

Artículo de revisión

Trastornos mentales severos y tabaquismo

Dr. Patricio Cristóbal Rey

Medico Psiquiatra - Especialista Universitario en Psiquiatría y Psicología Médica – Jefe de Secciones Derivación y Orientación Terapéutica y Salud Mental en Adolescencia – Departamento de Salud Mental – Hospital de Clínicas “José de San Martín” – Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires.

Resumen

Los pacientes con trastornos mentales severos (TMS) e internados en instituciones de salud mental vivencian muchas más situaciones, consideradas como facilitadoras, que incrementan el consumo de tabaco¹. En este estudio analizaremos la relación entre los trastornos mentales severos y el tabaquismo, explorando los factores facilitadores propios de los tratamientos en salud mental y la internación psiquiátrica. Asimismo plantearemos estrategias generales para minimizar el riesgo de consumo en personas internadas, la necesidad de prohibición en la internación creando instituciones libres de humo y estimular el uso de dosis mínimas efectivas de psicofármacos prefiriendo aquellos con menos efectos secundarios

2. Sabemos que el consumo de tabaco es más prevalente en casi todo tipo de patología psiquiátrica³ y, la probabilidad de que una persona que padece un trastorno mental fume, es aproximadamente el doble de aquellas que no lo padecen

4. Los pacientes psiquiátricos reúnen más frecuentemente los criterios de dependencia nicotínica, siendo además ésta más intensa, si se mide por los criterios habitualmente establecidos, por lo que además existe una relación directamente proporcional entre la severidad del trastorno y la gravedad de la dependencia tabáquica

5. Tanto factores neurobiológicos como psicosociales son determinantes implicados en esta asociación

6. La mayor presencia de estados de ánimo negativos y la propia anhedonia de los pacientes, dotan al tabaco y la nicotina de un mayor poder reforzador y, a la par, las mayores limitaciones cognitivas, afectivas o de relación que estos pacientes padecen, dificultan el desarrollo de mecanismos de afrontamiento alternativos frente al consumo

7. Siendo menor la presión legal y social sobre el consumo en las instituciones psiquiátricas, también se pospone el ejercicio de actitudes de control sobre el consumo de los pacientes psiquiátricos graves en quienes la probabilidad de presencia de dependencia tabáquica es mayor

8.

Las altas tasas de consumo de tabaco en pacientes psiquiátricos graves y/o con otras adicciones es uno de los factores más fuertemente asociados con la morbilidad y mortalidad en los mismos. No obstante, también existen otros factores, como las altas tasas de consumo de alcohol y otras drogas, pautas dietéticas poco equilibradas, altos niveles de consumo de sal, sedentarismo, obesidad, escasos chequeos, etc. Debido a su gran consumo de tabaco, las tasas de cáncer, problemas cardiovasculares y respiratorios de los pacientes con trastornos mentales severos son el doble que en la población general.

Palabras clave: Trastornos mentales ,tabaquismo

Abstract

Patients with severe mental disorders (MSD) and interned in mental health institutions experience many more situations, considered as facilitators, that increase tobacco consumption¹. In this study we will analyze the relationship between severe mental disorders and smoking, exploring the facilitating factors of mental health treatments and psychiatric hospitalization. We will also propose general strategies for minimize the risk of consumption in hospitalized persons, the need to prohibit hospitalization by creating smoke-free institutions and encourage the use of effective minimum doses of psychotropic drugs, preferring those with fewer side effects ². We know that tobacco consumption is more prevalent in almost all types of pathology psychiatric ³ and, the probability that a person suffering from a mental disorder smoking, is approximately double that of those who do not suffer it ⁴. Psychiatric patients meet more frequently the criteria of nicotinic dependence, being this more intense, if measured by the usually established criteria, so there is also a directly proportional relationship between the severity of the disorder and the severity of the smoking dependency ⁵.

Both neurobiological and psychosocial factors are determinants involved in this association 6.

The greater presence of negative moods and the own anhedonia of the patients, endow to the tobacco and the nicotine of a greater reinforcing power and, at the same time, the greater cognitive, affective or relationship limitations that these patients suffer, hinder the development of alternative coping mechanisms against consumption 7. With less legal and social pressure on consumption in psychiatric institutions, the exercise of control attitudes over the consumption of serious psychiatric patients in whom the probability of the presence of tobacco dependence is greater is also postponed 8. The high rates of tobacco use in severe psychiatric patients and / or with other addictions is one of the factors most strongly associated with morbidity and mortality in them. However, there are other factors, such as high rates of alcohol and other drug use, unbalanced dietary patterns, high levels of salt intake, sedentary lifestyle, obesity, poor check-ups, etc. Due to its high tobacco consumption, the rates of cancer, cardiovascular and respiratory problems of patients with severe mental disorders are double that in the general population

Key Words: Severe mental disorders and smoking

Introducción

Los pacientes con trastornos mentales severos (TMS) e internados en instituciones de salud mental vivencian muchas más situaciones, consideradas como facilitadoras, que incrementan el consumo de tabaco¹.

