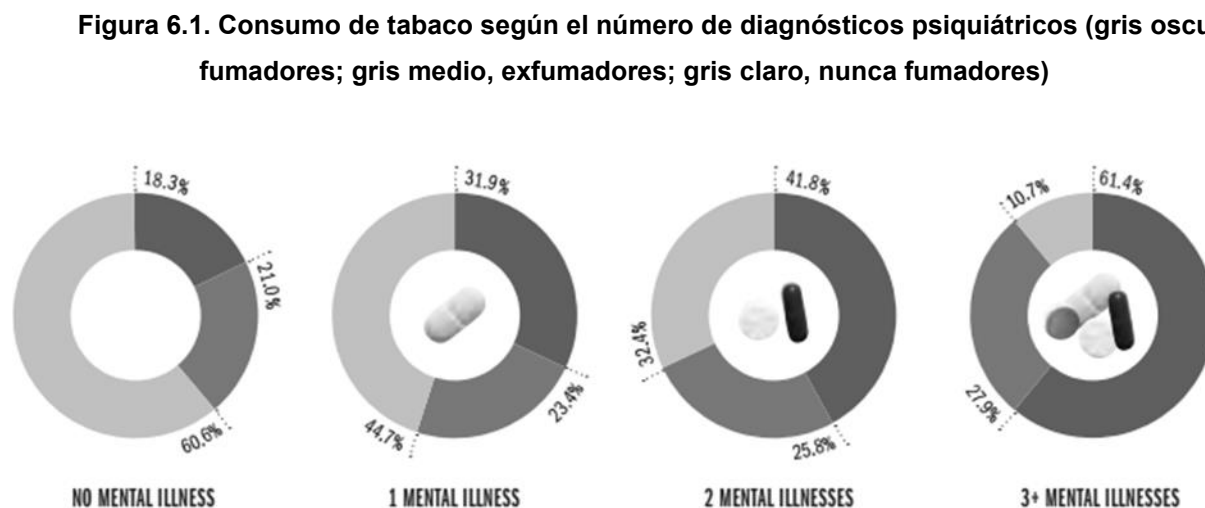
Why do men stupefy themselves?

Original en Essay and Letters (1911)

Aunque ya hace más de 100 años Tolstoi se preguntaba por qué todos los locos fumaban, es desde 1986 desde cuando propiamente la comunidad científica empieza a corroborar una fuerte asociación entre el consumo de tabaco y la presencia de sintomatología psiquiátrica¹⁴⁰. En estos años se ha encontrado una importante relación entre el consumo de tabaco y distintos trastornos relacionados con la salud mental, especialmente Depresión, Esquizofrenia, Trastornos por Uso de Sustancias y Ansiedad^{141,142,143}.

Son numerosos los estudios que establecen una prevalencia de consumo de tabaco de dos a tres veces superior entre la población con un trastorno mental que en la población general^{144,145,146}, o según algunas publicaciones recientes, incluso cinco veces superior¹⁴⁷. Se estima que en EEUU el 70% de los cigarrillos consumidos por los estadounidenses son fumados por la población con trastornos mentales¹⁴⁸.

La Figura 6.1 muestra la proporción del consumo de tabaco en función de los diagnósticos psiquiátricos presentes¹⁴⁹.

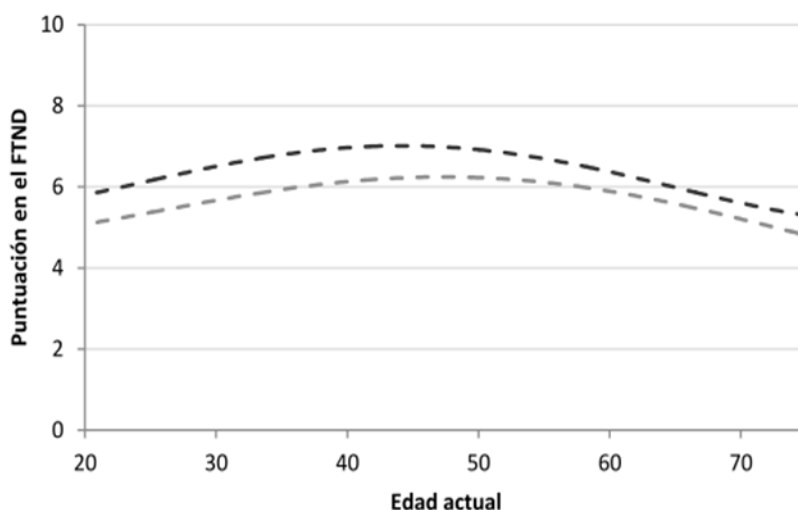


Fuente: Estudio de Eriksen et al.¹⁴⁹⁾

Además, en la población con trastornos mentales también se ha descrito^{150,151,152}:

- una adicción a la nicotina más elevada; existiendo además una relación directamente proporcional entre la intensidad de la clínica psiquiátrica y la gravedad de adicción¹⁴⁰.

Figura 6.2. Líneas de tendencia de dependencia de la nicotina medida por el Test de Fagerström (FTND) en personas con trastorno psiquiátrico (línea gris oscuro), y sin trastorno psiquiátrico (línea gris claro) en función de la edad.



Fuente: Estudio de Veiga Rodeiro¹⁵²

- un vínculo con el cigarrillo con características propias y dificultades específicas
- menor número de intentos de abandono
- mayor dificultad en la obtención de la abstinencia estable

Estas características especiales de consumo son bien descritas en el artículo de González Varea J et al.⁹¹:

“Es fácilmente observable cómo apuran cada cigarrillo hasta el filtro, ya sea realizando inhalaciones más profundas o bien presionando el filtro con el fin de conseguir una mayor dosis nicotínica. Es fácil que si se les acaba el tabaco, recojan colillas del suelo o lleguen a sustraérselo a otros usuarios. También existe una cierta camaradería entre pacientes dejándose y retornándose cigarrillos (...). El tabaco pues, se instaura como una auténtica moneda de cambio, cumpliendo además una función social, reuniéndose casi siempre las mismas personas en las salas destinadas a fumadores, creándose grupos.”

“Últimamente observamos también un aumento del consumo de tabaco de liar (...), muchas veces sin filtro, utilizando únicamente una boquilla hecha con papel o cartón.”

Las mayores tasas de prevalencia de consumo tabáquico en personas con un trastorno mental se encuentran dentro del ámbito hospitalario. León y Díaz¹⁴² llevaron a cabo un meta-análisis de 42 estudios donde encontraron que la prevalencia de consumo tabáquico era del 68% en usuarios con Esquizofrenia que estaban hospitalizados frente al 57% de los que estaban en la comunitaria.

6.1. TEORÍAS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE TABAQUISMO Y SALUD MENTAL

Existen una serie de teorías que tratan de explicar la mayor vulnerabilidad al consumo de tabaco en las personas con trastornos mentales.

Al igual que en la población general, no existe un único factor que haga más vulnerables a estas personas¹⁵³; se considera más bien una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales.

➤ Factores biológicos

La mayoría de estudios sobre la influencia de la neurobiología en tabaquismo se ha hecho en personas con Esquizofrenia. Las teorías suelen polarizarse en dos vertientes. Es la conocida “hipótesis de la automedicación”:

- Disminución de los síntomas negativos propios del trastorno (apatía, anhedonia, abulia, embotamiento afectivo, retraimiento social, etc.). La nicotina administrada incrementa la liberación de dopamina en el cerebro, la cual presenta un déficit de su actividad en la Esquizofrenia, pudiendo así reducir los síntomas negativos de la misma, incluso mejorando algunas de las deficiencias cognitivas propias del trastorno mental como la atención, la concentración y la memoria^{154,155}. No obstante, a este respecto también existen resultados contradictorios, ya que tales beneficios no se han encontrado en otros estudios^{156,157}.
- Disminución de los síntomas extrapiramidales secundarios al tratamiento con antipsicóticos, debido a las propiedades farmacodinámicas y farmacocinéticas de los fármacos antipsicóticos y cómo se ven afectadas por los componentes del tabaco¹⁵⁸. Varios estudios han encontrado que las personas fumadoras presentan una menor prevalencia y gravedad de síntomas extrapiramidales en comparación con los pacientes que no fuman^{159,160}. No obstante, existe una gran controversia acerca de este aspecto ya que estos resultados no siempre han sido consistentes¹⁶¹.

Además, son varios los estudios que sugieren la posibilidad de un hipotético factor biológico como responsable de la mayor prevalencia de consumo de tabaco en personas con trastornos mentales, ya que esta elevada prevalencia ha sido registrada en diferentes países y culturas¹⁶¹. Incluso, los estudios de Beratis et al.¹⁶² señalan que el 86-90% de los pacientes fumadores comenzaron a hacerlo antes de recibir el diagnóstico. Weiser et al.¹⁶³ indican que aquellas personas que están en riesgo de desarrollar una esquizofrenia también presentan factores de riesgo para empezar a fumar.

➤ Factores psicológicos

Algunos aspectos conductuales en personas con trastornos mentales pueden condicionar una mayor tendencia al consumo de tabaco. El hecho de fumar suele presentar una mayor funcionalidad en esta población y un mayor valor instrumental, pudiendo verse incrementada la actividad placentera de la nicotina per se¹⁵²:

- por presentar un estado anímico basal más bajo
- porque con mayor frecuencia, estas personas no obtienen (o lo hacen parcialmente) las gratificaciones esperables en las relaciones sociales

También, cuando se les pregunta por qué fuman, responden más frecuentemente que la población general que lo hacen para clamar su ansiedad y que fuman más cuando tienen mayor sintomatología ansiosa. Sin embargo, la evidencia científica muestra que fumar no es ansiolítico (salvo en los primeros instantes), sino ansiogénico^{146,164}.

➤ Factores sociales

Desde un punto de vista social, las personas con un trastorno mental fumadoras han utilizado el tabaco como una herramienta para afrontar la monotonía, además de constituir un acto social que les ayuda a establecer relaciones^{165,166}.

Además, el personal sanitario ha jugado un importante papel sobre todo en lo referente a la cesación tabáquica en esta población, influyendo en que el consumo de tabaco fuese más universal.

6.2. CARACTERÍSTICAS SEGÚN LAS PATOLOGÍAS

6.2.1. Trastornos psicóticos

Las psicosis son un grupo de trastornos que se caracterizan fundamentalmente por la pérdida del juicio de la realidad y la aparición de alteraciones de la percepción, el pensamiento, la afectividad y la conducta. Presentan un curso recurrente y una tendencia a la cronicidad en diversos grados.

Dentro de los trastornos psicóticos, la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) incluye diferentes trastornos como la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, esquizoafectivo, delirante, psicótico causado por una enfermedad médica, psicótico inducido por sustancias y psicótico no especificado. De estos trastornos, el más frecuente es la esquizofrenia que afecta al 1% de la población general, siendo más frecuente en las poblaciones urbanas y en las clases sociales menos favorecidas^{167,168}.

El consumo de tabaco tiene una alta prevalencia en personas con trastornos psicóticos, entre el 60-64% en pacientes ambulatorios y del 88-92% en pacientes crónicos hospitalizados^{105,169}. Además, esta población presenta mayores tasas de dependencia nicotínica moderada-grave¹⁰⁵.

Se ha establecido una relación directamente proporcional entre la intensidad de la clínica psiquiátrica y la gravedad de la adicción al tabaco^{105,170}.

Esta mayor prevalencia y dependencia nicotínica se asocia con una morbimortalidad elevada. De hecho, las personas con esquizofrenia presentan una tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular y respiratoria más elevada que la población general¹⁷¹.

Parece haber consenso en la literatura científica en que uno de los motivos que dificulta el cese del tabaquismo entre las personas con esquizofrenia es la percepción de la mejoría de los síntomas negativos^{154,172}. Esto se debe a que una de las funciones de la nicotina en el sistema nervioso central es el aumento de la actividad dopaminérgica en la corteza frontal. Como los síntomas negativos (apatía, anhedonia, pérdida en la concentración, memoria y atención, déficit motor, etc.) ocurren por alteración en la neurotransmisión dopaminérgica frontal, la nicotina actúa como antagonista temporario de estos síntomas^{173,174}. En relación a los síntomas positivos (delirios, alucinaciones, alteraciones en el habla, etc.) existe una controversia respecto al efecto de la nicotina en su presentación. Los síntomas positivos ocurren debido a una hiperactividad del

sistema dopaminérgico en la región mesolímbica del SNC, lo que lleva a creer que la nicotina podría agravar estos síntomas¹⁷⁵. Algunos estudios demuestran que el tabaquismo está asociado al aumento de los síntomas positivos^{162,176}.

Es importante mencionar que el consumo de nicotina puede ser la puerta de entrada al consumo de otras sustancias tóxicas, ya que se establecen los caminos de la adicción. Esto, asociado con la vulnerabilidad por causas sociales, aumenta el riesgo de presentar dependencia de otras sustancias¹⁰⁵.

Es importante hacerles ver las ventajas que presenta la cesación tabáquica. Además, de las ya conocidas y mencionadas anteriormente, ofrecen:

- Desde el punto de vista social y económico, fumar empieza a tener connotaciones negativas en la sociedad actual y la manera compulsiva de fumar de estas personas contribuye todavía más a su estigmatización¹⁷⁷.
- Por otro lado, las personas con trastornos psicóticos tienen un nivel económico bajo-moderado a causa de su incapacidad laboral desde la primera juventud, y la elevada dependencia del tabaco les comporta que inviertan la mayor parte de su renta en la manutención del tabaquismo^{144,178,179}.
- Teniendo en cuenta la dificultad que algunas de estas personas presentan en determinadas habilidades, cumplimiento de objetivos, etc., conseguir la cesación tabáquica puede mejorar su autoestima.
- El trastorno psiquiátrico no empeorará al dejar de fumar. En cuanto a la esquizofrenia, la mayoría de estudios no detectan un empeoramiento grave de los síntomas, más allá de las molestias del síndrome de abstinencia o la neuroadaptación del funcionamiento sin nicotina¹⁸⁰.
- La cesación tabáquica permite la disminución de la dosis de algunos medicamentos entre los cuales se encuentran los antipsicóticos clorpromacina, clozapina, haloperidol y olanzapina^{181,182}.

En referencia al momento idóneo para plantear el proceso de cesación tabáquica en las personas con un trastorno psicótico, es condición necesaria que en el momento de realizar la intervención la persona se encuentre estabilizada (o al menos parcialmente estable) respecto a su trastorno^{181,182}. Como ya se ha comentado en un apartado anterior, en algunos casos se lleva a cabo una reducción del consumo como estrategia intermedia, previo paso a la cesación completa.

Se considera que el personal sanitario especializado en psiquiatría es el más indicado para realizar una intervención sobre consumo de tabaco en estas personas¹⁸³.

6.2.2. Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo también son conocidos como trastornos afectivos, e incluyen todos los tipos de depresión y de trastorno bipolar. Dentro de los trastornos del estado de ánimo, el DSM-5 describe episodios de carácter depresivo definidos por estado de ánimo deprimidos y pérdida del interés o sensación de placer, y episodios maníacos en los cuales destaca un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.

La prevalencia de consumo de tabaco en las personas que sufren un trastorno del estado de ánimo es elevada. Se ha establecido que las personas con depresión presentan el doble de probabilidad de ser fumadoras que las personas sin depresión¹⁸⁴, y que un 30% de los individuos con un trastorno depresivo fuma¹⁰⁵. Así mismo, se ha descrito que los fumadores con un trastorno depresivo mayor presentan tasas más elevadas de adicción a la nicotina¹⁸⁵. Se estima que las personas diagnosticadas de un trastorno bipolar son fumadoras en el 60% de los casos¹³³.

Los estudios revelan una importante reducción en la gravedad de los síntomas depresivos al consumir nicotina¹⁸⁶, ya que ésta disminuye las concentraciones de monoamino-oxidasa (MAO-A i MAO-B), efecto parecido al que se observa con los antidepresivos inhibidores de la MAO¹⁸⁷.

Es relevante aclarar en estas personas si la cesación del consumo de tabaco puede empeorar la clínica que presenta el trastorno del estado de ánimo, ya que a veces es difícil diferenciar los síntomas depresivos propios del trastorno de los síntomas vinculados al síndrome abstinencial¹⁰⁵. Los estudios centrados en el curso del trastorno depresivo en personas que habían dejado el consumo de tabaco presentan resultados contradictorios. Por un lado, existen grupos de trabajo que determinan que hay un incremento del riesgo de recaída¹⁸⁸, mientras que algunos autores confirman que la cesación tabáquica no afecta a la evolución del trastorno depresivo^{189,190,191}, o incluso la mejoran según estudios más recientes^{192,193,194}.

Al igual que en las personas con trastornos psicóticos en ocasiones es recomendable una reducción del consumo como paso previo a la cesación. Es conveniente que ésta comience cuando las personas se encuentren estables y no presenten síntomas agudos graves, pero no hay consenso sobre cuál es el momento más adecuado para iniciarla. De hecho, en el estudio de Prochaska et al.¹⁹⁵ está descrito que personas que aun presentando sintomatología activa refieren querer dejar de fumar (79%) y que un porcentaje no despreciable (24% en el mismo estudio)

refiere mostrarse preparado para iniciar cambios en su consumo tabáquico. Incluso se establece que la gravedad de la sintomatología depresiva o la historia de episodios de depresión no parecían influir en la disposición para el cambio.

6.2.3. Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad son un grupo de enfermedades que se caracterizan por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo y que provocan un malestar notable o un deterioro significativo de la actividad de la persona. Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes¹⁰⁵.

El consumo de tabaco en esta población es elevado, variando los porcentajes desde un 47%¹⁹⁶ a un 87%¹⁹⁷ según los autores. Algunos estudios apuntan que el consumo de tabaco aumenta el riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad, y que estos fumadores presentan síntomas de abstinencia más graves al dejar de fumar^{197,198}.

La mayoría de fumadores confirman que el tabaco les resulta relajante, sin embargo, se ha observado que el estrés es más elevado en fumadores que en personas no fumadoras o exfumadoras^{194,199}.

Uno de los factores principales de las personas con trastornos de ansiedad es el miedo a sufrir ansiedad, por lo que es importante incidir en las evidencias de la reducción de ansiedad asociada con la abstinencia a medio y largo plazo.

Al igual que en otros grupos de población con trastorno mental se aconseja en determinadas ocasiones la reducción del consumo de tabaco previo a la cesación completa. Esta fase de reducción se puede iniciar cuando las condiciones psicológicas o emocionales de la persona con ansiedad no son las adecuadas para emprender una cesación.

6.2.4. Trastornos por uso de sustancias

Los trastornos por uso de sustancias (TUS) son enfermedades crónicas y recidivantes caracterizadas por un consumo compulsivo de drogas y la pérdida del control del mismo. El TUS es el resultado de la combinación de factores personales, ambientales y relacionados con la sustancia.

El alcohol y el tabaco son las sustancias más consumidas en España, aunque en los últimos años se ha observado un incremento del consumo de cocaína y cannabis¹⁰⁵. La coexistencia de diversos trastornos adictivos hace más complejo el abordaje del tabaquismo.

Según la literatura científica las personas con un TUS consumen más cigarrillos diariamente e inician el consumo de tabaco más temprano que el resto de la población^{200,201}. Según un estudio australiano²⁰² realizado en la población general, muestra que los fumadores tienen una probabilidad 5 veces más elevada que los no fumadores de cumplir criterios para un trastorno por dependencia al alcohol, una probabilidad 5.5 veces más alta de sufrir un trastorno por dependencia a hipnosedantes, estimulantes y opioides y de hasta 9 veces más elevada en la asociación con el cannabis.

El momento en que la persona con TUS muestra mayor motivación para suprimir el consumo de tabaco suele ser cuando ha iniciado su abstinencia de alcohol (en caso de personas con una dependencia al alcohol)²⁰³ o en el caso de personas con adicción a opiáceos, cuando se encuentran estabilizados en un programa de mantenimiento de metadona²⁰⁴.

La fase de cesación en estas personas merece una especial mención, ya que se trata de la cesación de dos sustancias: el tabaco y la sustancia comórbida. A nivel clínico, el tratamiento del tabaquismo de forma simultánea ha generado temor a un posible empeoramiento de la evolución del trastorno por consumo de otras sustancias. En un metanálisis se revisaron diecinueve ensayos controlados. Doce estudios incluían participantes que recibían tratamiento para otras adicciones y se incluían pacientes que ya habían completado el tratamiento. Se detectó una tendencia significativa hacia una abstinencia más elevada de la nicotina en aquellos sujetos con trastorno adictivo comórbido estable (38% frente a un 12%); por otra parte, la intervención sobre el tabaco no afectaba la abstinencia de otras sustancias²⁰⁵. En diferentes revisiones sistemáticas publicadas recientemente, se ha demostrado que la intervención en tabaco en este grupo de pacientes no empeoraba la evolución de otras adicciones^{206,207}.

Finalmente es importante tener en cuenta la elevada comorbilidad de las personas con TUS de otros trastornos psicopatológicos²⁰⁸.

6.2.5. Trastornos de la personalidad

La personalidad se define como el conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona, siendo relativamente estables y predecibles. Cuando estos rasgos de

personalidad son inflexibles, desadaptativos y causan deterioro funcional significativo y/o malestar subjetivo, se considera que la persona sufre un trastorno de la personalidad.

Las personas con un trastorno de personalidad tienen una prevalencia de consumo de tabaco mayor que la población general, especialmente los afectados de trastorno paranoide, límite y antisocial¹⁰⁵. En cambio, las personas diagnosticadas de trastorno obsesivo-compulsivo y las que presentan rasgos obsesivos marcados en la personalidad fuman menos, probablemente por una mayor preocupación, ansiedad y un sentido de la responsabilidad desmesurado, así como probables rituales de limpieza¹⁰⁵.

Son escasos los estudios que facilitan datos epidemiológicos y de resultados de tratamiento y pronóstico en las personas con un trastorno de la personalidad. Aun así, la falta de evidencia no es motivo para no realizar una intervención sobre tabaquismo en esta población.

6.3. TASAS DE CESACIÓN TABÁQUICA EN POBLACIÓN CON UN TRASTORNO MENTAL

El estudio de Shroeder y Morris²⁰⁹ muestra el porcentaje de personas que ha conseguido una cesación tabáquica según el tipo de patología psiquiátrica que presenta o la ausencia de la misma (Tabla 6.1).

Tabla 6.1. Tasa de abandono de tabaco en la población estadounidense.

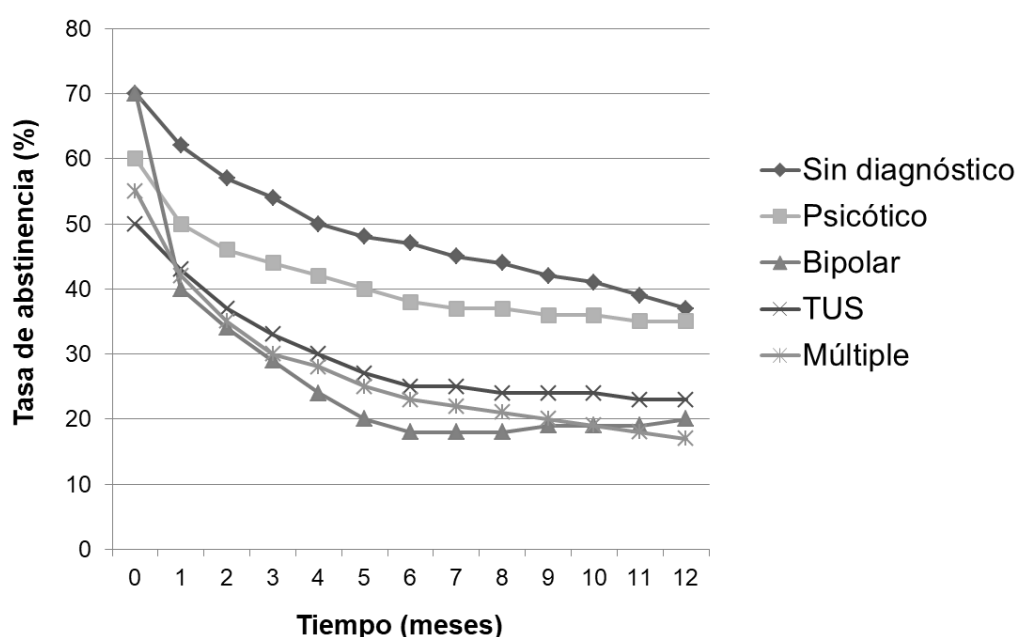
Diagnóstico	Tasa de abandono del tabaco (%)
Ningún trastorno psiquiátrico	42.5
Trastornos de ansiedad	
Fobia social	33.4
Trastorno de estrés postraumático	28.4
Agorafobia	33.5
Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	32.7
Trastorno de pánico	41.4
Trastorno del estado de ánimo	
Depresión mayor	38.1
Distimia	37.0
Trastorno bipolar	16.6
Trastorno psicótico (no afectivo)	27.2

Fuente: Adaptación del estudio de Schroeder y Morris²⁰⁹

Se observa que ninguna patología psiquiátrica es incapacitante para dejar de fumar y que en todas ellas existe un porcentaje que ha conseguido la abstinencia mantenida. Sin embargo, se aprecia que en ninguna patología psiquiátrica se llega a los niveles de cesación de la población sin trastornos, encontrándose grandes diferencias en el caso del trastorno bipolar (16% frente al 42.5% de la población no psiquiátrica) y en las personas con trastornos psicóticos (27.2% versus 42.5%).

Los resultados del estudio de Veiga Rodeiro¹⁵² muestran un fenómeno similar al anterior estudio, observándose cómo las tasas de abstinencia de las personas con un trastorno mental son inferiores a las de la población general (Figura 6.3)

Figura 6.3. Evolución de la tasa de abstinencia en los diagnósticos trastorno psicótico, trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias, en comparación con aquellos sin diagnóstico y con múltiple diagnóstico.



Fuente: Adaptación del estudio de Veiga Rodeiro¹⁵²

Este mismo estudio¹⁵² analiza que posibles variables pueden explicar las menores tasas de cesación tabáquica a largo plazo en las personas con trastornos mentales. Se encuentra que las personas con un diagnóstico psiquiátrico previo puntúan más en toda una serie de variables:

- mayor adicción a la nicotina
- mayor sintomatología depresiva
- mayor estrés
- menor apoyo familiar
- menor tiempo de abstinencia máxima alcanzada en intentos previos

Éstas son variables que en el total de la muestra se asocian con una menor tasa de cesación, lo cual podría justificar (al menos parcialmente) estas menores tasas encontradas en esta población.

6.4. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS ENTRE EL TABACO Y OTROS TRATAMIENTOS

Un aspecto importante a nivel farmacológico es conocer cómo interaccionan las sustancias que se introducen en el organismo a través del consumo de tabaco con los medicamentos utilizados para el tratamiento de las patologías psiquiátricas.

No debemos olvidar que los pacientes psicóticos tienen una alta prevalencia conjunta de tabaquismo y de consumo de cafeína, habitualmente en cantidades muy elevadas; pudiendo afectar al metabolismo principalmente de los fármacos antipsicóticos (Tabla 6.2)

Tabla 6.2. Efectos metabólicos de la cafeína y el tabaco sobre los fármacos antipsicóticos.

Fármaco	Metabolismo	Efecto del tabaco	Efecto de la cafeína
Aripiprazol	CYP2D6, CYP3A4	0	0
Clozapina	CYP1A2, UGT	DN >50% FC: 1.5-2.5	AN FC: 0.6
Haloperidol	CYP2D6, CYP3A5, UGT	DN: 0-20%	Ninguno conocido
Olanzapina	CYP1A2, UGT	DN: 40%	AN
Risperidona	CYP2D6, CYP3A4	0	0
Quetiapina	CYP3A4	0	0
Ziprasidona	Aldehído oxidasa, CYP3A4	0	0

Fuente: Adaptación del estudio de Pinninti et al.²¹⁰ AN: ascenso de niveles, DN: descenso de niveles, FC: factor de corrección, UGT: glucoronosil transferasa.

Aunque las interacciones se deben fundamentalmente al consumo de tabaco, desde el punto de vista clínico pueden hacerse más relevantes cuando éste desaparece, es decir, en el momento de la cesación puede ser necesario ajustar las dosis de algunas medicaciones.

La principal interacción se debe a los hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP) contenidos en los cigarrillos. Los HAP inducen el citocromo P-450 (CYP), concretamente las isozimas CYP1A1 y CYP1A2, lo que da lugar a la disminución de la concentración en sangre de algunos fármacos metabolizados por dichas isozimas. Los fármacos utilizados en Salud Mental y que son metabolizados por CYP1A1 y CYP1A2 quedan reflejados en la Tabla 6.3.

Tabla 6.3. Fármacos psicoactivos cuyas concentraciones plasmáticas son menores en las personas fumadoras.

Antipsicóticos	Antidepresivos	Otros
Clorpromacina	Fluvoxamina	Tacrina (usado en enfermedad de Alzheimer)
Clozapina	Mirtazapina	Melatonina (usado en trastornos del sueño)
Haloperidol		
Olanzapina		

Fuente: Adaptación del estudio de Anderson y Chan²¹¹

Teniendo en cuenta esto, se debería disminuir la dosis de estos fármacos durante el proceso de cesación tabáquica, ya que al desaparecer el mecanismo de inducción del CYP por parte de los HAP, la concentración en sangre (y por tanto, sus efectos) aumentará.

Igualmente, algunos fármacos utilizados en el tratamiento de las patologías psiquiátricas interactúan con el metabolismo de la nicotina. Ésta se metaboliza en la isozima CYP2A6 del citocromo P-450. Sobre esta isozima actúan algunos fármacos de distinta forma (Tabla 6.4):

- algunos inducen su funcionamiento, disminuyendo la concentración de nicotina en sangre
- Otros inhiben el funcionamiento, aumentando la concentración en sangre

Tabla 6.4. Fármacos psicoactivos que alteran la concentración plasmática de nicotina.

Fármaco	Mecanismo	Nicotina
Carbamazepina	Inducción	↑
Selegilina y tranilcipromina	Inhibición	↓

Fuente: Adaptación del estudio de Anderson y Chan²¹¹

Los fármacos de esta tabla podrían ser relevantes en el proceso de cesación tabáquica en aquellas personas que utilizaran la Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN) en cualquiera de sus formas.

7. PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL: ACTITUDES Y PERSPECTIVAS

Tradicionalmente el tabaco ha formado parte del mundo de la psiquiatría, más concretamente de los hospitales psiquiátricos. Durante años ha prevalecido la creencia de que el tabaco es una fuente de placer y confort para las personas que padecen un trastorno mental y la utilidad de éste para incrementar la capacidad de socialización. Se ha llegado a utilizar el tabaco como una herramienta terapéutica para modificar conductas a través de premios y castigos^{212,213}, incluso creyendo que fumar con los pacientes mejoraba la relación terapéutica^{212,213,214}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la implementación de espacios sin humo en todos los dispositivos sanitarios y sus alrededores²¹⁵. En España, el día 2 de enero de

2011 se inicia la aplicación de la Ley 42/2010²¹⁶, por la cual no se permite fumar en los hospitales y en lo referente a la salud mental, a las unidades de hospitalización breve de psiquiatría. Las unidades de media y larga estancia tienen una disposición adicional “Centros o establecimientos psiquiátricos. En los establecimientos psiquiátricos de media y larga estancia se permite fumar a los pacientes en las zonas exteriores de los edificios al aire libre o en una habitación cerrada y habilitada para tal efecto, estando debidamente y visiblemente señalizada, así como disponer de ventilación independiente o de otros dispositivos para la eliminación de humos”. La implementación de esta ley ha supuesto un desafío para las unidades de salud mental, ya que se hace necesaria una intervención multidisciplinar con la implicación de todos los profesionales.

Revisando la literatura científica, se ha demostrado que el profesional de la salud mental suele anticipar más problemas relacionados con la prohibición total de fumar de los que realmente acaban habiendo^{217,218}. El personal suele temer que las prohibiciones totales de fumar aumenten el estrés y la ansiedad en el paciente, provocando un mayor número de alteraciones de conducta y solicitud de altas voluntarias. Sin embargo, son numerosos los estudios que avalan la aceptación y la eficacia de la prohibición total de fumar en las unidades de hospitalización de salud mental, sin haber aumentado las alteraciones conductuales ni el estrés de los pacientes^{219,220}. El temor al incremento de las alteraciones conductuales y la solicitud de altas voluntarias en las unidades donde se aplica la normativa sin humo se ha descrito como una de las principales barreras del personal sanitario para la implementación de la prohibición total de fumar²¹⁴, aunque posteriormente estos problemas suelen ser mínimos, como se ha descrito anteriormente.

Son varios los estudios de la literatura científica que han analizado las resistencias a esta prohibición de fumar por parte de los profesionales de la salud mental.

En un primer lugar, se ha descrito una mayor oposición por parte del personal fumador, que trabaja en unidades de hospitalización y más concretamente del personal de enfermería en comparación con otros profesionales²¹⁸. Existen mayores tasas de tabaquismo entre el personal de enfermería de salud mental en comparación con enfermeras que trabajan en otros ámbitos asistenciales^{221,222}. La actitud del personal fumador comparada con la de los no fumadores ha sido analizada por la literatura científica y se relaciona habitualmente con una actitud más negativa hacia las prohibiciones completas y una menor probabilidad de que estos profesionales recomienden a los pacientes fumadores que intenten dejar de fumar^{223,224}.

También existe la creencia de que el hecho de dejar de fumar empeora la evolución de la patología mental y/o adictiva de base en el paciente y que puede comportar problemas en el ajuste farmacológico del tratamiento antipsicótico^{225,226}. El mito de que el paciente de salud mental

y adicciones “no puede dejar de fumar” también limita la implementación de la prohibición de fumar y de su tratamiento.

Otra barrera encontrada es la percepción que tiene el profesional de la salud mental sobre la importancia de otros problemas psicopatológicos y médicos que requieren de una atención más inmediata que abandonar el consumo de tabaco²²⁷. En el estudio de Keizer I et al.²²⁸ se realizó una encuesta entre los profesionales de la salud mental sobre las prácticas y prioridades del tratamiento del tabaco en estos pacientes y las respuestas pusieron de manifiesto que, aunque consideraban que el tabaco era un problema importante en esta población y que los pacientes podían dejar de fumar, las funciones del hospital consistían en dar información y reducir el número de cigarrillos durante el ingreso, más que ofrecer tratamiento de cesación tabáquica.

Existe otra barrera relacionada con la actitud del personal y es la falta de formación que se ha ofrecido sobre el tratamiento de la dependencia al tabaco en el paciente de salud mental²²⁹. En muchas ocasiones se ha detectado que el personal no suele preguntar sobre el consumo de tabaco a los pacientes, no ofrece consejo sobre el abandono ni ofrece el tratamiento de forma regular en el caso que el paciente manifieste interés²³⁰. Según el estudio de Kulkarni M et al.²³¹, el 48% de los profesionales de la salud mental consideran que el tratamiento del tabaquismo en sus pacientes no es su responsabilidad.

Por último, en un metanálisis reciente sobre diversos estudios que evalúan las motivaciones de los profesionales sobre el tratamiento del tabaquismo en pacientes de salud mental, quedaba claro la presencia de una cultura del tabaco, en la que se aceptaba que estos pacientes son fumadores al mismo tiempo que se valoraba como una elección personal del paciente más que como una enfermedad adictiva. Incluso, en algunos estudios, se ponía de manifiesto la creencia de algunos profesionales de que fumar es una necesidad de los pacientes de salud mental, así como una herramienta terapéutica útil²³².

En Cataluña, desde la entrada en vigor de la ley, las unidades de hospitalización han ido incorporando de forma progresiva políticas de control de tabaco consiguiendo la prohibición completa del consumo de tabaco dentro de los recintos hospitalarios. Sin embargo, este consumo todavía no es abordado por los profesionales de la salud mental con la misma intensidad que otras enfermedades crónicas y recidivantes. El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) alienta a este personal sanitario a “integrar la prevención y cesación del consumo de tabaco como parte de su práctica regular de enfermería”²³³.

Es aquí cuando nos debemos plantear ¿hasta cuándo vamos a seguir ignorando este problema a nivel mundial? ¿Por qué las intervenciones sobre abordaje al tabaquismo cobran más

importancia entre la población general que entre la población psiquiátrica? ¿Qué debemos y podemos hacer el personal sanitario para abordar esta temática? Si están ampliamente documentados los efectos tóxicos del tabaquismo en la literatura científica, ¿realmente sería tan perjudicial su abandono entre las personas con un trastorno mental? Estas son las preguntas que han motivado la realización de esta tesis doctoral.

8. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Consideramos importante que esta investigación sobre una intervención en tabaquismo en personas con un trastorno mental vinculadas a diferentes servicios de la red verifique las siguientes hipótesis:

- Las personas con un trastorno mental grave están motivadas para abandonar el consumo de tabaco
- Abordar el consumo de tabaco genera motivación para una cesación tabáquica completa posterior o una reducción del consumo en su defecto en personas con un trastorno mental grave
- Existen diferencias en el grado de motivación y de abstinencia en relación al servicio de la red de salud mental donde el usuario se encuentre vinculado
- Una intervención enfermera sobre tabaquismo resulta eficaz para aumentar la motivación e incrementar la probabilidad de abandonar el consumo de tabaco en personas con un trastorno mental grave

En función de estas hipótesis, los objetivos planteados han sido:

Objetivo general:

Evaluar la efectividad de una intervención enfermera especializada sobre abordaje al tabaquismo para motivar en la reducción del consumo de tabaco o una cesación tabáquica completa a personas con un trastorno mental grave que están vinculadas a diferentes servicios de la Red de Salud Mental del distrito de Sant Martí en Barcelona (Servicio de Rehabilitación media y larga estancia, Hospitalización Parcial y Atención Comunitaria).

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la muestra general objeto de estudio, así como las muestras de los distintos servicios de la Red de Salud Mental.
2. Describir el consumo de tabaco y otras sustancias psicoactivas en la muestra general objeto de estudio, así como en las muestras de los distintos servicios de la Red de Salud Mental.
3. Evaluar la eficacia a corto plazo de una intervención sobre abordaje al tabaquismo en la muestra general objeto de estudio, así como en los servicios de la Red de Salud Mental.
4. Determinar el grado de conocimiento de los usuarios sobre el consumo tabáquico antes y después de la intervención de estudio.
5. Valorar las variables biológicas a través de la medición de las cifras de tensión arterial, la frecuencia cardíaca, los niveles de saturación de oxígeno y la cooximetría.
6. Evaluar la eficacia a medio y largo plazo de la intervención a estudio en la muestra general objeto de estudio, así como en los servicios de la Red de Salud Mental; mediante el seguimiento de las variables a los 3, 6 y 12 meses.
7. Identificar la etapa de cambio en la que se encuentran los usuarios durante la intervención y en su posterior seguimiento, así como avanzar a la etapa siguiente según el modelo de cambio de Prochaska y DiClemente.

8. Conocer la experiencia y opinión de los usuarios sobre la prohibición de fumar en los servicios de estudio según la Ley 42/2010.
9. Comparar los resultados entre los diferentes servicios, recopilando información sobre la posibilidad de influencias según el tipo de servicio de vinculación.



Vieja fumando. Marcos Cascon Sánchez

CAPÍTULO II. DESARROLLO EMPÍRICO

*Fumar por la nicotina;
morir por fumar*

Michael A. H. Russell (1932-2009). Psiquiatra

9. MATERIAL Y MÉTODOS

9.1. DISEÑO DE ESTUDIO

El estudio siguió una metodología científica basándose en una investigación cuantitativa de tipo analítico cuasiexperimental. Se llevó a cabo mediante una cohorte experimental, del tipo pre-post. Se aplicó una intervención sobre tabaquismo a los usuarios, evaluando posteriormente su eficacia y las diferencias en su consumo, la motivación, la gravedad de la dependencia y el grado de autoeficacia para el abandono tabáquico previa y posterior a la intervención, así como en los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses de finalizada.

9.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en diversos servicios de la Red de Salud Mental del Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD) del Consorci Mar Parc de Salut de Barcelona.

El INAD es un proveedor público de servicios de salud mental y de adicciones fruto de la fusión del Instituto de Atención Psiquiátrica: Salud Mental y Toxicomanías (IAPS) y el Centro Asistencial Dr. Emili Mira. Este Instituto actúa en el ámbito territorial de la Región Metropolitana de Barcelona y focaliza su actividad, mayoritariamente, en el Área Barcelona Litoral Mar y en los Sectores Sanitarios del Barcelonés Norte (Santa Coloma de Gramenet, Badalona y Sant Adrià del Besós) y del Baix Maresme (Montgat, Tiana, Teià i Ocatà) (Figura 9.1). La población del territorio de referencia se sitúa alrededor de los 900.000 habitantes. La actividad del INAD abarca el 40% de la atención en salud mental de la ciudad de Barcelona, posicionándolo como el mayor proveedor de atención a la salud mental y adicciones de toda la ciudad.

Figura 9.1. Territorio de referencia del INAD



El Instituto tiene como objetivo la atención clínica, diagnóstico y tratamiento de manera personalizada, eficaz, eficiente y segura de las personas de las comunidades de referencia con trastornos psiquiátricos (incluyendo toxicomanías) o en riesgo identificable a sufrirlo, incorporando también el pronóstico y el curso de la enfermedad como herramientas de gestión clínica.

Ofrece una amplia cartera de servicios que se desarrolla en dos ámbitos claramente diferenciados, la salud mental y las adicciones, y que engloba la atención especializada en diferentes niveles asistenciales: atención de urgencias, atención de agudos y crisis con hospitalización total o de día, atención ambulatoria multidisciplinar intensiva de acogida rápida y coordinación con la red de atención psiquiátrica para el continuum asistencial.

El Parc de Salut Mar al cual pertenece el INAD, es miembro de la Xarxa Catalana d'Hospitals sense fum desde el año 2000, por lo que sus recintos están exentos de humo de tabaco y así está señalizado.

El programa de Intervención enfermera sobre abordaje al tabaquismo se realizó en cuatro servicios diferentes de la Red de Salud Mental de la que dispone el INAD. Todos ellos abarcan a personas empadronadas en el distrito de Sant Martí de Barcelona, y son: Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de media estancia (Subagudos del Centro Forum), Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de larga estancia (Alta Dependencia Psiquiátrica), Hospital de Día (Centro Forum) y los Centro de Salud Mental de Adultos de Sant Martí Nord y Sant Martí Sud (Figura 9.2).

