

# El papel del consejo antitabaco en el proceso de deshabituación en enfermos mentales

R. M. Dueñas Herrero<sup>a</sup>, M. Aleu Bover<sup>b</sup>, I. González Tejón<sup>c</sup>, L. San Molina<sup>a</sup>, J. Salavert Jiménez<sup>a</sup> y B. Arranz Martí<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Psiquiatría. <sup>b</sup> Servicio de Psicología Clínica. <sup>c</sup> Medicina de Familia.  
Complejo Asistencial en Salud Mental Benito Menni. Sant Boi de Llobregat. Barcelona

## Impact of medical counseling to quit smoking during the process of dehabituación in patients with mental illness

### Resumen

**Introducción.** El tabaco constituye la principal causa de morbimortalidad susceptible de prevención en los países desarrollados. Diversos estudios de intervención han demostrado que un consejo mínimo estructurado promueve un 5-10% de abstinencias al año, constituyendo la actividad preventiva que mejor coste/beneficio presenta. El objetivo fue evaluar en los pacientes fumadores de una unidad de larga estancia de un hospital psiquiátrico la existencia y características del consejo antitabaco.

**Métodos.** Estudio descriptivo transversal de 80 pacientes fumadores diagnosticados de esquizofrenia en los que se evaluó la presencia de consejo antitabaco mediante una entrevista diseñada a tal efecto. Se utilizó el Cuestionario de Fagerström para valorar la dependencia física de nicotina, el Cuestionario de Richmond para evaluar el grado de motivación para el abandono del consumo de tabaco y el Cuestionario de Estadios de Cambio para establecer el estadio de cambio en el que se encontraban respecto al proceso de abandono.

**Resultados.** El 60,3% de los pacientes había recibido anteriormente consejo antitabaco, de los cuales un 50% había sido realizado por el psiquiatra. Aquellos pacientes que habían recibido consejo antitabaco tenían una puntuación media en el Cuestionario de Richmond de  $4,4 \pm 3,5$ , correspondiente a una motivación media-alta. De éstos, el 77,1% había realizado algún intento de abandono.

**Conclusiones.** El consejo antitabaco puede modificar la motivación del paciente psiquiátrico para el cese del consumo de tabaco. Su empleo sistemático en enfermos mentales, especialmente por parte del médico psiquiatra, puede prevenir el desarrollo de la adicción al tabaco o modificar la intensidad de la misma.

**Palabras clave:** Nicotina. Esquizofrenia. Recomendación. Consejo. Motivación. Tabaco.

### Summary

**Background.** Cigarettes consumption is the most preventable cause of morbidity and mortality in developed countries. Several intervention trials have shown that medical counseling to quit smoking promotes 5-10% of abstinence per year, which constitutes the most efficient preventable activity. This study aims to evaluate the presence and type of medical counseling to quit smoking in patients admitted to a long-stay unit of a psychiatric hospital.

**Methods.** This descriptive and cross-sectional study included 80 schizophrenic smoking in-patients. The presence of medical counseling to quit smoking was evaluated by a standardized questionnaire designed for this purpose. The Fagerström Test was used to measure nicotine dependence, the Richmond Questionnaire to measure motivation for smoking cessation and the Stages of Change Questionnaire to know the stage of change to give up smoking.

**Results.** A total of 60.3% of the patients had previously received medical counseling to quit smoking, 50% of which had been performed by the psychiatrist. The motivation for patients with medical counseling was moderate (mean score  $\pm$ SD of Richmond Questionnaire  $4.4 \pm 3.5$ ). A total of 77.1% of these patients had tried to quit smoking on several occasions.

**Conclusions.** Medical counseling on giving up smoking can modify the motivation to quit smoking in psychiatric patients. Systematic structured counseling, especially from psychiatry, can prevent the development of nicotine addiction or modify intensity.