En este estudio analizaremos la relación entre los trastornos mentales severos y el tabaquismo, explorando los factores facilitadores propios de los tratamientos en salud mental y la internación psiquiátrica. Asimismo plantearemos estrategias generales para minimizar el riesgo de consumo en personas internadas, la necesidad de prohibición en la internación creando instituciones libres de humo y estimular el uso de dosis mínimas efectivas de psicofármacos prefiriendo aquellos con menos efectos secundarios².

Sabemos que el consumo de tabaco es más prevalente en casi todo tipo de patología psiquiátrica³ y, la probabilidad de que una persona que padece un trastorno mental fume, es aproximadamente el doble de aquellas que no lo padecen⁴.

Los pacientes psiquiátricos reúnen más frecuentemente los criterios de dependencia nicotínica, siendo además ésta más intensa, si se mide por los criterios habitualmente establecidos, por lo que además existe una relación directamente proporcional entre la severidad del trastorno y la gravedad de la dependencia tabáquica⁵.

Tanto factores neurobiológicos como psicosociales son determinantes implicados en esta asociación⁶. La mayor presencia de estados de ánimo negativos y la propia anhedonia de los pacientes, dotan al tabaco y la nicotina de un mayor poder reforzador

¹ Llerena A, De la Rubia A, Peñas-Lledó EM, Díaz FJ, De León J. Schizophrenia and tobacco smoking in a spanish psychiatric hospital. Schizophr Res. 2003;60:313-7.

² Leonard S, Adler LE, Benhammou K, Berger R, Breese CR, Drebing C, et al. Smoking and mental illness. Pharmacol Biochem Behav. 2001;40:561-70.

³ Lasser K, Boyd W, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population based prevalence study. JAMA. 2000;284:2606-10.

⁴ McNeill A. Smoking and mental health: a review of the literature. Londres: Action on Smoking and Health; 2001.

⁵ Brown C. Tobacco and mental health: a review of the literature. Edimburgo: ASH Scotland; 2004.

⁶ Lasser K, Boyd W, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population based prevalence study. JAMA. 2000;284:2606-10.

y, a la par, las mayores limitaciones cognitivas, afectivas o de relación que estos pacientes padecen, dificultan el desarrollo de mecanismos de afrontamiento alternativos frente al consumo⁷.

Siendo menor la presión legal y social sobre el consumo en las instituciones psiquiátricas, también se pospone el ejercicio de actitudes de control sobre el consumo de los pacientes psiquiátricos graves en quienes la probabilidad de presencia de dependencia tabáquica es mayor⁸.

Las altas tasas de consumo de tabaco en pacientes psiquiátricos graves y/o con otras adicciones es uno de los factores más fuertemente asociados con la morbilidad y mortalidad en los mismos. No obstante, también existen otros factores, como las altas tasas de consumo de alcohol y otras drogas, pautas dietéticas poco equilibradas, altos niveles de consumo de sal, sedentarismo, obesidad, escasos chequeos, etc. Debido a su gran consumo de tabaco, las tasas de cáncer, problemas cardiovasculares y respiratorios de los pacientes con trastornos mentales severos son el doble que en la población general⁹.

El tabaco en la internación psiquiátrica

Varias hipótesis se plantean para explicar el mayor consumo de tabaco en pacientes con trastornos mentales severos (TMS) institucionalizados ¹⁰.

1) Institucionalización como factor facilitador, ya que el fumar suele ser la forma más sencilla para el paciente de afrontar la monotonía y la rutina de la hospitalización o institucionalización¹¹.

Los pacientes internados reciben dosis mayores y mayor número de fármacos¹², lo que aumenta la posibilidad de presentación de síntomas secundarios indeseados que suelen ser automedicados (disminuyen o desaparecen) con el consumo de tabaco cuando existe una libre disponibilidad¹³.

2) ~~Los pacientes internados~~ presentan entidades comórbidas, como retraso mental o epilepsia, que menoscaban aún más funciones mentales superiores, deteriorando el juicio y el autocuidado personal¹⁴.

3) Los pacientes internados están más sintomáticos, presentan generalmente trastornos mentales más graves y mayor deterioro, lo que genera cierta resistencia para instaurar algún tipo de acción por su supuesta dificultad en el manejo¹⁵.

⁷ West R. Theory of addiction. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.