Figura 9.2. Área geográfica donde se desarrolló el estudio



La Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de media estancia Subagudos del Centro Forum es un dispositivo hospitalario que atiende a personas con una situación psicopatológica que

persiste después del tratamiento habitual (Centros de Salud Mental y/o Unidad de Hospitalización Breve), y donde se proporcionan terapias rehabilitadoras. La estancia media es de tres meses aproximadamente, el tiempo necesario para conseguir los objetivos consensuados para cada persona a través de un abordaje intensivo clínico y rehabilitador.

La unidad dispone de 20 camas para personas con un TMG, los cuales presentan reingresos repetidos en las unidades de hospitalización breve de agudos, una evolución tórpida y refractaria al tratamiento, sobrecarga del soporte familiar, abandono del tratamiento y no vinculación y/o alternativa de vivienda al alta.

La Unidad de Alta Dependencia Psiquiátrica (UADP) del Centro Forum es un dispositivo hospitalario de 10 camas destinado a la rehabilitación de larga estancia de personas con un TMG, con una duración máxima de 2 años. Pretende conseguir la máxima autonomía y calidad de vida, promoviendo la participación e integración del usuario, elaborando un plan terapéutico integral individualizado, dando apoyo a la familia y coordinándose con otros recursos en caso necesario.

El Hospital de Día del Centro Forum es un recurso sanitario, terapéutico y rehabilitador, de carácter temporal y con indicación específica para personas con un TMG. Dispone de un máximo de 12 plazas y el periodo terapéutico es variable según el proceso de cada persona. Los programas (adherencia al tratamiento, habilidades sociales, superación del estrés, etc.) son pactados entre los profesionales, el usuario y la familia. El objetivo es promover la reinserción social, familiar y laboral; así como vincular a la persona a su recurso asistencial habitual.

Por último, los Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) son un servicio de atención especializada y de apoyo a la atención primaria de personas mayores de 18 años que padecen un trastorno mental. El equipo de enfermería se encarga fundamentalmente de las personas incluidas en el Programa TMG.

9.3. JUSTIFICACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño muestral necesario se calculó en base a las diferencias esperadas antes-después respecto a la puntuación obtenida en el test de motivación para dejar de fumar de Richmond. Para un test T de Student de datos relacionados, con una potencia estadística del 80% y un error alfa de 0.05, se necesitaban 24 pacientes para detectar como estadísticamente significativa una diferencia equivalente a dos tercios desviación estándar. Se asumió una pérdida máxima de seguimiento del 25%.

9.4. POBLACIÓN DIANA

La intervención se centró en aquellos usuarios fumadores vinculados a la Red de Salud Mental del INAD en Barcelona, concretamente en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de media estancia, Unidad de Alta Dependencia Psiquiátrica, el Hospital de Día del Centro Forum y los Centro de Salud Mental de Adultos del distrito de Sant Martí.

9.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

9.5.1. Criterios de inclusión

- Usuarios varones y mujeres mayores de 18 años.
- Usuarios vinculados a cualquiera de los diferentes servicios donde se realizó la intervención.
- Usuarios que presentasen un trastorno por consumo de tabaco según criterios del DSM-5 y CIE-10.
- Usuarios que presentaron estabilidad psicopatológica, entendida como aquellos usuarios en los que no hubo un cambio de tratamiento durante el último mes.
- Usuarios que aceptaron participar voluntariamente y que firmaron el Consentimiento Informado.
- Usuarios que aceptasen proporcionar un número de teléfono de contacto para su posterior seguimiento.

9.5.2. Criterios de exclusión

- Usuarios con Discapacidad Intelectual leve, moderada o grave.
- Usuarios con una barrera idiomática que dificultara la comunicación en catalán y/o castellano.
- Causa que impidiera el desarrollo del programa (alta hospitalaria, traslado a otra unidad, fuga...).

9.6. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra consistió en 25 participantes ($n=25$) vinculados a los servicios de la Red de Salud Mental del distrito de Sant Martí en Barcelona (Servicio de rehabilitación de media y larga estancia, Hospital de Día y Centros de Salud Mental Sant Martí Nord y Sant Martí Sud), seleccionados a través del muestreo de participantes voluntarios.

A los participantes elegibles vinculados a los servicios de rehabilitación de media y larga estancia y al servicio de hospitalización parcial, se les informó y se les propuso la participación en el estudio a través de una reunión informativa llevada a cabo por la enfermera responsable del programa psicoeducativo e investigadora principal (Valera Fernández, M. Rosario). La participación fue propuesta a todos aquellos usuarios que estaban en ese momento vinculados a los servicios, siendo de 15 usuarios en su totalidad en los servicios de rehabilitación de media y larga estancia; y de 9 usuarios en el servicio de hospitalización parcial. Éstos pudiendo optar de forma voluntaria en su participación o por el contrario rechazarla.

A aquellos participantes vinculados a los servicios comunitarios de salud mental (Centro de salud mental), en un primer momento la enfermera responsable del programa psicoeducativo e investigadora principal (Valera Fernández, M. Rosario) informó, mediante una sesión clínica, al equipo multidisciplinar sobre el estudio. Posteriormente, los profesionales sanitarios de cada centro de salud les propusieron la participación en el estudio a todas las personas que tuviesen visita con ellos en un plazo de 20 días, siendo éste el tiempo del que disponían para la fase de reclutamiento. Se les propuso la participación a un total de 47 personas, aceptando 10 de ellas a participar. Fue el propio usuario como en los servicios anteriores, quien decidió su participación o rechazo en el estudio.

9.7. PERIODO DE ESTUDIO

La duración total del estudio fue aproximadamente de 3 años, desde la preparación del mismo hasta la difusión de los resultados. Este periodo es el comprendido entre el 1 de noviembre 2015 y el 30 de septiembre 2018 (Figura 9.3 y Tabla 9.1).

Figura 9.3. Fases del estudio



Tabla 9.1. Cronograma del estudio

Tabla 9.1. Cronograma del estudio																																							
	2015			2016												2017												2018											
	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S			
Fase de Contacto																																							
Obtención certificados																																							
Aprobación CEIC																																							
Solicitud de ayudas																																							
Fase de Intervención																																							
Recogida datos pre-intervención																																							
Intervención Rehabilitación media y larga estancia																																							
Intervención hospitalización parcial																																							
Intervención atención comunitaria																																							
Recogida de datos post-intervención																																							
Seguimiento 3 meses																																							
Seguimiento 6 meses																																							
Seguimiento 12 meses																																							
Fase de Análisis Estadístico																																							
Fase de Comunicación																																							
Congresos y Jornadas																																							
Defensa tesis																																							

9.8. VARIABLES

Para este estudio se utilizó como variable principal del estudio el grado de motivación para dejar de fumar, medido a través del Test de Motivación para dejar de fumar de Richmond que se describe posteriormente. Es una variable cuantitativa discreta.

El resto de variables se describen a continuación:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad: tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Es una variable cuantitativa continua expresada en años.
- Sexo: conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer. Es una variable cualitativa dicotómica (0= hombre; 1= mujer)
- Estado civil: es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Es una variable cualitativa nominal (0= soltero; 1= casado/vive en pareja; 2= separado/divorciado; 3= viudo)
- Estudios: grado más alto de estudios que una persona ha cursado y ha abandonado ya, bien porque los haya concluido o bien porque los interrumpió antes de terminarlos. Es una variable cualitativa nominal (0= no escolarización; 1= estudios obligatorios (primaria/secundaria); 2= bachillerato/FP medio; 3= FP superior/universidad; 4= otros)
- Convivencia: Acción de convivir. Es una variable cualitativa nominal (0= vive solo; 1= familia; 2= institución; 3= otros)
- Situación laboral: aquella situación vinculada de una u otra forma con el trabajo, entendido este último como cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración. Es una variable cualitativa nominal (0= empleado; 1= baja por enfermedad; 2= desempleado; 3= pensionista)
- Prestación económica: cantidad de dinero que recibe regularmente una persona por el trabajo realizado o por la situación de necesidad que se ha actualizado en el beneficiario. Es una variable cualitativa nominal (0= nómina; 1= pensión; 2= sin ingresos)
- Grado de minusvalía: porcentaje de discapacidad otorgado a una persona tras ser valorado su grado de autonomía. Es una variable cuantitativa discreta.
- Antecedentes médicos: Existencia o no de antecedentes médicos en la actualidad. Es una variable cualitativa nominal (0= sin antecedentes médicos; 1= enfermedades)

cardiovasculares; 2= enfermedades respiratorias; 3= enfermedades endocrinas; 4= varias de ellas; 5= otras)

- Tratamiento médico de enfermedades anteriores: necesidad de administrar tratamiento en caso de presentar enfermedades médicas. Es una variable cualitativa dicotómica (0= sí; 1= no)

VARIABLES CLÍNICAS

- Destino: servicio al que está vinculado el participante. Es una variable cualitativa nominal (0= hospitalización completa; 1= hospitalización parcial; 2= atención comunitaria)
- Diagnóstico psiquiátrico: etiqueta sobre un trastorno mental en relación a unas características validado según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Es una variable cualitativa nominal.
- Estabilidad psicopatológica: nivel de seriedad de los diferentes trastornos mentales valorado a través de la **Escala de Evaluación Psiquiátrica Breve (BPRS)**, La **Escala de Hamilton para la Depresión** y la **Escala de Young para la evaluación de la manía**, que se describen detalladamente con posterioridad. Son variables cuantitativas discretas.
- Fumador: en este estudio, se considera fumador a la persona que ha fumado al menos un cigarrillo en los últimos 6 meses, diferenciando el fumador diario (fuma al menos un cigarrillo al día) del fumador ocasional (menos de un cigarrillo al día). Es una variable cualitativa dicotómica (0= no; 1= sí)
- Dependencia psicológica, gestual y social: grado de dependencia a nivel psicológica, gestual y social medida a través del **Test de Glover-Nilsson**, descrito posteriormente. Es una variable cualitativa nominal.
- Intentos previos: número de veces que el participante ha intentado dejar de fumar. Es una variable cuantitativa discreta.
- Consumo de tóxicos: historia de consumo de otras sustancias adictivas en la actualidad y con anterioridad. Es una variable cualitativa dicotómica (0= sí; 1= no)
- Síndrome abstinencial: presencia y gravedad de sintomatología compatible con el periodo de abstinencia a la nicotina, valorada a través del **Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS)**, descrito posteriormente. Es una variable cuantitativa continua.
- Craving a Tabaco: presencia e intensidad del deseo de consume de tabaco en un participante medido a través del **Questionnaire on Smoking Urges (QSU)**, descrito a posteriori. Es una variable cuantitativa continua.

VARIABLES DEPENDIENTES

- Número de cigarrillos/día: cantidad de cigarrillos consumidos al día en la actualidad. Es una variable cuantitativa discreta.
- Dependencia nicotínica: grado de dependencia física hacia la nicotina medida a través del Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerström, descrito posteriormente. Es una escala cuantitativa discreta.
- Autoeficacia: grado de confianza subjetiva del que dispone el participante para dejar de fumar medido a través de una escala analógica descrita a posteriori. Es una variable cuantitativa discreta.
- Estadio de cambio: etapa de cambio en la que se encuentra un participante sobre su consumo de tabaco medidas a través de la Escala University of Rhode Island Change Assessment (URICA), descrita posteriormente. Es una variable cualitativa nominal (0= precontemplación; 1= contemplación; 2= acción; 3= mantenimiento)
- Métodos utilizados: utilización de métodos de ayuda para la cesación tabáquica en los intentos anteriores. Es una variable cualitativa nominal (0= ninguno; 1= TSN; 2= tratamiento farmacológico; 3= otras)
- Variables biológicas (TA, CO espirado y StO2): medida de las constantes vitales relacionadas con la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno de los participantes. Son variables cuantitativas continuas.
- Cooximetría: medida del nivel de monóxido de carbono en los pulmones a través de una técnica específica descrita con posterioridad. Es una variable cualitativa nominal (0= 0/6ppm; 1= 7/10ppm; 2= 11/15ppm; 3= 16/25ppm; 4= más de 26ppm)

9.9. INSTRUMENTOS, ESCALAS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN

En el apartado anterior de Evaluación de la Conducta de Fumar se mencionan diferentes herramientas que se pueden utilizar para realizar una adecuada evaluación de la conducta tabáquica del usuario.

Para la evaluación de la intervención enfermera llevada a cabo en este estudio se han utilizado los instrumentos descritos a continuación.

En un primer lugar, se evalúa la estabilidad psicopatológica de los usuarios utilizando la **Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica** (BPRS) para los usuarios con un diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno Esquizoafectivo, la **Escala de Hamilton para la Depresión** (HDRS) y ésta junto a la **Escala de Young para la Evaluación de la Manía** (YMRS) para el diagnóstico de

Trastorno Afectivo Bipolar.

En cuanto a la evaluación de la conducta de fumar, para la valoración de la dependencia física a la nicotina se utilizan el **Test de Dependencia de Nicotina de Fageström** (FTND) y el **Test de Glover-Nilsson** para la medición de la dependencia psicológica, social y gestual.

Además, se identifica la etapa de cambio en la que se encuentra el usuario según los estadios de cambio de Prochaska y Diclemente a través de la **University of Rhode Island Change Assessment** (URICA).

La evaluación de la motivación para el abandono del consumo de tabaco se valora a través del **Test de Motivación para Dejar de Fumar de Richmond**. Igualmente también se valora el nivel de autoeficacia del usuario a dejar de fumar mediante una escala analógica-visual, en la que se solicita al usuario evaluar su nivel de autoeficacia según una escala numérica que va de 0 a 10. Debe contestar en relación a su percepción actual sobre su capacidad de reducción de consumo o abandono tabáquico completo.

Para la valoración del SAT se utiliza la **Minnesota Nicotine Withdrawal Scale** (MNWS) y el **Questionnaire on Smoking Urges** (QSU) para la medición del craving

ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

(Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) (Anexo 1)

Autores	J. E. Overall, D. R. Gorham
Referencia	<i>The Brief Psychiatric Rating Scale</i> . Psychological Reports 1962; 10:799-812
Evalúa	Los cambios sintomatológicos experimentados en los pacientes psiquiátricos.
Nº de ítems	18
Administración	Heteroaplicada

DESCRIPCIÓN

1. La BPRS fue desarrollada para realizar evaluaciones rápidas y altamente eficaces de los cambios producidos en los síntomas de los pacientes mentales. En la actualidad se utiliza preferentemente como una medida de gravedad e incluso de subtipificación (positivo o negativo) del trastorno esquizofrénico.
2. La versión más utilizada en la actualidad consta de 18 ítems (la versión original tenía 16), aunque existe una versión ampliada con 24 ítems.
3. Cada ítem se puntúa según una escala tipo Likert de 7 grados de intensidad o gravedad. En esta escala el 1 siempre equivale a ausencia del síntoma y el 7 a presencia con una gravedad extrema. En la versión de 18 ítems se utiliza una escala de tipo Likert de 5 valores que oscilan entre 0 (ausencia del síntoma) y 4 (muy grave).
4. Para cada ítem existe una definición y criterios operativos de bases para la evaluación y de puntuación (están descritos detalladamente en la primera referencia de las indicadas en el epígrafe de referencias complementarias).
5. El marco de referencia temporal no está claramente delimitado y normalmente se utiliza los días previos a la entrevista.
6. Ha de ser administrada por un clínico, utilizando la técnica de entrevista semiestructurada.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- La versión de 18 ítems proporciona una puntuación global y puntuaciones en dos apartados: síntomas negativos y síntomas positivos.

- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los 18 ítems, por lo que puede oscilar entre 0 y 72.
 - La puntuación en el cluster de síntomas negativos se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 3 (retraimiento emocional), 13 (enlentecimiento motor), 16 (aplanamiento afectivo) y 18 (desorientación). Esta puntuación oscila entre 0 y 16.
 - La puntuación en el cluster de síntomas positivos se obtiene sumando las puntuaciones en los ítems 4 (desorganización conceptual), 11 (suspiciacia), 12 (alucinaciones) y 15 (contenido del pensamiento inusual). Su puntuación también oscila entre 0 y 16.
- Para la versión de 18 ítems puntuados con una escala tipo Likert de 5 valores, de 0 a 4, se recomiendan los siguientes puntos de corte:
- 0-9: ausencia del trastorno.
 - 10-20: trastorno leve o “caso probable”
 - 21: trastorno grave o “caso cierto”

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

- Bech P. Rating scales for psychopathology, health status, and quality of life. Berlin: Springer-Verlag, 1993.
- Ventura J, Lukoff D, Nuecherlein KH, Liberman RP, Green MF, Shaner A. Appendix 1. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Expanded Version (4.0). Scales, anchor points, and administration manual. Int J Methods Psychiatr Res 1999; 3:227-44.

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

(Hamilton Depression rating Scale, HDRS) (Anexo 2)

Autores	A. Khan, C. Lewis, J-P. Lindenmayer
Referencia	Use of NON-PARAMETRIC Item Response Theory to develop a shortened version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). BMC Psychiatry 2011; 11:178
Evalúa	El síndrome positivo y negativo y la psicopatología general de la esquizofrenia.
Nº de ítems	19
Administración	Heteroaplicada

DESCRIPCIÓN

1. La HDRS consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.
2. Ha de ser administrada por un clínico.
3. El marco de referencia temporal es en el momento de la entrevista, excepto para algunos ítems, como los de sueño, en los que se exploran los 2 días previos.
4. Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación.
5. A esta escala se le critica el hecho de que está contaminada de forma importante por síntomas de ansiedad (ítems 9-11) y por síntomas somáticos, lo que dificulta su administración en enfermos físicos.
6. Es la escala más utilizada en la actualidad, aunque numerosos autores proponen como alternativa la escala de Montgomery-Asberg.
7. Recientemente se han evaluado las propiedades psicométricas de las versiones españolas de 5 formas breves de esta escala (Ballesteros y cols., 2007).

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño (Bech, 1996). También se ha descrito un factor de vitalidad-enlentecimiento (Tollefson y cols., 1993).
- La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Para la

depresión unipolar, existen distintos puntos de corte o normas de interpretación. Los de Bech (1996) son los siguientes:

- 0-7: sin depresión
- 8-12: depresión menor.
- 13-17: menos que depresión mayor.
- 18-29: depresión mayor.
- 30-52: más que depresión mayor.

➤ Otros puntos de corte utilizados son:

- 0-7: sin depresión.
- 8-14: distimia.
- >15: depresión de moderada a grave.

➤ El criterio de inclusión más utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación 18. Se considera remisión la puntuación en la HDRS de <7.

➤ Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13), ansiedad (ítems 9-11), sueño (ítems 4-6) y vitalidad (ítems 1, 7, 8 y 14).

➤ Para la versión española de 6 ítems el punto de corte propuesto (Ballesteros y cols., 2007) es:

- 0-2: no depresión.
- >3: depresión.

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

- Ballesteros J, Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Ré R, Ibarra N et al. Sensitivity to change, discriminative performance, and cutoff criteria to define remission for embedded short scales of the Hamilton depression rating scale (HMAD). *J Affect Dis* 2007; 102:93-9.
- Bech P, Allerup P, Gram LF, Resiby N, Rosenberg R, Jacobsen O, y cols. The Hamilton Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1981; 63:290-9.

ESCALA DE YOUNG PARA LA EVALUACIÓN DE LA MANÍA

(Young Mania Rating Scale, YMRS) (Anexo 3)

Autores	R. C. Young, J. T. Biggs, V. E. Ziegler, D. A. Meyer.
Referencia	<i>A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity.</i> Br J Psychiatr 1978; 133:429-35.
Evalúa	La intensidad de la manía.
Nº de ítems	11
Administración	Heteroaplicada

DESCRIPCIÓN

1. Constituida por 11 ítems que evalúan los síntomas de la manía, por lo que su uso no resulta tan apropiado en los individuos con trastorno bipolar II.
2. Los ítems han de ser puntuados por el clínico basándose en el relato del individuo y en su propia observación. Para puntuar dispone de una escala de intensidad que oscila unas veces entre 0 y 4, y otras veces entre 0 y 8 (ítems 5,6, 8 y 9). Estos cuatro ítems tienen el doble de valor para compensar la escasa cooperación de los individuos maníacos graves.
3. En todos los casos, el valor 0 hace referencia a la ausencia del síntoma, y el valor más alto a su presencia en gravedad extrema.
4. La escala proporciona criterios operativos para asignar la puntuación.
5. El marco de referencia temporal son las últimas 48 horas.
6. Escala heteroaplicada por un clínico entrenado en su uso.
7. El tiempo de duración aproximado de la entrevista es de 15-30 minutos.
8. Está validada en español por Colom y cols., 2002.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en los 11 ítems. Esta puntuación total oscila entre 0 y 60 puntos.

- En general se acepta que una puntuación:
 - < 6: es compatible con eutimia.
 - 7-20: episodio mixto.
 - > 20: episodio maníaco.
- A mayor puntuación, mayor gravedad del cuadro maníaco.

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

- Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, García-García M, Reinares M, Torrent C et al. Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. Med Clin (Barc) 2002; 119:366-71.

TEST DE FAGERSTRÖM DE DEPENDENCIA DE NICOTINA

(Fageström Test for Nicotine Dependence, FTND) (Anexo 4)

Autores	K. O. Fageström
Referencia	Measuring degrees of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. <i>Addict Behav</i> 1978; 3:235-41
Evalúa	Dependencia de nicotina
Nº de ítems	Versión original: 8 Versión revisada: 6 (Heatherton y cols., 1991).
Administración	Autoaplicada

DESCRIPCIÓN

1. El Test de Fageström es un instrumento diseñado para evaluar la dependencia de nicotina.
2. La versión original consta de 8 ítems. Las puntuaciones de los tres primeros oscilan de 0 a 2, y las de los 5 restantes de 0 a 1. Por lo tanto, las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 11 puntos.
3. La versión modificada consta de 6 ítems. En dos de ellos las puntuaciones oscilan entre 0 a 3 y en los cuatro restantes de 0 a 1. Por lo tanto, las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 10 puntos.
4. Actualmente, se recomienda la utilización de la versión modificada de 6 ítems, si bien cabe señalar que dicha versión no ha sido validada en España.
5. En ambos casos se trata de un instrumento autoaplicado.
6. Está validado en español (Becoña y cols., 1998).

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Ambas versiones proporcionan una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones de los 8/6 ítems.
- Los autores sugieren los siguientes puntos de corte:

Versión original (8 ítems)	Puntuación	Versión modificada (6 ítems)	Puntuación
Dependencia muy baja	0-2	Dependencia baja	0-3
Dependencia baja	3-4	Dependencia moderada	4-7
Dependencia media	5-6	Dependencia alta	8-10
Dependencia alta	7-8		
Dependencia muy alta	9-11		

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

- Fageström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: A review of the Fageström Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989; 12:159-82
- Fageström KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. Ear Nose Throat J 1990; 69:763-5
- Solano S, Jiménez-Ruiz CA. Historia clínica del tabaquismo. Prevención del Tabaquismo 2000; 2:35-44
- Becoña E, Vázquez FL. The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. Psychol Rep. 1998; 83: 1455-8

TEST DE GLOVER-NILSSON (Anexo 5)

Autores	E.D. Glover, F. Nilson, A. Westin.
Referencia	<i>The Glover-Nilsson Smoking Behavioral Questionnaire (GN-SBQ)</i> . Third European Conference of The Society for Research on Nicotine and Tobacco 2001; Paris. p. 48
Evalúa	La dependencia psicológica a la nicotina.
Nº de ítems	11
Administración	Autoaplicada

DESCRIPCIÓN

1. Este test fue diseñado para evaluar la dependencia psicológica a la nicotina.
2. La versión recomendada por sus autores es la de 11 ítems que valoran los elementos psicológicos, gestuales y sociales implicados en la dependencia.
3. El marco de referencia temporal es el momento actual.
4. Es un instrumento autoaplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Se evalúa la dependencia del fumador contemplando diferentes aspectos:
 - Dependencia psicológica: Mediante las preguntas 1, 6, 7, y 8 se determina el grado de dependencia en función de la puntuación obtenida (entre 0-5 dependencia leve, de 6-10 moderada y entre 11-16 dependencia alta).
 - Dependencia social: las preguntas 17 y 18 son determinantes de este tipo de dependencia con una puntuación de entre 0 y 2 con una dependencia leve, de 3-5 para la moderada y una puntuación entre 6 y 8 para la alta.
 - Dependencia gestual: Es evaluada por los ítems 2, 3, 4, 5, y los comprendidos del 9 al 16, ambos incluidos. Una puntuación entre 0-15 indica una dependencia leve, entre 16-31 moderada y una puntuación de 32 o superior se interpreta como una alta dependencia.

DEPENDENCIA	ÍTEMS	PUNTUACIÓN
Dep. Psicológica	1, 6, 7, 8	0-5: leve 6-10: moderada 11-16: alta
Dep. Social	17, 18	0-2: leve 3-5: moderada 6-8: alta
Dep. Gestual	2, 3, 4, 5, 9-16	0-15: leve 16-31: moderada > 32: alta

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

- Nerín I, Crucelaegui A, Novella P, Beamonte A, Sobradie N, Bernal V, et al. Evaluación de la dependencia psicológica mediante el Test de Glover-Nilsson en el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 2005; 41:493-8.

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND

(University of Rhode Island Change Assessment Scale, URICA) (Anexo 6)

Autores	E. A. Mc Connaughy, J. O. Prochaska, W. F. Velicer
Referencia	Stages of changes in psychotherapy: Measurement and sample profiles. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 1983, 20;368-75
Evalúa	El nivel de predisposición al cambio o estadio motivacional en el que se encuentra el individuo.
Nº de ítems	32
Administración	Autoaplicada

DESCRIPCIÓN

1. La escala URICA es un autoinforme diseñada para la evaluación de los estadios de cambio según la perspectiva del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente.
2. No es específica para la evaluación de los trastornos por usos de sustancias, sino que se refiere a comportamientos problemáticos. Evalúa como se siente el individuo cuando aborda algún problema de su vida e inicia un tratamiento.
3. Está compuesta por 32 ítems que evalúan los siguientes 4 estadios de cambio:
 - a. Precontemplación: ítems 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 y 31.
 - b. Contemplación: ítems 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21 y 24.
 - c. Acción: ítems 3, 7, 10, 17, 20, 25 y 30
 - d. Mantenimiento: ítems 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28 y 32.
4. El individuo ha de señalar hasta qué punto está de acuerdo o no con las 32 afirmaciones de la escala mediante una escala tipo Likert de 5 puntos. Las opciones oscilan desde “1 = totalmente en desacuerdo” hasta “5 = totalmente de acuerdo”.
5. Existe una versión abreviada en español que consta de 16 ítems.
6. El marco de referencia temporal es el momento actual.
7. Es un instrumento autoaplicado.
8. Está validada en español para juego patológico (Gómez-Peña y cols. 2011), pero el contenido de la escala es el mismo para cualquier tipo de problema.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Se obtiene una puntuación para cada uno de los 4 estadios de cambio mediante la suma de las respuestas que el individuo ofrece en cada uno de los ítems que los integran.
- El individuo se asigna al estadio de cambio en que haya obtenido mayor puntuación. En caso de empate, se elige el estadio más avanzado en la secuencia temporal.

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

- Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a Comprehensive Model of Change. En: Miller EW, Heathers N, eds. Treating Addictive Behavior. Processes of Change. Nueva York: Plenum Publishing Corporation, 1986; p. 3-27
- Gómez-Peña M, Penelo E, Granero R, Fernández-Aranda F, Álvarez-Moya E, Santamaría JJ, et al. Motivation to change and pathological gambling: analysis of the relationship with clinical and psychopathological variables. Br J Clin Psychol 2011 (en prensa).

TEST DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR DE RICHMOND

(Test of Motivation of Richmond) (Anexo 7)

Autores	R. L. Richmond
Referencia	Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. <i>Addiction</i> 1993; 88: 1127-35.
Evalúa	Motivación para dejar de fumar
Nº de ítems	4
Administración	Autoaplicada

DESCRIPCIÓN

1. El Test de Richmond mide el nivel de motivación para el abandono del hábito de fumar.
2. Consta de 4 ítems. El rango de puntuación oscila entre 0 y 10, donde el ítem 1 puntúa de 0 a 1 y el resto de 0 a 3.
3. Permite situar a los usuarios en los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente, hecho que permite determinar el tipo de intervención a llevar a cabo en cada individuo.
4. El marco de referencia temporal es el momento actual.
5. Escala validada y fiable.
6. Se trata de un instrumento autoaplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones de los 4 ítems.
- Los puntos de corte detectados sobre la asociación del nivel de motivación y el cese del hábito tabáquico son de 0 a 3: nulo o bajo, de 4 a 5: dudoso, de 6 a 7: moderado (con necesidad de ayuda), y de 8 a 10: Alto.

Motivación	Puntuación
Motivación baja	0-3
Motivación dudosa	4-5
Motivación moderada	6-7
Motivación alta	8-10

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

- Córdoba R, Martín C, Casas R, Barberá C, Botaya M, Hernández A & Jané C. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. Atención Primaria 2000; 25(1): 32-36.

MINNESOTA NICOTINE WITHDRAWAL SCALE (MNWS) (Anexo 8)

Autores	J. R. Hughes, D. Hatsukami
Referencia	Signs and symptoms of tobacco withdrawal. Arc Gen Psychiatry 1986 Mar; 43(3):289-94.
Evalúa	El Síndrome de Abstinencia a la nicotina
Nº de ítems	9
Administración	Autoaplicada

DESCRIPCIÓN

1. Este cuestionario valora el síndrome de abstinencia al tabaco.
2. Está constituido por nueve ítems que incluyen: craving, disforia, irritabilidad/frustración/ira, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud, aumento del apetito, dificultad para dormirse (Insomnio de conciliación) y dificultad para mantenerse dormido (Insomnio de mantenimiento).
3. Cada uno de los ítems debe ser valorado con una escala tipo Likert que va desde 0 a 4 (0: ausencia del síntoma y 4: presencia severa).
4. El marco de referencial temporal son las últimas 24 horas.
5. Los síntomas pueden ser agrupados en tres constructos:
 - a. Síntomas negativos (constituido por disforia, irritabilidad/frustración/ira, ansiedad y dificultad de concentración)
 - b. Insomnio (constituido por dificultad para dormirse y dificultad para mantenerse dormido)
 - c. Ítems individualizados (craving, inquietud y aumento del apetito).
6. Se ha encontrado que la agrupación de los diferentes síntomas en estos tres constructos tiene capacidad para discernir la evolución del síndrome de abstinencia, la intensidad de los síntomas y la relación con las recaídas.
7. Este cuestionario permite ajustar el tratamiento farmacológico o adoptar nuevas estrategias psicológicas.
8. Escala validada y fiable.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Al analizar la capacidad de representar el Síndrome de Abstinencia a la nicotina que tiene el MNWS se ha visto que en estudios controlados lo hace adecuadamente.
- Algunos autores han sumado todas las valoraciones para obtener una puntuación total y ver si dicha escala podía representar un modelo de factor único. Así se vio que era la estructura que mejor explicaba los datos recogidos siendo además un factor predictor del éxito al final del tratamiento: las puntuaciones bajas de craving en el MNWS se traducen en una probabilidad tres veces superior de mantenerse sin fumar (Toll, McKee, Martin, Jatlow y O'Malley, 2007).

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

- Toll, B. A., McKee, S. A., Martin, D. J., Jatlow, P. y O'Malley, S. S. (2007). Factor structure and validity of the Medication Adherence Questionnaire (MAQ) with cigarette smokers trying to quit. *Nicotine and Tobacco Research*, 9(5), 597-605.

QUESTIONNAIRE ON SMOKING URGES (QSU) (Anexo 9)

Autores	S. T. Tiffany, D. J. Drobes
Referencia	The development and initial validation of a questionnaire on smoking urges. British Journal of Addiction 1991; 86:1467-76
Evalúa	Craving a nicotina
Nº de ítems	Versión original: 32 Versión simplificada: 10
Administración	Autoaplicada

DESCRIPCIÓN

1. Evalúa el deseo de fumar (craving) según cuatro dimensiones:
 - a. deseo de fumar
 - b. intención de fumar
 - c. anticipación de recompensas positivas (Factor 1: reforzamiento positivo)
 - d. anticipación de alivio de emociones negativos y/o abstinencia (Factor 2: reforzamiento negativo).
2. La versión original consta de 32 ítems. La versión utilizada en este caso es la versión simplificada, que consta de 10 ítems, evaluados con una escala tipo Likert que va desde 1 a 7 (1: totalmente en desacuerdo, 7: totalmente de acuerdo).
3. Permite ajustar el tratamiento farmacológico o adoptar nuevas estrategias psicológicas.
4. Hay una reducción traducida y validada en castellano²⁷ que se utiliza sobre todo en investigación.
5. Escala validada y fiable.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Se marca un numeral que va del 1 al 7, dependiendo de la conformidad con el enunciado planteado en ese momento por el individuo.
- El puntaje total mínimo corresponde a 10 puntos con un puntaje total máximo de 70.
- Debido a que no se han establecido puntos de corte previamente, los puntajes

obtenidos en este estudio fueron el resultado de la suma total de los ítems.

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

- Cepeda-Benito A, Reig-Ferrer A. Development of a brief questionnaire of smoking urges-Spanish. Psychol Assess 2004; Dec 16(4):402-7

Medidas fisiológicas de validación del consumo:

Monóxido de Carbono expirado. La cooximetría permite conocer la cantidad de monóxido de carbono (CO) en el aire expirado. Se realiza con un cooxímetro que mide el CO en partes por millón (ppm) en el aire expirado. Es sensible al consumo de las últimas doce horas como máximo. Las puntuaciones superiores a 6 indican que ha habido consumo. El hecho de ser una medida hace que sea útil como refuerzo positivo para los usuarios cuando reducen significativamente el consumo de tabaco o dejan de fumar. Es la medida fisiológica más sencilla, económica y fácil de utilizar.

Técnica: El individuo debe realizar una inspiración profunda y mantener una apnea de 15 segundos. Después debe proceder a una espiración lenta, prolongada y completa. Hay que esperar unos segundos hasta que el indicador del cooxímetro se estabilice y marque el número exacto de ppm de CO que el individuo tiene en el aire que espira.

Interpretación:

Concentración de CO (ppm)	Tipo de fumador	Gravedad
< 5 ppm	No fumador	No intoxicación
5 – 10 ppm	Ocasional	Ligera intoxicación
11-30 ppm	Habitual	Moderada intoxicación
> 30 ppm	Habitual	Severa intoxicación

En este estudio se ha utilizado el cooxímetro de la marca comercial Benderapotheker, en el cual se valoran los niveles de CO a través de unos indicadores numéricos que se detallan de la siguiente manera:

Indicador numérico	Niveles de CO
1	0-6 ppm
2	7-10 ppm
3	11-15 ppm
4	16-25 ppm
5	26-35 ppm
6	36- 50 ppm
+6	+ 51 ppm



9.10. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En primer lugar se elaboró el protocolo de investigación y la intervención a estudio en base a la revisión de la literatura científica efectuada. A continuación, se solicitó la autorización a las instituciones y la aprobación al Comité de Ética del Parc de Salut Mar (2016/6855/I).

Una vez aprobado el estudio por el comité, se informó a los servicios de salud mental donde se llevó a cabo la intervención del programa mediante sesiones informativas y entrega de folletos (Anexo 10); así como de los objetivos a alcanzar, la metodología utilizada, los criterios de selección de los participantes, la dinámica y funcionamiento de las sesiones. Una vez informado el equipo de los servicios, se llevó a cabo el programa educativo propiamente dicho.

Es importante mencionar que el compromiso de dejar de fumar no era un requisito previo para la participación de los usuarios en el programa.

Éste presenta tres partes diferenciales.

9.10.1. Entrevista Individual

En un primer contacto, se realizó una entrevista individual a cada uno de los usuarios que estaban vinculados a los servicios donde se realizó la intervención, informándoles sobre el programa mediante una hoja informativa (Anexo 11) y solicitando su participación.

En el caso de aquellos usuarios que aceptaron la participación, debieron firmar el Consentimiento Informado (Anexo 12).

Además, en esta primera entrevista individual se realizó la recogida de datos iniciales mediante una anamnesis completa sobre datos sociodemográficos, clínicos sobre el diagnóstico psiquiátrico y su estabilidad psicopatológica, y los datos relacionados con el consumo de tabaco como la dependencia a la nicotina mediante el Test de Fagerström, la dependencia psicológica, social y gestual del tabaco a través de la Escala de Glover-Nilson, la motivación para dejar de fumar con el Test de Richmond, la autoeficacia del usuario ante el abandono tabáquico, el estadio de cambio a través de la Escala URICA, el craving a tabaco mediante el Questionnaire on Smoking Urges-Brief (QSU), el síndrome de abstinencia con la Escala MNWS (Minnesota Nicotine Withdrawal Scale); así como el control de las medidas biológicas (TA, FC, StO₂ y CO expirado). La recogida de datos se hizo siguiendo el modelo de historia clínica del tabaquismo presente en la *Guía de Intervención Clínica en el Consumo de Tabaco en pacientes con Trastorno Mental*, elaborada por el Departamento de Salut de la Generalitat de Catalunya, el Institut Català d'Oncologia (ICO) y la Xarxa Catalana d'Hospitals sense fum (Anexo 13).

Es en este primer contacto con el participante donde se le informó de la posibilidad de utilización de tratamiento farmacológico durante la intervención con Terapia Sustitutiva de Nicotina o fármacos como vareniclina o bupropion, siempre bajo la autorización de su médico psiquiatra referente, el cual se financiaba con la prestación económica recibida de la Convocatoria de Ayudas a Proyectos de Investigación del Colegio Oficial de Enfermería de la Región de Murcia para el año 2016.

9.10.2. Intervención Grupal

La segunda parte del estudio radicaba en una intervención grupal, mediante una metodología presencial y una visión participativa, dinámica y motivacional de 10 sesiones semanales. Se realizó una intervención grupal en cada servicio del estudio.

Cada grupo estaba compuesto de 10 sesiones semanales, con una duración de 90 minutos aproximadamente cada una de ellas (60 minutos para la intervención psicoeducativa, y 30 minutos adicionales para el control de las medidas biológicas a estudiar, como TA, FC, StO₂ y CO espirado). Cada sesión estaba programada para media mañana.

Se elaboró un programa educativo de tipo cíclico, en el cual se pudiera incorporar un participante en una sesión avanzada sin necesidad de seguir un orden establecido y no perdiendo así ninguna información aportada anteriormente. El material informativo de las sesiones fue de elaboración propia al no encontrar en la literatura científica material elaborado para esta población de estudio. Este material se elaboró con la información de guías validadas, como por ejemplo; el programa de información sobre tabaquismo de la Región de Murcia del año 2014, guía para dejar de fumar del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo del 2005, guía práctica Recintes sense fum de la Xarxa Catalana d'Hospitals sense fum del 2011, guía de actuación de pacientes fumadores ingresados en unidades de Salud mental de la Xarxa Catalana d'Hospitals sense fum del 2012 y la guía clínica práctica Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.

Las intervenciones grupales iban dirigidas a todos los usuarios con un trastorno mental que permanecieran vinculados a los servicios seleccionados en el programa; servicio de rehabilitación media y larga estancia (Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de media estancia y Unidad de Alta Dependencia Psiquiátrica), hospitalización parcial (Hospital de Día) y atención comunitaria (Centro de Salud Mental Sant Martí Nord y Sant Martí Sud).

El programa de intervención enfermera se impartió de manera mayoritaria por un profesional de enfermería especialista en salud mental (y a su vez, investigadora principal (Valera Fernández, María Rosario). La sesión perteneciente a la interacción de los fármacos neurolépticos con el tabaco, así como los diferentes tratamientos disponibles para la deshabituación tabáquica fue impartida por un médico especialista en psiquiatría y adicciones del Parc de Salut Mar (Dra. Fonseca Casals, Francina).

El esquema de las sesiones se detalla a continuación. Además de la información estructurada en las sesiones hubo una disposición para la flexibilidad en cada sesión a la hora de abordar preguntas específicas o inquietudes expresadas por los participantes.

SESIÓN 1

INDICE

1. Bienvenida
2. Presentación de los contenidos y dinámica de la sesión
3. Cuestionario de Conocimientos Previos
4. Técnica para aumentar la motivación:
 - a. Mitos sobre el tabaco
5. Control de medidas biológicas

1. Bienvenida a los participantes del grupo. En este caso, no se realiza una dinámica de presentación de grupo a los participantes vinculados a los servicios de hospitalización completa y parcial al tratarse de usuarios que ya se conocen por estar en el mismo servicio. En el caso de los participantes del grupo de atención comunitaria se realiza una dinámica grupal de presentación para crear un clima de confianza y favorecer la integración grupal.

3. Cuestionario de Conocimientos Previos (Anexo 14). Se trata de un cuestionario de elaboración propia de 10 preguntas con 4 respuestas a elegir, sólo una correcta. Se realiza de manera individual a todos los participantes, tanto fumadores como no fumadores.

Tiempo estimado: 15 minutos.

Material necesario: cuestionario y bolígrafos.

4. Técnica de motivación: Mitos del Tabaco. Se realiza una dinámica por parejas y/o grupos de 3 donde se les entrega una cartulina con un mito diferente a cada grupo. Durante 5-10 minutos debaten sobre las creencias, opiniones y/o conocimientos sobre ese mito y después se pone en común con el resto de participantes. Se consensua entre los participantes y la enfermera la respuesta más acertada. Cada usuario escribe en su cuaderno de trabajo cada mito y su explicación.

Estos son algunos de los mitos que se trabajan:

1. Para conseguir relajarme tengo que fumar.
2. Fumo cigarrillos bajos en nicotina, no corro riesgos.
3. Todos hemos de morir, ¿Qué me importa de qué?
4. Ya he intentado dejarlo y no puedo.
5. Si dejo de fumar engordaré.
6. Me ayuda a relacionarme con los demás.
7. Llevo muchos años fumando y el daño ya está hecho, ¿Para qué dejarlo ahora?
8. Para concentrarme necesito fumar.
9. Un cigarrillo en la mano me hace más atractivo, da estilo.
10. ¿Por qué no nos preocupamos más de la contaminación ambiental?
11. Puedo dejarlo cuando quiera.
12. Mi abuelo vivió más de 90 años muy sano y fumando.
13. Este no es un buen momento para dejarlo.