**Key words:** Nicotine. Schizophrenia. Medical counseling. Give up smoking. Tobacco. Motivation.

### Correspondencia:

Rosa M. Dueñas Herrero  
Complejo Asistencial en Salud Mental Benito Menni  
Antoni Pujades, 38  
08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)  
Correo electrónico: rosaduenas@terra.es

## INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco constituye la principal causa de morbimortalidad susceptible de prevención en los países desarrollados<sup>1,2</sup>. En España casi 56.000 muertes anuales son atribuibles al tabaquismo<sup>3</sup> y aproximadamente la mitad de los fumadores morirán por enfermedades derivadas del consumo de tabaco<sup>4</sup>. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1997 en España un

35,7% de la población mayor de 16 años era fumadora. Este porcentaje se duplica e incluso se triplica cuando hablamos de pacientes afectos de enfermedades psiquiátricas, llegando incluso al 90% en aquellos diagnosticados de esquizofrenia<sup>1,5-9</sup>. La alta prevalencia del consumo de tabaco está relacionada con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, neoplásicas o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, lo que supone un gasto sanitario muy importante para el Sistema Nacional de Salud<sup>5,10</sup>. En la población general, aunque un 70% de los fumadores desea abandonar el consumo de tabaco y un 30% lo intenta cada año, sólo un 15% supera el año de abstinencia<sup>11-13</sup>.

La necesidad de la realización de una mínima recomendación para dejar de fumar por parte de los profesionales de la salud viene determinada por los datos científicos sobre los efectos nocivos del tabaco y los beneficios para la salud derivados del abandono del hábito tabáquico<sup>2</sup>. En el marco de la atención primaria se incluye el consejo a los pacientes fumadores como parte de las actividades de prevención y promoción de la salud<sup>14</sup>. Desde 1979 diversos estudios de intervención mediante consejo en pacientes fumadores con enfermedad mental demuestran que un consejo mínimo estructurado (en general no precisa ser superior a 3 min) promueve un 5-10% de abstinencias al año, constituyendo la actividad preventiva que mejor coste/beneficio presenta<sup>14,15</sup>.

El elevado consumo de tabaco en enfermos mentales se ha constatado en numerosos estudios<sup>1,5-9</sup>. Entre las hipótesis sobre esta elevada prevalencia se ha barajado el papel de la nicotina como modulador de algunos efectos secundarios del tratamiento antipsicótico, considerando su consumo como una forma de «automedicación», puesto que está implicada en la estimulación de la actividad dopaminérgica de la zona subcortical y del córtex prefrontal (área tegmental ventral), relacionada con los mecanismos de refuerzo y recompensa<sup>16,17</sup>. Además, el consumo de nicotina incrementa la metabolización de los fármacos antipsicóticos debido a su acción sobre el citocromo p450, lo cual supone la necesidad de realizar ajustes al alza en la medicación de los pacientes<sup>18</sup>. Existen además estudios que demuestran la influencia del tipo de antipsicótico (típico frente atípico) sobre el consumo del tabaco y las posibilidades de abandonarlo. Así, los pacientes tratados con AP atípicos (risperidona, olanzapina y clozapina) presentan mayores tasas de disminución o cese del consumo de tabaco si se compara con aquellos que reciben tratamiento con antipsicóticos típicos<sup>19-21</sup>.

El paciente psiquiátrico institucionalizado, que no cuenta con la intervención del médico de familia sobre el que tradicionalmente recae el papel de prevención y control de tabaquismo (PAAPS), dispone en su entorno de numerosos profesionales de la salud que pueden desempeñar esta tarea con éxito. Sin embargo, las estrategias de prevención y de consejo antitabaco presentan inferiores resultados debido a la baja motivación, a la alta dependencia física y/o psicológica, a la propia enfermedad o al tratamiento psicofarmacológico<sup>22,23</sup>.

La deshabituación tabáquica es un proceso dinámico que consta de los estadios de cambio de precontemplación (el fumador no piensa en el abandono del hábito en los próximos 6 meses), contemplación (considera seriamente la posibilidad en los próximos 6 meses), preparación (planifica el abandono de tabaco en los próximos 30 días o lo ha intentado al menos durante 24 h en el pasado año), acción (no fuma desde hace 6 meses aproximadamente) y mantenimiento (lleva más de 6 meses sin fumar)<sup>24</sup>. El consejo antitabaco en pacientes poco motivados permite considerar como éxito no sólo la abstinencia, sino también la progresión en dichos estadios, facilitando intervenciones posteriores.