⁸ Coney JL, Stevens TA, Conney NL. Comorbidity of nicotine dependence with psychiatric and substance-use disorders. En: Kranzler HR, Rousanville BJ, editors. Dual diagnosis and treatment. New York: Marcel Dekker; 1998. p. 223-61.

⁹ Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. Br J Psychiatry. 2000;177:212-7.

¹⁰ Leonard S, Adler LE, Benhammou K, Berger R, Breese CR, Drebing C, et al. Smoking and mental illness. Pharmacol Biochem Behav. 2001;40:561-70.

¹¹ Smith GL. Schizophrenia, smoking, and boredom (letter). Am J Psychiatry. 1996;153:583.

¹² De León J, Dadvand M, Canuso C, White AO, Stanilla JK, Simpson GM. Schizophrenia and smoking: an epidemiological survey in a state hospital. Am J Psychiatry. 1995;152: 453-5.

Consumo de tabaco en pacientes con Trastornos Mentales Severos (TMS)

El consumo de tabaco en pacientes psicóticos oscila entre el 74% en pacientes ambulatorios y el 88% en pacientes hospitalizados, superando el 90% en los crónicos institucionalizados. Además en estos pacientes son mayores las tasas de dependencia nicotínica moderada-severa. Está descrito que los esquizofrénicos que fuman presentan más síntomas positivos (delirios y alucinaciones), pero menos síntomas negativos (anhedonia, alogia, amotivación, déficit en habilidades sociales) que aquellos otros pacientes que no fuman o fuman poco¹⁶.

El consumo de tabaco afecta a la farmacocinética de varios antipsicóticos, tanto típicos (haloperidol, flufenacina, etc.) como atípicos (clozapina, olanzapina, etc.). De hecho, una de las razones por las que fuman los esquizofrénicos es para mitigar sus efectos secundarios, especialmente de los antipsicóticos más antiguos. Por ello, tras la cesación tabáquica, en ocasiones conviene ajustar la dosis de algún fármaco para evitar la aparición de efectos adversos derivados de la presencia de mayores niveles plasmáticos¹⁷.

Al igual que en los pacientes sin patología psiquiátrica, los intentos de abandono del consumo deben estar bien planeados y ser intentos serios. En concreto en estos pacientes deben realizarse cuando exista una estabilidad sintomática del trastorno psicótico. Cuando se decida realizar un intento de abandono el tratamiento farmacológico debe asociarse a una combinación de intervenciones psicoeducativas y cognitivo-conductuales. Conviene motivar a los pacientes, inclinar el balance costo- beneficio de la cesación y es imprescindible analizar las posibles funcionalidades de su consumo facilitando el desarrollo de mecanismos alternativos que suplan estas funciones¹⁸.

¹³ Goff DC, Henderson DC, Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effect. *Am J Psychiatry*. 1992;149:1189-94.

¹⁴ Ayesta FJ, Rodríguez M. Bases biológicas, conductuales y sociales de las dependencias: tabaco y nicotina.

Santander: Manual Piufet 1;2007.

- ¹⁵ Liao DL, Yang JY, Chen H, Tsai SJ. Smoking in chronic schizophrenic inpatients in Taiwan. *Neuropsychobiology*. 2002; 45:172-5.
- ¹⁶ Ziedonis D, Kosten T, Glazer W, Frances RJ. Nicotine dependence and schizophrenia. *Hosp Commun Psychiat*. 1994;45:204-6.
- ¹⁷ Lyon E. A review of the effects of nicotine on schizophrenia and antipsychotic ecations. *Psychiat Serv*. 999;50:1346-50.

En la cesación tabáquica la eficacia es tiempo-dependiente: hasta un límite de unas tres horas, las tasas de eficacia son proporcionales al tiempo dedicado a los pacientes; esto es especialmente importante en aquellos con mayores problemas conductuales ¹⁹. El uso de terapia sustitutiva con nicotina (TSN) en pacientes psicóticos incrementa las tasas de cesación a medio y largo plazo y presenta pocas contraindicaciones; adicionalmente, puede ser útil para reducir la sintomatología de abstinencia que muchas veces se confunde con una recaída del cuadro psiquiátrico de base. Se recomienda usar combinaciones de TSN de liberación rápida (chicles o comprimidos) y retardada (parches). El bupropión también es útil y presenta la ventaja de que mejora alguna sintomatología negativa, aunque puede interaccionar con otros psicofármacos²⁰. Aunque no hay estudios, probablemente todo lo aplicable a los parches de nicotina es extrapolable a la vareniclina El uso de algunos antipsicóticos atípicos disminuye el consumo de tabaco, consiguiéndose en ocasiones remisiones espontáneas²¹. Aunque no es frecuente, tampoco es descartable que la cesación del consumo de tabaco pueda asociarse a una recaída psicótica (sospechada cuando aparece conducta inapropiada o ideación autorreferencial paranoide) o a la aparición de un episodio depresivo, también frecuente en pacientes esquizofrénicos. Por ello, durante los intentos de cesación de estos pacientes conviene realizar un seguimiento de su trastorno basal²².