Tiempo estimado: 40 minutos.

Material necesario: cartulinas mitos tabaco, bolígrafos y una pizarra.

SESIÓN 2

INDICE

1. Bienvenida
2. Presentación de los contenidos y dinámica de la sesión.
3. Conocimientos básicos sobre tabaquismo
4. Técnica para aumentar la motivación:
 - a. Autoregistro
5. Control de medidas biológicas

3. Conocimientos básicos sobre tabaquismo. Se elabora una presentación en formato powerpoint con 6 diapositivas a través de las cuales se ofrece información sobre aspectos epidemiológicos del tabaco, historia del tabaquismo, procesado y componentes de un cigarrillo, etc. Además, se trabaja sobre el concepto de adicción según los criterios diagnósticos del DSM-5

y la CIE-10, así como factores disparadores y de mantenimiento de la conducta de fumar.

Se visualizan dos vídeos durante la sesión.

I. Vídeo: ¿Qué hay en un cigarrillo?; sobre los componentes de un cigarro.

<https://www.youtube.com/watch?v=rAqrX56WyHA>

II. Vídeo: El paraíso de los fumadores; vídeo que incita a la reflexión sobre el tabaquismo y el entorno.

<https://www.youtube.com/watch?v=mF3ZPE4H-xE>

Tiempo estimado: 50 minutos.

Material necesario: ordenador, proyector y acceso a internet.

4. Técnica de motivación: Autoregistro (Anexo 15). Se entrega a cada participante fumador una hoja de autoregistro, la cual deben cumplimentar de manera sistemática con su consumo de cigarrillos diarios. En estos registros, los participantes anotan en el mismo momento cada cigarrillo que fuman durante el día. De forma complementaria, se puede registrar para cada cigarrillo la situación en la cual se ha fumado. El motivo que ha llevado a fumarlo (por ejemplo, aburrimiento, nerviosismo, como premio, etc.) o el grado de deseo puntuado desde 0 a 10. Los autoregistros aumentan el grado de consciencia o conocimiento de los participantes sobre su consumo. Con el autoregistro muchas veces se consigue una reducción del consumo. Es por ello, que hay que considerarlo no sólo como un instrumento de evaluación sino como una estrategia de intervención. El estado cognitivo de los participantes condicionará la complejidad del autoregistro, que habrá que adaptar a cada caso.

SESIÓN 3**INDICE**

1. Bienvenida
2. Presentación de los contenidos y dinámica de la sesión
3. Técnica de autoconocimiento:
 - a. Tipos de Cigarrillos
4. Técnica para aumentar la motivación:
 - a. Calendario
5. Control de medidas biológicas.

3. Técnica de autoconocimiento: Tipos de Cigarrillos. En esta sesión en primer lugar se informa a través de una presentación en formato powerpoint de los tipos de cigarrillos que hay en función del uso y situación en la que se consuman. Por ejemplo, un cigarro puede considerarse un “premio” si se consume tras recibir una buena noticia, o como “decisorio” cuando se está ambivalente ante una toma de decisiones y se utiliza como método de decisión, incluso de “controlador” del estado anímico.

Posteriormente, se analizan las hojas de Autoregistros previamente documentadas a lo largo de la semana por los participantes fumadores, y se valoran de forma individual y personalizada como en un trabajo grupal posterior de puesta en común sobre tipo de cigarrillo más utilizado o situación más frecuente donde se fuma.

Tiempo estimado: 45 minutos

Material necesario: ordenador, proyector y pizarra.

4. Técnica para aumentar la motivación: Calendario (Anexo 16). Se entrega a cada participante fumador un calendario del mes donde deben ir cumplimentando cada día con pegatinas de varios colores su consumo de cigarrillos. Al igual que la técnica del Autoregistro, se trata tanto de un instrumento de evaluación como de una herramienta motivacional para reducción de consumo o mantenimiento de la abstinencia.

Se cumplimenta de la siguiente manera:

- Pegatina roja: consumo igual o mayor al habitual.
- Pegatina amarilla: reducción del número de cigarrillos respecto al consumo habitual.
- Pegatina verde: día de abstinencia tabáquica.

SESIÓN 4

INDICE

1. Bienvenida
2. Presentación de los contenidos y dinámica de la sesión
3. Consecuencias del tabaquismo
4. Beneficios del abandono del tabaco.
5. Prácticas:
 - a. Ejercicios de mejora de la capacidad pulmonar
 - b. Experimento con botella
6. Control de medidas biológicas.

3. Consecuencias del tabaquismo. En un primer momento, se visualiza un vídeo sobre diferentes campañas sobre tabaquismo a nivel nacional e internacional para acercar a los participantes a las consecuencias que tiene el tabaco.

III. Vídeo: Lo que las tabacaleras no quieren que sepas.

<https://www.youtube.com/watch?v=M7f1sqce620>

A continuación se realiza una dinámica grupal sobre qué consecuencias hemos visto en el vídeo anterior y cuales conocen ellos. La enfermera aporta aquellos datos y explicaciones oportunas para completar el nivel de conocimientos.

Tiempo estimado: 15 minutos.

Material necesario: ordenador, proyector e internet.

4. Beneficios del abandono del tabaco. De forma similar a la temática anterior, se hace entrega a cada participante de una hoja donde aparecen descritos los beneficios del abandono del tabaco. En este momento, cobra especial importancia aquellos participantes que sean ex-fumadores, aportando su experiencia.

Tiempo estimado: 15 minutos.

Material necesario: hojas Beneficios abandono tabaco y pizarra.

5. Prácticas:

a) Ejercicios de mejora de la capacidad pulmonar (Anexo 17). Se trata de tres ejercicios con los cuales aumenta la capacidad pulmonar.

Ejercicio 1. Se llena medio vaso de agua y con una pajita se intentan hacer burbujas lo más pequeñas posibles.

Ejercicio 2. Inflar un globo unas 5 veces.

Ejercicio 3. Respiración diafragmática, colocando un libro sobre el abdomen, el cual debe subir durante la inspiración y bajar en la espiración.

b) Experimento con botella. Este experimento simula la inspiración y espiración de los pulmones al fumar, con la consiguiente entrada de humo y los restos que quedan en los pulmones después de fumar.

Un ejemplo del experimento se puede observar en este vídeo:

http://youtube.com/watch?v=iw_P2hYFans

Tiempo estimado: 30 minutos.

Material necesario: Vasos de plástico, pajitas, globos, botella de plástico, algodón, un cigarrillo.

SESIÓN 5

INDICE

1. Bienvenida
2. Presentación de los contenidos y dinámica de la sesión
3. Factores motivacionales de mantenimiento y abandono
4. Técnica para aumentar la motivación:
 - a. Coste del hábito tabáquico.
5. Control de medidas biológicas.

3. Factores motivacionales de mantenimiento y abandono. A los participantes fumadores se les hace entrega de una hoja con diferentes motivos por los que fuma (Anexo 18). La tabla con las razones descritas se ha obtenido de la Guía “Se puede dejar de fumar. Claves para conseguirlo” del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) y el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT), publicada en el 2005.

Se recuerdan los factores disparadores y de mantenimiento de la conducta de fumar ya vistos en la Sesión 2 “Conocimientos básicos sobre tabaquismo”.

Tiempo estimado: 45 minutos

Material necesario: Hoja de Razones por las que fumo, Hoja Razones por las que no fumo y pizarra.

4. Técnica para aumentar la motivación: Coste del hábito tabáquico. En esta actividad se calcula el coste en tabaco a nivel semanal, mensual y anual de aquellos participantes fumadores a través de una tarjeta giratoria. Es un buen momento para mostrar técnicas motivacionales sobre esta temática concreta como tener una hucha donde depositar el dinero que antes se gastaba en tabaco y ofrecer alternativas para utilizarlo en otras cosas.

Tiempo estimado: 10 minutos.

Material necesario: tarjeta giratoria.

SESIÓN 6

INDICE

1. Bienvenida
2. Presentación de los contenidos y dinámica de la sesión
3. Síndrome de Abstinencia
4. Técnica para aumentar la motivación:
 - a. Hoja de Consejos para controlar el Síndrome de Abstinencia.
 - b. Hoja de recomendaciones dietéticas.
5. Técnica de relajación de Jacobson.
6. Control de medidas biológicas.

3. Síndrome de Abstinencia. A través de una presentación en formato powerpoint se informa en un primer momento de los Estadios de Cambio de Prochaska y DiClemente, donde los participantes identifican en qué etapa de cambio están.

Posteriormente se proporciona información sobre el Síndrome de Abstinencia a la nicotina: concepto, síntomas, duración, etc.

Tiempo estimado: 40 minutos.

Material necesario: ordenador, proyector y pizarra.

4. Técnica para aumentar la motivación:

a) Hoja de Consejos para Controlar el Síndrome de Abstinencia. Se trata de una tabla donde aparecen los síntomas de abstinencia a la nicotina más frecuentes. En función del síntoma abstinencial, se proporciona una serie de consejos para disminuirlo y/o evitarlo (Anexo 19).

b) Hoja de Recomendaciones dietéticas. Uno de los síntomas que pueden aparecer durante el síndrome abstinencial es el aumento de peso y es uno de los síntomas que más miedo provocan a la persona que quiere dejar de fumar. Por eso, se hace entrega de una hoja con recomendaciones básicas sobre alimentación.

Tiempo estimado: 10 minutos.

5. Técnica de relajación de Jacobson. Es un método de relajación que consiste en la contracción/relajación de forma progresiva de los diferentes músculos del cuerpo. Se realiza en

sedestación.

Tiempo estimado: 10 minutos.

Material necesario: música de relajación.

SESIÓN 7 (Elaborada y presentada por Dra. Fonseca)

INDICE

1. Bienvenida
2. Presentación de los contenidos y dinámica de la sesión
3. Interacción del tabaco con psicofármacos.
4. Tratamientos cesación tabáquica.
5. Control de medidas biológicas

3. Interacción del tabaco con psicofármacos. A través de una presentación powerpoint se informa del funcionamiento básico sobre competitividad entre receptores y fármacos y sus posteriores consecuencias a nivel de interacción entre algunos fármacos utilizados para tratar algunos trastornos mentales y el consumo de tabaco.

Tiempo estimado: 20 minutos.

Material necesario: ordenador y proyector.

4. Tratamientos cesación tabáquica. A través de una presentación powerpoint se aumentan los conocimientos sobre las diversas alternativas de tratamiento que hay en el mercado nacional e internacional para el abandono del tabaco y la disminución del síndrome de abstinencia (Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN), bupropion, vareniclina, etc.). Toma una especial atención la TSN; sus formas de administración, utilización, beneficios, etc.

Tiempo estimado: 30 minutos.

Material necesario: ordenador y proyector.

SESIÓN 8**INDICE**

1. Bienvenida
2. Presentación de los contenidos y dinámica de la sesión
3. Caída y Recaída.
4. Técnica para aumentar la motivación:
 - a. TIC's y Tabaco
5. Control de medidas biológicas

3. Caída y Recaída. Mediante una presentación en formato powerpoint se informa de la diferencia entre una caída y una recaída una vez alcanzado el objetivo de dejar de fumar.

Posteriormente se muestran las situaciones más frecuentes de recaídas en la población estudiada según la literatura científica, al mismo tiempo que los participantes pueden comprobar las situaciones más frecuentes en las que ellos fuman y por ende con mayor riesgo, a través de la técnica motivacional empleada en la Sesión 2: Autoregistro.

Además, elaboran de forma individual en un primer momento y después en grupo una serie de alternativas a realizar en esas situaciones concretas. La lista de alternativas es ampliada finalmente por la enfermera, aportando mayores tasas de alternativas.

Tiempo estimado: 45 minutos.

Material necesario: ordenador, proyector y pizarra.

4. Técnica para aumentar la motivación: TIC's y Tabaco. Se trata de mostrar a los participantes diferentes páginas web y aplicaciones móviles a nivel nacional y europeo sobre información del tabaco, programas para dejar de fumar, páginas de foros sobre apoyo social de exfumadores y otros fumadores en proceso de abandono, actividades, cursos, etc. para aumentar su conocimiento e interés, y por ende, su motivación.

Algunas páginas que se muestran son:

<http://www.papsf.cat/Index.aspx>

<https://www.aecc.es/TeAyudamos/informaryconcienciar/Programas/Paginas/Dejardefumar.aspx>

<https://www.dejedefumarconayuda.es/>

<http://www.quitometro.org/>

<http://www.sedet.es/webcms/index.php>

<https://twitter.com/psychonicotine>

<http://es.help-eu.com/pages/index-5.html#>

Tiempo estimado: 15 minutos.

Material necesario: ordenador e internet.

SESIÓN 9

INDICE

1. Bienvenida
2. Presentación de los contenidos y dinámica de la sesión
3. Cigarrillo electrónico.
4. Técnicas prácticas de conocimientos:
 - a. Rol-playing
 - b. “Pasapalabra”
5. Control de medidas biológicas

3. Cigarrillo electrónico. Se proporciona información sobre el cigarrillo electrónico y se trabaja sobre el Informe del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) sobre los cigarrillos electrónicos elaborado en Diciembre del 2013.

Tiempo estimado: 15 minutos.

Material necesario: Informe del CNPT sobre cigarrillos electrónicos.

4. Técnicas prácticas de conocimientos:

a) Rol-playing. Mediante la técnica de rol-playing se trabajan aquellas situaciones más frecuentes donde una persona recae en el consumo de tabaco y las diferentes alternativas que existen para su resolución.

Tiempo estimado: 30 minutos.

b) “Pasapalabra”. De forma semejante al juego de televisión y juego de mesa “Pasapalabra” se enuncian términos relacionados con el tabaquismo y los participantes deben acertar la palabra descrita (Anexo 20).

Tiempo estimado: 15 minutos.

Material necesario: Hoja de enunciados y folios.

SESIÓN 10

INDICE

1. Bienvenida
2. Elaboración de Cuestionarios finales
3. Entrega de Diplomas y obsequio.
4. Control de medidas biológicas.
5. Despedida

2. Elaboración de Cuestionarios finales. Son varios los cuestionarios a trabajar esta última sesión.

En primer lugar está el Cuestionario de Conocimientos Posteriores, que al igual que el cuestionario descrito en la primera sesión se trata de un cuestionario de elaboración propia de 10 preguntas con 4 respuestas a elegir, sólo una cierta. Se realiza de manera individual a todos los participantes, tanto fumadores como no fumadores.

El Cuestionario de las Percepciones del Tratamiento (CPT), el cual fue desarrollado por el grupo de Marsden²³⁰ y está destinado a población en tratamiento por adicción a drogas y diseñado para medir la satisfacción del usuario respecto del proceso terapéutico (Anexo 21).

El Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerström, el test de Motivación para dejar de fumar de Richmond y la Escala URICA para valorar si se ha producido algún cambio entre la realizada en la entrevista individual y esta última sesión en la puntuación de la dependencia, la motivación y el estadio de cambio. Estas escalas son realizadas solamente por los participantes fumadores.

Tiempo necesario: 45 minutos.

Material necesario: Cuestionario de Conocimientos Posteriores, Cuestionario de las percepciones del Tratamiento (CPT), Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerström, Test de Richmond, Escala URICA y bolígrafos.

3. Entrega de Diplomas y Obsequio. Antes de hacer entrega de los Diplomas (Anexo 22) y el Obsequio final, se ofrece una pequeña información de los lugares más cercanos donde poder solicitar ayuda en caso de reducción o abandono del consumo de tabaco.

9.10.3. Seguimiento

Una vez finalizada la intervención grupal, se realizó un seguimiento de los participantes de cada servicio seleccionado en este estudio, bien de forma presencial o bien de forma telefónica, a los 3, 6 y 12 meses tras finalizar la intervención. Las visitas de seguimiento telefónico no difirieron de las presenciales en sus rasgos principales y definitorios.

Las variables a recoger durante el seguimiento han sido (Tabla 9.2 y Anexo 23):

- Número de cigarrillos/día
- Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerström
- Test de Motivación para dejar de fumar de Richmond
- Autoeficacia
- Etapa de cambio mediante la Escala URICA
- Utilización de tratamiento farmacológico
- Número de intentos de abandono

Tabla 9.2. Cronograma de la recogida de datos

	Entrevista Individual	Intervención Grupal (sesiones)										Seguimiento (meses)		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	3	6	12
Datos sociodemográficos														
Datos clínicos														
Datos sobre consumo de tabaco														
Nº cigarrillos/día														
Fagerström														
Glover-Nilsson														
Richmond														
QSU														
MNWS														
Autoeficacia														
URICA														
Medidas biológicas														
CPT														
Tratamiento														

9.11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico inicial, se describieron las variables cuantitativas mediante la media aritmética y su correspondiente desviación estándar. Las variables categóricas se describieron mediante tabla de frecuencias (número y porcentaje).

Se evaluaron posibles asociaciones entre variables categóricas mediante test chi-cuadrado de Pearson (o prueba exacta de Fisher en función de la adecuación de la prueba). Se evaluaron posibles diferencias entre períodos de estudio (baseline, 3, 6 y 12 meses) el test de los rangos con signo de Wilcoxon (muestras pareadas) para las variables continuas. Las diferencias entre los 3 grupos se evaluaron mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, haciéndose asimismo, comparaciones múltiples entre las distintas parejas posibles de grupos mediante el test de Dunnett.

Finalmente, para la para el estudio de los cambios en la cooximetría, se utilizó el test de simetría de McNemar-Bowker.

Se consideraron asociaciones estadísticamente significativas aquellas cuyo p-valor <0.05. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el paquete estadístico STATA 15.0 software (Stata Corp.; College Station, Texas, USA).

9.12. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Por las características del estudio, los participantes no se expusieron a ningún riesgo añadido, ni la participación en el grupo de intervención conllevó efectos perjudiciales para su salud.

Fue necesaria la autorización de aquellas Instituciones Sanitarias donde se realizó el estudio, tras ser evaluado dicho proyecto por el Comité de Ética. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Parc de Salut Mar (CEIC nº 2016/6855/I).

Se tuvo en cuenta la Ley Orgánica 41/2002 del 14 de noviembre sobre la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica en su Artículo 8 referente al consentimiento informado para participar en la investigación que ha sido revocable en cualquier momento.

También se tuvo en cuenta la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre; con objeto de garantizar y proteger en lo concerniente al tratamiento de los datos personales, las libertades y derechos fundamentales de todos los participantes en la investigación. Los datos obtenidos se incorporaron a un fichero y la información aportada en los cuestionarios ha sido tratada de forma totalmente confidencial. Se eliminaron cualquier dato o nombre que pueda permitir el reconocimiento de la identidad de los informantes. Los datos quedaron reservados para los fines de este proyecto de investigación.

10. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos del análisis descriptivo de la muestra y comparativo de los servicios de vinculación. Dado que la muestra se formó mediante tres submuestras de distintos servicios, para una mejor comprensión de los resultados, éstos se presentarán inicialmente para la muestra general y posteriormente, los resultados para cada uno de los servicios de vinculación estudiados. Por último, se realiza una comparación entre sí de las submuestras (servicio de rehabilitación media y larga estancia, hospitalización parcial y atención comunitaria).

10.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA GENERAL, DE LOS SERVICIOS DE VINCULACIÓN Y SU ANÁLISIS COMPARATIVO

En primer lugar, antes de exponer los resultados fruto de la intervención realizada, se realiza un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra general (n=25) (Tablas 10.1 a 10.3 y Figura 10.1 a 10.4). Posteriormente se muestra el análisis descriptivo de los diferentes servicios; servicio de rehabilitación media y larga estancia (n= 10), hospitalización parcial (n= 6) y atención comunitaria (n= 9). Por último, se realiza un análisis comparativo entre dichos servicios de vinculación.

10.1.1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra general (n=25)

La muestra se formó con 25 participantes, de los cuales 10 (40%) usuarios estaban vinculados al servicio de rehabilitación de media y larga estancia, 6 (24%) usuarios al servicio de hospitalización parcial y los otros 9 (36%) usuarios al servicio de atención comunitaria. De los participantes, 14 (56%) eran hombres, con una edad media de 47.52 años (± 7.95).

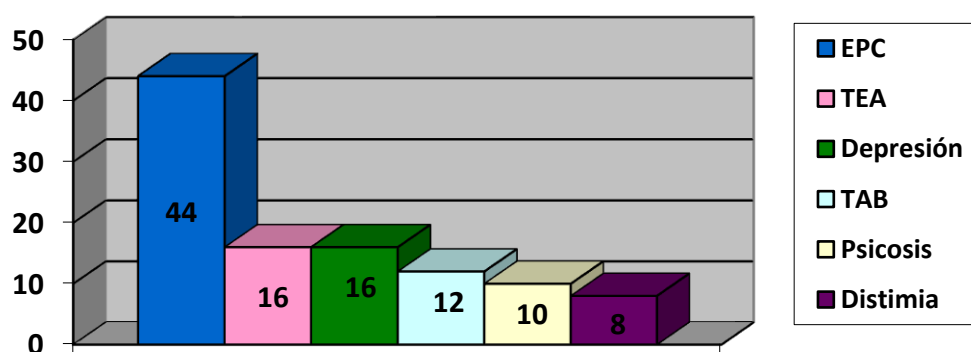
En la tabla 10.1 se muestran los datos relativos al servicio de vinculación, el género, al estado civil, la convivencia, el nivel de estudios, la ocupación laboral y el subsidio de la muestra.

Tabla 10.1. Características sociodemográficas de la muestra general (n=25)		
	n	%
Servicio de vinculación		
Rehabilitación media y larga estancia	10	56
Hospitalización parcial	6	24
Atención comunitaria	9	36
Género		
Hombres	14	56
Mujeres	11	44
Estado civil		
Soltero	10	40
Casado/Pareja	9	36
Divorciado/Separado	6	24
Convivencia		
Familia	18	72
Otros (comparte piso, homeless)	5	20
Vive solo	2	8
Nivel de estudios		
Enseñanza obligatoria	13	52
Bachillerato /FP medio	7	28
FP superior/Universidad	5	20
Ocupación laboral		
Pensionista	15	60
Desempleado	5	20
Baja por enfermedad	4	16
Empleado	1	4
Subsidio		
Reciben subsidio	15	60
Nómina	5	20
No reciben subsidio	5	20
	M	DE
Subsidio en euros	582.06	431.56

M: media; **DE:** desviación estándar

Los participantes estaban diagnosticados de un trastorno mental según el DSM-5. De la muestra, 16 usuarios (64%) sufrían un trastorno psicótico y 9 (36%) un trastorno afectivo. De los usuarios con un trastorno psicótico, 11 (44%) tenían un diagnóstico de esquizofrenia paranoide crónica, 4 (16%) un trastorno esquizoafectivo y 1 usuario (10%) con psicosis inespecífica. De los usuarios con un trastorno afectivo, 4 usuarios (16%) sufrían un trastorno depresivo, 3 (12%) sufría un trastorno afectivo bipolar y 2 usuarios (8%) una distimia. (Figura 10.1)

Figura 10.1. Porcentaje de diagnósticos presentes en la muestra general (n=25)



EPC: Esquizofrenia Paranoide Crónica; **TEA:** Trastorno Esquizoafectivo; **TAB:** Trastorno Afectivo Bipolar

Los resultados de la estabilidad psicopatológica obtuvieron una media de puntuación de 8.69 (± 6.03) para la escala BPRS, estando dentro de la categoría “Ausencia de trastorno”; una media de puntuación de 12 (± 5.20) en la escala Hamilton, estando dentro de los valores categóricos de “Depresión menor” y una puntuación de 5 (± 0.82) en la escala Young, compatible con un estado de eutimia.

Al analizar los antecedentes médicos de la muestra, se obtuvo que 4 usuarios (16%) presentaban antecedentes de enfermedades respiratorias, por ejemplo asma o EPOC; 3 usuarios (12%) tenían antecedentes de enfermedades endocrinas, por ejemplo, diabetes mellitus, problemas de tiroides u obesidad; 3 (12%) presentaba antecedentes cardiovasculares y 5 (20%) varias enfermedades como antecedentes médicos presentes. 12 de estos usuarios (48%) tomaban tratamiento para paliar estas enfermedades.

Entre el tratamiento psiquiátrico prescrito a los participantes, a 23 (92%) se administraba tratamiento con neurolépticos; de los cuales 6 (24%) tenían prescrito tratamiento con olanzapina con dosis que variaban entre los 5 y 25 mg diarios; otros 3 (12%) tomaban clozapina como tratamiento habitual con dosis que oscilaban entre los 250 y 500 mg diarios; 4 (16%) tomaban tratamiento con antidepresivos y 11 usuarios (44%) de la muestra además, presentaban como tratamiento complementario benzodiacepinas.

En la Tabla 10.2 se muestran los resultados obtenidos en la estabilidad psicopatológica, antecedentes médicos y el tratamiento farmacológico.

Tabla 10.2. Estabilidad psicopatológica, antecedentes médicos y tratamiento farmacológico en la muestra general (n=25)			
	Media (M)	DE	Gravedad
Estabilidad psicopatológica			
Escala BPRS	8.69	6.03	Ausencia
Escala Hamilton	12	5.20	Depresión menor
Escala Young	5	.82	Eutimia
	n	%	
Antecedentes médicos			
Complicaciones médicas		15	60
Patología respiratoria		4	16
Patología endocrina		3	12
Patología cardiovascular		3	12
Pluripatología		5	20
Tratamiento			
Tto. Neurolépticos		23	92
Tto. Olanzapina		6	24
Tto. Clozapina		3	12
Tto. Antidepresivos		4	16
Tto. coadyuvante con Benzodiacepinas		11	44
Tto. médico		12	48

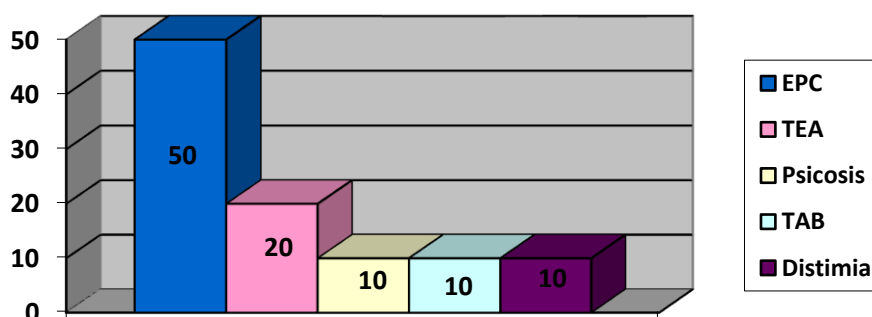
DE: desviación estándar

10.1.2. Características sociodemográficas y clínicas en el servicio de rehabilitación de media y larga estancia (n=10)

A este grupo pertenecían aquellos participantes vinculados a los servicios de Rehabilitación Psiquiátrica de media estancia (Subagudos) y Alta Dependencia Psiquiátrica (ADP) del Centro Forum. Participaron un total de 10 usuarios. En la tabla 10.3 se muestran las características sociodemográficas de este servicio y los resultados referentes a la gravedad del estado psicopatológico, así como la presencia de antecedentes médicos

Los usuarios estaban diagnosticados de un trastorno mental según los criterios del DSM-5, los cuales quedan reflejados en la Figura 10.2.

Figura 10.2. Porcentaje de diagnósticos presentes en el servicio de rehabilitación media y larga estancia (n=10)



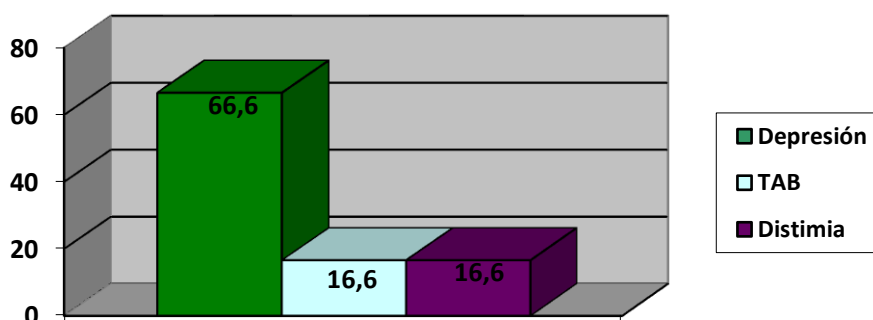
EPC: Esquizofrenia paranoide crónica; **TEA:** Trastorno Esquizoafectivo; **TAB:** Trastorno afectivo bipolar

10.1.3. Características sociodemográficas y clínicas en el servicio de hospitalización parcial (n=6)

A este grupo pertenecían aquellos participantes vinculados al servicio de hospitalización parcial (Hospital de día del Centro Forum). Participaron un total de 6 usuarios. En la Tabla 10.3 se muestran las características sociodemográficas de este grupo, los resultados referentes a la gravedad del estado psicopatológico, así como la presencia de antecedentes médicos.

Los usuarios estaban diagnosticados de un trastorno mental según el DSM-5, los cuales se muestran en la Figura 10.3.

Figura 10.3. Porcentaje de diagnósticos presentes en el servicio de hospitalización parcial (n=6)



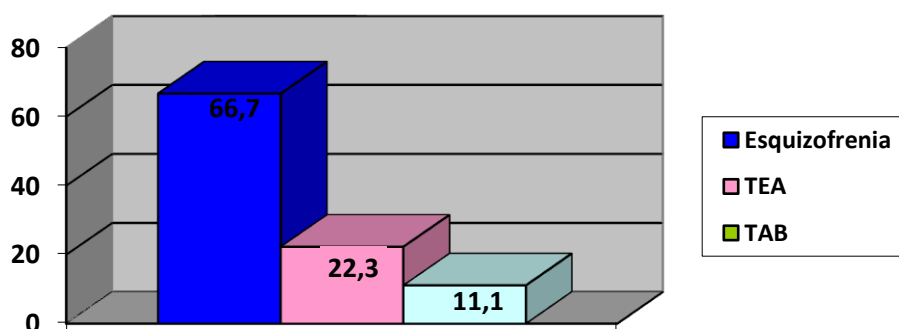
TAB: Trastorno afectivo bipolar

10.1.4. Características sociodemográficas y clínicas en el servicio de atención comunitaria (n=9)

A este grupo pertenecían aquellos participantes vinculados a los Centros de Salud Mental de Adultos del distrito de Sant Martí en Barcelona (CSMA Sant Martí Nord y CSMA Sant Martí Sud), como servicios de atención comunitaria. En este grupo participaron un total de 9 usuarios. En la Tabla 10.3 se muestra las características sociodemográficas de esta muestra, los resultados referentes a la gravedad del estado psicopatológico, así como la presencia de antecedentes médicos.

Los usuarios estaban diagnosticados de un trastorno mental según el DSM-5, los cuales se muestran en la Figura 10.4.

Figura 10.4. Porcentaje de diagnósticos presentes en el servicio de atención comunitaria (n=9)



TEA: Trastorno Esquizoafectivo; **TAB:** Trastorno afectivo bipolar

10.1.5. Análisis comparativo entre servicios de las características sociodemográficas y clínicas

Existen diferencias en la distribución de los diagnósticos respecto al servicio de vinculación, ya que los trastornos afectivos mayoritariamente están vinculados al servicio de hospitalización parcial en comparación con los trastornos psicóticos que se encuentran en su mayoría en los servicios de rehabilitación de media y larga estancia y en los de atención comunitaria (Figuras 10.2, 10.3 y 10.4)

Tabla 10.3. Comparación de variables sociodemográficas y clínicas entre los diferentes servicios

Variables	Rehabilitación media y larga estancia (n=10)	Hospitalización parcial (n= 6)	Atención comunitaria (n= 9)	p
Género				
Hombres	5	4	5	.0881 ⁽³⁾
Mujeres	5	2	4	
Edad en años	47 (±7)	44.5 (±10.01)	50.4 (±6.97)	.3756 ⁽¹⁾
Estado civil				
Soltero	6	2	2	.040* ⁽³⁾
Casado/Pareja	1	2	6	
Divorciado/Separado	3	2	1	
Nivel de estudios				
Enseñanza obligatoria	4	4	5	.468 ⁽³⁾
Bachillerato/FP medio	4	0	3	
FP superior/Universidad	2	2	1	
Ocupación laboral				
Pensionista	7	0	8	.003** ⁽³⁾
Desempleado	3	2	0	.000*** ⁽³⁾
Baja por enfermedad	0	4	0	
Empleado	0	0	1	
Subsidio en euros	419.3 (±419)	787 (±477.64)	626.3 (±389.65)	.0348** ⁽²⁾
Diagnóstico				
Trast. Psicóticos	8	0	8	.002** ⁽³⁾
Trast. afectivos	2	6	1	.001*** ⁽³⁾
Gravedad				
BPRS	13 (±5.3)	0	4.38 (±2.62)	.0031* ⁽¹⁾
Hamilton	15.5 (±3.5)	11.5 (±5.68)	8	.5557 ⁽¹⁾
Young	6 (±6)	4.5 (±.71)	5	.3247 ⁽¹⁾
Complicaciones médicas	7	2	6	.047* ⁽³⁾

* Estadísticamente significativo entre los servicios de Rehabilitación media y larga estancia y atención comunitaria

** Estadísticamente significativo entre los servicios de Rehabilitación media y larga estancia y hospitalización parcial

*** Estadísticamente significativo entre los servicios de hospitalización parcial y atención comunitaria

⁽¹⁾ Test de rangos de Kruskal-Wallis; ⁽²⁾ Test de Dunnett; ⁽³⁾ Prueba exacta de Fisher

10.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CONSUMO DE TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LA MUESTRA GENERAL, DE LOS SERVICIOS DE VINCULACIÓN Y SU ANÁLISIS COMPARATIVO

En este apartado se realiza un análisis descriptivo del consumo de tabaco en la muestra general (n=25) (Tablas 10.4 a 10.9). Después, se muestra el análisis descriptivo de los diferentes servicios; servicio de rehabilitación media y larga estancia (n= 10), hospitalización parcial (n= 6) y atención comunitaria (n= 9). Por último, se realiza un análisis comparativo entre dichos servicios de vinculación.

10.2.1. Características del consumo de tabaco y otras sustancias psicoactivas en la muestra general (n=25)

Los datos sobre el número de cigarrillos diarios fueron de un consumo medio de 27.6 cigarrillos (± 14.09). La edad media de inicio fue de 16,56 años ($\pm 4,19$) y de 30,16 años ($\pm 7,99$) como fumadores. De la muestra, 18 usuarios (72%) consumían tabaco en forma de cigarrillos convencionales, 5 (20%) consumía tabaco de liar y los otros 2 usuarios (8%) consumían el binomio tabaco-cannabis. Del total de la muestra, 17 usuarios (68%) habían presentado un periodo de abstinencia anterior, con una media de 1.72 número medio de intentos de abandono de su consumo (± 2.13). Los métodos utilizados en los usuarios que habían estado abstinentes con anterioridad fueron: 9 (36%) no habían utilizado ningún método, 4 (16%) utilizaron la terapia sustitutoria con nicotina, 3 (12%) tratamiento farmacológico, concretamente vareniclina y el otro usuario (4%) con métodos de autoayuda. Durante el periodo de abstinencia presentado, 5 usuarios (20%) manifestaron haber sufrido un leve empeoramiento de su sintomatología psiquiátrica de base, principalmente mayor intensidad de la ansiedad.

El nivel medio de dependencia física a la nicotina evaluado mediante el Test de Fagerström fue de 6.28 (± 2.62), equivalente a un grado de dependencia moderado. El Test de Glover-Nilsson mostró una puntuación media de 11.92 (± 3.86) para la dependencia psicológica (elevada), de 11.16 (± 5.71) puntos para la dependencia gestual (leve) y de 4.16 (± 1.86) puntos en la dependencia social (moderada). El valor medio de craving evaluado con la escala QSU fue de 37.48 (± 17.52) y una puntuación media de 11.08 (± 9.08) puntos en la presencia de sintomatología abstinencial medida a través de la escala MNWS.

El nivel de motivación de los usuarios para dejar de fumar fue de 4.92 puntos (± 3.20), valorado a través del Test de Richmond y que corresponde a una motivación moderada. Así mismo, el grado de autoeficacia medio es de 4.12 puntos (± 2.96).

En la Tabla 10.4 se muestran las características de consumo de tabaco en la muestra general.

Tabla 10.4. Características del consumo de tabaco en la muestra general (n=25)			
Variables	Media (M)	DE	
Nº cigarrillos/día	27.6	14.09	
Edad de inicio	16.56	4.19	
Años como fumador	30.16	7.99	
Craving (QSU)	37.48	17.52	
Abstinencia (MNWS)	11.08	9.08	
	Media (M)	DE	Gravedad
Dependencia física (Fagerström)	6.28	2.62	Moderada
Dependencia psicológica (Glover-Nilsson)	11.92	3.86	Elevada
Dependencia social (Glover-Nilsson)	4.16	1.86	Moderada
Dependencia gestual (Glover-Nilsson)	11.16	5.71	Leve
Motivación (Richmond)	4.92	3.20	Moderada
Autoeficacia	4.12	2.96	Moderada

DE: desviación estándar

Existe una diferencia en la mediana de 15 cigarrillos entre aquellos participantes que estaban diagnosticados de un trastorno psicótico a aquellos que estaban diagnosticados de un trastorno afectivo (Tabla 10.5), siendo esta diferencia no estadísticamente significativa ($p=.4908$).

Tabla 10.5. Relación entre consumo medio de cigarrillos y diagnóstico en la muestra general (n=25)								
Diagnóstico	n	%	Cigarrillos/día					
			M	DE	p 25	p 50	p 75	p
Trastornos psicóticos	16	64	29.25	15.9	12.5	35	40	.4908
Trastornos afectivos	9	36	24.6	10.1	20	20	30	

M: media; **DE:** desviación estándar; **p:** percentil

Test de rangos de Wilcoxon para muestras pareadas

Igualmente, existen diferencias en la media de cigarrillos consumidos al día en función del tratamiento pautado, siendo de 8 cigarrillos menos en aquellos participantes que tienen prescrito como tratamiento olanzapina y/o clozapina (Tabla 10.6); aunque esta diferencia no resulta estadísticamente significativa ($p=.1837$). Tampoco hay diferencias estadísticamente significativas en la diferencia del número de cigarrillos diarios entre aquellos usuarios a los que se administraba tratamiento con olanzapina versus los que se les administraba tratamiento con clozapina ($p=.8437$).

Tabla 10.6. Diferencias en el consumo medio de cigarrillos en función del tratamiento pautado								
Tratamiento	n	%	Cigarrillos/día					
			M	DE	p 25	p 50	p 75	p
Olanzapina/Clozapina	9	36	22	14.7	8,5	20	37.5	.1837
Otros neurolépticos	17	68	30.2	13.9	20	35	40	

M: media; **DE:** desviación estándar; **p:** percentil

Test de rangos de Wilcoxon para muestras pareadas

Al analizar el consumo de otras sustancias psicoactivas, se encontró que 20 usuarios (80%) consumían cafeína a diario, con una media de 132 mg (± 97.66) (una taza de café tiene aproximadamente 85 mg de cafeína; equivale aproximadamente a 1,5 tazas de café); 2 usuarios (8%) consumían cannabis de forma diaria y un usuario (4%) consumía alcohol. En el pasado, 3 usuarios (12%) habían consumido alcohol de forma diaria, un participante (4%) sufrió dependencia a benzodiazepinas, un usuario (4%) consumió cannabis y 5 participantes (20%) realizaba un policonsumo (Tabla 10.7)

Tabla 10.7. Consumo de tóxicos actual y pasado en la muestra general (n=25)		
	n	%
Actualidad		
Cafeína	20	80
Cannabis (THC)	2	8
Alcohol (OH)	1	4
Pasado		
Ningún consumo	15	60
Policonsumo	5	20
Alcohol (OH)	3	12
Cannabis (THC)	1	4
Benzodiazepinas	1	4

10.2.2. Características del consumo de tabaco y otras sustancias psicoactivas en el servicio de rehabilitación media y larga estancia (n=10)

Los resultados sobre las variables de estudio relacionadas con el consumo de tabaco (nº cigarrillos/día, Test de Fagerström, Test de Richmond, grado de autoeficacia, dependencia psicológica, social y gestual, grado de craving, síntomas abstinenciales y consumo de otras sustancias) se muestran en la Tabla 10.9.

El tipo de consumo en la muestra fue: 8 usuarios (80%) consumían tabaco en forma de cigarrillos convencionales, 1 (10%) consumía tabaco de liar y otro usuario (10%) consumía el binomio tabaco-cannabis. De la muestra, 6 usuarios (60%) habían presentado un periodo de

abstinencia anterior, con una media de 1.1 número medio de intentos de abandono de su consumo (± 1.1). Los métodos utilizados en los usuarios que habían estado abstinentes con anterioridad fueron: 2 (20%) utilizaron la terapia sustitutiva con nicotina, 2 (20%) no habían utilizado ningún método, 1 (10%) tratamiento farmacológico, concretamente vareniclina en este caso y el otro usuario (10%) con métodos de autoayuda. Durante el periodo de abstinencia presentado, 2 usuarios (20%) manifestaron haber sufrido un leve empeoramiento de su sintomatología psiquiátrica de base, principalmente mayor intensidad de la ansiedad.

Existe una diferencia en el número de cigarrillos consumidos a diario entre los usuarios vinculados al servicio de rehabilitación media estancia, con una media de 15.1 cigarrillos/día (± 8.98) y aquellos usuarios vinculados al servicio de alta dependencia psiquiátrica con una media de 29 cigarrillos/día (± 19.05), aunque no resulta estadísticamente significativa ($p=.2501$) (Tabla 10.8).

Tabla 10.8. Relación entre consumo medio de cigarrillos y el destino en la muestra del servicio de rehabilitación media y larga estancia (n=10)								
Destino	n	%	Cigarrillos/día					
			M	DE	p 25	p 50	p 75	p
Subagudos	7	70	15,1	8,98	7	15	20	.2501
Unidad ADP	3	30	29	19,05	7	40	40	

M: media; DE: desviación estándar; p: percentil
Test de rangos de Wilcoxon para muestras pareadas

10.2.3. Características del consumo de tabaco y otras sustancias psicoactivas en el servicio de hospitalización parcial (n=6)

Los resultados sobre las variables de estudio relacionadas con el consumo de tabaco (nº cigarrillos/día, Test de Fagerström, Test de Richmond, grado de autoeficacia, dependencia psicológica, social y gestual, grado de craving, síntomas abstinenciales y consumo de otras sustancias) se muestran en la Tabla 10.9.