El objetivo de este estudio fue evaluar en los pacientes fumadores de una unidad de larga estancia de un hospital psiquiátrico la existencia y características del consejo antitabaco.

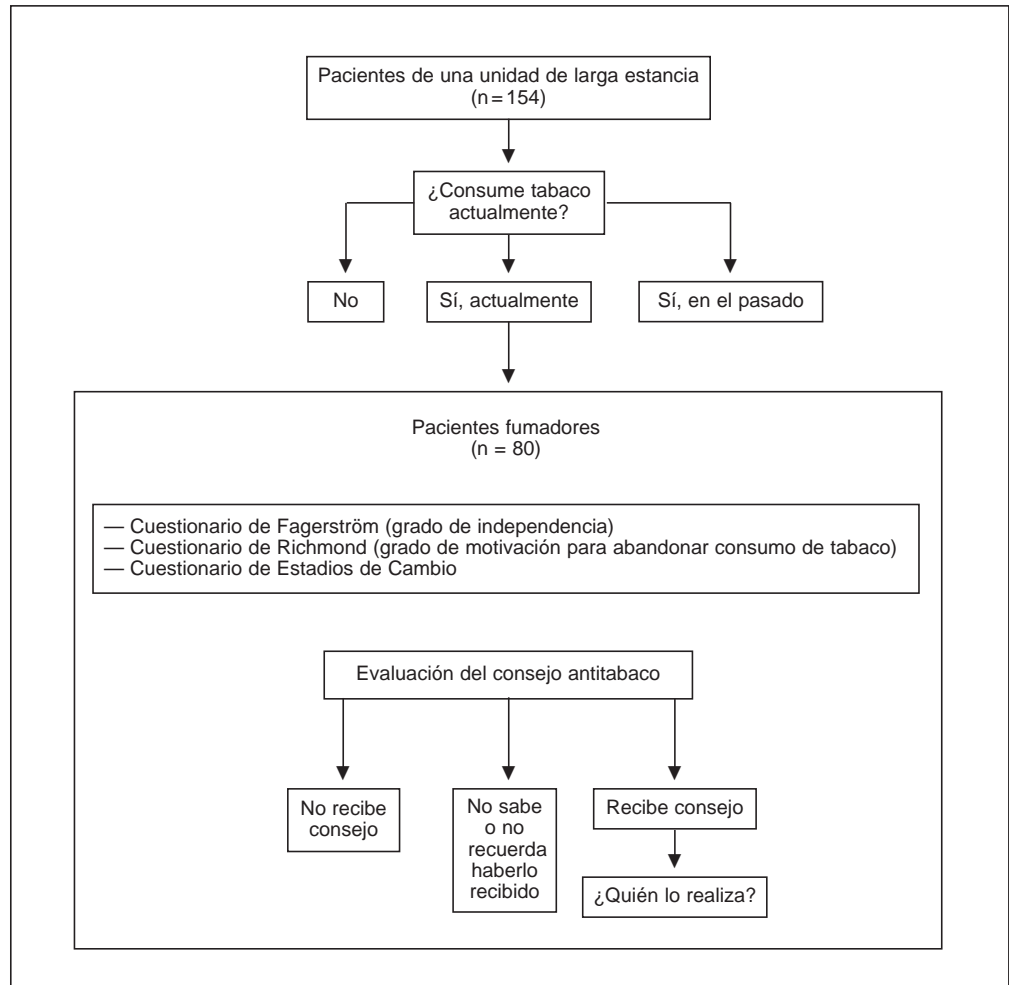
## MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal de los 80 pacientes fumadores ingresados en la unidad de larga estancia del Complejo Hospitalario en Salud Mental Benito Menni de Sant Boi de Llobregat, Barcelona. Para definir el concepto de fumador se consideró la definición de la OMS<sup>25</sup>, según la cual se considera fumador a todo individuo que hubiera fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos. En la figura 1 se muestra el esquema del estudio.