Aproximadamente la mitad de los enfermos **depresivos** fuman diariamente; además, suelen padecer una dependencia más severa. El consumo de tabaco aumenta

- ¹⁸ Ayesta FJ, Rodríguez M. Bases biológicas, conductuales y sociales de las dependencias: tabaco y nicotina. Santander: Manual Piufet 1;2007.
- ¹⁹ Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorjman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. Rockville, MD: US Dept. Health & Human Services; 2000.
- ²⁰ Evins AE, Cather C, Rigotti NA, Freudenreich O, Henderson DC, Olm - Shipman CM, et al. Two-year follow-up of a smoking cessation trial in patients with schizophrenia: increased rates of smoking cessation and reduction. J Clin Psychiatry. 2004;307:452-3.
- ²¹ George TP, Sernyak MJ, Ziedonis DM, Woods SW. Effects of clozapine on smoking in chronic schizophrenic outpatients. J Clin Psychiatry. 1995;56:344-6.
- ²² Evins AE, Cather C, Rigotti NA, Freudenreich O, Henderson DC, Olm - Shipman CM, et al. Two-year follow-up of a smoking cessation trial in patients with schizophrenia: increased rates of smoking cessation and reduction. J Clin Psychiatry. 2004;307:452-3.
-

generalmente durante la fase sintomática del trastorno depresivo. La relación del consumo de tabaco con la presencia de sintomatología depresiva es más estrecha en el caso de las mujeres, en quienes padecen depresión mayor recurrente y, a cualquier edad, en aquellas personas con alta dependencia nicotínica; es independiente de la presencia de trastornos de ansiedad o de trastornos por consumo de alcohol²³.

Por las características del propio trastorno depresivo, durante la fase activa de la enfermedad estos pacientes realizan menos intentos de cesación y éstos dan lugar a menores tasas de cesación. Consecuentemente, la depresión activa no es un buen momento para abordar la cesación del consumo de tabaco: si es posible y no existe riesgo vital para el paciente por el hecho de seguir fumando, lo más adecuado es posponer el intento de cesación a cuando esté estabilizado el trastorno depresivo²⁴.

Toda persona fumadora que abandone el consumo de tabaco está en un riesgo mayor de padecer un episodio depresivo a lo largo de los siguientes 9 meses: este riesgo es del 2% si la persona no tiene antecedentes depresivos; del 17% si existe antecedente de un único episodio depresivo y del 30% en depresión recurrente²⁵. Esto implica que se ha de monitorizar a toda persona fumadora con algún antecedente depresivo y hace sospechar que un porcentaje no desdeñable de pacientes puede utilizar el consumo de tabaco como terapia antidepresiva (al menos, paliativamente). Aparte de ciertas acciones de la nicotina sobre las aminas cerebrales, que podría ejercer una acción similar a la antidepresiva (o al menos psicoestimulante), se ha descrito que el consumo de tabaco posee acción de inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO-B)²⁶.

Los estudios indican que los pacientes depresivos responden a los tratamientos convencionales de cesación tabáquica²⁷. De manera similar a lo que ocurre con quienes presentan mayor dependencia nicotínica y con quienes padecen otros trastornos psiquiátricos, en estos pacientes deben intensificarse las intervenciones basales: tiempo dedicado, aumentar la motivación, analizar la funcionalidad de los consumos, desarrollar mecanismos alternativos de afrontamiento y fomentar el apoyo intra y extratratamiento²⁸. Por cuestiones de eficacia no es prudente renunciar al empleo de tratamientos farmacológicos útiles para la cesación. En estos pacientes la TSN es útil en todas sus presentaciones. Quizás, de cara a evitar recidivas depresivas, convenga plantear en estos pacientes un empleo algo más prolongado del tratamiento

farmacológico: habitualmente se utiliza durante 8-12 semanas, que es lo que ha mostrado eficacia en la cesación a largo plazo. Lo mismo sería aplicable a la vareniclina²⁹.

-
- ²³ Kendler KS, Neale MC, McLean CJ, Heath AC, Eaves LJ, Kessler RC, et al. Smoking and major depression. A casual analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:36-43.
- ²⁴ Gurrea A, Pinet MC. Tabaco y patología afectiva. *Adicciones*. 2004;16 (S2):155-76.
- ²⁵ Borrelli B, Niaura R, Keuthen NJ, Goldstein MG, DePue JD, Murphy C, et al. Development of major depressive disorder during smoking-cessation treatment. *J Clin Psychiatry*. 1996;57:534-8.
- ²⁶ Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Major depression following smoking cessation. *Am J Psychiatry*. 1997; 154:263 - 5.
- ²⁷ Kinnunen T, Henning L, Nordstrom BL. Smoking cessation in individuals with depression. *CNS Drugs*. 1999;11:93 - 103.