El tipo de consumo en la muestra fue: 3 usuarios (50%) consumían tabaco en forma de cigarrillos convencionales, 2 (33.3%) consumía tabaco de liar y otro usuario (16.6%) consumía el binomio tabaco-cannabis. De la muestra, 5 usuarios (83.3%) habían presentado un periodo de

abstinencia anterior, con una media de 1.33 número medio de intentos de abandono de su consumo (± 1.03). Los métodos utilizados en los usuarios que habían estado abstinentes con anterioridad fueron: 1 (16.6%) utilizó la terapia sustitutiva con nicotina y los otros 4 (66.6%) no habían utilizado ningún método para el abandono del tabaco. Durante el periodo de abstinencia presentado, 2 usuarios (33.3%) manifestaron haber sufrido un leve empeoramiento de su sintomatología psiquiátrica de base, principalmente mayor intensidad de la ansiedad.

10.2.4. Características del consumo de tabaco y otras sustancias psicoactivas en el servicio de atención comunitaria (n=9)

Los resultados sobre las variables de estudio relacionadas con el consumo de tabaco (nº cigarrillos/día, Test de Fagerström, Test de Richmond, grado de autoeficacia, dependencia psicológica, social y gestual, grado de craving, síntomas abstinenciales y consumo de otras sustancias) se muestran en la Tabla 10.9.

El tipo de consumo de la muestra era: 7 usuarios (77.7%) consumían tabaco en forma de cigarrillos convencionales y 2 (22.2%) consumía tabaco de liar. De la muestra, 6 usuarios (66.6%) habían presentado un periodo de abstinencia anterior, con una media de 2.67 número medio de intentos de abandono de su consumo (± 3.16). Los métodos utilizados en los usuarios que habían estado abstinentes con anterioridad fueron: 2 usuarios (22.2%) utilizaron tratamiento farmacológico, en concreto Vareniclina prescrita y en seguimiento por su psiquiatra referente, 1 (11.1%) utilizó la terapia sustitutiva con nicotina y los otros 3 (33.3%) no habían utilizado ningún método para el abandono del tabaco. Durante el periodo de abstinencia presentado, sólo 1 usuario (11.1%) manifestó haber sufrido un leve empeoramiento de su sintomatología psiquiátrica de base, principalmente mayor intensidad de la ansiedad.

10.2.5. Análisis comparativo entre servicios sobre las características del consumo de tabaco

Existen diferencias aunque no estadísticamente significativas, entre los valores de craving de los servicios estudiados, siendo estos mayores entre los usuarios vinculados a los servicios de atención comunitaria (42 ± 17.04) versus los usuarios de los servicios de rehabilitación media y larga estancia y hospitalización parcial (39.3 ± 20.14 y 27.67 ± 10.89 respectivamente) ($p=.3604$).

Tabla 10.9. Comparación de resultados relacionados con el consumo entre los diferentes servicios				
Variables	Rehabilitación media y larga estancia (n=10)	Hospitalización parcial (n= 6)	Atención comunitaria (n= 9)	p
Nº cigarrillos/día	19.3 (13.3)	22 (9.90)	40.5 (5.83)	.0008* ⁽²⁾ .0099*** ⁽²⁾
Craving (QSU)	39.3 (20.14)	27.67 (10.89)	42 (17.04)	.3604 ⁽¹⁾
Abstinencia (MNWS)	11.7 (9.22)	9.33 (11.34)	11.56 (8.26)	.6434 ⁽¹⁾
Dependencias				
Física (Fagerström)	4.1 (2.46)	6.83 (1.72)	8.33 (1.00)	.0303** ⁽²⁾ y .0001* ⁽²⁾
Psicológica (Glover-Nilsson)	11.7 (4.62)	11.16 (3.92)	12.6 (3.16)	.7266 ⁽¹⁾
Social (Glover-Nilsson)	4.1 (1.72)	3.16 (2.31)	4.8 (1.53)	.0416*** ⁽²⁾
Gestual (Glover-Nilsson)	9.8 (3.48)	9.5 (7.23)	13.7 (6.28)	.2853 ⁽¹⁾
Motivación	3 (2.74)	5.5 (2.88)	6.67 (2.96)	.0071* ⁽²⁾
Autoeficacia	2.7 (2.54)	4.17 (3.31)	5.67 (2.65)	.0145* ⁽²⁾
Estadios de cambio				
Precontemplación	4	0	0	.049* ⁽³⁾
Contemplación	6	6	7	
Acción	0	0	2	
Cafeína				
Nº consumidores	8	3	9	.044*** ⁽³⁾
Dosis media en mg	157.5	70.83	179.44	.024*** ⁽¹⁾

* Estadísticamente significativo entre los servicios de Rehabilitación media y larga estancia y atención comunitaria

** Estadísticamente significativo entre los servicios de Rehabilitación media y larga estancia y hospitalización parcial

*** Estadísticamente significativo entre los servicios de hospitalización parcial y atención comunitaria

⁽¹⁾ Test de rangos de Kruskal-Wallis; ⁽²⁾ Test de Dunnett; ⁽³⁾ Prueba exacta de Fisher

10.3. ANÁLISIS DE LA EFICACIA A CORTO PLAZO DE LA INTERVENCIÓN OBJETO DE ESTUDIO EN LA MUESTRA GENERAL, EN LOS SERVICIOS DE VINCULACIÓN Y SU ANÁLISIS COMPARATIVO

Al igual que en los apartados anteriores, primero se presentan los resultados de la eficacia de la intervención objeto de estudio para la muestra general (n=25) (Tablas 10.10 a 10.11 y Figura 10.5), posteriormente aquellos resultados obtenidos en cada uno de los servicios estudiados y para finalizar una análisis comparativo entre dichos estudios.

10.3.1. Resultados a corto plazo de la intervención de estudio en la muestra general (n=25)

Los participantes de la muestra general (n=25) han asistido a una media de 7.28 sesiones (± 1.86) durante la intervención, evaluando a la misma con una puntuación de 35 puntos sobre 40 (± 4.49). Se obtuvo una pérdida de dos participantes durante el periodo de la intervención, uno de ellos vinculado al servicio de rehabilitación media y larga estancia y el otro al servicio de hospitalización parcial.

En la Tabla 10.10 se muestran los resultados de las variables de estudio siendo el número de cigarrillos diarios consumidos de 18.16 (± 12.09), reduciéndose una media de 9.40 cigarrillos diarios (± 10.81), resultando estadísticamente significativo ($p=.0001$). El nivel de dependencia física medido a través del Test de Fagerström es de 5.36 puntos (± 2.72), que equivale a un grado de dependencia moderada; no resultando estadísticamente significativo ($p=.1094$). El grado de motivación para dejar de fumar es de 5.60 puntos (± 2.40), que corresponde a una motivación moderada ($p=.2632$). El grado de autoeficacia es de 5.32 (± 2.23) ($p=.0490$).

Tabla 10.10. Diferencias de las variables antes y después de la intervención en la muestra general (n=25)

Variable	Pre-Intervención		Post-Intervención		Diferencia		p
	M	DE	M	DE	M	DE	
Nº Cigarrillos/día	27.6	14.09	18.16	12.09	- 9.40	10.81	.0001
Fagerström	6.28	2.62	5.36	2.72	- .92	2.56	.1094
Richmond	4.92	3.20	5.60	2.40	.68	2.59	.2632
Autoeficacia	4.12	2.96	5.32	2.23	1.20	2.08	.0490

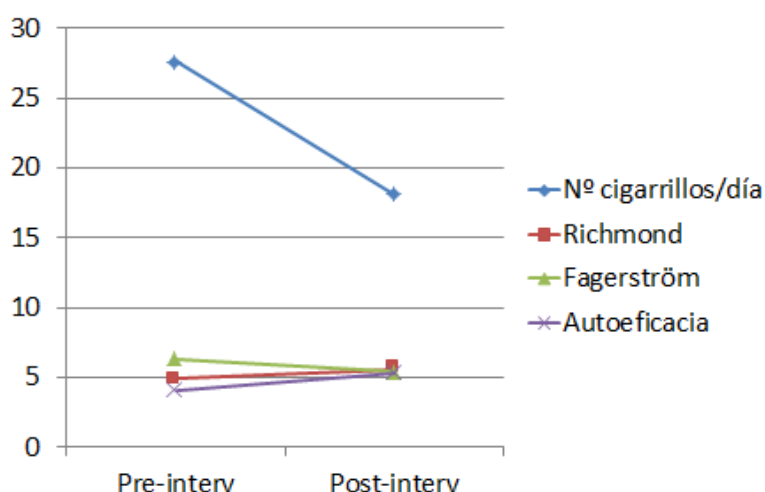
M: media; **DE:** Desviación estándar

Las cifras en negritas corresponden a resultados estadísticamente significativos

Test de rangos de Wilcoxon para muestras pareadas

En la Figura 10.5 se visualizan las diferencias de las variables de estudio tras la finalización de la intervención sobre abordaje al tabaquismo.

Figura 10.5. Diferencia entre las variables antes y después de la intervención en la muestra general (n=25)



Durante el periodo que duró la intervención, hubo 4 usuarios (16%) que intentaron dejar de fumar, con una media de 11.7 días de abstinencia. De la muestra, 8 usuarios (32%) utilizaron tratamiento como método para conseguir una mayor reducción del consumo de cigarrillos diarios, de los cuales 7 usuarios (28%) utilizaron TSN en todas sus variedades (parches, chicles, caramelos o combinación de varias de ellas) y un usuario (4%) utilizó vareniclina como tratamiento farmacológico.

10.3.2. Resultados a corto plazo de la intervención de estudio en el servicio de rehabilitación media y larga estancia (n=10)

Los usuarios de esta muestra han asistido a una media de 7.9 sesiones (± 1.85) durante la intervención, evaluando a la misma con una puntuación de 33.9 sobre 40 (± 4.25). En este servicio hubo una pérdida de un participante durante el periodo de la intervención.

En la Tabla 10.11 se muestran los resultados sobre el nº cigarrillos/día, el nivel de dependencia física medido a través del Test de Fagerström, el grado de motivación para dejar de fumar de Richmond y el grado de autoeficacia al finalizar la intervención.

10.3.3. Resultados a corto plazo de la intervención de estudio en el servicio de hospitalización parcial (n=6)

Los usuarios de esta muestra han asistido a una media de 7.33 sesiones (± 1.51) durante la intervención, evaluando a la misma con una puntuación de 35.17 sobre 40 (± 5.60). En este servicio hubo una pérdida de un participante durante el periodo de la intervención.

En la Tabla 10.11 se muestran los resultados sobre el nº cigarrillos/día, el nivel de dependencia física medido a través del Test de Fagerström, el grado de motivación para dejar de fumar de Richmond y el grado de autoeficacia al finalizar la intervención.

10.3.4. Resultados a corto plazo de la intervención de estudio en el servicio de atención comunitaria (n=9)

Los usuarios de esta muestra han asistido a una media de 6.56 sesiones (± 2.01) durante la intervención, evaluando a la misma con una puntuación de 36.1 sobre 40 (± 4.20). En este grupo, no hubo pérdidas de participantes durante la intervención.

En la Tabla 10.11 se muestran los resultados sobre el nº cigarrillos/día, el nivel de dependencia física medido a través del Test de Fagerström, el grado de motivación para dejar de fumar de Richmond y el grado de autoeficacia al finalizar la intervención.

10.3.5. Análisis comparativo de los resultados de la intervención de estudio a corto plazo entre servicios

Los resultados comparativos de las variables de consumo en cuanto al número de cigarrillos diarios, la dependencia física, la motivación para dejar de fumar y el grado de autoeficacia entre los diferentes servicios se muestran en la Tabla 10.11.

Tabla 10.11. Comparación de las variables de consumo antes y después de la intervención entre los diferentes servicios

Servicio y variables	Pre-Interv.	Post-Interv.	Diferencia	p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾
	M (±DE)	M (±DE)	M (±DE)		
Rehabilitación media y larga estancia					
Nº Cigarrillos/día	19.3 (±13.39)	13.3 (±7.77)	- 6.00 (±8.65)	.0376	
Fagerström	4.1 (±2.46)	4.3 (±2.05)	.200 (±.79)	.5225	.0114*
Richmond	3 (±2.74)	4.4 (±2.79)	1.40 (±1.51)	.0105	.0107**
Autoeficacia	2.7 (±2.54)	4.3 (±2.16)	1.60 (±2.12)	.0418	
Hospitalización parcial					
Nº Cigarrillos/día	22 (±9.90)	18.5 (±11.69)	- 3.50 (±3.15)	.1250	.0062 ***
Fagerström	6.83 (±1.72)	6.33 (±1.97)	- .50 (±.84)	.5000	
Richmond	5.50 (±2.88)	6.33 (±1.21)	.830 (±2.48)	1.0000	
Autoeficacia	4.17 (±3.31)	5.33 (±1.75)	1.17 (±3.06)	1.0000	
Atención comunitaria					.0412****
Nº Cigarrillos/día	40.56 (±5.83)	23.3 (±15.00)	- 17.22	.0078	
Fagerström	8.33 (±1.00)	5.89 (±3.55)	(±12.28)	.0625	
Richmond	6.67 (±2.96)	6.44 (±2.13)	-2.44 (±3.78)	.7266	.7352
Autoeficacia	5.67 (±2.65)	6.44 (±2.24)	- .22 (±3.49)	.3750	
			.78 (±1.30)		

M: media; DE: desviación estándar

⁽¹⁾ Test de rangos de Wilcoxon para muestras pareadas; ⁽²⁾ Test de Dunnett

Las cifras en negrita corresponden a resultados estadísticamente significativos

*Nº cigarrillos/día entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y atención comunitaria

**Nº cigarrillos/día entre los servicios de hospitalización parcial y atención comunitaria

***Test de Fagerström entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y atención comunitaria

****Test de Richmond entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y atención comunitaria

10.4. ANÁLISIS DEL GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE TABAQUISMO ADQUIRIDOS CON LA INTERVENCIÓN OBJETO DE ESTUDIO EN LA MUESTRA GENERAL, EN LOS SERVICIOS DE VINCULACIÓN Y SU ANÁLISIS COMPARATIVO

En este apartado se presentan directamente los resultados de la muestra general y la comparación del grado de conocimientos adquiridos entre los diferentes servicios de estudio en la Tabla 10.12.

El nivel de conocimientos de la muestra general (n=25) sobre el tabaquismo se evaluó mediante un cuestionario de conocimientos de 10 preguntas con 4 posibles respuestas donde sólo una de ellas era correcta. En la primera sesión de la intervención se les pasó a los usuarios el cuestionario de conocimientos previos, obteniendo una puntuación media de 6.68 preguntas acertadas (± 1.14).

Al finalizar la intervención el nivel de conocimientos aumentó con una puntuación media de 8.88 respuestas acertadas (± 1.39), existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los servicios de rehabilitación de media y larga estancia y el servicio de atención comunitaria, tal como refleja la Tabla 10.12.

Tabla 10.12. Diferencias en el nivel de conocimientos adquirido según el servicio de vinculación

Servicio	Pre-Intervención		Post-Intervención		Diferencia		p
	M	DE	M	DE	M	DE	
Rehabilitación media y larga estancia	6.9	1.19	9.7	.67	2.8	1.03	.0127*
Hospitalización parcial	7	.89	9.3	.081	2.3	.81	
Atención comunitaria	6.2	1.20	7.6	1.5	1.4	1.42	

M: media; **DE:** Desviación estándar

* Estadísticamente significativo entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y atención comunitaria

Test de Dunnett

10.5. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES BIOLÓGICAS DE ESTUDIO EN LA MUESTRA GENERAL, EN LOS SERVICIOS DE VINCULACIÓN Y SU ANÁLISIS COMPARATIVO

Al igual que en apartados anteriores, primero se presentan los valores de las variables biológicas en la muestra general (n=25) (Tablas 10.13 a 10.17 y Figuras 10.6 a 10.8), posteriormente aquellos resultados obtenidos en cada uno de los servicios estudiados y para finalizar una análisis comparativo entre dichos estudios.

10.5.1. Variables biológicas de estudio en la muestra general (n=25)

Las variables biológicas de estudio son la tensión arterial (TA), la frecuencia cardíaca (FC), la saturación de oxígeno (StO₂) y la cooximetría (CO). Estas variables fueron tomadas al inicio de la intervención grupal y posteriormente en cada una de las sesiones a las que asistían los participantes.

Los valores para estas variables al inicio de la intervención eran: las cifras de TA sistólica tenían una media de 125.64 mm Hg (± 17.53), y de TA diastólica de 74.6 mm Hg (± 10.45). La FC presentaba un valor medio de 87.9 latidos por minuto (± 17.35) y la StO₂ era de 97.24% (± 1.01). En cuanto a los niveles de CO a través de la cooximetría, encontramos que a 3 usuarios (12%) les mostraba el indicador numérico 1 (0-6 ppm), a otros 3 usuarios (12%) el indicador 2 (7-10 ppm), 7 usuarios (28%) les mostraba el indicador numérico 3 (11-15 ppm), a 8 usuarios (32%) el indicador 4 (16-25 ppm) y a 4 usuarios (16%) el indicador 5 (+26 ppm).

Los valores de estas mismas variables al finalizar la intervención grupal fueron: las cifras de TA sistólica tenían una media de 122.84 mm Hg (± 8.64), y de TA diastólica de 76.52 mm Hg (± 6.12). La FC presentaba un valor medio de 87.4 latidos por minuto (± 10.62) y la StO₂ era de 97.4% (± 0.71). En cuanto a los niveles de CO a través de la cooximetría, encontramos que a 4 usuarios (16%) les mostraba el indicador numérico 1 (0-6 ppm), 8 usuarios (32%) les mostraba el indicador numérico 2 (7-10 ppm), a 8 (32%) el indicador numérico 3 (11-15 ppm), a 2 usuarios (8%) el indicador 4 (16-25 ppm) y a 3 usuarios (12%) el indicador 5 (+26 ppm).

Las diferencias en los valores de las variables biológicas se muestran en la Tabla 10.13.

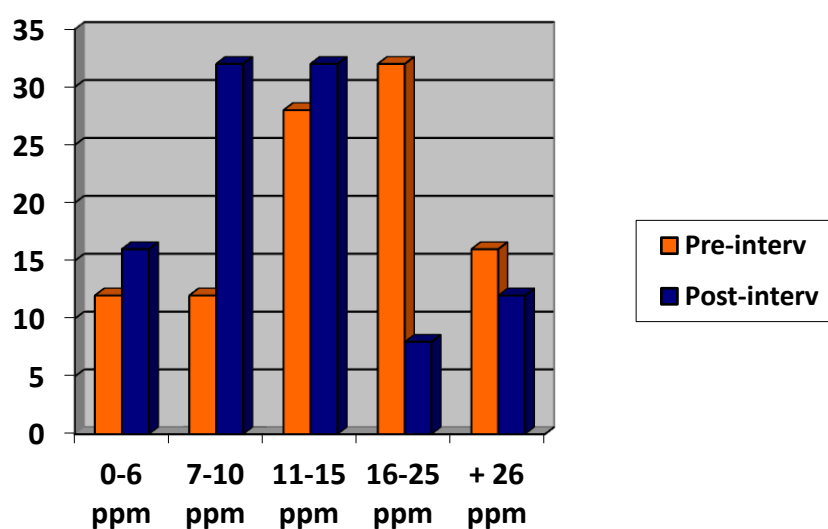
Tabla 10.13. Diferencias de las variables biológicas en la muestra general (n=25)				
	M (±DE) pre	M (±DE) post	Diferencia M (±DE)	p⁽¹⁾
TA sistólica (mm Hg)	125.6 (±17.53)	120.5 (±3.83)	- 2.80 (±14.01)	1.0000
TA diastólica (mm Hg)	74.6 (±10.45)	76.5 (±6.12)	1.92 (±9.77)	.5235
FC (latidos por minuto)	87.9 (±17.35)	87.4 (±10.62)	- .56 (±16.26)	1.0000
StO ₂ (%)	97.24 (±1.01)	97.4 (±.71)	- .16 (±1.03)	.7744
Concentración CO	n (%) pre	n (%) post	Gravedad	p⁽²⁾
0-6 ppm	3 (12)	4 (16)	No intoxicación	.1386
7-10 ppm	3 (12)	8 (32)	Ligera intoxicación	
11-15 ppm	7 (28)	8 (32)	Moderada intoxicación	
16-25 ppm	8 (32)	2 (8)	Moderada intoxicación	
+ 26 ppm	4 (16)	3 (12)	Severa intoxicación	

M: media; **DE:** desviación estándar; **ppm:** partes por millón

⁽¹⁾ Test de rangos de Wilcoxon para muestras pareadas

⁽²⁾ Test de McNemar-Bowker

Figura 10.6. Diferencias entre los niveles de cooximetría pre y post-intervención en la muestra general (n=25)



10.5.2. Variables biológicas de estudio en el servicio de rehabilitación de media y larga estancia (n=10)

Los valores de las variables biológicas de estudio en esta muestra (n=10) se muestran en la Tabla 10.14.

Tabla 10.14. Diferencias de las variables biológicas en el servicio de rehabilitación media y larga estancia (n=10)				
	M (±DE) pre	M (±DE) post	Diferencia M (±DE)	p ⁽¹⁾
TA sistólica (mm Hg)	118.8 (±17.1)	119.8 (±10.5)	1.00 (±11.58)	.8785
TA diastólica (mm Hg)	70.5 (±11.4)	74.6 (±8.6)	4.10 (±10.81)	.2832
FC (latidos por minuto)	86.6 (±19)	86 (±13.9)	-.600 (±18.43)	.9188
StO ₂ (%)	97.1 (±1.1)	97.6 (±.6)	.500 (±1.35)	.2048
Concentración CO	n (%) pre	n (%) post	Gravedad	p ⁽²⁾
0-6 ppm	3 (30)	2 (20)	No intoxicación	.3916
7-10 ppm	2 (20)	5 (50)	Ligera intoxicación	
11-15 ppm	4 (40)	3 (30)	Moderada intoxicación	
16-25 ppm	1 (10)	0	Moderada intoxicación	
+ 26 ppm	0	0	Severa intoxicación	

M: media; **DE:** desviación estándar; **ppm:** partes por millón

⁽¹⁾ Test de rangos de Wilcoxon para muestras pareadas

⁽²⁾ Test de McNemar-Bowker

10.5.3. Variables biológicas de estudio en el servicio de hospitalización parcial (n=6)

Los valores de las variables biológicas en esta muestra (n=6) se reflejan en la Tabla 10.15.

Tabla 10.15. Diferencias de las variables biológicas en el servicio de hospitalización parcial (n=6)				
	M (±DE) pre	M (±DE) post	Diferencia M (±DE)	p⁽¹⁾
TA sistólica (mm Hg)	124 (±10.10)	120.5 (±3.83)	- 3.50 (±11.79)	1.0000
TA diastólica (mm Hg)	73.67 (±9.69)	77.5 (±3.02)	3.83 (±10.26)	.3750
FC (latidos por minuto)	87.5 (±17.04)	86.5 (±11.27)	-1.00 (±17.23)	1.0000
StO ₂ (%)	97.83 (±.75)	97.67 (±.52)	- .17 (±.75)	1.0000
Concentración CO	n (%) pre	n (%) post	Gravedad	p⁽²⁾
0-6 ppm	0	0	No intoxicación	.2615
7-10 ppm	0	2 (33.3)	Ligera intoxicación	
11-15 ppm	2 (33.3)	3 (50)	Moderada intoxicación	
16-25 ppm	3 (50)	0	Moderada intoxicación	
+ 26 ppm	1 (16.7)	1 (16.7)	Severa intoxicación	

M: media; **DE:** desviación estándar; **ppm:** partes por millón

⁽¹⁾ Test de rangos de Wilcoxon para muestras pareadas

⁽²⁾ Test de McNemar-Bowker

10.5.4. Variables biológica de estudio en el servicio de atención comunitaria (n=9)

Los valores de las variables biológicas de estudio en esta muestra (n=9) se muestran en la Tabla 10.16.

Tabla 10.16. Diferencias de las variables biológicas en el servicio de atención comunitaria (n=9)				
	M (±DE) pre	M (±DE) post	Diferencia M (±DE)	p⁽¹⁾
TA sistólica (mm Hg)	134.3 (±19.53)	127.7 (±6.78)	- 6.56 (±17.81)	.7266
TA diastólica (mm Hg)	79.78 (±8.32)	78 (±3.84)	- 1.78 (±8.06)	.4531
FC (latidos por minuto)	89.7 (±17.50)	89.5 (±5.77)	-.22 (±15.02)	1.0000
StO ₂ (%)	97 (±.87)	97 (±.71)	0 (±.71)	1.0000
Concentración CO	n (%) pre	n (%) post	Gravedad	p⁽²⁾
0-6 ppm	0	2 (22.2)	No intoxicación	.4060
7-10 ppm	1 (11.1)	1 (11.1)	Ligera intoxicación	
11-15 ppm	1 (11.1)	2 (22.2)	Moderada intoxicación	
16-25 ppm	4 (44.4)	2 (22.2)	Moderada intoxicación	
+ de 26 ppm	3 (33.3)	2 (22.2)	Severa intoxicación	

M: media; **DE:** desviación estándar; **ppm:** partes por millón

⁽¹⁾ Test de rangos de Wilcoxon para muestras pareadas

⁽²⁾ Test de McNemar-Bowker

10.5.5. Análisis comparativo de las variables biológicas de estudio entre servicios

Las diferencias en los porcentajes de usuarios participantes sobre la concentración de CO antes y después de la intervención grupal entre los diferentes servicios de vinculación se reflejan en la Tabla 10.17 y las Figuras 10.7 y 10.8.

Tabla 10.17. Comparación de las diferencias en la concentración de CO entre los diferentes servicios

Concentración CO	Rehabilitación media y larga estancia		Hospitalización parcial		Atención comunitaria	
	n (%) pre	n (%) post	n (%) pre	n (%) post	n (%) pre	n (%) post
0-6 ppm	3 (30)	2 (20)	0	0	0	2 (22.2)
7-10 ppm	2 (20)	5 (50)	0	2 (33.3)	1 (11.1)	1 (11.1)
11-15 ppm	4 (40)	3 (30)	2 (33.3)	3 (50)	1 (11.1)	2 (22.2)
16-25 ppm	1 (10)	0	3 (50)	0	4 (44.4)	2 (22.2)
+ 26 ppm	0	0	1 (16.7)	1 (16.7)	3 (33.3)	2 (22.2)
p	.3916		.2615		.4060	

CO: monóxido de carbono; ppm: partes por millón
Test de McNemar-Bowker

Figura 10.7. Comparación entre los niveles de cooximetría pre -intervención en cada servicio

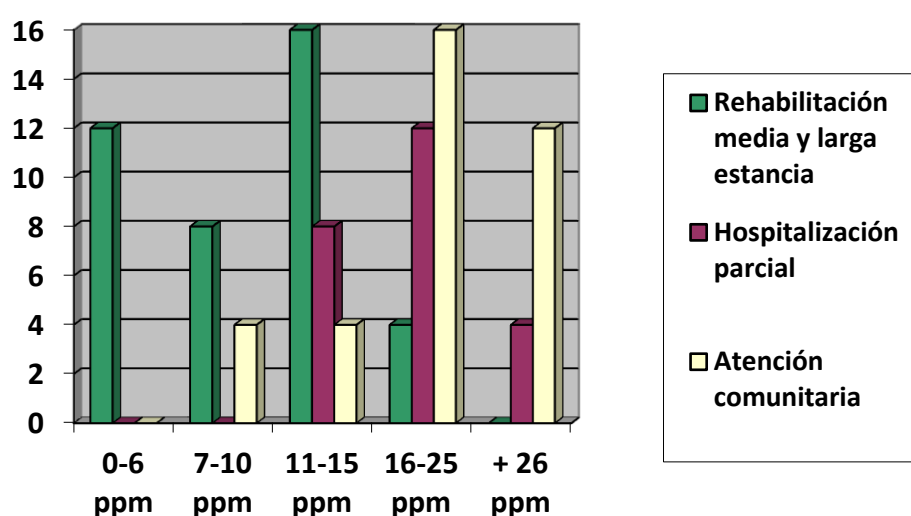
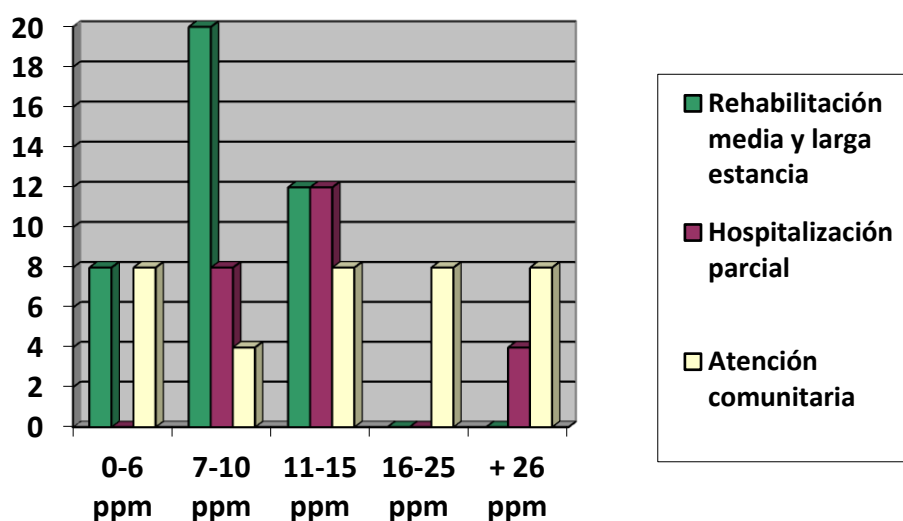


Figura 10.8. Comparación entre los niveles de cooximetría post -intervención en cada servicio



10.6. ANÁLISIS DE LA EFICACIA A MEDIO Y LARGO PLAZO DE LA INTERVENCIÓN OBJETO DE ESTUDIO EN LA MUESTRA GENERAL, EN LOS SERVICIOS DE VINCULACIÓN Y SU ANÁLISIS COMPARATIVO. SEGUIMIENTO A LOS 3, 6 Y 12 MESES

En este apartado se realiza un análisis descriptivo de los resultados de las variables en las que se realiza un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses tras la finalización de la intervención a estudio. Estas variables son el nº cigarrillos/ día, la dependencia física valorada mediante el Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerström, el nivel de motivación para dejar de fumar a través del Test de Richmond y el grado de autoeficacia. Primeramente, se realiza el análisis de la muestra general (n=25) (Tablas 10.18 a 10.24 y Figuras 10.9 a 10.16). Después, se muestra el análisis descriptivo de los diferentes servicios; servicio de rehabilitación media y larga estancia (n= 10), hospitalización parcial (n= 6) y atención comunitaria (n= 9). Por último, se realiza un análisis comparativo entre dichos servicios de vinculación.

10.6.1. Resultados a medio y largo plazo de la intervención de estudio en la muestra general (n=25). Seguimiento a los 3, 6 y 12 meses

➤ Resultados a los 3 meses de seguimiento en la muestra general (n=25)

Los resultados obtenidos en relación al tabaquismo fueron: el número de cigarrillos diarios consumidos era de 21 (± 11.62), con un valor de $p=.0784$. El nivel de dependencia física medido a través del Test de Fagerström fue de 5.8 puntos (± 2.38), que equivale a un grado de dependencia moderada ($p=.7744$). El grado de motivación para dejar de fumar fue de 4.12 puntos (± 2.11), que corresponde a una motivación moderada ($p=1.0000$). El grado de autoeficacia era de 4.68 (± 1.91) ($p=.8238$). Estos resultados se reflejan en la Tabla 10.18.

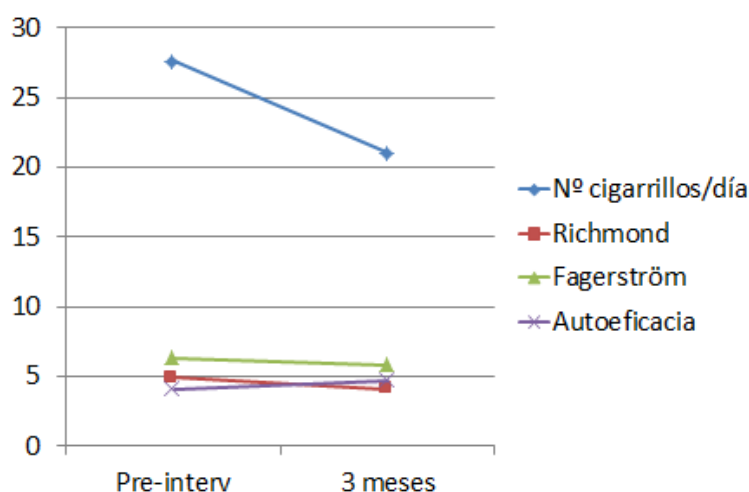
Tabla 10.18. Diferencias de las variables a los 3 meses de seguimiento de la intervención en la muestra general (n=25)

Variable	Pre-Intervención		Seguimiento +3		Diferencia		p
	M	DE	M	DE	M	DE	
Nº Cigarrillos/día	27.6	14.09	21	11.62	- 6.60	11.98	.0784
Fagerström	6.28	2.62	5.8	2.38	- .48	2.77	.7744
Richmond	4.92	3.20	4.12	2.11	- .80	2.74	1.0000
Autoeficacia	4.12	2.96	4.68	1.91	.56	2.50	.8238

M: media; DE: Desviación estándar

Test de rangos de Wilcoxon para muestras pareadas

Figura 10.9. Diferencia entre las variables a los 3 meses de seguimiento de la intervención en la muestra general (n=25)



Durante los 3 meses que pasaron desde la finalización de la intervención hasta el seguimiento el nuevo seguimiento, hubo 3 usuarios (12%) que hicieron un intento de abandono con una media de 16 días de abstinencia; uno de ellos (4%) continuaba en abstinencia tabáquica en el momento del seguimiento. De estos tres usuarios, 2 de ellos (8%) utilizaron la TSN como método para conseguir la abstinencia y otro usuario (4%) utilizó tratamiento farmacológico con vareniclina.

➤ **Resultados a los 6 meses de seguimiento en la muestra general (n=25)**

Los resultados obtenidos en el seguimiento a los 6 meses tras finalizar la intervención fueron los siguientes: el número de cigarrillos diarios consumidos era de 22.48 (± 12.13), con un valor de $p=.1153$. El nivel de dependencia física medido a través del Test de Fagerström era de 6.28 puntos (± 2.28), que equivale a un grado de dependencia moderada ($p=.4240$). El grado de motivación para dejar de fumar era de 3.8 puntos (± 1.94), que corresponde a una motivación baja ($p=.5235$). El grado de autoeficacia es de 4.12 (± 2.07) ($p=.8318$). Estos resultados se muestran en la Tabla 10.19.

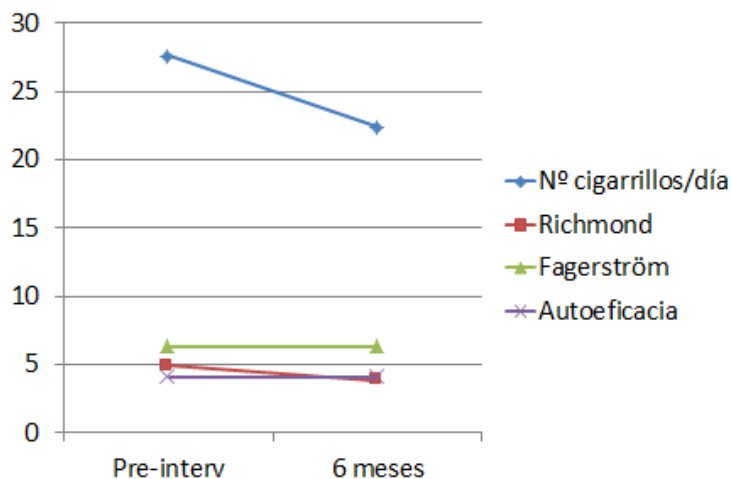
Tabla 10.19. Diferencias de las variables a los 6 meses de seguimiento de la intervención en la muestra general (n=25)

Variable	Pre-Intervención		Seguimiento +6		Diferencia		p
	M	DE	M	DE	M	DE	
Nº Cigarrillos/día	27.6	14.09	22.48	12.13	- 5.12	10.99	.1153
Fagerström	6.28	2.62	6.28	2.28	.00	2.89	.4240
Richmond	4.92	3.20	3.8	1.94	- 1.12	3.02	.5235
Autoeficacia	4.12	2.96	4.12	2.07	.00	2.99	.8318

M: media; **DE:** Desviación estándar

Test de rangos de Wilcoxon para muestras pareadas

Figura 10.10. Diferencia entre las variables a los 6 meses de seguimiento de la intervención en la muestra general (n=25)



Durante los 6 meses que pasaron desde la finalización de la intervención hasta el seguimiento el nuevo seguimiento, hubo 4 usuarios (16%) que hicieron un intento de abandono con una media de 10.3 días de abstinencia; uno de ellos (4%) continuaba en abstinencia tabáquica en el momento del seguimiento con un total de 85 días. De estos cuatro usuarios, tres de ellos (12%) utilizaron la TSN como método para conseguir la abstinencia y el otro participante (4%) no utilizó ningún método farmacológico.

➤ **Resultados a los 12 meses de seguimiento en la muestra general (n=25)**

Los resultados obtenidos al año de haber finalizado la intervención se muestran en la Tabla 10.20.; siendo el número de cigarrillos diarios consumidos era de 22.28 (± 11.70), con un valor estadísticamente significativo de $p=.0266$. El nivel de dependencia física medido a través del Test de Fagerström era de 6.72 puntos (± 1.74), que equivale a un grado de dependencia moderada ($p=.7744$). El grado de motivación para dejar de fumar es de 4.28 puntos (± 1.77), que corresponde a una motivación moderada ($p=.5034$). El grado de autoeficacia es de 4.20 (± 2.20) ($p=.4049$).

Tabla 10.20. Diferencias de las variables a los 12 meses de seguimiento de la intervención en la muestra general (n=25)

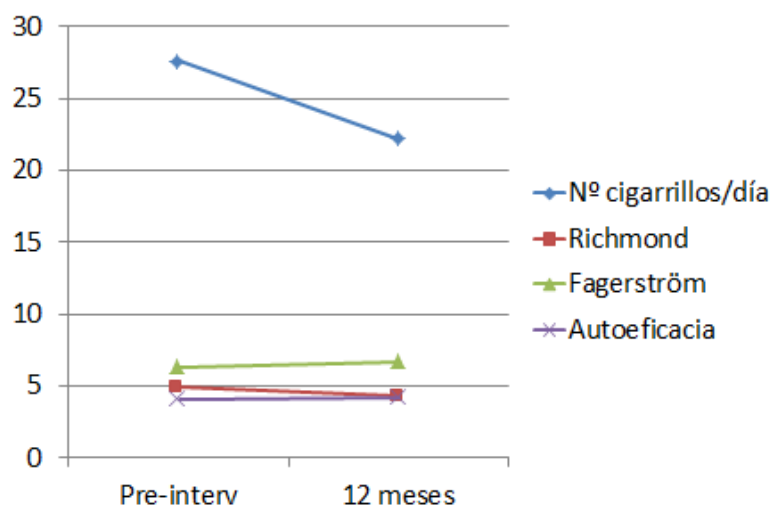
Variable	Pre-Intervención		Seguimiento +12		Diferencia		p
	M	DE	M	DE	M	DE	
Nº Cigarrillos/día	27.6	14.09	22.28	11.70	- 5.32	9.10	.0266
Fagerström	6.28	2.62	6.72	1.74	.44	2.08	.7744
Richmond	4.92	3.20	4.28	1.77	- .64	2.93	.5034
Autoeficacia	4.12	2.96	4.20	2.20	.08	3.35	.4049

M: media; **DE:** Desviación estándar

Las cifras en negritas corresponden a resultados estadísticamente significativos

Test de rangos de Wilcoxon para muestras pareadas

Figura 10.11. Diferencia entre las variables a los 12 meses de seguimiento de la intervención en la muestra general (n=25)



Durante los últimos 6 meses tras evaluar los datos desde el anterior seguimiento, 5 (20%) usuarios intentaron dejar de fumar con una media de 23.8 días de abstinencia. Ninguno de los usuarios que realizaron un intento de abandono del consumo de tabaco utilizó tratamiento para tal fin.

En total, durante la intervención y al año de seguimiento posterior a su finalización, fueron 9 usuarios (36%) quienes realizaron un intento de abandono del consumo de tabaco; de los cuales, 4 usuarios (16%) realizaron un intento, otros 4 (16%) realizaron dos intentos y un tercer participante realizó hasta tres intentos de abandono consiguiendo un periodo máximo de abstinencia de 118 días.

10.6.2. Resultados a medio y largo plazo de la intervención de estudio en el servicio de rehabilitación de media y larga estancia (n=10). Seguimiento a los 3, 6 y 12 meses

Los resultados de las variables de estudio en sus seguimientos a los 3, 6 y 12 meses se muestran en las Tablas 10.21 a 10.23, en las cuales se concentran todos los resultados para facilitar su comprensión.

En esta muestra cobra especial atención el destino de los usuarios durante el seguimiento, ya que éste va cambiando en comparación con los servicios de hospitalización parcial y atención comunitaria que se mantiene estable. El cambio de servicio contribuye a los resultados del consumo de cigarrillos diarios. De ahí, que se mencione el destino de los usuarios durante el seguimiento. Por lo que, a los 3 meses de seguimiento, los participantes se encontraban vinculados a los servicios de: 3 (30%) en el servicio de rehabilitación de media estancia, 3 (30%) en la unidad de Alta Dependencia Psiquiátrica, 3 (30%) en su domicilio y 1 (10%) en el servicio de hospitalización parcial.

A los 6 meses de seguimiento, los participantes se encontraban vinculados a los servicios de: 3 (30%) en la unidad de Alta Dependencia Psiquiátrica, 6 (60%) en su domicilio y 1 (10%) en el servicio de hospitalización parcial.

Y al año de haber finalizado la intervención, los participantes estaban vinculados a los servicios de: 2 (20%) en la unidad de Alta Dependencia Psiquiátrica, 7 (70%) en su domicilio y 1 (10%) en el servicio de hospitalización parcial.