A los 154 pacientes ingresados en la unidad de larga estancia se les administró un cuestionario estandarizado en el que se recogieron datos sociodemográficos y de diagnóstico psiquiátrico según criterios DSM-IV<sup>26</sup>. Se seleccionaron 80 pacientes que fumaban actualmente y se recogieron datos sobre su historia de consumo de tabaco. En dicha historia se evaluó la realización de consejo antitabaco (considerando como tal cualquier intervención con el objetivo de informar sobre la nocividad del tabaco y de motivar para disminuir o cesar su consumo) a los pacientes durante su estancia en el centro por parte de un profesional u otra persona cercana. Asimismo se utilizaron los siguientes cuestionarios relacionados con el consumo de tabaco:

- Cuestionario de Fagerström (CF) para medir la dependencia física de la nicotina, considerando dependencia alta si  $CF \geq 8$ , moderada si  $CF = 4-7$  y baja si  $CF < 4$ <sup>27</sup>.
- Cuestionario de Richmond (CR) para evaluar la motivación para el abandono del hábito tabáquico, considerando alta motivación si  $CR \geq 8$ , moderada si  $CR = 4-7$  y baja si  $CR < 4$ <sup>28</sup>.
- Cuestionario de Estadios de Cambio (EC) para tipificar el estadio de cambio respecto al proceso de abandono de tabaco<sup>24</sup>.

El análisis y el tratamiento estadístico de los datos obtenidos se realizó mediante el programa SPSS. Se calcularon las frecuencias en el caso de variables cualitativas y las medidas de tendencia central en el caso de variables cuan-



**Figura 1.** Esquema del estudio.

titativas. Los tests de contraste de hipótesis utilizados fueron el estadístico chi cuadrado para variables cualitativas y la prueba *t* de Student y ANOVA de un factor en el caso de variables cuantitativas. El grado de significación estadística se estableció en una  $\alpha \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

Del total de los 154 pacientes ingresados en la unidad de larga estancia, 80 eran fumadores (51,9%). De los pacientes fumadores, 46 (57,5%) eran hombres y 34 (42,5%) mujeres, siendo la media de edad de la muestra de  $44,9 \pm 10,4$  años, observándose diferencias significativas entre sexos ( $t = -1,975$ ;  $gl = 78$ ;  $p < 0,05$ ), siendo los hombres más jóvenes ( $42,9 \pm 10,7$ ) que las mujeres ( $47,5 \pm 9,5$ ). De éstos, 68 pacientes (85%) estaban diagnosticados de esquizofrenia y 12 (15%) tenían otros diagnósticos.

Del total de pacientes fumadores, 48 (60,3%) habían recibido alguna recomendación para abandonar el consumo de tabaco frente a 28 pacientes (35,6%) que no la habían recibido y 4 (4,1%) que no lo sabían o no lo recordaban, sin hallarse diferencias significativas respecto

al sexo o al diagnóstico. De aquellos que habían recibido consejo, 24 (50%) lo recibieron por parte del psiquiatra, 12 (25%) de la familia y otros, 6 (12,5%) de enfermería, 5 (11,1%) del médico de familia y 1 paciente (2,2%) lo recibió por parte de los psicólogos, tal como puede observarse en la tabla 1. De aquellos a los que se les hizo alguna recomendación sobre el abandono del consumo de tabaco, 37 (70,1%) habían hecho algún intento de dejarlo frente a 17 pacientes (31%) que lo intentaron sin haber recibido ningún tipo de recomendación, observándose diferencias significativas ( $\chi^2 = 14,277$ ;  $gl = 2$ ;  $p < 0,001$ ).

La puntuación media global del CF para medir la dependencia física de la nicotina fue de  $5,5 \pm 2,5$ , correspondiente a una dependencia moderada-alta, sin hallarse diferencias significativas entre dicha puntuación y la existencia o no de consejo antitabaco, tal como puede observarse en la tabla 2. Cincuenta y seis pacientes (70%) tenían una dependencia de nicotina moderada-alta y 24 tenían (30%) dependencia baja.