Tanto el bupropión como la nortriptilina podrían ser útiles en los procesos de dejar de fumar y tratamiento de la sintomatología depresiva. La Guía Americana ³⁰ sugiere que quizás bupropión podría ser de elección en esta situación, aunque su uso está contraindicado en pacientes con depresión bipolar, depresión psicótica o que estén usando IMAO, debiendo vigilarse si a la par se asocia algún antidepresivo que descienda el umbral convulsivo³¹.

La prevalencia de consumo de tabaco en quienes padecen trastorno bipolar es del 70%. Aunque no existen muchos estudios en estos pacientes, parecen presentar una especial dificultad para la cesación tabáquica ³². Además de intervenciones psicoeducativas y cognitivo-conductuales (imprescindibles), debe utilizarse TSN o vareniclina; el bupropión está contraindicado porque puede inducir o exacerbar una fase maníaca³³.

Los fumadores refieren que el fumar les alivia el estrés y la ansiedad; sin embargo, los fumadores tienen mayores niveles de estrés y ansiedad que los no fumadores y, al dejar de fumar, dichos niveles bajan al nivel de los no fumadores. Por tanto, en la actualidad se considera que el uso crónico de nicotina es ansiogénico, aunque pueda percibirse subjetivamente como ansiolítico probablemente por ser utilizada como una estrategia de afrontamiento y de distracción y quizá porque revierta alguna sintomatología de abstinencia incipiente³⁴.

²⁸ Ayesta FJ, Rodríguez M. Bases biológicas, conductuales y sociales de las dependencias: tabaco y nicotina. Santander: Manual Piufet 1;2007.

²⁹ Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Major depression following smoking cessation. *Am J Psychiatry*. 1997; 154:263 -

5.

³⁰ Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorjman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. Rockville, MD: US Dept. Health & Human Services; 2000.

³¹ Ayesta FJ, Álvarez S, Benito BM, editors. Manual de tabaquismo para profesionales sanitarios. Ceuta: INGESA -

CSBS; 2006.

³² Brown C. Tobacco and mental health: a review of the literature. Edimburgo: ASH Scotland; 2004.

³³ Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorjman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. Rockville, MD: US Dept. Health & Human Services; 2000.

³⁴ Ayesta FJ, Álvarez S, Benito BM, editors. Manual de tabaquismo para profesionales sanitarios. Ceuta: INGESA - CSBS; 2006.

El consumo severo de tabaco en adolescentes se asocia a un riesgo elevado de trastornos por ansiedad (x8), sobre todo de trastorno de ansiedad generalizada (x5), agorafobia (x7) y trastorno de pánico (x15); en los adolescentes con fobia social las posibilidades de pasar a ser dependientes de nicotina son 4 veces mayores³⁵. Aunque hay pocos estudios con estos pacientes parece que el control de la sintomatología ansiosa puede ser útil para conseguir la cesación tabáquica a mediano y largo plazo³⁶.

Quienes han padecido trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en la infancia, presentan el doble de prevalencia de consumo de tabaco que la población general, presentando además menores tasas de cesación³⁷. Se piensa que estos consumos ejercen una función de automedicación, ya que todos los psicoestimulantes ejercen una acción terapéutica sintomatológica sobre quienes padecen estos trastornos; por este motivo, al igual que ocurre con el resto de trastornos psiquiátricos, se considera que la estabilización del trastorno basal es condición de eficacia para la obtención de la abstinencia nicotínica³⁸.

Las personas con bulimia nerviosa presentan una mayor prevalencia de consumo de tabaco; esto no está descrito para quienes padecen anorexia nerviosa. El tabaco no es en sí mismo un agente anorexígeno, aunque determinadas circunstancias contribuyen a la pérdida de peso generando descenso del apetito, aumento de la oxidación de los ácidos grasos o la hiperinsulinemia que provoca³⁹.

El consumo de tabaco es muy prevalente entre quienes padecen trastornos por uso de sustancias. En la población que consume otras sustancias psicoactivas, las prevalencias de consumo de tabaco no sólo son más elevadas (90% de los pacientes con dependencia del alcohol o de opiáceos; 75% de quienes presentan dependencia de la cocaína), sino que además —a diferencia de la población general, donde han disminuido— se mantienen estables⁴⁰.