En total, durante la intervención y al año de seguimiento posterior a su finalización, fueron 2 usuarios (20%) quienes realizaron un intento de abandono del consumo de tabaco sin tratamiento y un usuario (10%) que utilizó tratamiento con TSN como método para reducir el número de cigarrillos consumidos durante el periodo de la intervención grupal.

10.6.3. Resultados a medio y largo plazo de la intervención de estudio en el servicio de hospitalización parcial (n=6). Seguimiento a los 3, 6 y 12 meses

Los resultados de las variables de estudio en sus seguimientos a los 3, 6 y 12 meses se muestran en las Tablas 10.21 a 10.23, en las cuales se concentran todos los resultados para facilitar su comprensión.

En total, durante la intervención y al año de seguimiento posterior a su finalización, fueron 2 usuarios (33.3%) quienes realizaron un intento de abandono del consumo de tabaco sin tratamiento, con una media de 24 días de abstinencia (± 24.88).

10.6.4. Resultados a medio y largo plazo de la intervención de estudio en el servicio de atención comunitaria (n=9). Seguimiento a los 3, 6 y 12 meses

Los resultados de las variables de estudio en sus seguimientos a los 3, 6 y 12 meses se muestran en las Tablas 10.21 a 10.23, en las cuales se concentran todos los resultados para facilitar su comprensión.

En total, durante la intervención y al año de seguimiento posterior a su finalización, fueron 5 usuarios (55.5%) quienes realizaron un intento de abandono del consumo de tabaco. Entre ellos, 4 usuarios (44.4%) utilizaron tratamiento con TSN como método para abandonar el consumo y 1 usuario (11.1%) utilizó tratamiento farmacológico con vareniclina. Además, durante la intervención grupal 2 usuarios (22.2%) también utilizaron tratamiento con TSN para reducir el número de cigarrillos consumidos.

10.6.5. Análisis comparativo de los resultados de la intervención de estudio a medio y largo plazo entre servicios. Seguimiento a los 3, 6 y 12 meses

Los resultados comparativos de las variables de estudio sobre el consumo en cuanto al número de cigarrillos diarios, la dependencia física, la motivación para dejar de fumar y el grado de autoeficacia entre los diferentes servicios en las valoraciones de los seguimientos a los 3, 6 y 12 meses se muestran en las Tablas 10.36 a 10.38, y en las Figuras 10.21 a 10.24.

Tabla 10.21. Comparación de las variables de consumo a los 3 meses de seguimiento de la intervención entre los diferentes servicios

Servicio y variables	Pre-Interv.	Seguim.+3	Diferencia	p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾
	M (±DE)	M (±DE)	M (±DE)		
Rehabilitación media y larga estancia					
Nº Cigarrillos/día	19.3 (±13.39)	19.7 (±7.77)	.40 (±9.95)	.7539	
Fagerström	4.1 (±2.46)	5.5 (±1.77)	1.40 (±2.07)	.0276	.0031*
Richmond	3 (±2.74)	2.9 (±1.72)	- .10 (±1.85)	.8756	
Autoeficacia	2.7 (±2.54)	3.8 (±1.68)	1.10 (±2.23)	.1493	
Hospitalización parcial					.0123**
Nº Cigarrillos/día	22 (±9.90)	17.00 (±13.71)	- 5.00 (±7.75)	.2500	.0007***
Fagerström	6.83 (±1.72)	5.50 (±3.27)	- 1.33 (±2.80)	.5000	
Richmond	5.50 (±2.88)	5.67 (±2.34)	.17 (±3.06)	.7266	
Autoeficacia	4.17 (±3.31)	6 (±2.37)	1.83 (±2.99)	.6875	
Atención comunitaria					.2501
Nº Cigarrillos/día	40.56 (±5.83)	25.11 (±13.66)	- 15.44 (±11.44)	.0078	
Fagerström	8.33 (±1.00)	6.33 (±2.50)	- 2.00 (±2.40)	.0625	
Richmond	6.67 (±2.96)	4.44 (±1.67)	- 2.22 (±3.03)	.7266	.0262****
Autoeficacia	5.67 (±2.65)	4.78 (±1.39)	- .89 (±1.90)	.2188	.0226*****

M: media; **DE:** desviación estándar

⁽¹⁾ Test de rangos de Wilcoxon para muestras pareadas; ⁽²⁾ Test de Dunnett

Las cifras en negrita corresponden a resultados estadísticamente significativos

* Nº cigarrillos/día entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y atención comunitaria

** Test de Fagerström entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y hospitalización parcial

*** Test de Fagerström entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y atención comunitaria

**** Autoeficacia entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y atención comunitaria

***** Autoeficacia entre los servicios de hospitalización parcial y atención comunitaria

Tabla 10.22. Comparación de las variables de consumo a los 6 meses de seguimiento de la intervención entre los diferentes servicios					
Servicio y variables	Pre-Interv.	Seguim.+6	Diferencia	p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾
	M (±DE)	M (±DE)	M (±DE)		
Rehabilitación media y larga estancia					
Nº Cigarrillos/día	19.3 (±13.39)	22.7 (±10.45)	3.40 (±7.01)	.0964	.0258*
Fagerström	4.1 (±2.46)	6.3 (±1.25)	2.20 (±1.93)	.0055	.0001**
Richmond	3 (±2.74)	3 (±1.82)	0 (±2.00)	.8349	
Autoeficacia	2.7 (±2.54)	3 (±1.56)	.30 (±2.79)	.7564	
Hospitalización parcial					
Nº Cigarrillos/día	22. (±9.90)	16.17 (±13.98)	- 5.83 (±7.68)	.1250	.0006***
Fagerström	6.83 (±1.72)	5.5 (±3.27)	- 1.33 (±2.80)	.5000	.0002****
Richmond	5.50 (±2.88)	4.83 (±2.64)	- .67 (±3.50)	.6875	
Autoeficacia	4.17 (±3.31)	6.33 (±2.16)	2.17 (±3.25)	.3750	
Atención comunitaria					.0429*****
Nº Cigarrillos/día	40.56 (5.83)	26.4 (±12.19)	- 14.11 (±9.39)	.0039	
Fagerström	8.33 (1.00)	6.78 (±2.54)	- 1.56 (±2.40)	.2500	
Richmond	6.67 (2.96)	4 (±1.22)	- 2.67 (±3.28)	.5078	
Autoeficacia	5.67 (2.65)	3.89 (±1.36)	- 1.78 (±2.05)	.0703	.0083*****

M: media; **DE:** desviación estándar

⁽¹⁾ Test de rangos de Wilcoxon para muestras pareadas; ⁽²⁾ Test de Dunnett

Las cifras en negrita corresponden a resultados estadísticamente significativos

* Nº cigarrillos/día entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y hospitalización parcial

** Nº cigarrillos/día entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y atención comunitaria

*** Test de Fagerström entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y hospitalización parcial

**** Test de Fagerström entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y atención comunitaria

***** Test de Richmond entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y atención comunitaria

***** Autoeficacia entre los servicios de hospitalización parcial y atención comunitaria

Tabla 10.23. Comparación de las variables de consumo a los 12 meses de seguimiento de la intervención entre los diferentes servicios					
Servicio y variables	Pre-Interv.	Seguim.+12	Diferencia	p ⁽¹⁾	p ⁽²⁾
	M (±DE)	M (±DE)	M (±DE)		
Rehabilitación media y larga estancia					
Nº Cigarrillos/día	19.3 (±13.39)	20.9 (±11.35)	1.60 (±7.17)	.2749	
Fagerström	4.1 (±2.46)	6.2 (±1.22)	2.10 (±2.08)	.0107	.0300*
Richmond	3 (±2.74)	3.3 (±1.33)	.30 (±2.21)	.5710	.0002**
Autoeficacia	2.7 (±2.54)	3.5 (±1.50)	.80 (±2.35)	.3555	
Hospitalización parcial					
Nº Cigarrillos/día	22 (±9.90)	15.67 (±12.37)	- 6.33 (±4.72)	.0625	.0026***
Fagerström	6.83 (±1.72)	6.33 (±1.97)	- .50 (±.84)	.5000	.0006****
Richmond	5.50 (±2.88)	4.67 (±1.21)	- .83 (±2.79)	.3750	
Autoeficacia	4.17 (±3.31)	6.33 (±2.25)	2.17 (±4.22)	1.0000	
Atención comunitaria					.3258
Nº Cigarrillos/día	40.56 (±5.83)	28.22 (±9.74)	- 12.33 (±7.78)	.0039	
Fagerström	8.33 (±1.00)	7.56 (±1.94)	- .78 (±1.39)	.2500	
Richmond	6.67 (±2.96)	5.11 (±2.09)	- 1.56 (±3.64)	.4531	
Autoeficacia	5.67 (±2.65)	3.56 (±2.07)	- 2.11 (±2.67)	.0703	.0124***** .0096*****

M: media; **DE:** desviación estándar

⁽¹⁾ Test de rangos de Wilcoxon para muestras pareadas; ⁽²⁾ Test de Dunnett

Las cifras en negrita corresponden a resultados estadísticamente significativos

* Nº Cigarrillos/día entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y hospitalización parcial

** Nº Cigarrillos/día entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y atención comunitaria

***Test de Fagerström entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y hospitalización parcial

**** Test de Fagerström entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y atención comunitaria

*****Autoeficacia entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y atención comunitaria

*****Autoeficacia entre los servicios de hospitalización parcial y atención comunitaria

Figura 10.12. Evolución del nº cigarrillos/día totales en la muestra general y por servicios de vinculación

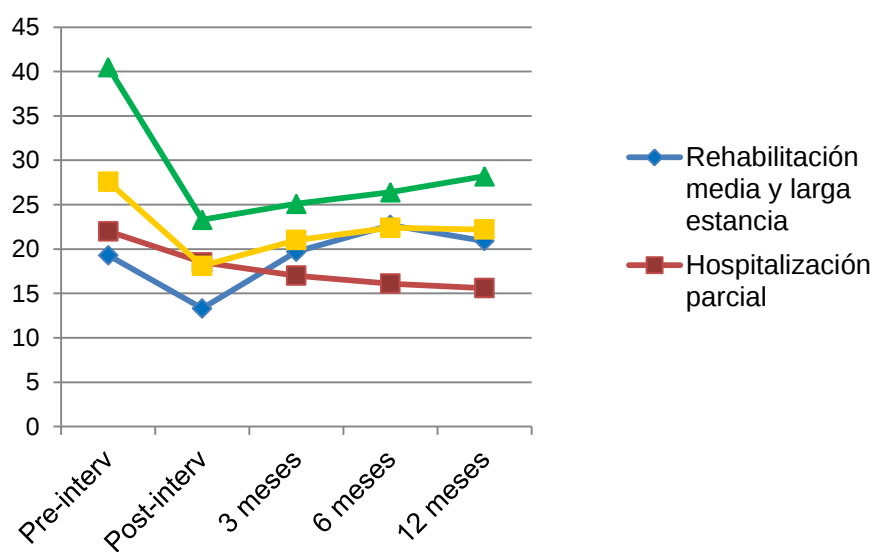


Figura 10.13. Evolución de la dependencia física medida a través del Test de Fagerström en la muestra general y por servicios de vinculación

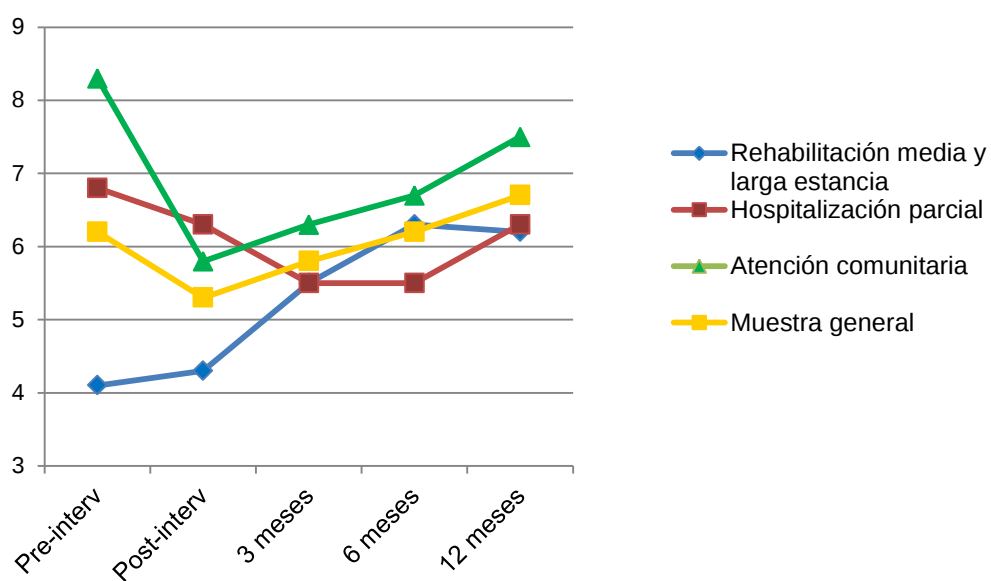


Figura 10.14. Evolución de la motivación medida a través del Test de Richmond en la muestra general y por servicios de vinculación

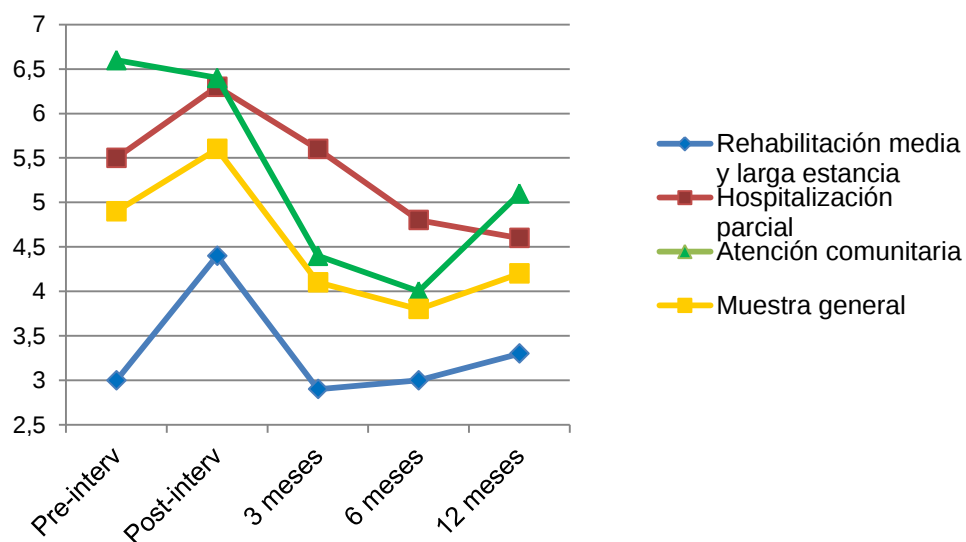
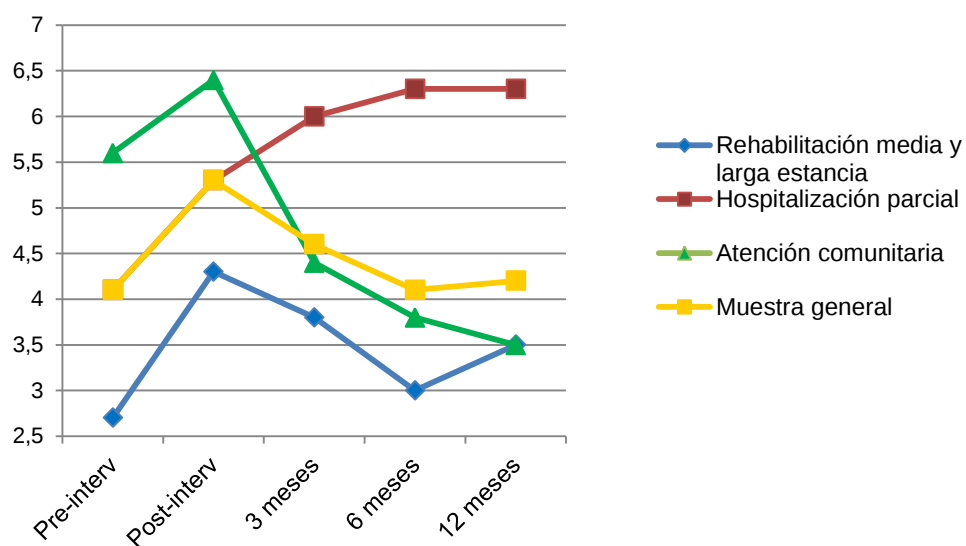


Figura 10.15. Evolución del grado de autoeficacia en la muestra general y por servicios de vinculación

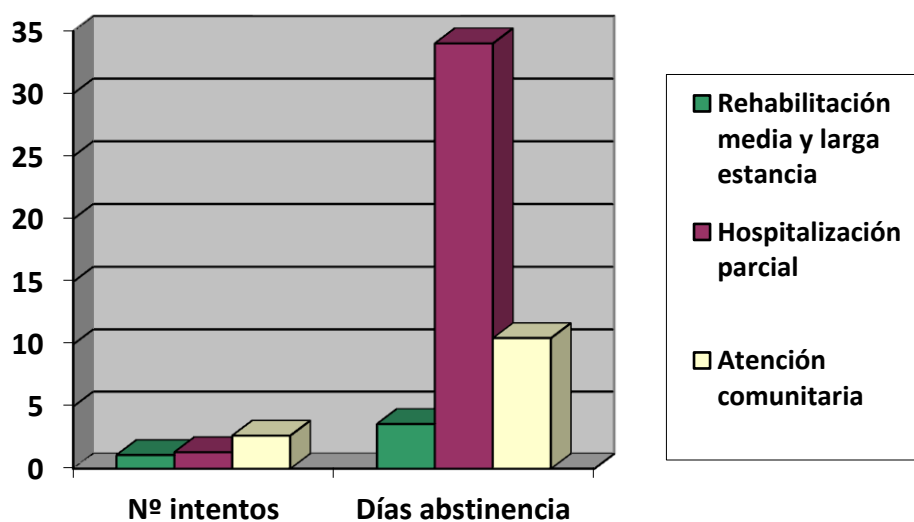


Además de los resultados mostrados anteriormente, en la Tabla 10.24 y en la Figura 10.16 se reflejan las diferencias entre cada servicio en los resultados relativos al número total de intentos de abandono del consumo ($p=.4612$) y el total de los días de abstinencia conseguidos ($p=.3024$).

Tabla 10.24. Diferencias en el nº de intentos de abandono y días de abstinencia conseguidos en cada servicio de vinculación				
Variables	Rehabilitación media y larga estancia (n=10)	Hospitalización parcial (n= 6)	Atención comunitaria (n= 9)	p
Nº intentos	1.1 (± 1.10)	1.33 (± 1.03)	2.66 (± 3.16)	.4612
Días de abstinencia	3.6 (± 10.05)	34 (± 63.47)	10.5 (± 15.55)	.3024

Test de rangos de Kruskal-Wallis

Figura 10.16. Nº intentos de abandono y días de abstinencias en cada servicio de vinculación



10.7. ANÁLISIS DE LAS ETAPAS DE CAMBIO SEGÚN EL MODELO DE CAMBIO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE EN LA MUESTRA GENERAL Y EN LOS SERVICIOS DE VINCULACIÓN.

Al igual que en apartados anteriores, primero se presentan las etapas de cambio según el modelo de cambio de Prochaska y DiClemente encontradas durante la visita basal, al finalizar la intervención a estudio y tras el seguimiento de la misma en la muestra general (n=25) (Figuras 10.17 a 10.20), y posteriormente para cada uno de los servicios estudiados.

10.7.1. Etapas de cambio según el modelo de cambio de Prochaska y DiClemente en la muestra general (n=25)

Al analizar el estadio de cambio basal en el que se encontraba la muestra, se observó que 19 usuarios (76%) se encontraban en un estadio de contemplación, con una puntuación de media de 28.64 puntos (± 6.32); 4 usuarios (16%) estaban en estadio de precontemplación con una puntuación de 14.71 (± 8.09) y 2 usuarios (8%) en estadio de acción, con una puntuación media de 18.80 puntos (± 9.09).

Estos resultados se modificaron tras la intervención de estudio, siendo de 17 usuarios (68%) en un estadio de contemplación con una media de 29.16 puntos (± 4.48) ($p=.8388$); 6 usuarios (24%) en estadio de acción con 25.28 puntuación media (± 6.63) ($p=.0106$) y 2 (8%) en estadio de precontemplación con una media de 14.76 puntos (± 6.72) ($p=.8318$).

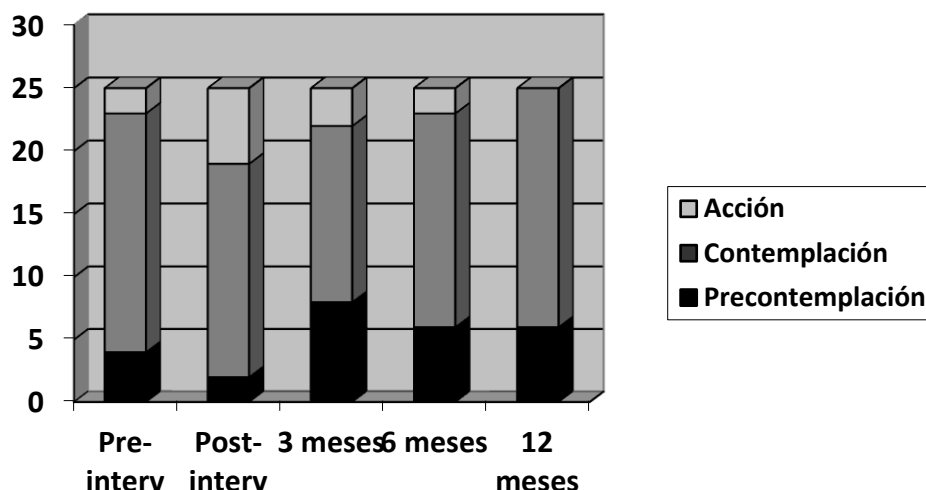
A los 3 meses de seguimiento se encontró que 14 usuarios (56%) se encontraban en un estadio de contemplación con una media de 23.16 puntos (± 5.06) ($p=.0005$); 8 (32%) en estadio de precontemplación con una media de 16.08 puntos (± 7.64) ($p=1.0000$) y 3 usuarios (12%) en estadio de acción con 13.64 puntuación media (± 5.15) ($p=.1078$).

En la valoración del seguimiento de los 6 meses, 17 usuarios (68%) se encontraban en un estadio de contemplación con una media de 23.88 puntos (± 4.13) ($p=.0041$), 6 usuarios (24%) estaban en estadio de precontemplación con una media de 16.96 puntos (± 7.03) ($p=.6776$) y 2 usuarios (8%) en estadio de acción con 13.16 puntos de media (± 6.47) ($p=.4049$).

Al finalizar el seguimiento a los 12 meses, 19 usuarios (76%) se encontraban en un estadio de contemplación con una media de 24.32 puntos (± 6.69) ($p=.0106$) y 6 usuarios (24%) en estadio de precontemplación con 15.28 puntos de media (± 7.73) ($p=.8318$).

En la Figura 10.17 se observa la evolución de las etapas de cambio según el modelo de cambio de Prochaska y DiClemente de la muestra general tras la intervención a estudio y su posterior seguimiento.

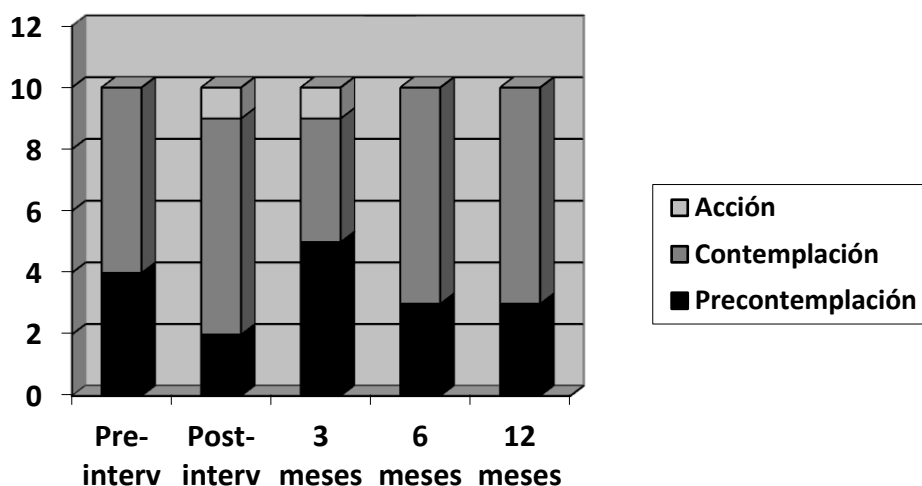
Figura 10.17. Evolución de las etapas de cambio en la muestra general (n=25)



10.7.2. Etapas de cambio según el modelo de cambio de Prochaska y Diclemente en el servicio de rehabilitación media y larga estancia (n=10)

Las etapas de cambio según el modelo de cambio de Prochaska y Diclemente se muestran en la Figura 10.18 para su mayor comprensión.

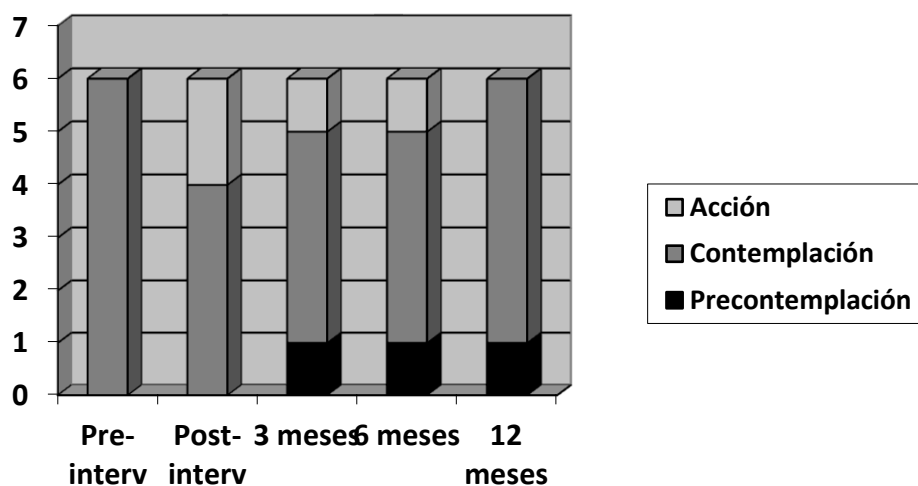
Figura 10.18. Evolución de las etapas de cambio en el servicio de rehabilitación media y larga estancia (n=10)



10.7.3. Etapas de cambio según el modelo de cambio de Prochaska y Diclemente en el servicio de hospitalización parcial (n=6)

Las etapas de cambio según el modelo de cambio de Prochaska y Diclemente se muestran en la Figura 10.19 para su mayor comprensión.

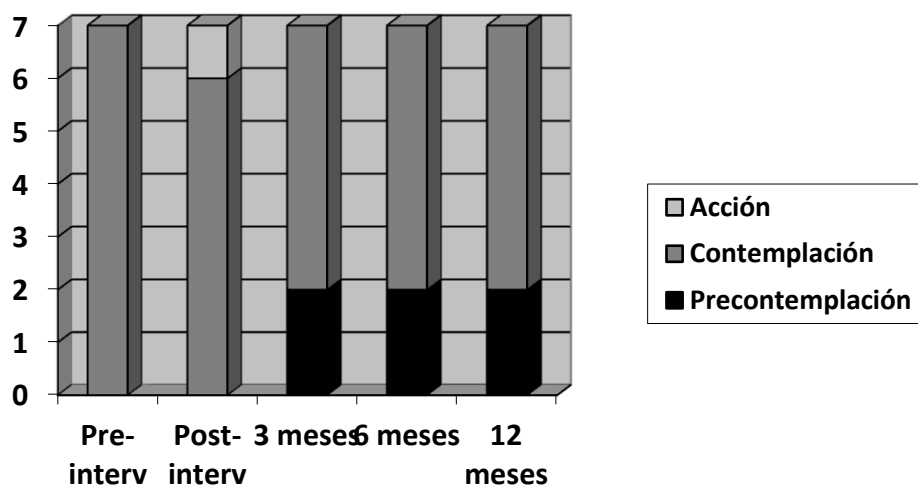
Figura 10.19. Evolución de las etapas de cambio en el servicio de hospitalización parcial (n=6)



10.7.4. Etapas de cambio según el modelo de cambio de Prochaska y Diclemente en el servicio de atención comunitaria (n=9)

Las etapas de cambio según el modelo de cambio de Prochaska y Diclemente se muestran en la Figura 10.20 para su mayor comprensión.

Figura 10.20. Evolución de las etapas de cambio en el servicio de atención comunitaria (n=9)



10.8. EXPERIENCIA Y OPINIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA PROHIBICIÓN DE FUMAR EN LOS SERVICIOS DE ESTUDIO SEGÚN LA LEY 42/2010

Durante la entrevista individual inicial, se preguntó a aquellos usuarios vinculados a los servicios de rehabilitación de media y larga estancia, así como el servicio de hospitalización parcial (al tratarse de servicios libres de humo tras la aplicación de la ley 42/2010), por la percepción que ellos tenían sobre dos aspectos importantes de la prohibición de fumar en las unidades de hospitalización, evaluándolas mediante una escala numérica que puntúa de 0 a 10.

En la primera percepción, debían de evaluar de forma subjetiva si esta prohibición de fumar suponía una buena medida para mejorar su salud, donde el 0 representa una mala medida y el 10 una medida excelente.

- Aquellos usuarios vinculados al servicio de rehabilitación de media y larga estancia puntuaron esta medida con 6.8 puntos (± 3.58), declarándola una buena medida.
- Los usuarios vinculados al servicio de hospitalización parcial la puntuaron con una puntuación media de 8 puntos (± 4), declarándola como una muy buena medida.

En la segunda percepción debían de evaluar si la prohibición de fumar dificultaba su estancia hospitalaria en la presencia de sintomatología abstinencial, evaluando desde el 0 (ninguna dificultad) hasta el 10 (dificultad máxima).

- Los usuarios vinculados al servicio de rehabilitación de media y larga estancia puntuaron con 6.6 puntos (± 3.27) esta percepción, lo que conlleva una elevada dificultad en la presencia de sintomatología abstinencial asociada a esta prohibición.
- Para los usuarios vinculados al servicio de hospitalización parcial, esta dificultad se evaluó con una puntuación media de 5,8 puntos (± 4.16), considerando una moderada dificultad.

11. DISCUSIÓN

En el capítulo anterior se han mostrado los resultados obtenidos a través de las diversas herramientas de recogida de datos planteadas para este estudio.

Para facilitar la comprensión y seguimiento del capítulo, la discusión de los resultados se presenta bajo apartados que corresponden a los distintos objetivos específicos del estudio.

11.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA

Participaron en este estudio 27 usuarios fumadores, completando íntegramente el programa el 92.5% (25), lo cual indica una elevada retención en la intervención. En la muestra predominaron ligeramente los hombres frente a las mujeres, con una edad media de 47.52 años. El estado civil ligeramente más frecuente era la soltería seguido al estar en pareja. Mayoritariamente los

usuarios de la muestra convivían con familiares. Predominaban los usuarios que reciben una prestación económica, con una media del subsidio de 582.06 euros, no alcanzando el salario mínimo en España de 858,55 euros en Enero del 2018²³⁴.

La muestra se compuso de usuarios vinculados a tres servicios de la Red de Salud Mental del distrito de Sant Martí en Barcelona, formándose por 10 usuarios vinculados a los servicios de rehabilitación de media y larga estancia, 6 usuarios del servicio de hospitalización parcial y 9 usuarios vinculados al servicio de atención comunitaria. No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género, la edad y el nivel de estudios entre los usuarios de los tres servicios de donde participaron usuarios. Cabe destacar que en el servicio de rehabilitación media y larga estancia asistió al programa una representación del género femenino importante y llamativa (50% de la muestra del servicio) teniendo en cuenta la mayor proporción de ingresos de hombres tal y como refleja la comunicación científica tipo póster de Marín Artero et al.²³⁵ Sin embargo, existen diferencias significativas en el estado civil entre los servicios de rehabilitación de media y larga estancia, siendo su muestra mayoritariamente soltera, frente al servicio de atención comunitaria que está casada o en pareja. La ocupación laboral también presenta una diferencia significativa entre los servicios de rehabilitación de media y larga estancia y el de atención comunitaria frente al servicio de hospitalización parcial, siendo en los dos primeros los usuarios mayoritariamente pensionistas frente a los usuarios en baja laboral vinculados a hospitalización parcial. Del mismo modo, existen diferencias en la cantidad de subsidio recibido por los usuarios vinculados al servicio de rehabilitación de media y larga estancia frente al de hospitalización parcial. Desde la literatura científica se han encontrado estudios con población dentro del ámbito hospitalario y comunitario, sin embargo no se han encontrado estudios con población vinculada a un servicio de hospitalización parcial. Este estudio representa de una manera acertada los diferentes servicios que existen dentro de la Red de Salud Mental del distrito de Sant Martí en Barcelona, adquiriendo de una mayor fiabilidad a los resultados obtenidos. Las características de la muestra del servicio de rehabilitación media y larga estancia se asemejan a la de los estudios de Stockings et al.²³⁶ y Metse et al.²³⁷, principalmente en el mayor porcentaje de hombres (57.3% y 61.2% respectivamente), en una mayor proporción del estado civil como soltería (68.1% y 66.5% respectivamente, versus el 60% de la muestra de este estudio) y en una ocupación laboral de desempleo y recibiendo una prestación económica del estado (82% y 78.1% respectivamente en comparación con el 70% de la muestra de este estudio). Existen diferencias entre la media de edad de estos dos estudios anteriormente mencionados y el presente, obteniendo una media de 37.6 años en el estudio de Stockings et al.²³⁶ y de 39.1 años en el estudio de Metse et al.²³⁷ en comparación con la edad media de la muestra de este estudio que es superior, situándose en 47 años. En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra de atención comunitaria se asemejan a la del estudio de Gilbody et al.²³⁸, donde al igual que en la muestra anterior predomina

el género masculino (60% en comparación con el 55.5% de la muestra de este estudio) y una edad media de 47.2 años (50.4 años en el estudio presente). Las demás características no han sido valoradas en otros estudios.

En lo que respecta a los diagnósticos psiquiátricos de la muestra, éstos estaban determinados según los criterios del DSM-5⁶⁴. En la muestra general, el 64% (16) estaban diagnosticados de un trastorno psicótico y el 36% restante (9) de un trastorno afectivo. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los diagnósticos presentes en los servicios de rehabilitación de media y larga estancia, así como en el de atención comunitaria, siendo mayoritariamente trastornos psicóticos; frente al servicio de hospitalización parcial donde la totalidad de la muestra presentaba un trastorno afectivo. Los diagnósticos de la totalidad de la muestra (100%) eran considerados Trastorno Mental Grave, resultando en el momento de estudio una estabilidad psicopatológica evaluada por tres instrumentos de medida para tal fin (Escala BPRS, Escala de Hamilton para la Depresión y Escala de Young para la evaluación de la manía). Aunque en los tres servicios existía una estabilidad psicopatológica, existen diferencias significativas entre los participantes vinculados al servicio de rehabilitación media y larga estancia y los vinculados al servicio de atención comunitaria, siendo mayor en los primeros participantes. Desde la literatura científica se aconseja dicha estabilidad psicopatológica para iniciar una reducción del consumo de tabaco o una deshabituación tabáquica completa^{182,239,240}.

Sobre los antecedentes médicos, el 60% (15) de la muestra presentaba alguna complicación médica adyacente, entre las que se encontró en mayor proporción las enfermedades respiratorias (16%), seguidas de las enfermedades endocrinas (12%) y cardiovasculares (12%). Estos resultados se asemejan a los publicados en el estudio de El-Mallakh et al.²⁴¹, donde también se encontró que las complicaciones médicas más frecuentes entre la población con un trastorno mental eran las enfermedades respiratorias seguidas de las cardiovasculares y donde sólo el 35% de la muestra no presentó ningún antecedente médico. Son varios los estudios que vienen advirtiendo de la problemática creciente sobre las complicaciones médicas encontradas en la población con un trastorno mental^{138,139,238,242}.

11.2. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LA MUESTRA

El consumo medio de cigarrillos diarios de la muestra era de 27.6 (± 14.09), con una edad de inicio de 16,56 años ($\pm 4,19$), una media de 30.16 años (± 7.99) como fumadores y de 1.72 intentos previos de abandono (± 2.13). Los resultados de la muestra general se asemejan a los

encontrados en otros estudios donde se evalúa también el consumo de tabaco entre la población con un trastorno mental, como los estudios de Stockings et al.²³⁶ donde el consumo medio de cigarrillos diarios era de 23 y una edad de inicio del consumo de 16.1 años; en el estudio de Gilbody et al.²³⁸ el consumo medio de cigarrillos/día era de 24.8 y una media de 27.1 años como fumadores; y en el estudio de El-Mallakh et al.²⁴¹ el consumo medio de cigarrillos era de 20 y una edad de inicio del consumo a los 15.2 años.

En este estudio se encuentran diferencias significativas al comparar el consumo medio de cigarrillos en varios aspectos:

- En un primer momento, se encuentran diferencias en el consumo de cigarrillos entre la muestra de los tres servicios, observándose un mayor consumo en los usuarios vinculados al servicio de atención comunitaria sobre los usuarios de los servicios de rehabilitación media y larga estancia y los de hospitalización parcial. Estos resultados son contrapuestos a los encontrados en la literatura científica donde se menciona que el consumo es mayor entre los usuarios hospitalizados a aquellos en la comunitaria¹⁴². Esto podría deberse a la normativa horaria de salidas establecida entre los servicios de hospitalización, limitándose a una franja horaria las salidas donde estaría permitido el consumo de tabaco.
- Igualmente, dentro de la muestra del servicio de rehabilitación media y larga estancia también se han encontrado diferencias en el consumo medio de cigarrillos diarios, que aunque no son diferencias estadísticamente significativas son importantes para su consideración. Se ha encontrado una diferencia de 13.9 cigarrillos/día entre los usuarios vinculados al servicio de subagudos respecto a los usuarios de la unidad de ADP, siendo mayor la proporción de consumo en éstos últimos. Entre las posibles explicaciones encontradas, destacaría aquella que menciona que la gravedad del consumo de tabaco es mayor entre la población con una mayor gravedad psicopatológica^{140,149,152}, hecho que se encuentra en la diferencia de estabilidad psicopatológica encontrada entre la población del servicio de rehabilitación media y larga estancia y la del servicio de atención comunitaria.
- Esta diferencia en el consumo de cigarrillos también se encuentra presente entre los usuarios diagnosticados de un trastorno psicótico frente a aquellos con un diagnóstico afectivo. Estos datos son similares a los encontrados en la literatura científica, donde se especifica que el trastorno con mayor dependencia a la nicotina es la Esquizofrenia^{105,169,185}.

- Por último, se encuentran diferencias en relación al tratamiento administrado con neurolépticos, observándose una diferencia de 8 cigarrillos/día si el tratamiento es con olanzapina y/o clozapina (36%) versus otros fármacos neurolépticos (68%) como el haloperidol, quetiapina, risperidona, amisulpirida, paliperidona o zuclopentixol. En la literatura científica son varios los estudios que confirman que el uso de la clozapina se atribuye a un menor consumo de cigarrillos^{243,244,245}. No es el mismo caso de la olanzapina, a la cual no se le atribuye un menor consumo de tabaco pero sí se ha encontrado un menor nivel de craving entre los usuarios que toman olanzapina versus otros neurolépticos^{244,246,247}, lo que puede contribuir indirectamente a un menor consumo en este caso.

El nivel de dependencia física de la muestra medido a través del Test de Fagerström era de 6.28 puntos (± 2.62), equivalente a un grado moderado de dependencia. Los niveles de dependencia psicológica, social y gestual evaluados a través del Test de Glover-Nilsson (11.92 ± 3.86 , 4.16 ± 1.86 y 11.16 ± 5.71 respectivamente) corresponden a unos niveles de dependencia elevada, moderada y leve. Estos resultados son similares a los encontrados en la literatura científica; concretamente en el estudio de Stockings et al.²³⁶ el nivel de dependencia física valorado a través de la misma escala que en este estudio era de 5.7 y en el estudio de Gilbody et al.²³⁸ era de 6.1.

El grado de motivación para dejar de fumar medido a través de la Escala de motivación para dejar de fumar de Richmond fue de 4.92 puntos (± 3.20) y el grado de autoeficacia evaluado con una escala analógica visual de 4.12 puntos (± 2.96). No se han encontrado en la literatura científica estudios que utilicen la escala de Richmond para evaluar el grado de motivación entre la población psiquiátrica; sin embargo, se han encontrado otros estudios que evalúan la motivación mediante una escala analógica visual de 0 a 10 puntos^{236,241} (misma puntuación que en la Escala de Richmond). Igualmente el grado de autoeficacia sólo se evalúa en el estudio de El-Mallakh et al.²⁴¹ donde se observa una diferencia en el grado de motivación y autoeficacia, siendo mayor en esta muestra respecto a la presente en este estudio (9 y 7.3 puntos respectivamente). Existen diferencias significativas en el grado de motivación y autoeficacia entre los usuarios vinculados al servicio de rehabilitación media y larga estancia y aquellos del servicio de atención comunitaria, siendo mayor en estos últimos. Esto podría estar en relación a la forma en que se reclutaron los participantes, ya que a pesar de la voluntariedad de la participación, en los servicios de rehabilitación media y larga estancia y en el de hospitalización parcial era una actividad más a desarrollar dentro de las actividades propuestas en el servicio, a diferencia de los participantes del servicio de atención comunitaria que acudían solamente a realizar la intervención grupal del programa de estudio.

El nivel de craving de la muestra era de 37.48 puntos (± 17.52) medido a través del Questionnaire of Smoking Urges (QSU) y el grado de evaluación de síntomas abstinenciales a la nicotina de 11.08 puntos (± 9.08), valorado a través de la Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS). No existen diferencias significativas entre los diferentes servicios de vinculación para ambas escalas, aunque es importante destacar los resultados obtenidos en la valoración del craving entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y hospitalización parcial y el servicio de atención comunitaria, objetivándose una menor puntuación en aquellos usuarios vinculados a los servicios de hospitalización. Esto podría explicarse por la presencia de espacios libres de humo^{218,248,249}. Este aspecto se detalla más ampliamente en el apartado 11.8.