La puntuación media global del CR para valorar el grado de motivación de abandono del consumo fue de  $3,4 \pm 3,5$ , correspondiente a una baja motivación, hallán-

TABLA 1. Quién realiza la recomendación según los estadios de cambio

|  | Precontemplación<br>n (%) | Contemplación<br>n (%) | Preparación<br>n (%) | Acción<br>n (%) |
|--|---------------------------|------------------------|----------------------|-----------------|
| <b>¿Quién realiza la recomendación?*</b> |                           |                        |                      |                 |
| Psiquiatra                               | 6 (12,5)                  | 9 (18,7)               | 8 (16,6)             | 1 (2)           |
| Psicólogo                                | 1 (2)                     | 0 (0)                  | 0 (0)                | 0 (0)           |
| Médico de familia interconsultor         | 2 (4,1)                   | 1 (2)                  | 2 (4,1)              | 0 (0)           |
| Enfermería                               | 3 (6,1)                   | 1 (2)                  | 2 (4,1)              | 0 (0)           |
| Familia                                  | 4 (8,2)                   | 6 (12,4)               | 2 (4,1)              | 0 (0)           |

\*Diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

dose diferencias significativas entre dicha puntuación y la existencia o no de consejo antitabaco ( $F = 7,761$ ;  $gl = 2$ ;  $p < 0,001$ ) (tabla 2). Cuarenta y cuatro pacientes (55%) presentaban una baja motivación, 19 (23,7%) una motivación moderada y 17 (21,2%) una alta motivación.

Respecto a los estadios de cambio (EC) para dejar de fumar, 42 pacientes (52,5%) se hallaban en el estadio de precontemplación, 21 (26,2%) en el de contemplación, 16 (20%) en el estadio de preparación y 1 paciente (1,2%) en el estadio de acción. Se halló relación entre los diversos estadios de cambio y la existencia o no de consejo antitabaco ( $\chi^2 = 22,172$ ;  $gl = 4$ ;  $p < 0,001$ ) (tabla 2). También se observaron diferencias significativas entre los EC y los diversos grados de motivación (alta, media, baja) para dicho abandono ( $\chi^2 = 42,691$ ;  $gl = 6$ ;  $p < 0,0001$ ) o la puntuación media de la motivación para dejar de fumar (CR) ( $F = 29,877$ ;  $gl = 3$ ;  $p < 0,0001$ ). Los pacientes que estaban en el estadio de precontemplación tenían una puntuación del CR de  $1,1 \pm 1,7$  (baja motivación), los de contemplación un  $5,1 \pm 3$  (motivación media), los del estadio de preparación un  $7,2 \pm 2,5$  (motivación media-alta) y los que estaban en el de acción un  $9 \pm 0$  (motivación alta). Se hallaron diferencias significativas ( $\chi^2 = 35,56$ ;  $gl = 24$ ;  $p < 0,05$ ) entre EC y quien había realizado dicha recomendación (tabla 1).

TABLA 2. Dependencia, motivación y estadios de cambio según la recomendación o consejo

|  | Con consejo<br>antitabaco<br>( $X \pm DT$ ) | Sin consejo<br>antitabaco<br>( $X \pm DT$ ) | No lo<br>recuerda<br>( $X \pm DT$ ) |
|--|---|---|-------------------------------------|
| Cuestionario de Fagerström                 | $5,7 \pm 2,5$                               | $4,3 \pm 4$                                 | $5,2 \pm 2,5$                       |
| Cuestionario de Richmond*                  | $4,4 \pm 3,5$                               | $1,4 \pm 2,3$                               | $5,3 \pm 4,7$                       |
|  | n (%)                                       | n (%)                                       | n (%)                               |
| <b>Cuestionario de Estadios de Cambio*</b> |   |   |                                     |
| Precontemplación                           | 16 (33,3)                                   | 24 (85,7)                                   | 2 (50)                              |
| Contemplación                              | 17 (35,4)                                   | 2 (7,1)                                     | 2 (50)                              |
| Preparación                                | 14 (29,1)                                   | 2 (7,1)                                     | 0 (0)                               |
| Acción                                     | 1 (2,4)                                     | 0 (0)                                       | 0 (0)                               |

\*Diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). DT: desviación típica.

## CONCLUSIONES

Los datos obtenidos confirman la elevada prevalencia del consumo de tabaco en los pacientes psiquiátricos observada en numerosos trabajos<sup>6,8,9</sup>.