El consumo de alcohol y tabaco están íntimamente relacionados⁴¹: la mayoría (90%) de las personas alcohólicas son fumadoras; los bebedores de riesgo tienen significativamente mayores tasas de consumo tabáquico que los bebedores normativos; además, la edad de inicio del consumo de tabaco es muy inferior en los bebedores de riesgo⁴². La combinación de ambas sustancias multiplica el riesgo de enfermedad, sobre todo la incidencia de determinadas neoplasias de boca y laringe. Esta fuerte asociación tiene repercusiones en el tratamiento de ambas adicciones. La adicción al tabaco empeora el pronóstico del tratamiento del alcoholismo y viceversa⁴³.

En cuanto a la efectividad de las intervenciones se ha comprobado que los tratamientos actuales para dejar de fumar son útiles y seguros en alcohólicos, teniendo en cuenta que generalmente son dependencias más severas que precisan tratamientos más largos e intensivos⁴⁴.

³⁵ Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA*. 2000;284:2348-51.

³⁶ Sonntag H. Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in

adolescents and young adults? Eur J Psychiatry. 2000;15:67-74.

³⁷ Brown C. Tobacco and mental health: a review of the literature. Edimburgo: ASH Scotland; 2004.

³⁸ Sonntag H. Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? Eur J Psychiatry. 2000;15:67-74.

³⁹ Welch SL, Fairburn CG. Smoking and bulimia nervosa. Int J Eat Disord. 1998;23:433-7.

⁴⁰ Pinet MC, Gurrea A. Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. En: Jiménez -Ruiz C, Fagerström KO, editores. Tratado del Tabaquismo. Madrid: Aula Médica; 2004. p. 165-81.

⁴¹ Nieva G, Gual A, Ortega L, Mondón S. Alcohol y tabaco. Adicciones. 2004;16 Supl 2:191 -9.

Tanto la TSN como el bupropión se han mostrado eficaces para conseguir la cesación del consumo de tabaco en pacientes alcohólicos⁴⁵. En cuanto a determinar el momento adecuado para la intervención antitabáquica en pacientes alcohólicos parece que se obtienen mejores resultados en el tratamiento del alcoholismo cuando se difiere el tratamiento del mismo 6 meses que cuando se hace de forma simultánea, mientras que la abstinencia tabáquica es similar a los 18 meses tanto en el grupo de tratamiento simultáneo como en el diferido⁴⁶.

Abordaje general

El consejo sanitario de cesación tabáquica es eficaz tanto en pacientes ambulatorios como en los institucionalizados ⁴⁷. Muchos responden a intervenciones sencillas y, aún así, como norma general, conviene considerar a los pacientes psiquiátricos fumadores como personas con una alta dependencia del tabaco y utilizar en ellos los recursos que se emplean en la población general altamente dependiente. El tratamiento de la

⁴² Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol & other drug abuse. Results from ECA. JAMA. 1990;264:2511-8.

⁴³ Dawson DA. Drinking as a risk factor for sustained smoking. Drug Alcohol Depend. 2000;59:235-49.

⁴⁴ Martin J, Calfas K, Patten C, Polarek M, Hofstetter CR, Noto J, et al. Prospective evaluation of three smoking interventions in 205 recovering alcoholics: one-year results of project SCRAP-Tobacco. J Consulting Clin Psychol. 1997;65:190-4.

⁴⁵ Joseph AM, Nelson DB, Nugent SM, Willebring ML. Timing of Alcohol and Smoking Cessation (TASC): smoking among substance use patients screened and enrolled in a clinical trial. J Addict Dis. 2003;22:87-107.

⁴⁶ Stotts AL, Schmitz JM, Grabowski J. Concurrent treatment for alcohol and tobacco dependence: are patients ready to quit both? Drug Alcohol Depend. 2003;69:1-7.

⁴⁷ Himelhoch S, Daumit G. To whom do psychiatrists offer smoking-cessation counselling? Am J Psychiatry. 2003;160:2228-30.

población psiquiátrica es el mismo que el recomendado para los demás fumadores; las intervenciones generales son útiles y seguras en estos pacientes⁴⁸.

Aunque en la mayoría de los casos la cesación suele ser segura y bien tolerada, deben tenerse en cuenta algunas consideraciones específicas: a) vigilar el trastorno basal; b) valorar las posibles interacciones farmacológicas; c) por considerarse dependencias más severas se precisan tratamientos más intensivos y seguimientos más prolongados⁴⁹.

A causa de que sea necesaria una vigilancia más estrecha de la evolución del paciente para detectar las repercusiones de la cesación sobre el trastorno psiquiátrico, suele recomendarse su derivación o coordinación con atención especializada (en caso de no realizarse el tratamiento en salud mental). Hay pocos datos que concluyan en qué momento específico de la recuperación de la enfermedad mental debe abordarse el consumo de tabaco, aunque parece aconsejable que se realice cuando ésta esté estabilizada. Por tanto, si no existe riesgo vital para el paciente por el hecho de seguir fumando, la última palabra dependerá del juicio clínico del psiquiatra o terapeuta responsable del caso, aunque no sea éste quien realice el tratamiento de cesación tabáquica⁵⁰.