Sobre el consumo de otras sustancias psicoactivas, en el momento del estudio el 80% de la muestra (20) consumía cafeína a diario. En la literatura científica existen estudios que verifican un consumo elevado de cafeína entre la población con un trastorno mental^{250,251}, hecho que relacionan con una mayor sensación de energía para realizar las actividades diarias y una mejoría en la neurocognición. En este estudio existen diferencias significativas en el porcentaje de usuarios que consumen cafeína y la dosis media de consumo entre los usuarios del servicio de hospitalización parcial y los de atención comunitaria. Estos resultados son similares a los encontrados en el estudio de Arrojo-Romero et al.²⁵² donde se obtuvo un mayor consumo de cafeína entre personas con esquizofrenia en el ámbito ambulatorio frente a los hospitalizados.

Además del consumo de cafeína, el 8% (2) de la muestra consumía cannabis de forma diaria y el 4% (1) alcohol. Es frecuente la asociación entre los trastornos mentales y el consumo de sustancias psicoactivas^{129,208}.

11.3. EFICACIA A CORTO PLAZO DE LA INTERVENCIÓN DE ESTUDIO

La intervención grupal a estudio consistía en la participación de 10 sesiones semanales de una hora y media de duración aproximada. Los participantes asistieron a una media de 7.28 sesiones (± 1.86), encontrando en la muestra del servicio de rehabilitación media y larga estancia una mayor asistencia respecto a los otros dos grupos. La puntuación final media con la que los participantes evaluaron la intervención fue de 35 puntos (± 4.49), no encontrando diferencias significativas entre los diferentes servicios. Los resultados de asistencia son similares a los encontrados en los estudios de Stockings et al.²³⁶ y el estudio de Lawn S y Lucas T.²⁵³ No se han encontrado en la literatura científica estudios que evalúen la satisfacción de una intervención sobre tabaquismo en la población con un trastorno mental a través del Cuestionario de las Percepciones del Tratamiento (CPT), aunque en estudios de adicciones está documentada su utilización^{254,255,256}.

En los estudios de Stockings et al.²³⁶ y Gilbody et al.²³⁸ se encuentra una intervención con aspectos parecidos a los mostrados en este estudio, como es la utilización de tratamiento farmacológico y una intervención motivacional con un asesoramiento cognitivo-conductual, así como un posterior seguimiento telefónico. Las diferencias principales entre estos estudios radican en que las intervenciones son individuales frente a la intervención grupal mostrada en este estudio. Igualmente, existen estudios que utilizan una intervención grupal sobre tabaquismo en población con un trastorno mental, como son los estudios de El-Mallakh et al.²⁴¹ y Lawn S y Lucas T²⁵³. La terapia grupal ha mostrado ser eficaz como intervención en la población con un trastorno mental ante el abordaje del tabaquismo²⁵⁷.

Una de las fortalezas de este estudio es que el personal que desarrolla la intervención es especialista en la temática, proporcionando de una mayor evidencia científica a dicha intervención y de una mayor validez el estudio, tal y como recomiendan otros estudios^{241,257}.

Las variables evaluadas tras la finalización de la intervención propiamente dicha y el seguimiento posterior han sido el número de cigarrillos consumidos diariamente, la dependencia física evaluada a través del Test de Fagerström, el grado de motivación medido con el Test de Richmond y el grado de autoeficacia.

Tras la intervención, los resultados muestran una reducción significativa de 9.40 cigarrillos/día (± 10.81) en la población de estudio, mejorando al mismo tiempo el nivel de dependencia física, aunque siguió permaneciendo dentro del grado de dependencia moderada. Mejoró el grado de motivación para dejar de fumar y el grado de autoeficacia. Existen diferencias significativas entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y el de hospitalización parcial sobre los usuarios vinculados al servicio de atención comunitaria, objetivándose en esta última muestra una mayor reducción del consumo diario de cigarrillos, del nivel de dependencia física a la nicotina y un aumento en el grado de motivación para dejar de fumar.

Estos resultados demuestran la efectividad de la intervención planteada en este estudio para esta muestra en particular. En la literatura científica se evidencia igualmente la efectividad de las intervenciones sobre tabaquismo para reducir el consumo o mantener la abstinencia a corto plazo entre la población con un trastorno mental^{236,237,241,253,258,259}.

En cuanto a los resultados sobre el tratamiento utilizado para la reducción del consumo o la cesación tabáquica completa durante el periodo de la intervención, los resultados muestran que el 32% (8) de la muestra utilizó tratamiento farmacológico como método de reducción y/o cese del consumo, ya sea la terapia sustitutiva de nicotina en el 28% de los participantes (7) o la utilización de vareniclina en el 4% (1). El porcentaje de participantes que han utilizado tratamiento

es similar al del estudio de Gilbody et al.²³⁸, donde el 48% (22) de la muestra del grupo de intervención (n=46) usó farmacoterapia para dejar de fumar, siendo la terapia sustitutiva de nicotina el pilar del tratamiento (20) y el 4% utilizó vareniclina (2).

El uso de farmacoterapia como parte fundamental de la intervención para reducir el consumo de tabaco o conseguir una abstinencia mantenida es frecuente en la literatura científica. La evidencia científica sobre los tratamientos farmacológicos utilizados en la muestra de este estudio es contradictoria, principalmente entre la terapia sustitutiva de nicotina (TSN). Por una parte, son numerosos los estudios que han puesto de manifiesto que la TSN en sus diferentes presentaciones y vías de administración presentan una evidencia A en todos los fumadores consumidores de más de 10 cigarrillos al día⁸⁷. Sin embargo, un metanálisis reciente no logró identificar un solo ensayo aleatorio que informara resultados de abstinencia de seis meses o más de monoterapia con TSN en personas con enfermedades mentales graves versus placebo u otras monoterapias²⁶⁰. El uso de vareniclina también se ha cuestionado durante años, concretamente su seguridad, debido a los resultados en numerosos estudios sobre la posibilidad de que produzca cambios de comportamiento, hostilidad, estado de ánimo depresivo y pensamientos suicidas¹¹⁷. En este sentido, recientemente se ha presentado el estudio EAGLES¹¹⁸ cuyo objetivo fue comparar la seguridad neuropsiquiátrica y la eficacia de vareniclina, bupropion, TSN y placebo en fumadores con o sin enfermedades neuropsiquiátricas, en el cual no se demostró un incremento significativo de efectos adversos neuropsiquiátricos atribuibles a vareniclina y bupropion al compararlo con los parches de nicotina o el placebo y en segundo lugar que la vareniclina fue más efectivo que el placebo, que el parche de nicotina y que el bupropion en ayudar a los fumadores a conseguir abstinencia siendo bupropion y los parches más efectivos que el placebo.

Sobre los resultados de intentos de abandono del consumo y el periodo de abstinencia, encontramos que el 16% de la muestra (4) realizó un intento de abandono con una media de 11.7 días. Las bajas tasas de cesación observadas se producen tras una intervención intensiva en cuanto a número de sesiones y tiempo total de contacto⁸⁷. Este es un hecho frecuente^{152,209}, aunque otros autores refieren tasas más altas que las encontradas en este caso^{237,261,262}. Esta discrepancia podría ser debida a una mayor intensidad selectiva de la intervención, en función de las necesidades de cada tipo de usuario o de la presencia de un grupo control que compare las variables predictoras de cesación. Igualmente, en la literatura científica existe evidencia de que la probabilidad para dejar de fumar entre la población con un trastorno mental es menor que en la población sin un diagnóstico mental^{152,262}, aunque sin embargo, no lo es el número de intentos de abandono o la motivación y disposición para dejar de fumar^{152,263}. En el estudio de Vickerman et al.²⁶² incluso se menciona que existe un mayor compromiso con los programas de abandono de tabaquismo entre la población con un trastorno mental.

La intervención de estudio al ser desarrollada y contar con la participación de tres servicios de la Red de Salud Mental favorece la fiabilidad externa de los resultados por lo que pueden extrapolarse a la población de fumadores con un trastorno mental grave del distrito de Sant Martí en Barcelona.

11.4. ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE TABAQUISMO DURANTE LA INTERVENCIÓN

El grado de conocimientos sobre el tabaquismo adquiridos durante la intervención ha aumentado de forma significativa, acertando una media de 6.68 preguntas (± 1.14) al inicio de las sesiones grupales y de 8.88 preguntas (± 1.39) al finalizarlas. Estas diferencias son especialmente significativas al comparar el grado de conocimientos adquiridos entre los diferentes servicios, especialmente entre el servicio de rehabilitación media y larga estancia y el de atención comunitaria. Estas diferencias podrían estar influenciadas también por una mayor asistencia de los participantes vinculados al servicio de rehabilitación media y larga estancia.

En la literatura no son muchos los estudios que evalúan el grado de conocimientos adquiridos sobre tabaquismo tras una intervención, especialmente si se trata de población con un trastorno mental. En población general, el estudio de Wu et al.²⁶⁴ demuestran un aumento del nivel de conocimientos sobre el tabaco tras una intervención presencial de 30 minutos y 4 llamadas telefónicas de seguimiento.

11.5. VARIABLES BIOLÓGICAS A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DE LAS CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL, LA FRECUENCIA CARDÍACA, LOS NIVELES DE SATURACIÓN DE OXÍGENO Y LA COOXIMETRÍA

La medición de las variables biológicas no es una medida relativamente frecuente entre los estudios que evalúan la reducción de consumo de tabaco o una abstinencia mantenida. Sin embargo, la alteración de estas variables está influenciada por el consumo de tabaco y su importancia con la amplia evidencia de morbi-mortalidad causada por el mismo con la aparición de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y tumorales^{5,25}. La principal medida que se evalúa en los estudios de la literatura científica es la cooximetría, aunque una revisión Cochrane²⁶⁵ encontró poca evidencia sobre los efectos de la mayoría de los tipos de pruebas biomédicas para la evaluación de riesgos en el abandono del hábito de fumar.

Los resultados de las variables biológicas de este estudio no demostraron diferencias estadísticamente significativas entre los valores iniciales y finales para la tensión arterial, la frecuencia cardíaca o los niveles de saturación de oxígeno en la muestra general ni entre los diferentes servicios de vinculación.

La cooximetría es una medida más usada en los estudios de población con un trastorno mental para verificar la abstinencia mantenida principalmente^{241,266,267}. En este estudio se utiliza con un doble objetivo: por un lado verificar la abstinencia mantenida en aquellos casos de cesación tabáquica completa y por otro lado, como método de fiabilidad de la reducción del consumo de tabaco al disminuir la concentración de monóxido de carbono (CO) en aire espirado. Aunque las diferencias en la cooximetría al comienzo y finalización de la intervención no son significativas, se observa una mejoría en los niveles de concentración de CO (Figura 10.6).

11.6. EFICACIA A MEDIO Y LARGO PLAZO DE LA INTERVENCIÓN DE ESTUDIO

Tras la intervención grupal, se realizó un seguimiento de las variables de estudio: número de cigarrillos/día, nivel de dependencia a la nicotina medido a través del Test de Fagerström, nivel de motivación para dejar de fumar de Richmond y el grado de autoeficacia; a los 3, 6 y 12 meses de finalizada la misma.

El seguimiento de los participantes se realizó a través de contacto telefónico. El uso del teléfono se describe anteriormente como una herramienta de comunicación clínica que permite cumplir con los criterios recomendados para el control del tabaquismo como el criterio de riesgo sanitario (usuarios con elevada comorbilidad física y psiquiátrica en este caso) y el de accesibilidad (el 96,1% de los españoles tienen móvil y el 78% teléfono fijo)²⁶⁷, siendo esta última otra de las dificultades presentadas en la población con un trastorno mental¹²⁹. Aun así, el seguimiento de los participantes resultó complicado y costoso, seguramente debido a dos motivos. El primero es que con el seguimiento telefónico, hay una mayor probabilidad de que el fumador abandone el programa, perdiendo el contacto más fácilmente que con seguimientos semipresenciales y presenciales. El segundo motivo es que la utilización del teléfono dificulta una planificación exacta de la hora de llamada que junto con otros posibles problemas puntuales como falta de cobertura, momento inadecuado, etc. pueden dificultar el contacto con el fumador²⁶⁸, si bien se siguió un protocolo de repetición de contactos para reducir en lo posible dicha pérdida.

De forma global, los resultados que se observan en este estudio son que tras la finalización de la intervención grupal y hasta un año posterior a su seguimiento:

- El número de cigarrillos/día tiende a aumentar de forma progresiva durante el seguimiento, aunque se mantienen por debajo del consumo basal; incluso en el seguimiento al año persiste una reducción de 5.32 cigarrillos/día (± 9.10) menos, resultando estadísticamente significativa esta diferencia. También existen diferencias significativas entre los tres servicios de vinculación, observándose una mayor reducción del consumo mantenida en el tiempo en el servicio de atención comunitaria versus rehabilitación media y larga estancia y hospitalización parcial. En este caso, las diferencias también podrían estar en relación a la diferencia en la selección de los participantes.
- El nivel de dependencia física a la nicotina tiende a incrementar a lo largo del seguimiento, incluso observándose una puntuación más elevada que la basal. Este aumento podría explicarse por la influencia del número de cigarrillos/día valorados en el test de dependencia, y en el cambio de destino de los participantes de la muestra de rehabilitación media y larga estancia. Existe un mayor aumento en la muestra de este servicio en comparación a los otros dos servicios, principalmente debido a una modificación en el destino durante el seguimiento; siendo al inicio de la intervención de 7 participantes vinculados al servicio de Subagudos y 3 al de ADP y en el seguimiento al año de su finalización de 7 participantes en su domicilio, 2 en ADP y uno en hospitalización parcial.
- El nivel de motivación para dejar de fumar tiende a disminuir de forma progresiva hasta los 6 meses de seguimiento. En la última valoración al año se objetiva un leve ascenso de la misma, pero se mantiene por debajo de los niveles basales. No existen diferencias significativas en la evolución de la motivación entre los diferentes servicios. En todo momento, el nivel de motivación para dejar de fumar se mantiene dentro de los rangos de valoración para una motivación moderada.
- Por último, el grado de autoeficacia sigue una curva similar a la de la motivación en la muestra general, reduciéndose de forma progresiva hasta el seguimiento de los 6 meses y aumentando levemente al año de finalizar la intervención, aunque los valores se mantienen por debajo de los basales. Existen diferencias estadísticamente significativas entre los servicios en el seguimiento a los 3, 6 y 12 meses; principalmente entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y el de hospitalización parcial donde se observa que tienden a un aumento de los valores incluso en el seguimiento al año por encima de los valores basales; frente al servicio de atención comunitaria que tiende a un descenso de sus valores durante

los seguimientos. Esto se puede deber a que existe una importante diferencia en los valores basales entre los dos primeros servicios y el de atención comunitaria siendo de una mayor puntuación en este último.

Estos resultados son similares a los encontrados en el estudio de Stockings et al.²³⁶, donde se observa que la intervención fue efectiva pero el número de recaídas de consumo aumentó de forma progresiva tras la finalización de la misma. Igualmente, demuestra la importancia de altas tasas de reducción del 50% de cigarrillos consumidos diariamente incluso una vez finalizada la intervención. Estos datos sobre el mantenimiento de la reducción del consumo tras la finalización de la intervención también se demostraron en los estudios de Baker et al.²⁶⁹ y de Evins et al.²⁷⁰.

En el estudio de Metse et al.²³⁷ los resultados obtenidos son similares a los de este estudio en el número de cigarrillos/día, aunque existe una diferencia en el nivel de motivación para dejar de fumar y el grado de autoeficacia entre ambos estudios, ya que el de Metse muestra una mejoría hasta los 6 meses de seguimiento tras la finalización de la intervención y una disminución a los 12 meses; en comparación con los resultados de este estudio donde en la motivación y la autoeficacia se adquieren valores descendentes ya a los 3 meses de seguimiento y es a los 12 meses donde se muestra una ligera mejoría de los mismos.

Una de las fortalezas de este estudio es que aborda todos los seguimientos descritos en la literatura científica, donde se encuentran estudios de intervención en servicios de hospitalización y seguimiento al alta mediante contacto telefónico^{258,266}, estudios de intervención y seguimiento en servicios de hospitalización^{253,271} y estudios en población ambulatoria^{241,261,262}.

Un resultado llamativo por su discordancia respecto a otros estudios^{258,266} es el mantenimiento en el número de intentos de abandono tras el seguimiento por parte de los participantes, sobre todo, de aquellos vinculados inicialmente a los servicios de hospitalización parcial y atención comunitaria. En el seguimiento a los 3 meses se observa que el 12% (3) de la muestra ha realizado un intento de abandono con una media de 16 días de abstinencia mantenida. El seguimiento a los 6 meses presenta que el 16% (4) ha intentado abandonar el consumo durante 10.3 días de media. Y finalmente, el seguimiento a los 12 meses muestra que el 20% (5) de la muestra ha realizado un nuevo intento de abandono esta vez durante 23.8 días de abstinencia.

Durante el periodo de intervención y su posterior seguimiento, el 36% de la muestra (9) ha realizado un intento de abandono del consumo de tabaco, ligeramente inferior a los mostrados en el estudio de Stockings et al.²³⁶, donde a los 2 meses de seguimiento el 48.1% de la muestra había realizado un intento de abandono, el 46.2% a los 4 meses y el 31.7% a los 6 meses. De la

muestra el 20% (5) ha utilizado en algún momento durante el seguimiento tratamiento farmacológico con TSN como método de cesación tabáquica y el 4% (1) utilizó tratamiento con vareniclina. En ningún caso se completó el periodo aconsejado de utilización para ambos tratamientos. El 100% de la muestra que realizó un intento de abandono presentó una recaída. Este hecho es habitual encontrarlo en la literatura científica, siendo una de las características propias del abandono de tabaco entre la población con un trastorno mental¹⁵².

En los estudios de Veiga Rodeiro¹⁵² y Gilbody et al.²³⁸ se ha observado un empeoramiento en el estado psicopatológico de los usuarios con un trastorno mental durante el periodo de abstinencia conseguido durante la intervención. En ambos estudios se desconoce si el empeoramiento psicopatológico verbalizado en la muestra se debe a una agudización de los síntomas propios del trastorno o a una intensidad de los síntomas abstinenciales presentados, ya que muchos de ellos pueden llevar a confusión por su similitud. Una de las limitaciones de este estudio es la ausencia de valoración del estado psicopatológico de los participantes de la muestra a lo largo de la intervención y durante el seguimiento de la misma. Sin embargo, no se ha dado el caso de que ningún participante haya referido una alteración de su estado psicopatológico.

11.7. ETAPAS DE CAMBIO SEGÚN EL MODELO DE CAMBIO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE

El modelo de cambio de Prochaska y DiClemente⁹³ establece las fases que la mayor parte de los fumadores atraviesan desde que se inician al consumo de tabaco hasta que lo abandonan, representando una dimensión temporal y cíclica de la conducta tabáquica. El cambio de la conducta tabáquica es un proceso que avanza a través de las etapas de precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento, consolidación y recaída, descritas anteriormente. Estas etapas cobran importancia sobre el tipo de intervención a elaborar en función de la etapa en la que se encuentre la persona, ya que su motivación y disposición para el cambio influye en la cesación tabáquica.

En este caso, se evalúan las etapas de cambio en las que se encuentra la muestra al inicio de la intervención, al finalizarla y en cada uno de los seguimientos telefónicos o presenciales que se llevaron a cabo a los 3, 6 y 12 meses de la finalización de la intervención grupal. En la Figura 10.26 se muestra la evolución de estas etapas en cada una de sus evaluaciones para la muestra general, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes etapas. Aun así, se observa una variación de las etapas hacia la mejora principalmente tras la finalización de la intervención grupal aunque la tendencia posterior es volver al estado basal. El estudio de

Prochaska et al.²⁷¹ utiliza las diferentes etapas de cambio para evaluar 11 comportamientos de riesgo para la salud entre población con un trastorno mental que se encuentra hospitalizadas, uno de ellos el tabaquismo. Este modelo de cambio presenta una validez de constructo y predictiva para su utilización en la evaluación de la intención de dejar de fumar²⁷².

11.8. EXPERIENCIA Y OPINIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA PROHIBICIÓN DE FUMAR SEGÚN LA LEY 42/2010

Inicialmente, recordemos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la implementación de espacios libres de humo en todos los dispositivos sanitarios y sus alrededores²¹⁵. En España, el día 2 de enero de 2011 se inicia la aplicación de la Ley 42/2010²¹⁶, por la cual no se permite fumar en los hospitales y en lo referente a la salud mental, a las unidades de hospitalización breve de psiquiatría. La implementación de esta ley ha supuesto un desafío para las unidades de salud mental, ya que se hace necesaria una intervención multidisciplinar con la implicación de todos los profesionales. Son numerosos los estudios de la literatura científica que han valorado esta implementación^{218,248,273,274,274}, así como el papel del profesional de la salud mental que suele anticipar más problemas relacionados con la prohibición total de fumar de los que realmente acaban habiendo^{217,218}. Sin embargo, son escasos los estudios que evalúan la opinión de los usuarios sobre la prohibición de fumar.

En este estudio se preguntó a los participantes que estaban vinculados a servicios de hospitalización (rehabilitación media y larga estancia y hospitalización parcial) sobre su percepción de dos aspectos de esta ley. Por un lado, si creían que esta medida mejoraba su salud y por otro lado, como afectaba la prohibición de fumar en su estancia hospitalaria a través de la presencia o no de sintomatología abstinencial.

Sobre la percepción del primer aspecto, los participantes consideraron que es una buena medida para mejorar su salud, con una puntuación de 6.8 puntos (± 3.58) en la muestra de rehabilitación media y larga estancia y de 8 puntos (± 4) en la de hospitalización parcial. Esta diferencia de 1.2 puntos podría explicarse por la presencia de un mayor consumo de cigarrillos/día, una mayor dependencia a la nicotina y mayor gravedad del estado psicopatológico de la muestra del servicio de rehabilitación media y larga estancia. En el estudio de Villagrán Moreno et al.²⁷⁵ se reconoce una evidente satisfacción entre los usuarios del estudio ante la prohibición de fumar en una unidad de agudos. A diferencia del estudio de Marqués de Oliveira y Furegato²⁷⁶ en el que la opinión predominante de los usuarios sobre el tabaco es de una herramienta de apoyo para enfrentar las dificultades y los conflictos de hospitalización.

Sobre el segundo aspecto, los participantes del servicio de rehabilitación media y larga estancia puntúan con 6.6 puntos (± 3.27) la dificultad en la presencia de sintomatología abstinencial mientras que la muestra del servicio de hospitalización puntúa este aspecto con 5.8 puntos (± 4.16). Como dato interesante a destacar en este apartado es la percepción de los usuarios sobre la dificultad presentada en la sintomatología abstinencial respecto a la prohibición de fumar durante la hospitalización, sin embargo, los resultados de estos síntomas abstinenciales evaluados a través de la Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS) revelan que para la muestra general los resultados eran semejantes y no habían diferencias estadísticamente significativas al comparar los tres servicios entre sí. Este dato corrobora las conclusiones de otros estudios sobre la influencia en la abstinencia de la prohibición de fumar²⁷³. Así como de la importancia de asegurar el tratamiento específico para paliar la abstinencia de nicotina, durante los periodos de ingreso.

11.9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación del estudio se basa en el tamaño de la muestra y reclutamiento. Aunque la muestra era suficiente para las diferencias, es menor que la de otros estudios específicos sobre intervenciones de tabaquismo en personas con un trastorno mental^{152,241,258,261}. Algunos de estos estudios llegaron incluso a reclutar a 3774 personas¹⁵², estando el estudio ubicado en la Unidad Especializada del Servicio Cántabro de Salud para el tratamiento de aquellas personas fumadoras que no hayan podido deshabituarse en otros recursos del Sistema, como Atención Primaria u Hospitalaria; incluyendo a población con y sin diagnóstico psiquiátrico. Aunque era baja la probabilidad de que el pequeño tamaño de la muestra permitiera establecer la efectividad, no obstante, probamos el resultado primario sin descartar la posibilidad de poder imitar la práctica en un ensayo a gran escala. Las características sociodemográficas de la muestra del estudio son similares a la de otros estudios con mayor tamaño muestral, como los estudios de Stockings et al.²³⁶, Metse et al.²⁷⁷ y el de Gilbody et al.²³⁸ Igualmente, es bien merecido aclarar la dificultad presentada tanto en el reclutamiento como en el seguimiento de la población con un trastorno mental grave debido a las características propias de la evolución del trastorno¹²⁹. Estas dificultades de reclutamiento y seguimiento también se encuentran en el estudio de Gilbody et al.²³⁸ Para favorecer el reclutamiento de la muestra se financiaba el tratamiento utilizado para la reducción del consumo o la cesación tabáquica completa a aquellos usuarios que así lo desearan. Además, se premió la asistencia a las sesiones grupales de la intervención con un certificado final que así lo acreditaba. Igualmente, para favorecer el seguimiento posterior a la intervención, éste se facilitó mediante el contacto telefónico con los participantes. El uso del teléfono como

herramienta de comunicación clínica permite cumplir con los criterios recomendados para el control del tabaquismo como el criterio de riesgo sanitario (usuarios con elevada comorbilidad física y psiquiátrica en este caso) y el de accesibilidad (el 96,1% de los españoles tienen móvil y el 78% teléfono fijo)²⁶⁷, siendo esta última otra de las dificultades presentadas en la población con un trastorno mental¹²⁹. El seguimiento telefónico también está presente en otros estudios como herramienta de intervención^{237,258}.

Otra limitación de este estudio radica en la ausencia de grupo control en la muestra. Debido a la dificultad presentada en cuanto al reclutamiento y seguimiento de los participantes por las características propias del trastorno¹²⁹, se ha considerado oportuno no crear un grupo control y que la totalidad de la muestra se beneficiara de la intervención de estudio. Los beneficios de la participación y asistencia a una intervención sobre tabaquismo quedan demostrados ampliamente en la revisión bibliográfica de Rice et al.²⁵⁹

11.10. DESMONTANDO MITOS Y VERIFICANDO REALIDADES

Son numerosos los mitos que existen entre el consumo de tabaco y las personas que padecen un trastorno mental. Algunos ya han sido mencionados en el apartado de Introducción sobre las actitudes y perspectivas del personal sanitario sobre esta temática; pero no son los únicos.

En este apartado, se intenta dar sentido y realidad a todos esos mitos a partir de los resultados obtenidos en este estudio y a los mostrados en la literatura científica.

Uno de los mitos más frecuentes es que las personas con un trastorno mental “no están motivadas o interesadas” en abandonar su consumo de tabaco. Esta creencia se desmiente claramente en los resultados de este estudio, donde se observa que la población con un trastorno mental tiene una motivación moderada para dejar de fumar. En los estudios de Gilbody et al.²³⁸ y Veiga Rodeiro¹⁵² se mostraron resultados similares en cuanto a la motivación de los participantes. Incluso en el estudio de Veiga Rodeiro¹⁵² no se aprecian diferencias en la motivación o disposición para dejar de fumar entre la población sin diagnóstico mental y la población con un diagnóstico mental, así como tampoco se observan diferencias en los intentos previos de abandono. Éste es otro de los mitos presentes: “las personas con un trastorno mental no intentan dejar de fumar y si lo hacen es en menor frecuencia”. Los resultados de este estudio en este sentido muestran que el 68% de la muestra había estado al menos una vez con anterioridad a la intervención en abstinencia y durante el periodo que duró la intervención y su posterior seguimiento, fue el 36% de la muestra quienes realizaron un nuevo intento, incluso hubo un usuario que realizó hasta tres

intentos de abandono consiguiendo un periodo máximo de abstinencia de 118 días. Al hablar de abstinencia es inevitable mencionar el mito de que “el trastorno psiquiátrico empeora al dejar de fumar”. Sobre este mito existen controversias en la literatura científica. Por un lado, hay estudios en los que no se detecta un empeoramiento de los síntomas propios del trastorno más allá de las molestias del síndrome de abstinencia¹⁸⁰, mientras que en otros estudios^{152,241} se objetiva un leve empeoramiento de la psicopatología, aunque se desconoce si este empeoramiento se debe a una agudización de los síntomas propios del trastorno o a una intensidad de los síntomas abstinenciales presentados. Al no tratarse de un objetivo primordial del estudio, no se evaluaron los posibles cambios en el estado psicopatológico durante los periodos de abstinencia, pero ningún participante verbalizó malestar ni se observó ninguna descompensación a nivel clínico. Se deben realizar más estudios sobre este tema para poder desmitificar o verificar este mito.

Otro mito existente es el que menciona que “las personas con un trastorno mental tienen una adicción a la nicotina más elevada; existiendo además una relación directamente proporcional entre la intensidad de la clínica psiquiátrica y la gravedad de adicción”. En este estudio se observa que la muestra presenta un nivel de dependencia física a la nicotina moderado, una elevada dependencia psicológica, una dependencia social moderada y una leve dependencia gestual, además de observarse que los valores para las medidas de estas dependencias son mayores entre los servicios de rehabilitación media y larga estancia y el de atención comunitaria que corresponden mayoritariamente a usuarios con un diagnóstico psicótico y de mayor gravedad psicopatológica a pesar de su estabilidad. Son varios los estudios de la literatura donde se confirma que las personas con un trastorno mental tienen una mayor dependencia a la nicotina que la población general^{140,150,151,152}. Esta mayor gravedad podría influir en el siguiente mito “las personas con un trastorno mental presentan mayor dificultad en la obtención de la abstinencia mantenida”. Los resultados del estudio de Veiga Rodeiro¹⁵² muestran cómo las tasas de abstinencia de las personas con un trastorno mental son inferiores a las de la población general. Estos resultados aparecen en otros estudios^{262,263}. En algunos casos se lleva a cabo una reducción del consumo como estrategia intermedia, previo paso a la cesación completa^{258,269,270}. Es condición necesaria que en el momento de realizar la intervención la persona con un trastorno mental se encuentre estabilizada (o al menos parcialmente estable) respecto a su trastorno^{181,182}.

Otra de las creencias que aparecen en este caso en el personal sanitario que influye sobre el abordaje del tabaquismo en esta población es que “el tabaco es un problema de baja prioridad en el tratamiento psiquiátrico”. Varios estudios^{5,227,253} han mostrado que el profesional de la salud mental considera que existe una mayor importancia de otros problemas psicopatológicos y médicos que requieren de una atención más inmediata que abandonar el consumo de tabaco. Sin embargo, la literatura científica está repleta de estudios sobre la comorbilidad de trastornos

médicos, principalmente enfermedades cardiovasculares, respiratorias y metabólicas presentes entre la población con un trastorno mental^{138,139,236,242}. En este estudio el 60% (15) de la muestra presenta alguna complicación médica adyacente, entre las que se encuentran en mayor proporción las enfermedades respiratorias (16%), seguidas de las enfermedades endocrinas (12%) y cardiovasculares (12%).

Aunque en este estudio no se ha valorado el vínculo de las personas con un trastorno mental con el cigarrillo, se cree que existe “un vínculo con el tabaco de características propias y dificultades específicas” entre las personas con un diagnóstico mental, llegando incluso a decirse que “el tabaco es el único placer que les queda” o que “fumar es una necesidad para estas personas”²³². Llegados a este punto, se considera oportuno abordar el mito de que las personas con un trastorno mental durante su ingreso hospitalario están “en desacuerdo con la normativa de la prohibición de fumar”. Sin embargo, los resultados de este estudio muestran todo lo contrario, ya que consideran que esta normativa es una buena medida para la mejoría de su salud, con una moderada dificultad sobre la presencia de sintomatología abstinencial que tampoco se ha mostrado que esté aumentada durante el ingreso, obteniendo resultados similares entre la muestra de población que estaba vinculada a un servicio de hospitalización y la muestra de atención comunitaria. Respecto a este tema, también existía la creencia de que esta prohibición de fumar en los hospitales “aumentaría el estrés y la ansiedad en el paciente, provocando un mayor número de alteraciones de conducta” y solicitud de altas voluntarias. Esto también estaría influenciado por la creencia de que “el tabaco es una herramienta terapéutica útil”²³². Sin embargo, son numerosos los estudios que abalan la aceptación y la eficacia de la prohibición total de fumar en las unidades de hospitalización de salud mental, sin haber aumentado las alteraciones conductuales ni el estrés de los pacientes^{219,220}.

En resumen, ninguna patología psiquiátrica es incapacitante para dejar de fumar y en todas ellas existe un porcentaje que ha conseguido la abstinencia mantenida. El personal sanitario especializado en psiquiatría es el más indicado para realizar una intervención sobre consumo de tabaco en estas personas¹⁸³.

12. CONCLUSIONES

A modo de cierre, podrían citarse las siguientes conclusiones:

1. Las características del consumo de tabaco propias de la población con un trastorno mental requiere de evaluación e intervenciones intensivas y prolongadas por parte de los profesionales sanitarios, debido a la presencia de una mayor gravedad en la dependencia y un mayor consumo de cigarrillos diarios.
2. Las personas con un trastorno mental están motivadas y dispuestas a abordar su consumo de tabaco, bien abandonándolo completamente o reduciendo su consumo como método previo de cesación.

3. Los espacios libres de humo y la normativa de prohibición de fumar en hospitales es considerada como una buena medida para mejorar la salud de los usuarios, mejorando significativamente el craving a tabaco.
4. La intervención de estudio ha resultado efectiva a corto plazo, reduciendo el consumo de cigarrillos/día y mejorando los niveles de motivación y autoeficacia de los participantes. Sin embargo, al cesar la intervención, de forma progresiva se ha incrementado el consumo.
5. Han aumentado los conocimientos sobre tabaquismo de los participantes tras la intervención.
6. Las variables biológicas de estudio no han demostrado diferencias, a excepción de la mejoría de los niveles de monóxido de carbono en el aire expirado.
7. La intervención de estudio a medio y largo plazo ha evidenciado efectividad en la reducción del consumo de cigarrillos/día, pero no en el nivel de dependencia física, motivación y autoeficacia.
8. El contacto telefónico ha resultado efectivo para realizar el seguimiento en la población con un trastorno mental.
9. Es oportuno modificar aquellas creencias erróneas sobre la relación entre el tabaco y las personas con un trastorno mental.



Autoretrato con oreja cortada y pipa. Vincent Van Gogh, 1889

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* (London, England). 2006;367(9524):1747–57.
2. WHO. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. *Bull World Health Organ*. 2009;87:646–646.
3. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control*. 1994;3(3):242–7.
4. Martínez-Acitores IS, Colavida JR, Lopez IE, Iglesia BA de la, Aguilar JB, Mancha MC, et al. Plan Nacional de Control y Prevención del Tabaquismo. *Rev Esp Salud Publica*. 2003;77:441–73.
5. Nerín I, Jané M. Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. 2007.
6. Fernández E, Schiaffino A, Borrás JM. Epidemiología del tabaquismo en Europa. *Salud Publica Mex*. 2002;44:s11–9.
7. OEDT (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías). Edades 2015-2016. Encuesta sobre alcohol y drogas en España. Minist Sanidad, Serv Soc e Igual. 2016;
8. Gallardo J, Sánchez I, Almonacid C. Planta del Tabaco. Composición físico-química del humo del tabaco. Patología asociada a su consumo. In: Jiménez C, Solano S, editors. *Tabaquismo Monografía de Neumomadrid*. ERGON. Madrid; 2004. p. 27–40.
9. Burns DM. Cigarettes and cigarette smoking. *Clin Chest Med*. 1991;12(4):631–42.
10. Hoffmann D, Wynder EL. Chemical constituents and bioactivity of tobacco smoke. *IARC Sci Publ*. 1986;(74):145–65.
11. Haustein KO, Groneberg D. Tobacco or health?: Physiological and social damages caused by tobacco smoking. *Tobacco or Health?: Physiological and Social Damages Caused by Tobacco Smoking*. 2010. p. 1-455.
12. Ruiz M, Gómez R, Rubio I, Revert C, Hardisson C; Efectos tóxicos del tabaco. *Rev Toxicol*. 2004;21(3):64–71.
13. Perez Trulle A. Naturaleza del humo del tabaco: farmacología del tabaco. *Arch Bronconeumol*. 1995;1:101–8.
14. Córdoba García R, Clemente Jiménez L, Aller Blanco A. Informe sobre el tabaquismo pasivo. *Atención Primaria*. 2003;31(3):181–90.
15. Le Houezec J, Benowitz NL. Basic and clinical psychopharmacology of nicotine. *Clin Chest Med*. 1991;12(4):681–99.
16. U.S. Department of Health and Human. The health consequences of smoking. A Report of Surgeon

General. 1988.

17. Leshner A. Nicotine Addiction. *N Engl J Med*. 2001;362(24):2295–303.
18. Benowitz NL. Pharmacology of Nicotine. In: *Handbook of Substance Abuse Neurobehavioral Pharmacology*. 1998. p. 283–97.
19. Benowitz NL. Pharmacology of Nicotine: Addiction and Therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 1996;36(1):597–613.
20. Solano S, Jiménez C. *Manual de Tabaquismo*. 2ª edición. SEPAR. Masson, editor. Barcelona; 2002. 193 p.
21. Pascual JF. Composición físico-química de la planta y del humo del tabaco. In: *Tratado de tabaquismo*. 2007. p. 73–98.
22. American Thoracic Society. Cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med*. 1996;153:861–5.
23. Soler JJ. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. In: C Villasante, editor. *Enfermedades Respiratorias*. Aula médic. Madrid; 2002. p. 471–83.
24. Sobradillo V, Vara F, Ferrer J, Camino J, Pascal I, Rojo R. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. In: Caminero J, Fernández L, editors. *Manual de Neumología y Cirugía Torácica*. Editores m. Madrid; 1998. p. 1125–53.
25. Gellert C, Schöttker B, Brenner H. Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2012;172(11):837–44.
26. Peto R, Boreham J, Lopez AD, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet*. 1992;339(8804):1268–78.
27. Montes A, Perez M, Gestal J. Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. *Adicciones*. 2004;14(2):75–82.
28. Doll R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *Eur cancer News*. 1993;6(4):6.
29. Sobradillo V. Enfermedades de las vías respiratorias y tabaco. In: *Pulmón y tabaco*. NILO: Indu. Madrid; 1998. p. 77–90.
30. Botell ML, Bermúdez MR, García LAP, Pieiga EM. Las consecuencias del tabaquismo. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2006;
31. Menzies D, Nair A, Williamson PA, Schembri S, Al-Khairalla MZ, Barnes M, et al. Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *Jama*. 2006;296(14):1742–8.
32. Kannel WB. Some lessons in cardiovascular epidemiology from Framingham. *Am J Cardiol*. 1976;37(2):269–82.
33. Marquet A, Jiménez-Muro A, Beamonte A, Gargallo P, Nerín I. Evolución de la ansiedad en el proceso de dejar de fumar en fumadores que acuden a una Unidad de Tabaquismo. *Adicciones*. 2010;22(4):317–24.

34. De la rosa L, Otero M. Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales. *Trastor Adict.* 2004;6(2):113–24.
35. Luisa Martínez-Frías M, Rodríguez-Pinilla E, Bermejo E. Consumo de tabaco durante el embarazo en España: análisis por años, comunidades autónomas y características maternas. *Med Clin (Barc).* 2005;124(3):86–92.
36. Pichini S, Puig C, García-Algar Ó. Efectos neonatales del hábito tabáquico durante el embarazo y determinantes sociodemográficos en Barcelona. *Med Clin (Barc).* 2002;118(2):53–6.
37. Salvador J, Villalbí J, Nebot M, Borrell C. Tendencias en la exposición al tabaquismo durante la gestación. Barcelona, 1994-2001. *An Pediatr.* 2004;60(2):139–41.
38. Más R, Escribà V, Colomer C. Who quits smoking during pregnancy? *Scand J Soc Med.* 1996;24:102–6.
39. Alegria E. Tabaquismo y Enfermedad. Everest L, editor. Leon: Everest; 2002.
40. Künzle R, Mueller MD, Hänggi W, Birkhäuser MH, Drescher H, Bersinger NA. Semen quality of male smokers and nonsmokers in infertile couples. *Fertil Steril.* 2003;79(2):287–91.
41. Watson R. Passive smoking is major threat. *Br Med J.* 1998;316:7.
42. Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ.* 1997;315(7114):980–8.
43. Carrion F, Hernandez J. Tabaquismo pasivo en adultos. *Arch Bronconeumol.* 2002;38(3):137–46.
44. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 6. Parental smoking and childhood asthma: longitudinal and case-control studies. *Thorax.* 1998;53(3):204–12.
45. Centers for Disease Control and Prevention (US), U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Publications and Reports of the Surgeon General. 2006. 727 p.
46. Yang M, Pyo M-Y. Molecular epidemiology of lung cancer in female passive smokers. *J Environ Sci Health C Environ Carcinog Ecotoxicol Rev.* 2005;23(1):75–97.
47. Barnoya J, Glantz SA. Cardiovascular effects of secondhand smoke: Nearly as large as smoking. Vol. 111, *Circulation.* 2005. p. 2684–98.
48. Raupach T, Schäfer K, Konstantinides S, Andreas S. Secondhand smoke as an acute threat for the cardiovascular system: A change in paradigm. Vol. 27, *European Heart Journal.* 2006. p. 386–92.
49. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). 1994. 69-81 p.
50. Perez A, Herrero I, Clemente M, Perez J, Sanchez L. Bases neurobiológicas de la adicción a la nicotina. ¿Por qué de un nuevo tratamiento para dejar de fumar? *Arch Bronconeumol.* 2002;38(S-7):30–5.
51. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. Vol. 3, *The Lancet Psychiatry.* 2016. p. 760–73.