Al igual que en anteriores estudios<sup>22,23</sup>, el tipo de dependencia física observada en la mayoría de pacientes fue moderada-alta en un 70% y la motivación para el abandono del consumo de tabaco fue baja en un 55%, correspondiendo ésta a los estadios de precontemplación y contemplación. Sin embargo, a pesar de los datos, observamos que el grado de motivación, la progresión en los estadios de cambio y los diversos intentos de abandono de consumo de tabaco de los pacientes podrían estar influidos y verse modificados por las recomendaciones antitabaco realizadas. Se observó que aquellos más motivados y los que estaban en estadios de cambio más avanzados (contemplación, preparación y acción) eran los que con mayor frecuencia habían recibido consejo antitabaco. Estos datos sugieren que el consejo previo mejora la motivación para el abandono del consumo de tabaco y fomenta la progresión en los estadios de cambio en los pacientes fumadores ante posibles intervenciones futuras<sup>12,29,30</sup>. Sin embargo, el tratamiento de deshabituación tabáquica vendrá determinado por la fase de abandono en la que se encuentren<sup>31,32</sup> y por el grado de motivación para abandonar el consumo de tabaco<sup>22,23</sup>.

En el presente estudio las recomendaciones realizadas por parte del personal sanitario en población psiquiátrica son superiores (60,3%) a las realizadas en Atención Primaria (32,8%)<sup>14,33-35</sup>, aunque debemos tener en cuenta la alta prevalencia de tabaquismo en enfermos mentales y que éstos, al estar ingresados, tienen mayor contacto con profesionales de la salud que el resto de la población, lo que facilita la realización del consejo antitabaco. A pesar de la superioridad de las cifras, la calidad del consejo dista mucho de la intervención mínima sistematizada (tabla 3) realizada en la población general.

En nuestro estudio, a pesar de que era un grupo heterogéneo de profesionales el que realizaba la intervención antitabaco, se observó que en el momento de la entrevista los pacientes identificaban al psiquiatra como el profesional que con más frecuencia y mayor sistematización realizaba dicha intervención. Considerando los estadios de cambio, se observó que los pacientes que habían reci-

**TABLA 3. Aspectos que debe reunir una intervención mínima sobre el tabaquismo**


---

|  |
|--|
| Preguntar a cada paciente si fuma  |
| Registrar los datos personales sobre consumo de tabaco                                     |
| Ofrecer un seguimiento, avisando que se le preguntará sobre el tema en posteriores visitas |
| Tener materiales informativos visibles en la consulta y sala de espera                     |
| Informar al fumador sobre recursos, métodos o servicios especializados                     |
| Entregar documentación escrita sobre consejos y guía práctica para dejar de fumar          |

---

bido consejo por parte de su psiquiatra se encontraban en estadios de preparación y acción. Al ser percibido por los pacientes como profesional influyente, este hecho podría comportar que un consejo realizado por el médico psiquiatra fuera más recordado y tuviera mayor impacto sobre el paciente (teniendo en cuenta que son pacientes ingresados en una unidad de rehabilitación de larga estancia) a la hora de fomentar una progresión en los estadios de cambio y un incremento de la motivación para el abandono. Sería necesario potenciar en el psiquiatra y en el resto del personal sanitario el papel de promotores de hábitos de vida saludables.

Por otra parte, la elevada prevalencia del consumo de tabaco y la elevada morbimortalidad dependiente de su consumo hacen del ingreso hospitalario una oportunidad única para abordar el consumo de tabaco y realizar un consejo sistematizado y un seguimiento posterior. Supone la intervención con mejor coste/beneficio<sup>36</sup> dentro de las actividades de prevención, especialmente para aquellos que no se plantean el abandono en un breve período de tiempo (estadios de precontemplación y contemplación).