Se ha sugerido que fomentar la abstinencia podía constituir un escollo en la evolución clínica del paciente, porque los síntomas que se presentan con la disminución del consumo podían ameritar otras intervenciones que eventualmente prolongarían las internaciones; sin embargo, diversos estudios muestran que esta norma no afecta de

manera significativa el curso de los síntomas en pacientes psiquiátricos hospitalizados⁵¹. Por lo tanto, en este proceso se debe comprometer a todo el equipo de salud y a todo el personal que labora en los hospitales, a fin de que sirvan de modelo⁵², evitando el consumo de cigarrillo en el interior de la institución y promoviendo el abandono de este hábito en todo el equipo tratante⁵³.

De la misma forma, es fundamental revisar cuidadosamente en forma periódica los regímenes farmacológicos de los pacientes institucionalizados, con el ánimo de usar las dosis mínimas efectivas para reducir los efectos secundarios que pueden, en algunos pacientes, explicar el uso de cigarrillo y de preferir el uso de medicamentos con menor potencial de inducir consumo, cuando el estado clínico del paciente lo permita⁵⁴. Las personas con esquizofrenia deberían recibir medicamentos antipsicóticos de segunda

generación, como clozapina, que no aumentan la posibilidad de consumo de cigarrillo e incluso lo reducen cuando se compara con medicamentos de primera generación, como el haloperidol⁵⁵.

- ⁴⁸ Dursun S, Kutcher S. Smoking, nicotine, and psychiatric disorders: evidence for therapeutic role, controversies, and implications for future research. *Med Hypotheses*. 1999;52:101-9.
- ⁴⁹ El-Guebaly N, Cathcart J, Currie S, Brown D, Golster S. Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders. *Psychiatr Serv*. 2002;53:1166-70.
- ⁵⁰ Anthenelli RM. How –and why– to help psychiatric patients stop smoking. *Curr Psychiat Online*. 2005;4:1.
- ⁵¹ Smith C, Pristach CA, Cartagena M. Obligatory cessation of smoking by psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. 1999;50:91-4.
- ⁵² Casas R, Martín C, Inglada M, Roig L, Moreno C. Abordaje del tabaquismo entre los trabajadores de un distrito sanitario. *Atención Primaria*. 2002;29:218 -22.
- ⁵³ Laranjeira R, Ferreira MP. Como criar um hospital livre de cigarros. *Rev Ass Med Brasil*. 1997;43:169-73.

Desde la perspectiva clínica, el consumo regular de tabaco tiene varias implicaciones en el manejo de pacientes con trastornos mentales en internación prolongada. La dependencia nicotínica es mayor en pacientes institucionalizados y, en consecuencia, este diagnóstico debe ser evaluado y consignado en la historia, así como recibir el manejo indicado⁵⁶. De igual manera, el consumo de cigarrillo es una dificultad en la evaluación clínica de estos pacientes, porque los síntomas de abstinencia a la nicotina, cuando el consumo se reduce o suspende por razones distintas, son interpretados como síntomas de recurrencia o de recaída del trastorno mental de base, lo que lleva a errores diagnósticos y, por ende, terapéuticos⁵⁷.

Por otra parte, el consumo de cigarrillo se debe ponderar en el momento de diseñar los planes de tratamiento farmacológico⁵⁸, ya que los pacientes fumadores necesitan mayores dosis de antipsicóticos y otras medicaciones para lograr la remisión de los síntomas, debido al aumento de la degradación inducida por los compuestos presentes en el humo del tabaco⁵⁹. Asimismo, en pacientes fumadores se deben preferir los antipsicóticos con menor potencial de inducir o aumentar el consumo de cigarrillo⁶⁰.

Como en todas las poblaciones, el consumo de cigarrillo está asociado con morbimortalidad médica, de tal suerte que si se reduce el consumo en pacientes psiquiátricos institucionalizados, disminuye el riesgo de presentar enfermedades físicas asociadas o se impide la progresión de las entidades clínicas presentes explicadas por el consumo de cigarrillo. Sin duda, esta medida disminuye en forma importante los costos de los servicios médicos de estos pacientes⁶¹.

⁵⁴ Goff DC, Henderson DC, Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effect. *Am J Psychiatry*. 1992;149:1189-94.

⁵⁵ McEvoy JP, Freudenreich O, Levin ED, Rose JE. Haloperidol increases smoking in patients with schizophrenia.

Psychopharmacology. 1995;119:124-6.

⁵⁶ American Psychiatric Association. Practice guideline for treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psychiatry*. 1996;153 Suppl:1-31.

- ⁵⁷ Glassman AH. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry*. 1993; 150:546-53.
- ⁵⁸ Glassman AH. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry*. 1993; 150:546-53.
- ⁵⁹ Campo A. Implicaciones clínicas del consumo de cigarrillo. *Cuadernos de Psiquiatría de Enlace*. 2000;(6):9-11. 60 Haring C, Flerschhacer WW, Schen P, Humpel C, Barnas C, Saria A. Influence of patient-related variables on clozapine plasma levels. *Am J Psychiatry*. 1990;147:1471-5.

En sujetos con dependencia tabáquica intensa, poco motivados y con gran ansiedad, se puede poner el énfasis inicial en la reducción de consumo como estrategia de reducción de daños⁶². El problema principal de la reducción de daños en tabaco es que hasta el momento nunca se ha demostrado que la disminución del consumo de tabaco implique una reducción de daños. Por ello se considera que sólo existe reducción real de daños si la disminución del consumo es un paso que facilita su posterior cesación, o si se administra nicotina por otras vías que no son la inhalada. La evidencia actualmente disponible muestra que, fuera de estas condiciones, las reducciones de consumo no eliminan riesgo alguno e incluso pueden impedir el desarrollo de actuaciones que podrían dar lugar a reducciones reales de daño⁶³.

Conclusión

El manejo del consumo de tabaco en pacientes, tanto en tratamiento ambulatorio como institucionalizados, debe abordarse desde diferentes ópticas. En este proceso es obligatorio disponer de diferentes estrategias, psicosociales y farmacológicas, que han mostrado ser igualmente efectivas en esta población⁶⁴. También sería conveniente minimizar las institucionalizaciones prolongadas y estimular internaciones breves para todos los pacientes, es decir, disminuir los factores facilitadores para el consumo y promover la reinserción social, medida que implica disposiciones políticas que no son competencia directa de los profesionales de la salud⁶⁵.

Todavía es frecuente en nuestro medio que los pacientes atendidos y diagnosticados de un trastorno psiquiátrico no reciban el diagnóstico de trastornos relacionados con sustancias, o que no se prescriba tratamiento específico y viceversa. Esto es más destacado aún en el caso del tabaquismo, cuyo consumo suelen ser tolerado en todas

estas patologías, aun cuando la patología psiquiátrica esté compensada o se haya conseguido una abstinencia a la adicción principal.

El consumo de tabaco debe ser abordado en estos pacientes porque, además de suponer un grave riesgo de morbilidad y mortalidad, afecta notablemente a su calidad de vida. Las posibles funcionalidades del consumo de tabaco pueden ser sustituidas por otras vías que, aunque quizás requieran al principio un cierto entrenamiento, acaban siendo más satisfactorias para los pacientes y para el control de sus trastornos. Por tanto, se recomienda que el consumo de tabaco debe ser evaluado sistemáticamente en todos los pacientes psiquiátricos, incluidos los adictos a otras drogas o alcohol y, que todos aquellos fumadores, deben recibir consejo breve para la cesación del consumo, ofreciendo tratamiento más intenso y específico a todos los que deseen dejar el tabaco y cuyo trastorno basal esté controlado o estabilizado.

En otros países, el consumo de tabaco en pacientes institucionalizados es alto. En Argentina no se cuenta con estudios que informen el comportamiento de este fenómeno; por ello es muy importante analizarlo en todas las instituciones de salud mental existentes, con el ánimo de tomar las medidas necesarias para reducir el consumo y potenciar los beneficios del abandono de este hábito, sabiendo que existen en la actualidad estrategias para alcanzar este propósito.

61 Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs-United States, 1995-1999. MMWR. 2002;51:300-3.

62 Goff DC, Henderson DC, Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effect. Am J Psychiatry. 1992;149:1189-94.

63 Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs-United States, 1995-1999. MMWR. 2002;51:300-3.

64 American Psychiatric Association. Practice guideline for treatment of patients with nicotine dependence. Am J Psychiatry. 1996;153 Suppl:1-31.

65 Raw M, McNeil A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. BMJ. 1999;318:182-5.

Finalmente y, dado lo anterior, proponemos instituciones psiquiátricas libres de humo, como un paso mas hacia la creación de ciudadanía de los pacientes psiquiátricos para que puedan ejercer sus derechos, sabiendo fehacientemente que esta medida ha mostrado efectos positivos en la reducción y abandono de su consumo a nivel mundial⁶⁶.

66 Smith C, Pristach CA, Cartagena M. Obligatory cessation of smoking by psychiatric inpatients. Psychiatr Serv. 1999;50:91-4.