52. Sellman D. The 10 most important things known about addiction. Vol. 105, *Addiction*. 2010. p. 6–13.
53. Ayesta F, Camí J. Farmacodependencia. In: Masson, editor. *Farmacología Humana*. 4^o ed. 2003. p. 595–621.
54. Shiffman S, Johnston J a, Khayrallah M, Elash C a, Gwaltney CJ, Paty J a, et al. The effect of bupropion on nicotine craving and withdrawal. *Psychopharmacology (Berl)*. 2000;148(1):33–40.
55. Watkins SS, Koob GF, Markou a. Neural mechanisms underlying nicotine addiction: acute positive reinforcement and withdrawal. *Nicotine Tob Res*. 2000;2(1):19–37.
56. Stoehr J. *The Neurobiology of Addiction*. House PC, editor. 2006.
57. World Health Organization W. *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*. *Addiction*. 2004;99(10):1361–2.
58. Haro G, Prades I, Benito A, Mateu CA. *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid Editor Médica Panam. 2006;19–23.
59. Benowitz NL. Nicotine Addiction. *N Engl J Med*. 2010;362(24):2295–303.
60. Quick MW, Lester RAJ. Desensitization of neuronal nicotinic receptors. *J Neurobiol*. 2002;53(4):457–78.
61. Balfour DJK. The neurobiology of tobacco dependence: A preclinical perspective on the role of the dopamine projections to the nucleus. Vol. 6, *Nicotine and Tobacco Research*. 2004. p. 899–912.
62. Zanetti L, Picciotto MR, Zoli M. Differential effects of nicotinic antagonists perfused into the nucleus accumbens or the ventral tegmental area on cocaine-induced dopamine release in the nucleus accumbens of mice. *Psychopharmacology (Berl)*. 2007;190(2):189–99.
63. Graña J. *Conductas Adictivas*. Madrid: Debate; 1994.
64. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*. *Diagnostic Stat Man Ment Disord 4th Ed TR*. 2013.
65. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10*. Sld.Cu. 1992.
66. Teixeira J, Andrés A, Álvarez E. La evolución del concepto de tabaquismo. *Cuad Salud Pública*. 2005;21(4):999–1005.
67. Becoña Iglesias E, Vazquez F. La evaluación de la conducta de fumar. *Psicol Conductual*. 1997;5(3):345–64.
68. Ward MM, Swan GE, Jack LM, Javitz HS. Effect of smoking cessation and relapse on cardiovascular levels and reactivity. *Psychopharmacology (Berl)*. 1994;114(1):147–54.
69. Hughes J, Gust S, Keenan R, Fenwick J. Effect of dose on nicotine's reinforcing, withdrawal-suppression and self-reported effects. *J Pharmacol Exp Ther*. 1990;252(3):1175–83.
70. Hughes JR. Tobacco withdrawal in self-quitters. *J Consult Clin Psychol*. 1992;60(5):689–97.
71. Gritz ER, Crane L a. Use of diet pills and amphetamines to lose weight among smoking and

- nonsmoking high school seniors. *Health Psychol.* 1991;10(5):330–5.
72. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: findings from an epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry.* 1992;149(4):464–9.
73. Willner P, Hardman S, Eaton G. Subjective and behavioural evaluation of cigarette cravings. *Psychopharmacology (Berl).* 1995;118(2):171–7.
74. Burton SM, Tiffany ST. The effect of alcohol consumption on craving to smoke. *Addiction.* 1997;92(1):15–26.
75. Tiffany ST. Evaluating relationships between craving and drug use [2]. Vol. 95, *Addiction.* 2000. p. 1106–7.
76. Conklin CA, Tiffany ST. Cue-exposure treatment: Time for change. *Addiction.* 2002;97(9):1219–21.
77. Cepeda-Benito A, Reig-Ferrer A. Development of a brief questionnaire of smoking urges--Spanish. *Psychol Assess.* 2004;16(4):402–7.
78. Shiffman S, West RJ, Gilbert DG. Recommendation for the assessment of tobacco craving and withdrawal in smoking cessation trials. Vol. 6, *Nicotine and Tobacco Research.* 2004. p. 599–614.
79. Tiffany ST, Drobes DJ. The development and initial validation of a questionnaire on smoking urges. *Br J Addict.* 1991;86(11):1467–76.
80. Haire-Joshu D, Morgan G, Fisher E. Determinants of cigarette smoking. *Clin Chest Med.* 1991;12:711–25.
81. Reina SS, Jiménez CA. Mecanismos de iniciación al tabaco. Dependencia no farmacológica. *Arch Bronconeumol.* 1995;31:109–13.
82. Thoracic Society A. Cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med.* 1996;153:861–5.
83. Casas J, Lorenzo S, Lopez J, Rialp G, Molet J, Net A. Tabaquismo. Factores implicados en su adquisición y su mantenimiento. *Med Clin (Barc).* 1996;107(18):706–10.
84. Sarmiento RG. Bases moleculares de la adicción a la nicotina. *Prevención del Tab.* 2002;4(1):33–6.
85. Pérez-Rubio G, Herrera EU, Camarena Á, Reséndiz-Hernández JM, Mónica MG, Venegas AR, et al. Visión general de la neurobiología y genética en la adicción a la nicotina. *Rev del Inst Nac Enfermedades Respir.* 2011;70(3):179–87.
86. Barrueco M. Influencia familiar en la actitud del niño ante el tabaco. *Arch Bronconeumol.* 1997;33(9):472–4.
87. Dorfman SF. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care.* 2008;53:1217–22.
88. Marqueta A, Nerín I, Jiménez-Muro A, Gargallo P, Beamonte A. Factores predictores de éxito según género en el tratamiento del tabaquismo. *Gac Sanit.* 2013;27(1):26–31.
89. Ferguson JA, Patten CA, Schroeder DR, Offord KP, Eberman KM, Hurt RD. Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addict Behav.* 2003;28(7):1203–18.

90. Berg CJ, An LC, Kirch M, Guo H, Thomas JL, Patten CA, et al. Failure to report attempts to quit smoking. *Addict Behav.* 2010;35(10):900–4.
91. Gonzalez Varea J, Gonzalo Freire S, González A, Cerda D, Gonzalez Micó E, Jaen Tosca C, et al. Tabaco y salud mental. *Psiquiatria.com.* 2011;15(11):1–9.
92. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390–5.
93. Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente CC, Fava J. Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(4):520–8.
94. Jiménez C. Diagnóstico del tabaquismo. In: Calvo J, Lopez A, editors. *El tabaquismo.* Las Palmas de Gran Canaria: Cometa; 2003. p. 443–56.
95. Cappelleri JC, Bushmakin AG, Baker CL, Merikle E, Olufade AO, Gilbert DG. Revealing the multidimensional framework of the Minnesota nicotine withdrawal scale. *Curr Med Res Opin.* 2005;21(5):749–60.
96. Difranza JR, Wellman RJ, Mermelstein R, Pbert L, Klein JD, Sargent JD, et al. The natural history and diagnosis of nicotine addiction. *Curr Pediatr Rev.* 2011;7(2):88–96.
97. Becoña Iglesias E. Evaluación de la conducta de fumar. In: JL Graña, editor. *Conductas adictivas teoría, evaluación y tratamiento.* Madrid: Debate; 1994. p. 403–54.
98. Lerman C, Orleans CT, Engstrom PF. Biological markers in smoking cessation treatment. *Semin Oncol.* 1993;20(4):359–67.
99. Orive JIDG, Reina SS, Valero FC, Palacios PR, Barrueco M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol.* 2003;39(11):213–9.
100. Oblitas Guadalupe LA, Becoña Iglesias E. Psicología de la salud y adicciones: Perspectiva terapéutica. *Rev Psicol.* 2003;21(1):71–106.
101. Mller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. *Journal of Chemical Information and Modeling.* 2002. 449 p.
102. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior.* 2008.
103. Trullén AP, Jiménez MC, Labarga IH. Otras alternativas terapéuticas de utilidad en la deshabituación tabáquica. In: *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo.* Ediciones. Madrid; 2003. p. 211–40.
104. Becoña E. Tratamiento psicológico del tabaquismo. Vol. 16, *Adicciones.* 2004. p. 237–63.
105. Grup de Treball de tabac i Salut Mental. *Xarxa Catalana d'Hospitals sense fum. Guia d'Intervenció Clínica en el consum de tabac en pacients amb trastorn mental.* Barcelona; 2012.
106. Marlatt GA, Donovan DM. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (2nd ed.). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (2nd ed.).* 2005.

107. Barrueco M, Carreras J. Aplicación clínica del tratamiento multicomponente del tabaquismo. In: Barrueco M, Hernandez M, Torrecilla M, editors. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 4ª ed. Badalona; 2009. p. 151–78.
108. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;5(5):CD009329.
109. Sweeney C, Fant R, Fagestrom K, McGovern J, Henningfield J. Combination nicotine replacement therapy for smoking cessation: rationale, efficacy and tolerability. *CNS Drugs*. 2001;15(6):453–67.
110. Córdoba R, Nerín I. Manual de Tabaquismo en Atención Primaria. Madrid: GlaxoSmithKline; 2005.
111. Henningfield JE, Radzius A, Cooper TM, Clayton RR. Drinking coffee and carbonated beverages blocks absorption of nicotine from nicotine polacrilex gum. *JAMA*. 1990;264(12):1560–4.
112. Rigotti N. Treatment Options for the Weight-Conscious Smoker. *Arch Intern Med*. 1999;159(11):1169–71.
113. Doherty K, Militello FS, Kinnunen T, Garvey a J. Nicotine gum dose and weight gain after smoking cessation. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(4):799–807.
114. McRobbie H, Thornley S, Bullen C, Lin R-B, Senior H, Laugesen M, et al. A randomized trial of the effects of two novel nicotine replacement therapies on tobacco withdrawal symptoms and user satisfaction. *Addiction*. 2010;105(7):1290–8.
115. Henningfield JE, Fant R V, Buchhalter AR, Stitzer ML. Pharmacotherapy for nicotine dependence. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(5):281-299-323, 325.
116. Carreras J. Tratamiento farmacológico no nicotínico del tabaquismo. In: Calvo J, López A, editors. El tabaquismo. Gran Canarias: Universidad de las Palmas de Gran Canarias; 2003.
117. FDA. The Smoking Cessation Aids Varenicline (Marketed as Chantix) and Bupropion (Marketed as Zyban and Generics). *FDA Drug Safety Newsl*. 2009;2(1):1–4.
118. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet*. 2016 Jun 18;387(10037):2507–20.
119. Haustein K, Mulzer K, Hasford J. Self-medication with nicotine preparations. 3 of 10 smokers renounce the blue fumes. *MMW Fortschr Med*. 2003;145:46.
120. Hughes JR, Carpenter MJ. The feasibility of smoking reduction: An update. Vol. 100, *Addiction*. 2005. p. 1074–89.
121. Rennard SI, Glover ED, Leischow S, Daughton DM, Glover PN, Muramoto M, et al. Efficacy of the nicotine inhaler in smoking reduction: A double-blind, randomized trial. *Nicotine Tob Res*. 2006;8(4):555–64.
122. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *BMJ Br Med J*. 2009;338(7699):867–71.

123. Shapiro D, Schwartz GE, Tursky B, Shnidman SR. Smoking on Cue: A Behavioral Approach to Smoking Reduction. *J Health Soc Behav.* 1971;12(2):108–13.
124. Cinciripini PM, Lapitsky L, Seay S, Wallfisch A, Kitchens K, Van Vunakis H. The effects of smoking schedules on cessation outcome: Can we improve on common methods of gradual and abrupt nicotine withdrawal? *J Consult Clin Psychol.* 1995;63(3):388–99.
125. McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. Vol. 2014, *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014.
126. Hitchman SC, Brose LS, Brown J, Robson D, McNeill A. Associations between E-Cigarette type, frequency of use, and quitting smoking: Findings from a longitudinal online panel survey in Great Britain. *Nicotine Tob Res.* 2015;17(10):1187–94.
127. Bhatnagar A, Whitsel LP, Ribisl KM, Bullen C, Chaloupka F, Piano MR, et al. Electronic cigarettes: A policy statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2014;
128. Martínez-Sánchez JM, Ballbè M, Fu M, Martín-Sánchez JC, Saltó E, Gottlieb M, et al. Electronic cigarette use among adult population: A cross-sectional study in Barcelona, Spain (2013-2014). *BMJ Open.* 2014;4(8).
129. Gisbert C, Arias P, Campus C. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. *Asoc Española Neuropsiquiatría.* 2002;6:Cuadernos Técnicos, 6.
130. Schinnar P, Rothbard B, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry.* 1990;147(12):1602–8.
131. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Cuad Técnicos* 10. 2009.
132. Belloso Ropero JJ. Intervención Psicoterapéutica en el Trastorno Mental Grave. *Clínica Contemp.* 2012;3(1):3–23.
133. Bobes J, Sáiz Ruiz J, Manuel Montes J, Mostaza J, Rico-Villademoros Eduard Vieta F, Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar L. Consenso Español de Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2008;1:26–37.
134. Bouza Álvarez C, López Cuadrado T, Saz Parkinson Z, Sarría Santamera A, Alcazar Alcazar R, Amate Blanco Jm. Patología física en la Esquizofrenia. Revisión sistemática y Análisis de Registros Hospitalarios. *IPE* 58/09. 2009.
135. Hert M De, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Moller H-J. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2009;2(1):49–59.
136. Bushe C, Haddad P, Peveler R, Pendlebury J. The role of lifestyle interventions and weight management in schizophrenia. *J Psychopharmacol.* 2005;19(6 Suppl):28–35.
137. Happell B, Platania-Phung C, Scott D. Physical health care for people with mental illness: Training needs for nurses. *Nurse Educ Today.* 2013;33(4):396–401.
138. Bernardo M, Cañas F, Banegas JR, Casademont J, Riesgo Y, Varela C. Prevalence and awareness of cardiovascular risk factors in patients with schizophrenia: A cross-sectional study in a low cardiovascular disease risk geographical area. *Eur Psychiatry.* 2009;24(7):431–41.

139. Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Rejas-Gutiérrez J, Navarro-Artieda R. Metabolic syndrome in outpatients receiving antipsychotic therapy in routine clinical practice: a cross-sectional assessment of a primary health care database. *Eur Psychiatry*. 2008;23(2):100–8.
140. Sobradiel N, García-Vicent V. Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. *Trastor Adict*. 2007;9(1):31–8.
141. Becoña E, Míguez MC. Consumo de tabaco y psicopatología asociada. *Psicooncología*. 2004;1(1):99–112.
142. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*. 2005;76(2–3):135–57.
143. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res*. 2008;10(12):1691–715.
144. Marques de Oliveira R, Furegato A.R. F. Esquizofrenia y dependencia del tabaco: Una revisión integradora. Vol. 11, *Enfermería Global*. 2012. p. 381–403.
145. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane database Syst Rev*. 2013;(2):CD007253-CD007253.
146. Zvolensky MJ, Farris SG, Leventhal AM, Ditte JW, Schmidt NB. Emotional disorders and smoking: Relations to quit attempts and cessation strategies among treatment-seeking smokers. *Addict Behav*. 2015;40:126–31.
147. Beck AK, Baker AL, Todd J. Smoking in schizophrenia: Cognitive impact of nicotine and relationship to smoking motivators. *Schizophr Res Cogn*. 2015;2(1):26–32.
148. Mackowick KM, Lynch M-J, Weinberger AH, George TP. Treatment of tobacco dependence in people with mental health and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(5):478–85.
149. Eriksen M, Mackay J, Schluger NW, Islami F, Drope J, worldlungfoundation, et al. The Tobacco atlas. Vol. 47, *The Tobacco Atlas*. 2015.
150. Aubin HJ, Rollema H, Svensson TH, Winterer G. Smoking, quitting, and psychiatric disease: A review. Vol. 36, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2012. p. 271–84.
151. Minichino A, Bersani FS, Calò WK, Spagnoli F, Francesconi M, Vicinanza R, et al. Smoking behaviour and mental health disorders-mutual influences and implications for therapy. Vol. 10, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013. p. 4790–811.
152. Veiga Rodeiro S. Influencia de la presencia de patología psiquiátrica en la cesación tabáquica Estudio de los pacientes tratados. Universidad de Cantabria; 2016.
153. Morris C, Waxmonsky J, May M, Giese A, Martin L. Smoking Cessation for Persons with Mental Illnesses. A toolkit for mental health providers. Denver: Colorado Department of Public Health and Environment; 2009. 1-39 p.
154. Martínez Ortega JM, Gurpegui M, Díaz FJ, De Leon J. Tabaco y esquizofrenia. Vol. 16, *Adicciones*. 2004. p. 177–90.

155. Taiminen TJ, Salokangas RK, Saarijarvi S, Niemi H, Lehto H, Ahola V, et al. Smoking and cognitive deficits in schizophrenia: a pilot study. *Addict Behav.* 1998;23(2):263–6.
156. Harris JG, Kongs S, Allensworth D, Martin L, Tregellas J, Sullivan B, et al. Effects of nicotine on cognitive deficits in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology.* 2004;29(7):1378–85.
157. Sacco KA, Termine A, Seyal A, Dudas MM, Vessicchio JC, Krishnan-Sarin S, et al. Effects of cigarette smoking on spatial working memory and attentional deficits in schizophrenia: involvement of nicotinic receptor mechanisms. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):649–59.
158. Villagrán Moreno JM, González Sáinz F, García del Río MJ, Fernández Nicolás E. Análisis de la experiencia de prohibir el uso de tabaco en la Unidad de Agudos del Hospital de Jerez. *Rev la AEN.* 2013;33(117):11–34.
159. de Leon J, Díaz FJ, Aguilar MC, Jurado D, Gurpegui M. Does smoking reduce akathisia? Testing a narrow version of the self-medication hypothesis. *Schizophr Res.* 2006;86(1–3):256–68.
160. Dervaux A, Laqueille X. [Smoking and schizophrenia: epidemiological and clinical features]. *Encephale.* 2008;34(3):299–305.
161. Al-halabí S, Fernández-artamendi S, Díaz-mesa EM, García-álvarez L, Flórez G, Santamaría EM, et al. Tabaco y rendimiento cognitivo en pacientes con esquizofrenia: diseño del estudio COGNICO. *Adicciones.* 2017;29(1):6–12.
162. Beratis S, Katrivanou A, Gourzis P. Factors affecting smoking in schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 2001;42(5):393–402.
163. Weiser M, Reichenberg A, Grotto I, Yasvitzky R, Rabinowitz J, Lubin G, et al. Higher rates of cigarette smoking in male adolescents before the onset of schizophrenia: A historical-prospective cohort study. *Am J Psychiatry.* 2004;161(7):1219–23.
164. Leventhal AM, Ramsey SE, Brown RA, LaChance HR, Kahler C. Dimensions of depressive symptoms and smoking cessation. *Nicotine Tob Res.* 2008;10(3):507–17.
165. Lawn SJ. Systemic Barriers to Quitting Smoking among Institutionalised Public Mental Health Service Populations: A Comparison of Two Australian Sites. *Int J Soc Psychiatry.* 2004;50(3):204–15.
166. Roick C, Fritz-Wieacker A, Matschinger H, Heider D, Schindler J, Riedel-Heller S, et al. Health habits of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(4):268–76.
167. Kelly BD, O'Callaghan E, Waddington JL, Feeney L, Browne S, Scully PJ, et al. Schizophrenia and the city: A review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland. *Schizophr Res.* 2010;116(1):75–89.
168. Wicks S, Hjern A, Dalman C. Social risk or genetic liability for psychosis? A study of children born in Sweden and reared by adoptive parents. *Am J Psychiatry.* 2010;167(10):1240–6.
169. Solty H, Crockford D, White WD, Currie S. Cigarette smoking, nicotine dependence, and motivation for smoking cessation in psychiatric inpatients. *Can J Psychiatry.* 2009;54(1):36–45.
170. John U, Meyer C, Rumpf H-J, Hapke U. Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity--a population-based study including smoking cessation after three years. *Drug Alcohol Depend.* 2004;76(3):287–95.

171. Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, et al. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: Guidelines for psychiatrists. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(2).
172. Jiménez Suarez O, Castro E, Camacho S. ¿Por qué fuman tanto los esquizofrénicos? *Psiquiatr Clínica*. 1999;11:192–5.
173. Ma X, Li C, Meng H, Du L, Wang Q, Wang Y, et al. Premorbid tobacco smoking is associated with later age at onset in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2010;178(3):461–6.
174. Yip SW, Sacco KA, George TP, Potenza MN. Risk/reward decision-making in schizophrenia: A preliminary examination of the influence of tobacco smoking and relationship to Wisconsin Card Sorting Task performance. *Schizophr Res*. 2009;110(1–3):156–64.
175. McCloughen A. The association between schizophrenia and cigarette smoking: A review of the literature and implications for mental health nursing practice. *Int J Ment Health Nurs*. 2003;12(2):119–29.
176. Uçok A, Polat A, Bozkurt O, Meteris H. Cigarette smoking among patients with schizophrenia and bipolar disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004;58(4):434–7.
177. Haustein KO. [Smoking and low socio-economic status]. *Gesundheitswesen*. 2005;67(8–9):630–7.
178. Johnson JL, Ratner PA, Malchy LA, Okoli CT, Procyshyn RM, Bottorff JL, et al. Gender-specific profiles of tobacco use among non-institutionalized people with serious mental illness. *BMC Psychiatry*. 2010;10(1):101.
179. Galazyn M, Steinberg ML, Gandhi KK, Piper M, Williams JM. Reasons for smoking among individuals with schizophrenia. Vol. 122, *Schizophrenia Research*. 2010. p. 268–9.
180. Aubin H-J. Management of emergent psychiatric symptoms during smoking cessation. *Curr Med Res Opin*. 2009;25(2):519–25.
181. Olivier D, Lubman DI, Fraser R. Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: biopsychosocial perspective. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41(7):572–80.
182. Shmueli D, Fletcher L, Hall SE, Hall SM, Prochaska JJ. Changes in psychiatric patients' thoughts about quitting smoking during a smoke-free hospitalization. *Nicotine Tob Res*. 2008;10(5):875–81.
183. Himelhoch S, Daumit G. To whom do psychiatrists offer smoking-cessation counseling? *Am J Psychiatry*. 2003;160(12):2228–30.
184. Fergusson DM, Goodwin RD, Horwood LJ. Major depression and cigarette smoking: results of a 21-year longitudinal study. *Psychol Med*. 2003;33(8):1357–67.
185. Dierker L, Donny E. The role of psychiatric disorders in the relationship between cigarette smoking and DSM-IV nicotine dependence among young adults. *Nicotine Tob Res*. 2008;10(3):439–46.
186. Coutiño AM, Medina-Mora Icaza ME. Tabaquismo y depresión. Vol. 31, *Salud Mental*. 2008. p. 409–15.
187. Fowler JS, Volkow ND, Wang GJ, Pappas N, Logan J, Shea C, et al. Brain monoamine oxidase A inhibition in cigarette smokers. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1996;93(24):14065–9.

188. Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: A follow-up study. *Lancet*. 2001;357(9272):1929–32.
189. Hall SM, Munoz RF, Reus VI. Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *J Consult Clin Psychol*. 1994;62(1):141–6.
190. Tsoh JY, Humfleet GL, Munoz RF, Reus VI, Hartz DT, Hall SM. Development of major depression after treatment for smoking cessation. *Am J Psychiatry*. 2000;157(3):368–74.
191. Prochaska JJ, Hall SM, Tsoh JY, Eisendrath S, Rossi JS, Redding CA, et al. Treating tobacco dependence in clinically depressed smokers: Effect of smoking cessation on mental health functioning. *Am J Public Health*. 2008;98(3):446–8.
192. Grover KW, Goodwin RD, Zvolensky MJ. Does current versus former smoking play a role in the relationship between anxiety and mood disorders and nicotine dependence? *Addict Behav*. 2012;37(5):682–5.
193. Ragg M, Gordon R, Ahmed T, Allan J. The Impact of Smoking Cessation on Schizophrenia and Major Depression. *Australas Psychiatry*. 2013;21:238–45.
194. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014;348(February):g1151.
195. Prochaska JJ, Rossi JS, Redding CA, Rosen AB, Tsoh JY, Humfleet GL, et al. Depressed smokers and stage of change: Implications for treatment interventions. *Drug Alcohol Depend*. 2004;76(2):143–51.
196. Breslau N, Kilbey M, Andreski P. Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(12):1069–74.
197. Goodwin R, Hamilton SP. Cigarette smoking and panic: The role of neuroticism. *Am J Psychiatry*. 2002;159(7):1208–13.
198. Morissette SB, Tull MT, Gulliver SB, Kamholz BW, Zimering RT. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: A critical review of interrelationships. *Psychol Bull*. 2007;133(2):245–72.
199. McDermott MS, Marteau TM, Hollands GJ, Hankins M, Aveyard P. Change in anxiety following successful and unsuccessful attempts at smoking cessation: Cohort study. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):62–7.
200. Grant BF, Hasin DS, Chou SP, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(11):1107–15.
201. Richter KP, Arnsten JH. A rationale and model for addressing tobacco dependence in substance abuse treatment. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2006;1:23.
202. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. The relationship between cannabis use and other substance use in the general population. *Drug Alcohol Depend*. 2001;64(3):319–27.
203. Kalman D, Kim S, DiGirolamo G, Smelson D, Ziedonis D. Addressing tobacco use disorder in smokers in early remission from alcohol dependence: The case for integrating smoking cessation services in substance use disorder treatment programs. Vol. 30, *Clinical Psychology Review*. 2010. p.

12–24.

204. Roig P, Sabater E, Borràs T, Sesmilo M, Pinet C. El tabaquismo en pacientes con otras dependencias. *Rev Española Toxicom.* 2005;43:29–36.
205. Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A Meta-Analysis of Smoking Cessation Interventions With Individuals in Substance Abuse Treatment or Recovery. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(6):1144–56.
206. Apollonio D, Philipps R, Bero L. Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. Vol. 2016, *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016.
207. Thurgood SL, McNeill A, Clark-Carter D, Brose LS. A Systematic Review of Smoking Cessation Interventions for Adults in Substance Abuse Treatment or Recovery. *Nicotine Tob Res.* 2016;18(5):993–1001.
208. Nocon A, Bergé D, Astals M, Martín-Santos R, Torrens M. Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit. *Eur Addict Res.* 2007;13(4):192–200.
209. Schroeder SA, Morris CD. Confronting a Neglected Epidemic: Tobacco Cessation for Persons with Mental Illnesses and Substance Abuse Problems. *Annu Rev Public Health.* 2010;31(1):297–314.
210. Pinninti N, Mago R, de León J. Coffee, cigarettes and meds: What are the metabolic effects? *Psychiatr Times.* 2005;22:20–3.
211. Anderson GD, Chan LN. Pharmacokinetic Drug Interactions with Tobacco, Cannabinoids and Smoking Cessation Products. Vol. 55, *Clinical Pharmacokinetics.* 2016. p. 1353–68.
212. Dickens GL, Stubbs JH, Haw CM. Smoking and mental health nurses: A survey of clinical staff in a psychiatric hospital. Vol. 11, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 2004. p. 445–51.
213. Lawn S, Condon J. Psychiatric nurses' ethical stance on cigarette smoking by patients: Determinants and dilemmas in their role in supporting cessation. *Int J Ment Health Nurs.* 2006;15(2):111–8.
214. Ratschen E, Britton J, Doody GA, Leonardi-Bee J, McNeill A. Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009;31(6):576–82.
215. Raw M, Anderson P, Batra A, Dubois G, Harrington P, Hirsch A, et al. WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. *Tob Control.* 2002;11(1):44–6.
216. BOE-A-2010-20138. Ley 42/2010. BOE núm. 3189 de 31/12/2010 p. 109188–94.
217. Matthews LS, Diaz B, Bird P, Cook A, Stephenson AE, Kraus JE, et al. Implementing a smoking ban in an acute psychiatric admissions unit. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2005;43(11):33–6.
218. Voci S, Bondy S, Zawertailo L, Walker L, George TP, Selby P. Impact of a smoke-free policy in a large psychiatric hospital on staff attitudes and patient behavior. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010;32(6):623–30.
219. el-Guebaly N, Cathcart J, Currie S, Brown D, Gloster S. Public Health and Therapeutic Aspects of Smoking Bans in Mental Health and Addiction Settings. *Psychiatr Serv.* 2002;53(12):1617–22.
220. Harris GT, Parle D, Gagn J. Effects of a tobacco ban on long-term psychiatric patients. *J Behav Heal*

Serv Res. 2007;34(1):43–55.

221. Griffith J. Substance abuse disorders in nurses. *Nurs Forum*. 1999;34(4):19–28.
222. Rowe K, Clark JM. The incidence of smoking amongst nurses: A review of the literature. Vol. 31, *Journal of Advanced Nursing*. 2000. p. 1046–53.
223. Ballbe M, Sureda X, Martinez-Sanchez JM, Fu M, Salto E, Gual A, et al. Secondhand smoke in psychiatric units: patient and staff misperceptions. *Bmj*. 2014;1–9.
224. Hehir AM, Indig D, Prosser S, Archer VA. Implementation of a smoke-free policy in a high secure mental health inpatient facility: staff survey to describe experience and attitudes. *BMC Public Health*. 2013;13(1):315.
225. Guydish J, Passalacqua E, Tajima B, Manser ST. Staff smoking and other barriers to nicotine dependence intervention in addiction treatment settings: A review. *J Psychoactive Drugs*. 2007;39(4):423–33.
226. Ratschen E, Britton J, McNeill A. Implementation of smoke-free policies in mental health in-patient settings in England. *Br J Psychiatry*. 2009;194(6):547–51.
227. Williams JM, Miskimen T, Minsky S, Cooperman NA, Miller M, Budsock PD, et al. Increasing Tobacco Dependence Treatment Through Continuing Education Training for Behavioral Health Professionals. *Psychiatr Serv*. 2015;66(1):21–6.
228. Keizer I, Gex-Fabry M, Bruegger A, Croquette P, Khan AN. Staff representations and tobacco-related practices in a psychiatric hospital with an indoor smoking ban. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23(2):171–82.
229. Magor-Blatch LE, Rugendyke AR. Going smoke-free: attitudes of mental health professionals to policy change. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2016;23(5):290–302.
230. Tajima B, Guydish J, Delucchi K, Passalacqua E, Chan M, Moore M. Staff Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Nicotine Dependence Differ by Setting. *J Drug Issues*. 2009;39(2):365–84.
231. Kulkarni M, Huddestone L, Taylor A, Sayal K, Ratschen E. A cross-sectional survey of mental health clinicians' knowledge, attitudes, and practice relating to tobacco dependence among young people with mental disorders. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:618.
232. Sheals K, Tombor I, McNeill A, Shahab L. A mixed-method systematic review and meta-analysis of mental health professionals' attitudes toward smoking and smoking cessation amongst people with mental illnesses. *Addiction*. 2016;1536–53.
233. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD001188.
234. Eurostat. Digital economy and society in the European Union a browse through our online world in figures : 2018 edition. Eurostat. 2018;
235. Marín Artero MJ, Uldemolins de Olives C, Moreno Capón D, López Seuba N, Bernad Alacid M. Efectividad de una unidad de rehabilitación psiquiátrica de media estancia tras su apertura. XXXV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Murcia. 2016.

236. Stockings EAL, Bowman JA, Baker AL, Terry M, Clancy R, Wye PM, et al. Impact of a postdischarge smoking cessation intervention for smokers admitted to an inpatient psychiatric facility: A randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res.* 2014;16(11):1417–28.
237. Metse AP, Wiggers J, Wye P, Wolfenden L, Freund M, Clancy R, et al. Efficacy of a universal smoking cessation intervention initiated in inpatient psychiatry and continued post-discharge: A randomised controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry.* 2017;
238. Gilbody S, Peckham E, Man M-S, Mitchell N, Li J, Becque T, et al. Bespoke smoking cessation for people with severe mental ill health (SCIMITAR): a pilot randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry.* 2015;2(5):395–402.
239. Dixon L, Postrado L, Delahanty J, Fischer PJ, Lehman A. The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187(8):496–502.
240. Robson D, Gray R. Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. *Int J Nurs Stud.* 2007;44(3):457–66.
241. El-Mallakh P, McPeak D, Khara M, Okoli CT. Smoking Behaviors and Medical Co-Morbidities in Patients With Mental Illnesses. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016;30(6):740–6.
242. Schuster RM, Cather C, Pachas GN, Zhang H, Cieslak KM, Hoepfner SS, et al. Predictors of tobacco abstinence in outpatient smokers with schizophrenia or bipolar disorder treated with varenicline and cognitive behavioral smoking cessation therapy. *Addict Behav.* 2017;71:89–95.
243. Mallet J, Le Strat Y, Schürhoff F, Mazer N, Portalier C, Andrianarisoa M, et al. Cigarette smoking and schizophrenia: a specific clinical and therapeutic profile? Results from the FACE-Schizophrenia cohort. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry.* 2017;79:332–9.
244. MacHielsen M, Beduin AS, Dekker N, Kahn RS, Linszen DH, Van Os J, et al. Differences in craving for cannabis between schizophrenia patients using risperidone, olanzapine or clozapine. *J Psychopharmacol.* 2012;26(1):189–95.
245. Wu BJ, Chen HK, Lee SM. Do atypical antipsychotics really enhance smoking reduction more than typical ones?: The effects of antipsychotics on smoking reduction in patients with schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol.* 2013;33(3):319–28.
246. Rohsenow DJ, Tidey JW, Miranda R, McGeary JE, Swift RM, Hutchison KE, et al. Olanzapine Reduces Urge to Smoke and Nicotine Withdrawal Symptoms in Community Smokers. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2008;16(3):215–22.
247. Hutchison KE, Rutter MC, Niaura R, Swift RM, Pickworth WB, Sobik L. Olanzapine attenuates cue-elicited craving for tobacco. *Psychopharmacology (Berl).* 2004;175(4):407–13.
248. Robson D, Cole F, Jalasi S, Boojharut B, Smith S, Thompson S, et al. Smoking cessation and serious mental illness: A service evaluation of a drop-in stop smoking clinic on an acute in-patient unit. *J Clin Nurs.* 2013;22(3–4):405–13.
249. Wye PM, Bowman J a, Wiggers JH, Baker A, Knight J, Carr VJ, et al. Smoking restrictions and treatment for smoking: policies and procedures in psychiatric inpatient units in Australia. *Psychiatr Serv.* 2009;60(1):100–7.
250. Núñez C, Stephan-Otto C, Cuevas-Esteban J, Maria Haro J, Huerta-Ramos E, Ochoa S, et al. Effects

of caffeine intake and smoking on neurocognition in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2015;230(3):924–31.

251. Lara DR. Caffeine, mental health, and psychiatric disorders. In: *Journal of Alzheimer's Disease*. 2010.
252. Arrojo-Romero M, Armas Barbazán C, López-Moriñigo JD, Ramos-Ríos R, Gurpegui M, Martínez-Ortega JM, et al. Caffeine consumption in a long-term psychiatric hospital: Tobacco smoking may explain in large part the apparent association between schizophrenia and caffeine use. *Schizophr Res.* 2015;164(1–3):234–41.
253. Lawn S, Lucas T. Addressing smoking in supported residential facilities for people with severe mental illness: Has any progress been achieved? *Int J Environ Res Public Health*. 2016;
254. Bachiller D, Grau-López L, Barral C, Daigre C, Alberich C, Rodríguez-Cintas L, et al. Grupo motivacional en unidad hospitalaria desintoxicación, su influencia en mantenimiento de la abstinencia y retención al tratamiento tras alta. *Adicciones*. 2015;27(2):109–18.
255. Morris ZS, Gannon M. Drug misuse treatment services in Scotland: Predicting outcomes. *Int J Qual Heal Care*. 2008;20(4):271–6.
256. Rodríguez M, Jiménez-Lerma JM, Iraurgi I, Murua F, Bacigalupe L, Chavarri MR, et al. Evaluación de la satisfacción con el tratamiento en un Centro Ambulatorio de Drogodependencias a través del "Treatment Perceptions Questionnaire" (TPQ). *Adicciones*. 2002;14(4):417–24.
257. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, Mental Illness, and Public Health. *Annu Rev Public Health*. 2017;38(1):165–85.
258. Stubbs B, Vancampfort D, Bobes J, De Hert M, Mitchell AJ. How can we promote smoking cessation in people with schizophrenia in practice? A clinical overview. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;132(2):122–30.
259. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. Vol. 2017, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017.
260. Roberts E, Eden Evins A, Mcneill A, Robson D. Efficacy and tolerability of pharmacotherapy for smoking cessation in adults with serious mental illness: A systematic review and network meta-analysis. Vol. 111, *Addiction*. 2016. p. 599–612.
261. Fundación Telefónica. La Sociedad de la Información en España 2013. Fundacion telefónica. 2014. 177 p.
262. Vickerman KA, Schauer GL, Malarcher AM, Zhang L, Mowery P, Nash CM. Quitline use and outcomes among callers with and without mental health conditions: A 7-month follow-up evaluation in three states. *Biomed Res Int*. 2015.
263. Steinberg ML, Williams JM, Li Y. Poor Mental Health and Reduced Decline in Smoking Prevalence. *Am J Prev Med*. 2015;49(3):362–9.
264. Wu L, He Y, Jiang B, Zuo F, Liu Q, Zhang L, et al. [Impact of intervention on tobacco related knowledge, attitudes and practice of smokers]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2015;36(2):119–23.
265. Bize R, Burnand B, Mueller Y, Rège-walther M, Camain J, Cornuz J. Biomedical risk assessment as

an aid for smoking cessation (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(12).

266. Rüther T, Bobes J, De Hert M, Svensson TH, Mann K, Batra A, et al. EPA Guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *Eur Psychiatry.* 2014;29(2):65–82.
267. Metse AP, Bowman JA, Wye P, Stockings E, Adams M, Clancy R, et al. Evaluating the efficacy of an integrated smoking cessation intervention for mental health patients: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2014;
268. Baena Garcia A. Eficacia comparada del tratamiento presencial, semipresencial, y telefónico del tabaquismo en unidades especializadas. 2015;403.
269. Baker A, Richmond R, Haile M, Lewin TJ, Carr VJ, Taylor RL, et al. A Randomized Controlled Trial of a Smoking Cessation Intervention Among People With a Psychotic Disorder. *Am J Psychiatry.* 2006;163(11):1934–42.
270. Evins AE, Cather C, Culhane MA, Birnbaum A, Horowitz J, Hsieh E, et al. A 12-week double-blind, placebo-controlled study of bupropion SR added to high-dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol.* 2007;27(4):380–6.
271. Prochaska JJ, Fromont SC, Delucchi K, Young-Wolff KC, Benowitz NL, Hall S, et al. Multiple risk-behavior profiles of smokers with serious mental illness and motivation for change. *Heal Psychol.* 2014;33(12):1518–29.
272. Hummel K, Candel MJJM, Nagelhout GE, Brown J, van den Putte B, Kotz D, et al. Construct and Predictive Validity of Three Measures of Intention to Quit Smoking: Findings From the International Tobacco Control (ITC) Netherlands Survey. *Nicotine Tob Res.* 2017;
273. Frazer K, Mchugh J, Callinan JE, Kelleher C. Impact of institutional smoking bans on reducing harms and secondhand smoke exposure. Vol. 2016, *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016.
274. Martin K, Dono J, Sharplin G, Bowden J, Miller C. Staff and patient perspectives of a smoke-free health services policy in South Australia: A state-wide implementation. *Health Policy (New York).* 2017;121(8):895–902.
275. Villagrán Moreno JM, González Sáinz F, García del Río MJ, Fernández Nicolás E. Análisis de la experiencia de prohibir el uso de tabaco en la Unidad de Agudos del Hospital de Jerez. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría.* 2013;33(117):11–34.
276. Marques de Oliveira R, Furegato ARF. The opinion of patients with mental disorder about tobacco and its prohibition in psychiatric hospitalization. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(3):500–6.
277. Metse AP, Wiggers J, Wye P, Wolfenden L, Freund M, Clancy R, et al. Efficacy of a universal smoking cessation intervention initiated in inpatient psychiatry and continued post-discharge: A randomised controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry.* 2017;51(4):366–81.