En nuestro estudio, a pesar de las dificultades de los pacientes con esquizofrenia para abandonar el consumo de tabaco, las dificultades de interacción con algunos de ellos (debido a su patología psiquiátrica), la escasa sistematización de las recomendaciones realizadas por los profesionales del centro, que distaban mucho del consejo sistematizado mencionado, se observó que los resultados eran esperanzadores. La aplicación formal por parte de los profesionales sanitarios, y en especial del médico psiquiatra de una intervención mínima sistematizada o consejo médico (de menos de 1 min hasta 5 min)<sup>37</sup>, garantizaría un mayor porcentaje de éxito, considerando como tal no sólo la abstinencia, sino la progresión en los estadios de cambio, suponiendo una mejora de la motivación para posteriores intervenciones (intervención específica o intervención médica especializada).

Así la intervención mínima sistematizada o consejo médico iría dirigida a todos los fumadores. La información transmitida debería ser breve, sencilla, continua y personalizada. Facilitaría la identificación de las causas de las recaídas y de la relación causal entre tabaco y enfermedad, estimulando la autoconfianza y ayudando al paciente a buscar el momento de abandono concreto. Debería inci-

dir en las áreas decisivas del proceso de abandono (equivalentes tanto en la población general como en la psiquiátrica de nuestro estudio) como el temor a las enfermedades graves, la mejora de la calidad de vida y de la autoestima, el ahorro económico, la mejoría estética, la aprobación social y la evitación del rechazo social. Cuanta mayor y más variada fuera la información transmitida (biorretroalimentación, refuerzo, atención específica) y más seguimiento se ofertara, mejores serían los resultados<sup>38-40</sup>. Este tipo de recomendación precedería a la posterior intervención específica o intervención médica especializada que, además del consejo médico anterior, supondría la puesta en práctica del cese del consumo y el posterior seguimiento del mismo. A diferencia del consejo médico, sólo iría dirigida a aquellos que se sintieran preparados para un abandono del tabaco inmediato. Ambos tipos de intervenciones irían apoyadas por medidas farmacológicas (tratamientos sustitutivos con nicotina y/o bupropión) si fuese necesario.

Aspectos a considerar en futuras investigaciones serían la sistematización y unificación del consejo antitabaco entre los diferentes profesionales de la salud mental, adaptadas a las limitaciones y necesidades de las diferentes patologías mentales, como en el caso de la esquizofrenia. También sería deseable contar con un mayor tamaño muestral que el utilizado en nuestro estudio y así poder obtener resultados más representativos.

## FUENTE DE FINANCIACIÓN

Fondos correspondientes a las becas de La Marató de TV3: 01/5330 y del Fondo de Investigaciones Sanitarias 00/0877 del Ministerio de Sanidad y Consumo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997.
2. Salleras L, Pardell H, Saltó E, Martín G, Serra L, Plans P, et al. Consejo antitabaco. *Med Clin (Barc)* 1994;102(1):109-17.
3. Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez Artalejo F, González Enríquez J, Graciani A, Villar E. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001;117:692-4.
4. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to smoking: 40 year's observation on male British doctors. *BMJ* 1994;309:901-12.
5. Davidson S, Judd F, Jolley D, Hocking B, Thompson S, Hyland B. Cardiovascular risk factors for people with mental illness. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35(2):196-202.
6. Poirier M, Canceil O, Baylé E, Bourdel M, Moatti C, Olié J, et al. Prevalence of smoking in psychiatric patients. *Prog Neuro-Psychofarmacol Biol Psychiatr* 2002;26:529-37.
7. Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1986;143(8):993-7.
8. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Jama* 2000;284(20):2606-10.

9. De León J, Becoña E, Gurpegui M, González-Pinto A, Díaz F. The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries. *J Clin Psychiatry* 2002;63:812-6.
10. Álvarez-Sala Walther JL, Cimas Hernando E, Molina París J, Naberan Toña K, Simonet Aineto P, Masa Jiménez JF, et al. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Atención Primaria* 2001;28(7):491-500.
11. Osler M, Prescott E. Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tob Control* 1998; 7(3):262-7.
12. Nebot M, Soler M. Revisión de la efectividad del consejo médico para dejar de fumar en Atención Primaria. *Rev Clin Esp* 1989;184:260-4.
13. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernest E. Hypotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2:CD001008.
14. Subías Lorén PJ, Bauzá Nicolay K, Casanovas Cuquet E, García Mata JR, Iglesias Rodal M, Jiménez Villa J, et al. Evaluación PAPPs 1999. *Atención Primaria* 2001;28(2).
15. Torrecilla García M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez Ruiz C, Plaza Martín M, Hernández Mezquita M. El abordaje del tabaquismo en Atención Primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de salud pública. *Atención Primaria* 2002;30(4):197-206.
16. Ziedonis DM, Kosten TR, Glazer WM, Frances RJ. Nicotine dependence and schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45(3):204-6.
17. Addington J, el-Guebaly N, Campbell W, Hodgins DC, Addington D. Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998;155(7):974-6.
18. Wilkins JN. Pharmacotherapy of schizophrenia patients with comorbid substance abuse. *Schizophr Bull* 1997;23(2): 215-28.
19. McEvoy J, Freudenreich O, McGee M, VanderZwaag C, Levin E, Rose J. Clozapine decreases smoking in patients with chronic schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1995;37(8):550-2.
20. George TP, Sernyak MJ, Ziedonis DM, Woods SW. Effects of clozapine on smoking in chronic schizophrenic outpatients. *J Clin Psychiatry* 1995;56(8):344-6.
21. McEvoy JP, Freudenreich O, Levin ED, Rose JE. Haloperidol increases smoking in patients with schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)* 1995;119(1):124-6.
22. Ziedonis DM, Trudeau K. Motivation to quit using substances among individuals with schizophrenia: implications for a motivation-based treatment model. *Schizophr Bull* 1997;23(2):229-38.
23. Addington J, el-Guebaly N, Addington D, Hodgins D. Readiness to stop smoking in schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997;42(1):49-52.
24. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* 1992; 28:183-218.
25. Edwards G, Arif T, Hodgsoon R. Nomenclature et classification des problèmes liés à la consommation de drogue et alcool. *Mémorandum OMS. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé* 1982;60:499-520.
26. APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría. (ed. esp.). Barcelona: Masson, 1995.
27. Heatherston TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86(9):1119-27.
28. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction* 1993;88(8):1127-35.
29. Nebot M, Solberg L. Una intervención integral sobre el tabaquismo desde la Atención Primaria: el proyecto de ayuda a los fumadores. *Atención Primaria* 1993;12:86-90.
30. Barrio C. Abordaje del tabaquismo en asistencia primaria. *Psiquiatría y Atención Primaria*, 2001;1:34-37.
31. Prochaska JO. Stages of change model for smoking prevention and cessation in schools. Authors applied adult dose for smoking to adolescents when smoking behaviour is different in the two. *BMJ* 2000;320(7232):447.
32. González I, Dueñas RM, Aleu M, San L, Berrospi M, Mediavilla R. ¿Realizamos alguna recomendación mínima en cuanto al consumo de tabaco en nuestros pacientes? Póster VI. Barcelona: Congreso Nacional de Psiquiatría, 2002.
33. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Enquesta sobre drogodependències. Barcelona, 1990.
34. Salleras L, Pardell H, Villalbí J, Vaqué J. Actitudes y hábitos tabáquicos de los médicos de Cataluña. *Med Clin (Barc)* 1987; 89(1):6-9.
35. Estudio sobre la efectividad de las Actividades Preventivas 2000. *Atención Primaria* 2001;28(2).
36. Jiménez Ruiz CA. Tratamiento del tabaquismo. *Psiquiatría y Atención Primaria* 2001;1:15-20.
37. Torrecilla García M, Barrueco Ferrero M, Jiménez Ruiz M, Hernández Mezquita M, Plaza Martín M, González Bustos M. Ayudar al fumador. Tratar el tabaquismo. *MEDIFAM* 2001;11:194-206.
38. Cabezas Peña C. Deshabituación tabáquica, nuevas estrategias. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1994;1(1):19-32.
39. Russell M, Wilson C, Taylor C. Effect of general practitioners, advice against smoking. *BMJ* 1979;2:231-5.
40. Report by a subcommittee of the Research Committee of the British Thoracic Society. Comparison of four methods of smoking withdrawal in patients with smoking related diseases. *BMJ* 1983;286:595-7.