ANEXOS

Anexo 1

ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)

1. Preocupación somática	0	1	2	3	4
2. Ansiedad psíquica	0	1	2	3	4
3. Barreras emocionales	0	1	2	3	4
4. Desorganización conceptual (incoherencia)	0	1	2	3	4
5. Autodesprecio y sentimientos de culpa	0	1	2	3	4
6. Ansiedad somática	0	1	2	3	4
7. Alteraciones motoras específicas	0	1	2	3	4
8. Autoestima exagerada	0	1	2	3	4
9. Humor depresivo	0	1	2	3	4
10. Hostilidad	0	1	2	3	4
11. Susplicacia	0	1	2	3	4
12. Alucinaciones	0	1	2	3	4
13. Enlentecimiento motor	0	1	2	3	4
14. Falta de cooperación	0	1	2	3	4
15. Trastornos del pensamiento	0	1	2	3	4
16. Embotamiento o trastornos afectivos	0	1	2	3	4
17. Agitación psicomotriz	0	1	2	3	4
18. Desorientación y confusión	0	1	2	3	4

Anexo 2

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

(Hamilton Depression rating Scale, HDRS)

<i>Items</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica con 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica con 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente
	1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligeramente retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante. Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: gastrointestinales (boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones), cardiovasculares (palpitaciones, cefalalgias), respiratorios (hiperventilación, suspiros), frecuencia urinario y/o sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido se califica con 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante. Síntomas como: pérdida de la libido o trastornos menstruales

15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 gr en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. Insight (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

Anexo 3

ESCALA DE YOUNG PARA LA EVALUACIÓN DE LA MANÍA

(Young Mania Rating Scale, YMRS)

1. <i>Euforia</i> 0. Ausente 1. Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta 2. Clara aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de sí mismo/a, alegre 3. Elevada e inapropiada 4. Claramente eufórico/a, risa inadecuada, canta durante la entrevista, etc.
2. <i>Hiperactividad</i> 0. Ausente 1. Subjetivamente aumentada 2. Vigoroso/a, hipergestual 3. Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud (puede ser calmado/a) 4. Agitación o hiperactividad constante (no puede ser calmado/a)
3. <i>Impulso sexual</i> 0. Normal, no aumentado 1. Posible o moderadamente aumentado 2. Claro aumento al preguntar 3. Referido como elevado de forma espontánea, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales 4. Actos o incitaciones sexuales evidentes (hacia pacientes, personal o entrevistador)
4. <i>Sueño</i> 0. No reducido 1. Disminución en menos de 1 hora 2. Disminución en más de 1 hora 3. Refiere disminución de la necesidad de dormir 4. Niega necesidad de dormir
5. <i>Irritabilidad</i> 0. Ausente 2. Subjetivamente aumentada 4. Irritabilidad fluctuante durante la entrevista, episodios recientes de rabia o enfado 6. Predominantemente irritable durante la entrevista, brusco y cortante 8. Hostil, no colaborador/a, entrevista imposible
6. <i>Expresión verbal</i> 0. No aumentada 2. Sensación de locuacidad 4. Aumentada de forma fluctuante, verborrea ocasional 6. Claramente aumentada en ritmo y cantidad, difícil de interrumpir, intrusiva 8. Verborrea ininterrumpible y continua

7. <i>Trastornos del curso del pensamiento y el lenguaje</i> 0. Ausentes 1. Circunstancialidad, distraibilidad moderada, aceleración del pensamiento 2. Distraibilidad clara, descarrilamiento, taquipsiquia 3. Fuga de ideas, tangencialidad, discurso difícil de seguir, rimas, ecolalias 4. Incoherencia, ininteligibilidad, comunicación imposible
8. <i>Trastornos del contenido del pensamiento</i> 0. Ausentes 2. Planes discutibles, nuevos intereses 4. Proyectos especiales, misticismo 6. Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia 8. Delirios, alucinaciones
9. <i>Agresividad</i> 0. Ausente, colaborador/a 2. Sarcástico/a, enfático/a, lacónico/a 4. Querulante, pone en guardia 6. Amenaza al entrevistador, habla a gritos, entrevista difícil 8. Claramente agresivo/a, destructivo/a, entrevista imposible
10. <i>Apariencia</i> 0. Higiene e indumentaria apropiada 1. Ligeramente descuidada 2. Mal arreglado/a, moderadamente despeinado/a, indumentaria sobrecargada 3. Despeinado/a, semidesnudo/a, maquillaje llamativo 4. Completamente desaseado/a, adornado/a, indumentaria extravagante
11. <i>Conciencia de enfermedad</i> 0. Presente, admite la enfermedad, acepta tratamiento 1. Según él/ella, posiblemente enfermo/a 2. Admite cambio de conducta pero niega enfermedad 3. Admite posible cambio de conducta, niega enfermedad 4. Niega cualquier cambio de conducta

Anexo 4

TEST DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA DE FAGESTRÖM

Este cuestionario mide su dependencia física a la nicotina. Por favor, conteste las siguientes preguntas:

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	Menos de 5 minutos	3
	Entre 6 y 30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido fumar, como la biblioteca o el cine?	Si	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 o menos	3
	11-20 cigarrillos	2
	21-30 cigarrillos	1
	Más de 31 cigarrillos	0
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Si	1
	No	0
¿Fuma aunque estés tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
PUNTUACIÓN TOTAL		

Anexo 5

TEST DE GLOVER – NILSSON

Este cuestionario valora la dependencia

Preguntas 1 a 3: 0 – Nada en absoluto 1 – Algo 2 – Moderadamente 3 – Mucho 4 - Muchísimo	
01.- Mi hábito de fumares muy importante para mí	
02.- Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar.	
03.- Juego y manipulo el paquete de tabaco como parte del ritual del hábito de fumar.	
Preguntas 4 a 18: 0 – Nunca 1 – Raramente 2 – A veces 3 – A menudo 4 - Siempre	
04.- ¿Ocupa manos y dedos para evitar el tabaco?	
05.- ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	
06.- ¿Se recompensa a si mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	
07.- ¿Se angustia cuando se queda sin cigarrillos o no consigue encontrar el paquete de tabaco?	
08.- ¿Cuándo no tiene tabaco, le resulta difícil concentrarse o realizar cualquier tarea?	
09.- ¿Cuándo se haya en un lugar en el que está prohibido fumar, juega su cigarrillo o paquete de tabaco?	
10.- ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?	
11.- ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	
12.- ¿Le ayuda a reducir el estrés el tener un cigarrillo en las manos aunque sea sin encenderlo?	
13.- ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc.?	
14.- ¿Parte del placer de fumar procede del ritual de encender el cigarrillo?	
15.- ¿Parte del placer del tabaco consiste en mirar el humo cuando lo inhala?	
16.- ¿Enciende alguna vez un cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene uno encendido en el cenicero?	
17.- ¿Cuándo está solo en una fiesta... etc., se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?	
18.- ¿Suele encender un cigarrillo si sus amigos lo hacen?	

PUNTUACIÓN FINAL:

Anexo 6

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO, UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (URICA)

Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento y aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte.

	Totalmente en desacuerdo (1)	Bastante en desacuerdo (2)	Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)	Bastante de acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)
1. Que yo sepa no tengo problemas que necesite cambiar					
2. Creo que podría estar preparado para mejorar algo en mí					
3. Estoy haciendo algo respecto a los problemas que han estado molestándome					
4. Puede que valga la pena trabajar para que solucione mi problema					
5. No tengo ningún problema. No tiene sentido que yo esté aquí					
6. Me preocupa que yo pueda recaer en un problema que ya he cambiado, de modo que estoy aquí para buscar ayuda					
7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema					
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo					
9. He tenido éxito en el trabajo de mi problema, pero no estoy seguro que pueda mantener el esfuerzo yo solo					
10. A veces, mi problema es difícil, pero estoy trabajando para resolverlo					
11. Estar aquí es una pérdida de tiempo, porque el problema del cual se está hablando no tiene que ver conmigo					
12. Espero que en este lugar ayuden a comprenderme mejor					
13. Imagino que tengo defectos, pero no hay nada que realmente quiera cambiar					
14. Realmente estoy esforzándome mucho para cambiar					
15. Tengo un problema y realmente creo que debería darle una solución					
16. No he perseverado como yo creía en lo que ya había cambiado y estoy aquí para prevenir una recaída del problema					
17. Aunque no he tenido éxito en lograr cambios, al menos estoy trabajando para resolver mi problema					

18. Pensaba que una vez que resolviera mi problema me sentiría liberado, pero a veces me encuentro presionado por el					
19. me gustaría tener más ideas a cómo resolver mi problema					
20. He comenzado a enfrentar mis problemas, pero me gustaría recibir ayuda					
21. Quizás en este lugar puedan ayudarme					
22. Actualmente puedo necesitar ayuda para mantener los cambios que ya he logrado					
23. Puede que yo sea parte del problema, pero realmente no creo que sea así					
24. Espero que alguien de aquí pueda darme buenos consejos					
25. Todo el mundo puede hablar acerca de cambiar, yo realmente estoy haciendo algo para cambiar					
26. Toda esta charla psicológica es aburrida, ¿Por qué simplemente las personas no olvidan sus problemas?					
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de que pueda recaer en mi problema					
28. Es frustrante, pero siento que pueda tener una reaparición del problema que pensaba que ya había muerto					
29. Tengo tantos problemas como cualquier otra persona. ¿Por qué malgastar el tiempo pensando en ellos?					
30. Estoy trabajando activamente en mi problema					
31. Me gustaría asumir mis defectos más que intentar cambiarlos					
32. Después de todo lo que he hecho para cambiar mi problema, éste vuelve a aparecer y eso me preocupa					

Anexo 7

TEST DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR DE RICHMOND

Este cuestionario valora la motivación para dejar de fumar. Por favor, conteste a las siguientes preguntas, con la máxima sinceridad

1. ¿Quiere dejar de fumar? 0 No ☐ 1 Sí ☐

2. ¿Con qué ganas quiere dejarlo?

0 Nada ☐ 1 Poca ☐ 2 Bastante ☐ 3 Mucha ☐

3. ¿Intentará dejarlo en las próximas semanas?

0 No ☐ 1 Dudoso ☐ 2 Probable ☐ 3 Sí ☐

4. ¿Cree que dentro de 6 meses no fumará?

0 No ☐ 1 Dudoso ☐ 2 Probable ☐ 3 Sí ☐

PUNTUACIÓN TOTAL:

Anexo 8

MINNESOTA NICOTINE WITHDRAWAL SCALE (MNWS).

Este cuestionario evalúa los síntomas del Síndrome de Abstinencia a la nicotina. Por favor, puntúe cada síntoma según la valoración siguiente: 0; nada en absoluto. 1; leve. 2; moderado. 3; mucho. 4; grado extremo.

SÍNTOMAS	VALORACIÓN
Ganas de fumar	0 1 2 3 4
Disforia	0 1 2 3 4
Irritabilidad/Frustración/Ira	0 1 2 3 4
Ansiedad o tensión	0 1 2 3 4
Inquietud	0 1 2 3 4
Dificultad de concentración	0 1 2 3 4
Aumento de apetito	0 1 2 3 4
Dificultad para dormirse (l. conciliación)	0 1 2 3 4
Dificultad para mantenerse dormido (l. mantenimiento)	0 1 2 3 4

Anexo 9

QUESTIONNAIRE ON SMOKING URGES (QSU)

Indique hasta qué punto usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones. Marque el número que corresponda.

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Neutral	Sí, un poco de acuerdo	Sí, de acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

1. Quiero fumar ahora mismo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

2. Si me fumara un cigarrillo estaría menos deprimido

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

3. Si alguien me ofreciera un cigarrillo aquí mismo me lo fumaría

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

4. Si fumara un cigarrillo me sentiría menos cansado.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

5. Ahora mismo tengo ganas de fumarme un cigarrillos

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

6. Me sentiría con más control de mí mismo si pudiera fumar

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

7. Me sentiría mejor físicamente si estuviera fumando

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

8. Podría pensar mucho mejor si estuviera fumando

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

9. Me apetece mucho fumarme un cigarrillo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

10. Estoy pensando en fumarme un cigarrillo en cuanto pueda

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Anexo 10. FOLLETO INFORMATIVO

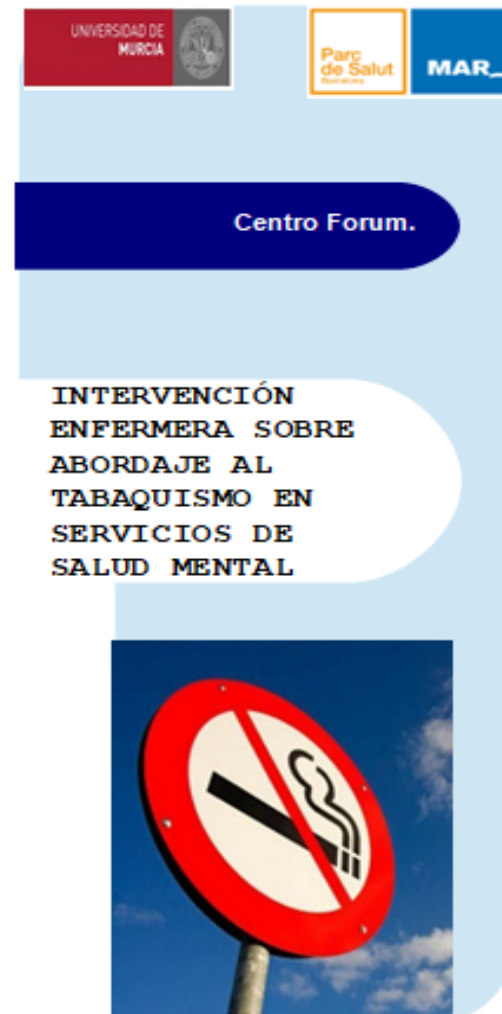
El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo. Mata a casi 6 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones son consumidores directos y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo ajeno.

Diversos estudios revelan que pocas personas comprenden los riesgos específicos para la salud que entraña el consumo de tabaco.

La mayoría de los fumadores que conocen los peligros del tabaco desean dejarlo. El asesoramiento puede duplicar con creces la probabilidad de que un fumador que desea abandonar el tabaco lo consiga.

Organización

M. Rosario Valera Fernández
Enfermera de Salud Mental
Instituto de Neuropsiquiatría y
Adicciones
MRValera@parcdesalutmar.cat



Desde los años 70 ha quedado establecida la relación entre fumar y distintas enfermedades (por ejemplo, cáncer de pulmón, EPOC, cardiopatía isquémica, etc). Sin embargo, en los últimos años se ha encontrado una importante relación entre el consumo de tabaco y distintos trastornos relacionados con la salud mental, especialmente Esquizofrenia, Depresión, Trastorno por uso de sustancias y Ansiedad. Según los estudios, los individuos con un trastorno mental presentan una prevalencia 2 o 3 veces mayor de consumo de tabaco que la población en general, así como un mayor grado de dependencia a la nicotina.

Esto tiene como consecuencias una elevada tasa

DEJAR
DE FUMAR
SI
SE PUEDE

de mortalidad para enfermedades relacionadas habitualmente con el tabaco. Concretamente, las personas con un Trastorno Mental Grave (TMG) mueren unos 15-20 años antes que la población general, mayoritariamente por enfermedades causadas o agravadas por el tabaco.

Según la bibliografía la vinculación a servicios libre de humo, ofrece una oportunidad adecuada para realizar una intervención motivacional para dejar de fumar.

Este programa está dirigido a usuarios integrados en la Red de Salud Mental del distrito de Sant Martí y vinculados a alguno de los servicios de rehabilitación psiquiátrica de media y larga estancia, hospital de día y/o CSMA. Se trata de 10 sesiones educativas, en las que veremos:

Sesión 1: Conocimientos previos. Mitos del tabaco.

Sesión 2: Tabaquismo y adicción.

Sesión 3: Tipos de cigarrillos. Trabajo en grupo; Autoregistros

Sesión 4: Consecuencias del tabaco. Beneficios de su abandono.

Sesión 5: Factores motivacionales y de mantenimiento.

Sesión 6: Síndrome de abstinencia. Técnica de relajación.

Sesión 7: Interacción nicotina y psicofármacos. Tratamientos de abandono.

Sesión 8: Recaídas. Trabajo en grupo; situaciones de alto riesgo.

Sesión 9: Rol-playing. Cigarrillo electrónico. Terapias alternativas.

Sesión 10: Conocimientos adquiridos. Despedida.



Anexo 11

HOJA INFORMATIVA

Investigador responsable:

M. Rosario Valera Fernández

Institución: Parc de salut Mar de Barcelona.

Contacto: MRValera@parcdesalutmar.cat

La investigación ***“Intervención Enfermera sobre Abordaje al Tabaquismo en Servicios de Salud Mental”*** es un proyecto de tesis doctoral. Su finalidad es generar motivación para conseguir una reducción en el consumo de tabaco de las personas con un Trastorno Mental que se encuentran vinculadas a la Red de Salud Mental del distrito de Sant Martí en Barcelona, o una deshabituación tabáquica completa. Contribuyendo así a la mejora en la calidad de vida y al empoderamiento de estas personas.

De acuerdo con el diseño de la investigación, los participantes forman parte de un grupo de investigación-acción participativa, el cual consiste en asistir a 10 sesiones de grupo sobre abordaje al tabaquismo realizados en diferentes servicios de Salud Mental (Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de media estancia, Unidad de Alta Dependencia Psiquiátrica, Hospital de Día y CSMA Sant Martí Sud) y participar de las actividades y tareas propuestas para conseguir los objetivos planteados. De igual forma, se realizará un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses posteriores a finalizar el programa de intervención.

La duración del proceso de investigación, en su fase de trabajo de campo, se prevé se produzca entre octubre de 2016 y junio de 2017.

En cumplimiento con lo dispuesto en la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter personal, se informa de que los datos aportados se incorporarán a un fichero y que la información aportada, tanto en los cuestionarios como en los grupos, será tratada de forma totalmente confidencial. Se eliminará cualquier dato o nombre que pueda permitir el reconocimiento de la identidad de los informantes. Los datos quedarán reservados para los fines de este proyecto de investigación. Y de la misma manera, los participantes tienen derecho a renunciar a la participación en el estudio en cualquier momento del mismo.

Esperamos que esta investigación contribuya a una mejora motivacional sobre la reducción del tabaquismo y, por tanto, promueva la mejora en la calidad de vida de aquellas personas con un trastorno mental.

Agradecida, quedo a la disposición para proporcionar toda aquella información adicional que se precise.

Barcelona, Enero de 2017.

Anexo 12

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./ña. _____ con DNI _____ manifiesta voluntariamente que ha sido informado/a por el equipo Especialista en Salud Mental para participar en el estudio de investigación ***“Intervención Enfermera sobre Abordaje al Tabaquismo en Servicios de Salud Mental”***

Me considero informado de la metodología del estudio y los propósitos del mismo.

Por las características del estudio no existen riesgos, ni posibles efectos perjudiciales para la salud de ninguno de los participantes.

La participación en este estudio es de carácter libre y voluntaria, pudiendo retirarse voluntariamente del mismo.

La colaboración no está sujeta a ninguna retribución económica.

Se garantiza que la utilización de los datos y resultados del estudio serán de carácter confidencial, solo podrán ser utilizados por los profesionales que participen en el mismo.

Barcelona a _____ de _____ de _____

Firma participante

Firma informante

Recibo copia del impreso de consentimiento informado y acepto participar en el estudio.

Anexo 13

PROGRAMA GRUPO DE ABORDAJE AL TABAQUISMO EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Hoja de Recogida de Datos Inicial.

Nº Registro: _____

DATOS PERSONALES

Iniciales:

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Localidad:

Teléfono:

Nº ingresos en la unidad:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Fecha de Ingreso:

Estancia en días:

Fecha de Alta:

Motivo del alta: ☐

1. Alta médica

2. Alta voluntaria

3. Alta administrativa

4. Fuga

5. Defunción

6. Traslado

7. Otros (especificar)

ESTADO CIVIL ACTUAL:

☐

Nunca Casado

☐

Casado

☐

Vive en Pareja

☐

Separado

☐

Divorciado

☐

Viudo

Hijos: ☐

Si

☐

No

Nº hijos:

ESTUDIOS. Nivel máximo de escolarización

1. No sabe leer ni escribir

2. Sabe leer y escribir no ha acabado primarios

3. cinco cursos aprobados de EGB o primaria actual o PQPI o ESO incompleta

4. Graduado Escolar, Bachillerato elemental, EGB, ESO o aprobar pruebas acceso a ciclo formativo grado medio

5. Bachillerato superior, BUP o COU

6. Oficialía industrial, FP I, Ciclo Formativo Grado Medio

7. Maestría Industrial, FP II, Ciclos Formativos grado superior, Artes y Oficios

8. Diplomaturas, Enseñanzas Universitarias de ciclo corto, primer ciclo enseñanzas universitarias

9. Licenciaturas o Grados

10. Doctorados, Máster y estudios de postgrado

1. NO-ESCOLARIZACIÓN

2. PRIMARIOS INCOMPLETOS

3. PRIMARIOS COMPLETOS

4. PRIMERA ETAPA SECUNDARIA

5. BACHILERATO

6. FP GRADO MEDIO

7. FP GRADO SUPERIOR

8. UNIVERSIDAD GRADO MEDIO

9. UNIVERSIDAD GRADO SUPERIOR

10. UNIVERSIDAD 3er CICLO

11. OTROS (ESPECIFICAR)

CONVIVENCIA. Todos los ocupantes del domicilio:

1. VIVE SOLO
2. ESPOSA
3. HIJOS/AS
4. PADRES
5. HERMANOS/AS
6. PAREJA
7. OTRO AMIGO
8. COMPAÑERO DE PISO, NO AMIGO
9. PISO PROTEGIDO
10. HUESTPED
11. TIO/A
12. FAMILIARES POLÍTICOS.
13. ABUELOS
14. OTROS FAMILIAERS
15. MASCOTAS (ESPECIFICAR)
16. OTROS (ESPECIFICAR)

ESTADO LABORAL ACTUAL

ESPECIFICAR EMPLEO ACTUAL

1. EMPLEADO A TIEMPO COMPLETO - 40 HORAS O MÁS
2. EMPLEADO A TIEMPO PARCIAL- MENOS DE 40 HORAS
3. EMPLEADO DE BAJA POR ENFERMEDAD
4. EMPLEADO PERO TEMPORALMENTE SUSPENDIDO
5. DESEMPLEADO
6. DESEMPLEADO, INVALIDEZ TEMPORAL
7. DESEMPLEADO, INVALIDEZ PERMANENTE
8. JUBILADO
9. ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO
10. ESTUDIANTE A TIEMPO PARCIAL
11. SUS LABORES

PRESTACIÓN ECONÓMICA.

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| ☐ Nómina | ☐ Prestación por desempleo | ☐ PIRMI |
| ☐ PNC | ☐ PC | ☐ Ayuda por hijo a cargo |
| ☐ Sin ingresos | ☐ Otras (Especificar) | |

Cuantía:

Grado de minusvalía:

ANTECEDENTES MÉDICOS

Enfermedades anteriores:

Enfermedades actuales:

Tratamiento actual:

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

Motivo de ingreso:

Diagnóstico al ingreso (DSM-V)

Diagnóstico al alta (DSM-V):

Tratamiento actual:

ANTECEDENTES DE TABAQUISMO

Edad de inicio:

Intentos previos para dejar de fumar:

Métodos utilizados:

Motivo de la recaída:

Cambios psicopatológicos en intentos anteriores:

Años como fumador:

Nº Intentos:

Periodo máximo de abstinencia:

Fecha del último intento:

CONSUMO DE TABACO ACTUAL

Nº cigarrillos/día:

Test de Fagerström:

Estadio de cambio (Escala URICA):

Questionnaire on Smoking Urges (QSU):

Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (MNWS):

Test de Richmond:

Test de Glover-Nilsson:

Autoeficacia:

Tipo de consumo (cigarrillo, puro, tabaco liar, porros..)

Utilización TSN durante el ingreso:

Convive con personas fumadores:

Ámbito familiar:

Ámbito laboral:

Ámbito social:

Actividades de la vida diaria (lectura, música, ejercicio físico, etc.):

Peso:

IMC:

PERCEPCIÓN DEL USUARIO SOBRE LA NORMA DE PROHIBICIÓN TABÁQUICA

Puntúe de 0 a 10 como valora usted la prohibición de fumar en la unidad, donde 10 es una medida muy buena para mejorar la salud de los pacientes y 0 es una mala medida.

¿En qué medida de 0 a 10 piensa que la prohibición de fumar y el síndrome de abstinencia del tabaco en concreto, le han dificultado su estancia en la unidad? 0; no me ha creado ninguna dificultad y 10 me ha creado dificultades muy importantes.

Control de Medidas Biológicas

Fecha	Tensión Arterial (TA)	FC	StO ₂	CO

Anexo 14

CUESTIONARIO CONOCIMIENTOS PREVIOS SOBRE TABACO

A continuación, se describen una serie de cuestiones sobre diversos aspectos del tabaco. Por favor, conteste la respuesta que usted crea verdadera.

1. ¿Usted cree que el consumo de tabaco afecta?

- a) A la salud del fumador y su entorno.
- b) Al ambiente.
- c) Al clima, y en consecuencia contribuye al Cambio Climático.
- d) Todas las anteriores.

2. ¿Considera usted que la colilla del cigarrillo contamina?

- a) Sí, la colilla del cigarrillo contamina el agua y los mares.
- b) No, la colilla del cigarrillo es un filtro de los agentes contaminantes.
- c) Sí, las colillas del cigarrillo son la mayor causa de basura en el mundo.
- d) No, la colilla del cigarrillo es biodegradable y no contamina el ambiente.

3. ¿Qué consecuencias cree usted que tiene el consumo de tabaco?

- a) Enfermedades cardiovasculares y/o respiratorias.
- b) Enfermedades tumorales y/o digestivas.
- c) Efectos en la estética: deterioro de la dentadura, halitosis, olor corporal.
- d) Las respuestas a, b y c son verdaderas.

4. ¿El tabaco tranquiliza?

- a) Sí, siempre se ha sabido que el tabaco relaja.
- b) No sé si le relaja a los demás, pero a mí personalmente me relaja.
- c) No, el tabaco es un estimulante. Lo que ocurre es que al fumar aumentan los niveles de nicotina y se reduce el síndrome de abstinencia.
- d) No lo tengo claro, estoy dudos@

5. ¿El cigarrillo es una puerta de entrada a otras drogas?

- a) No, son cosas independientes.
- b) Sí, algunos estudios han demostrado que las personas que fuman tabaco tienen más probabilidad de tomar otras drogas como alcohol.
- c) Sí, pero es al revés. Son las otras drogas las que hacen que fumemos.
- d) No, el tabaco no es una droga y por lo tanto, no predispone a consumirlas.

6. ¿Son menos peligrosos para la salud los cigarrillos “light”?

- a) Sí, porque son más suaves al tener menos contenido de nicotina.
- b) No, eso son leyendas. Es una estrategia de marketing para consumir más tabaco.
- c) No, lo que determina que un cigarrillo sea “light” es el porcentaje de poros de ventilación que posee. Para compensar la reducción de los poros en los cigarrillos “light”, los fumadores tienden a fumar más y a inhalar más profundamente para lograr la misma cantidad de nicotina.
- d) Si, si son “light” quiere decir que son más flojos y por lo tanto, menos dañinos.

7. ¿Qué es un fumador pasivo?

- a) Es aquella persona que no fuma y está respirando aire cargado de humo de tabaco de forma obligada.
- b) Es aquella persona que no fuma y respira el aire del tabaco porque le gusta.
- c) Es aquella persona que fuma con cigarrillo electrónico.
- d) Es aquella persona que antes fumaba y ahora es exfumador.

8. ¿El tabaco rubio es menos malo que el tabaco negro?

- a) Sí, siempre se ha sabido que el tabaco negro es mucho peor que el rubio.
- b) No, los dos son igual de dañinos.
- c) Sí, el tabaco negro tiene un sabor más fuerte por lo que es más tóxico.
- d) El tabaco rubio presenta mayor concentración de alquitranes cancerígenos. La diferencia básica es que el tabaco rubio se procesa, pero no se cura (el curado es el secado al aire y la posterior fermentación).

9. ¿Cuáles son los beneficios al dejar de fumar?

- a) Disminuye el riesgo de enfermedad coronaria un 50% al año de haber dejado de fumar.
- b) Los bronquios y los pulmones se van limpiando y mejora la respiración, la capacidad pulmonar, disminuye la tos y las expectoraciones de las mañanas.
- c) Se elimina el mal aliento. Mejoran los sentidos del gusto y olfato.
- d) Todo lo anterior es verdadero.

10. ¿Alguna vez ha recibido información acerca del consumo de tabaco?

- a) Sí, he visto algunas películas y documentales.
- b) Si, he recibido información por radio, televisión, prensa, revistas entre otros.
- c) Si, he recibido vía correo electrónico, facebook, twitter u otras redes sociales.
- d) No he recibido.
- e) Ninguna de las anteriores.

Anexo 15

AUTOREGISTRO. CONSUMO DE CIGARRILLOS

Nº Registro: _____

Fecha: _____

Cig.	Lugar	Hora	Estado emocional: contento, triste, relajado, aburrido, ansioso, enfadado, cansado...	Deseo de fumar: de 0 (nada) a 10 (máximo)	¿Qué estaba haciendo justo antes de fumar?	¿Estaba acompañado o solo? ¿De quién?	Grado de satisfacción: de 0 (nada) a 10 (máximo)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

Anexo 16
CALENDARIO

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO

Anotaciones:

Anexo 17

EJERCICIOS DE MEJORA DE LA FUNCIÓN PULMONAR

La disminución de la función pulmonar es común en mayor o menor medida entre los fumadores. Esta progresiva alteración está condicionada entre otras, por la edad de inicio, número de cigarrillos fumados y concentración de nicotina del tabaco que consume, características intrínsecas y hábitos del sujeto, etc.

Optimizar la función pulmonar es posible, pautando ejercicios específicos que mejoren y reparen en la medida de lo posible, los distintos elementos implicados en esta función (CVF, flujo espiratorio, etc.). La práctica diaria y continuada de estos, favorecerá que la persona se sienta mejor físicamente, sin olvidar el elemento motivacional que esta mejoría lleva implícito.

A modo de ejemplo se sugieren los siguientes ejercicios específicos:

Ejercicio nº1:

Hinchar y deshinchar al menos dos globos (los de las fiestas de los niños) no más de cinco veces cada uno. Utilizar cada globo un mayor número de veces carece de sentido, ya que estos pierden resistencia y no se conseguiría el efecto deseado.

Ejercicio nº2:

En medio vaso de agua y a través de una pajita de refrescos, se expulsará el aire que previamente se ha inspirado profundamente. Se procurará que la salida del aire se realice muy lentamente y de manera continua, con el objetivo de realizar burbujas lo más pequeñas posibles. Se puede utilizar como referencia del tamaño a conseguir las que se desprenden al destapar las botellas de gaseosa. Repetir el ejercicio al menos diez veces.

Ejercicio nº3:

Desde la posición de decúbito supino (tumbado boca arriba) se coloca un libro sobre el abdomen; con una lenta inspiración profunda y diafragmática, se elevará lo más posible. Tras una breve pausa, se expulsará el aire muy lentamente hasta conseguir el reposo de los músculos abdominales. Posteriormente, se procederá a contraer lentamente los músculos abdominales, con el propósito que el libro descienda lo más posible. Cuando se consiga, se

realiza una pequeña pausa para después relajar los abdominales hasta conseguir nuevamente el reposo de éstos. Repetir el ejercicio al menos diez veces.

Anexo 18

RAZONES POR LAS QUE FUMO...

	SIEMPRE	CON FRECUENCIA	OCASIONALMENTE	RARAMENTE	NUNCA
A. Fumo para mantenerme alerta	5	4	3	2	1
B. Tener un cigarrillo entre los dedos forma parte del placer de fumarlo	5	4	3	2	1
C. Fumar me resulta placentero y me relaja	5	4	3	2	1
D. Enciendo un cigarrillo cuando me enfado por algo	5	4	3	2	1
E. Cuando me quedo sin cigarrillos se me hace insoportable	5	4	3	2	1
F. Enciendo y fumo los cigarrillos de forma automática, sin darme cuenta	5	4	3	2	1
G. Fumo para estimularme, para mantener un alto nivel de actividad	5	4	3	2	1
H. Parte del placer de fumar está en los pasos que requiere encender un cigarrillo	5	4	3	2	1
I. Fumar cigarrillos me produce placer	5	4	3	2	1
J. Cuando percibo incomodidad o tristeza por alguna razón, enciendo un cigarrillo	5	4	3	2	1
K. Me doy perfecta cuenta de cuando no estoy fumando	5	4	3	2	1
L. Enciendo un cigarrillo sin darme cuenta que todavía tengo otro sin terminar	5	4	3	2	1
M. Fumo para darme un respiro	5	4	3	2	1

N. Parte del placer de fumar me lo ocasiona ver el humo que provoco	5	4	3	2	1
O. Me apetece un cigarrillo en situaciones de relajación o confort emocional	5	4	3	2	1
P. Un bajo estado de ánimo, los problemas y las preocupaciones me motivan a fumar	5	4	3	2	1
Q. Siento un deseo imperioso de fumar cuando no he podido hacerlo durante un tiempo	5	4	3	2	1
R. Me doy cuenta que tengo un cigarrillo en la boca y no recuerdo como lo encendí	5	4	3	2	1

Anexo 19

CONSEJOS PARA CONTROLAR EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

SINTOMA	CONSEJOS PARA CONTROLARLO
DESEO INTENSO DE FUMAR	Espere. Las ganas de fumar duran un par de minutos y cada vez serán menos frecuentes e intensas. Cambie de lugar o situación. Beba agua o zumo. Mastique chicle sin azúcar. Permanezca ocupado: aficiones, deportes...
IRRITABILIDAD	Pasee. Dúchese o tome un baño. Beba infusiones relajantes. Haga técnicas de relajación y respiración. No consuma café o bebidas excitantes.
DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN	No se exija un alto rendimiento durante un par de semanas. Duerme más. Evite bebidas alcohólicas. Haga deporte.
AUMENTO DE APETITO	Beba mucha agua y líquido. Evite grasas y dulces. Aumente las verduras y las frutas en la dieta. Coma con más frecuencia y menor cantidad.
INSOMNIO	Evite café, té y colas durante la tarde. Aumente el ejercicio físico por la tarde. Al acostarse tómese un vaso de leche caliente o tila. Evite las siestas. Sea muy regular con los horarios de sueño. Cene ligero y dos horas antes de acostarse.
CANSANCIO, DESÁNIMO	Mantenga su actividad. Haga lo que más le guste. Prémiese. Evite la soledad. Busque compañía agradable. Aumente las horas de sueño.
ESTREÑIMIENTO	Camine. Haga ejercicio. Dieta rica en fibra. Beba muchos líquidos, sobre todo agua. Sea regular en sus hábitos.

Anexo 20

PASAPALABRA. Conceptos Tabaquismo.

DEFINICIÓN	CONCEPTO
A. Hábito de consumo de tabaco del que no se puede prescindir o resulta muy difícil hacerlo por razones de dependencia física y/o psicológica.	ADICCIÓN
B. Término que se utiliza para denominar a los síntomas que aparecen la primera vez que se fuma.	“BORRACHERA DEL FUMADOR DEL 1º CIGARRO”
C. Uno de las enfermedades más frecuentes que aparecen como consecuencias del tabaco.	CÁNCER
D. Estado mental y físico patológico en el que una persona necesita un determinado estímulo para lograr una sensación de bienestar. Puede ser física, psicológica, gestual y/ social.	DEPENDENCIA
E. Uno de los factores más importantes sobre el que afecta el consumo de tabaco.	ECONOMÍA
F. Término que se utiliza para designar a la persona que sin fumar también inhala el humo del tabaco.	FUMADOR PASIVO
G. Nombre que le damos al cigarrillo que produce placer tras las comidas.	“GUSTATIVO”
H. Consecuencia que tiene el tabaco a nivel cardiovascular.	HIPERTENSIÓN
I. Síntoma que puede aparecer durante el síndrome de abstinencia.	IRRITABILIDAD/ INQUIETUD/ INSOMNIO
J. Exponer razones para convencernos de que el tabaco no es nocivo para la salud.	JUSTIFICAR
K. Unidad de masa que más preocupa a las personas cuando se deciden a dejar de fumar porque aumenta.	KILOGRAMO
L. Una de las formas en las que se consume el tabaco.	LIAR
M. Gas presente en el humo del cigarrillo que se mide con la prueba de cooximetría.	MONÓXIDO DE CARBONO
N. Componente del cigarrillo que causa la adicción al tabaco.	NICOTINA
O. Una de las enfermedades que es agravada por el consumo de tabaco.	OSTEOPOROSIS
P. Nombre que le damos al cigarrillo que se utiliza cuando hacemos algo bien o cuando algo sale mal.	“PREMIO/CASTIGO”
Q. Componente del cigarrillo pegajoso y de color oscuro, que también se utiliza en el pavimento de caminos.	ALQUITRÁN
R. Nombre del autor de la Escala que mide la motivación para dejar de fumar.	RICHMOND
S. Término que se asigna a los síntomas que aparecen los primeros días que no se fuma.	SÍNDROME DE ABSTINENCIA

T. Término que se utiliza para describir la necesidad que tiene una persona de incrementar la cantidad de tabaco consumida con el objetivo de tener el efecto deseado.	TOLERANCIA
U. Una de las consecuencias que tiene el tabaco a nivel digestivo.	ÚLCERA GÁSTRICA
V. Alternativa de tratamiento para el abandono del tabaco, que todavía está en estudio, y que consiste en administrar anticuerpos contra la nicotina.	VACUNA
W. Ejemplos de deporte que se pueden practicar para disminuir el craving.	WATERPOLO/ WINDSURF
X. Resultado feliz de la acción emprendida de dejar de fumar.	ÉXITO
Y. Término que se refiere al auxilio, protección o favor que una persona nos brinda cuando lo necesitamos.	AYUDA/ APOYO
Z. Componente químico presente en el humo del tabaco, y que tiene un factor cancerígeno.	BENZOPIRENO

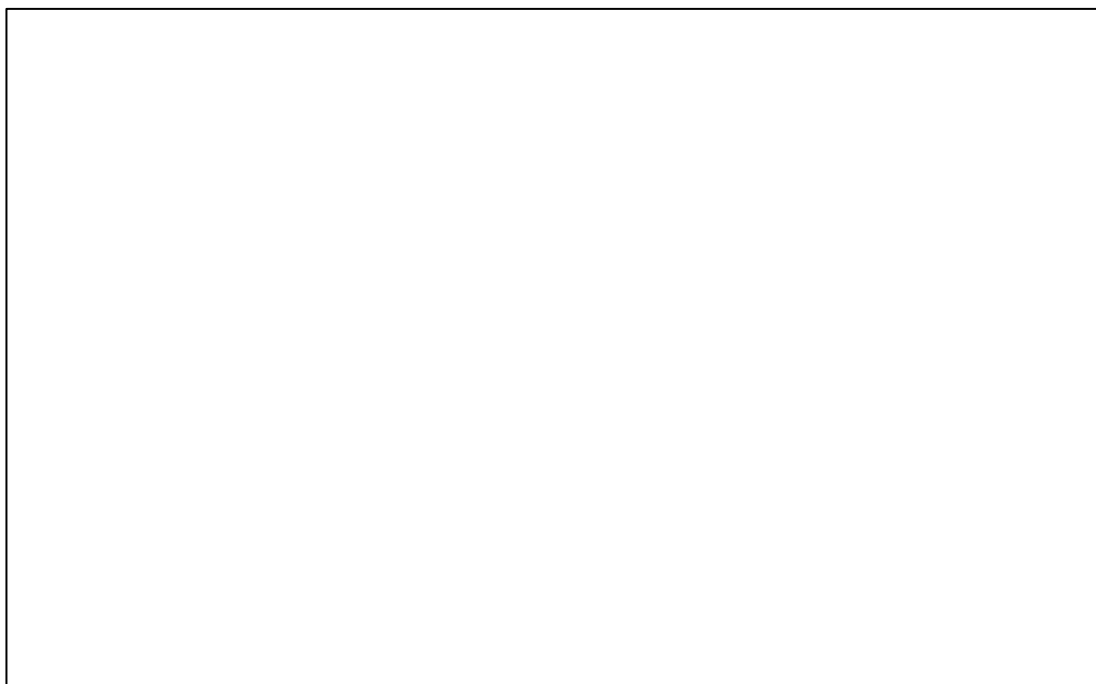
Anexo 21

CUESTIONARIO DE LAS PERCEPCIONES DEL TRATAMIENTO (CPT)

Por favor, tras cada una de las afirmaciones que sigue marque con una señal (X) en el recuadro correspondiente; para mostrar si Usted está “muy de acuerdo”, “de acuerdo”, “en desacuerdo”, “muy en desacuerdo” con la frase o está “inseguro” de su opinión.

Durante mi contacto con este tratamiento:	Muy de acuerdo	Acuerdo	Inseguro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. El equipo no siempre ha comprendido la clase de ayuda que yo quiero.	0	1	2	3	4
2. He sido bien informado acerca de las decisiones tomadas sobre mi tratamiento.	4	3	2	1	0
3. El equipo y yo hemos tenido ideas diferentes acerca de cuáles deberían ser los objetivos de mi tratamiento.	0	1	2	3	4
4. Siempre ha habido un miembro del equipo disponible cuando yo he querido hablar.	4	3	2	1	0
5. El equipo me ha ayudado a motivarme para solucionar mis problemas.	4	3	2	1	0
6. No me han gustado todas las sesiones de tratamiento a las que he asistido.	0	1	2	3	4
7. No he tenido tiempo suficiente para solucionar mis problemas.	0	1	2	3	4
8. Yo pienso que los miembros del equipo han sido buenos en sus tareas.	4	3	2	1	0
9. He recibido la ayuda que buscaba.	4	3	2	1	0
10. No me han gustado algunas de las reglas y normas del tratamiento.	0	1	2	3	4

Por favor, escriba en el recuadro que sigue cualquier comentario que quiera hacer llegar a nuestro personal de investigación. Estaríamos muy interesados si pudiera decirnos algo acerca de cómo piensa Ud. que podríamos nosotros mejorar el servicio.



¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 22



CERTIFICADO DE ASISTENCIA

a

Por su participación en el Estudio de Tesis Doctoral: **“Intervención enfermera sobre abordaje al tabaquismo en distintos servicios de la Red de Salud Mental”**, celebrado en el Centro Forum, con una duración total de 20 horas.

En Barcelona, a _____ de _____ del 201____

Fdo. Interesado

Fdo. Investigador Principal

M. Rosario Valera (Col. 56525)

Anexo 23

PROGRAMA GRUPO DE ABORDAJE AL TABAQUISMO EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Hoja de Recogida de Datos de Seguimiento

Nº Registro: _____

Iniciales:

DATOS FINALIZACIÓN PROGRAMA INTERVENCIÓN GRUPAL

Fecha:

Tipo de Entrevista

1. Personal 2. Telefónica

Datos consumo tabáquico

Número de cigarrillos/día la semana previa a la entrevista:

Fagerström:

Recaída (Si/No)

Días de abstinencia

Test de Richmond:

Estadio de cambio (Escala URICA):

Autoeficacia:

Intervención sobre la Dependencia

Vinculación a las Intervenciones (Si/No)

Vinculación al tratamiento (Si/No)

Utilización TSN (Si/No)

Destino:

DATOS MES 3**Fecha:**

Tipo de Entrevista:

1. Personal 2. Telefónica

Datos consumo tabáquico

Número de cigarrillos/día la semana previa a la entrevista:

Fagerström:

Recaída (Si/No)

Días de abstinencia

Test de Richmond:

Estadio de cambio (Escala URICA):

Autoeficacia:

Intervención sobre la Dependencia

Vinculación a las Intervenciones (Si/No)

Vinculación al tratamiento (Si/No)

Utilización TSN (Si/No)

Destino:

DATOS MES 6

Fecha:

Tipo de Entrevista

1. Personal 2. Telefónica

Datos consumo tabáquico

Número de cigarrillos/día la semana previa a la entrevista:

Fagerström:

Recaída (Si/No)

Días de abstinencia

Test de Richmond:

Estadio de cambio (Escala URICA):

Autoeficacia:

Intervención sobre la Dependencia

Vinculación a las Intervenciones (Si/No)

Vinculación al tratamiento (Si/No)

Utilización TSN (Si/No)

Destino:

DATOS MES 12**Fecha:**

Tipo de Entrevista

1. Personal 2. Telefónica

Datos consumo tabáquico

Número de cigarrillos/día la semana previa a la entrevista:

Fagerström:

Recaída (Si/No)

Días de abstinencia

Test de Richmond:

Estadio de cambio (Escala URICA):

Autoeficacia:

Intervención sobre la Dependencia

Vinculación a las Intervenciones (Si/No)

Vinculación al tratamiento (Si/No)

Utilización TSN (Si/No)

Destino:

