

C. Iglesias<sup>1</sup>  
G. López<sup>1</sup>  
M. J. Alonso<sup>2</sup>

# Efectos de la prohibición de fumar en una unidad de hospitalización psiquiátrica

<sup>1</sup> Servicio de Psiquiatría  
Hospital Valle del Nalón  
Langreo (Asturias)

<sup>2</sup> Atención Primaria  
Área V  
Asturias

**Introducción.** El consumo de tabaco está permitido en la mayoría de establecimientos psiquiátricos, a pesar de que este hábito es especialmente perjudicial para los enfermos mentales.

**Métodos.** Se estudiaron los efectos producidos por la prohibición de fumar durante la estancia en el hospital de 40 pacientes ingresados de forma consecutiva en una unidad de psiquiatría de un hospital general.

**Resultados.** De los 40 pacientes, el 52,2% eran fumadores, con una puntuación promedio en el Test de Fagerström de 5,9. Los diagnósticos más frecuentes fueron: esquizofrenia y otros trastornos delirantes, trastornos afectivos y trastornos de la personalidad. Durante el período de ingreso de los 40 pacientes se observaron sólo dos incidentes leves relacionados con la prohibición de fumar.

**Conclusiones.** El presente trabajo muestra que la prohibición de fumar puede tener éxito en una unidad de hospitalización psiquiátrica de un hospital general, sin ocasionar efectos desfavorables.

**Palabras clave:**

Tabaquismo. Prevención y control. Educación para la salud. Ingreso psiquiátrico.

*Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(1):60-62

## Effects of smoking ban in a general hospital psychiatric unit

**Introduction.** Many psychiatric facilities allow patients to smoke cigarettes even though this habit is especially harmful for mental patients.

**Methods.** We studied the untoward effects produced by the smoking ban in 40 consecutive inpatients admitted to a psychiatric ward of a general hospital.

**Results.** A total of 52.2% out of 40 patients were smokers; the mean Fagerstrom score was 5.9. The most

frequent diagnostic groups were: schizophrenia and delusional disorders; mood disorders; and personality disorders. There were only two untoward effects related with the smoking ban during the study period.

**Conclusions.** This study shows that the smoking ban can be successfully implemented in a general hospital psychiatric unit without causing unfavorable effects.

**Key words:**

Smoking. Prevention and control. Health education. Psychiatric admission.

## INTRODUCCIÓN

La situación creada por la falta de aplicación en la mayoría de establecimientos psiquiátricos de la ley que regula el consumo de tabaco en España exige una revisión cuidadosa de la relación entre tabaquismo y enfermedad mental. Los pacientes con trastornos mentales graves tienen una prevalencia de consumo de tabaco mayor que la población general<sup>1</sup>. Este hecho es asumido de forma generalizada, a pesar de las pruebas que muestran que el tabaco es especialmente pernicioso para los enfermos mentales: en lo físico, por ser un factor de riesgo que daña aún más una situación de salud peor que la de la población general<sup>2</sup>, y en lo psíquico, entre otras cosas, por interferir con el metabolismo de los antipsicóticos, disminuyendo su biodisponibilidad<sup>3</sup>.

Además, en los enfermos mentales el consumo de tabaco tiene connotaciones especiales: científicas, por el papel que ejercen los receptores nicotínicos en la fisiopatología de enfermedades como la esquizofrenia<sup>4</sup>; y culturales, ya que el consumo de tabaco es algo incrustado en la cultura de los servicios de salud mental. Tanto los pacientes como el personal<sup>5</sup> suelen mostrar una preparación limitada y una actitud poco propicia para el abordaje de la dependencia de la nicotina<sup>6</sup>. Estas circunstancias han hecho que el problema del tabaquismo haya sido negligentemente ignorado, privando a los enfermos mentales de las intervenciones necesarias para su prevención y control<sup>7</sup>, lo cual es especialmente grave si se considera que los datos demuestran que la reducción o abandono del consumo de tabaco es importante para mejorar su calidad de vida y su longevidad<sup>8</sup> y que la

Correspondencia:  
Celso Iglesias García  
Servicio de Psiquiatría  
Centro de Salud Mental de Langreo  
Jove y Canella, 1  
33900 Langreo (Asturias)  
Correo electrónico: icelso@yahoo.es

prohibición de fumar en unidades psiquiátricas no produce efectos adversos<sup>9</sup>.

Partiendo del principio de normalización de los enfermos mentales y de la hipótesis de que la prohibición del consumo de tabaco en una planta de hospitalización de agudos no plantea problemas en el manejo de los pacientes internados<sup>10</sup>, estudiamos las consecuencias clínicas de la prohibición del consumo de tabaco en una unidad de ingreso psiquiátrico en un hospital general.

## MÉTODOS

Un mes después de que se prohibiese el consumo de tabaco en un hospital comarcal se procedió a extender la norma a la unidad de psiquiatría, ubicada en una planta del centro. Se trata de una unidad de corta estancia para pacientes agudos con una dotación de 12 camas. En el año 2005 el porcentaje de ocupación medio fue de 84,9% y la estancia media de 14,45 días. La prohibición se llevó a cabo en iguales términos que en el resto de dependencias hospitalarias; los pacientes ingresados no disponían de ningún espacio para fumar dentro del hospital, lo que les obligaba a suspender totalmente el consumo de tabaco durante el tiempo del ingreso. A todos los pacientes fumadores se les ofreció la posibilidad de terapia sustitutiva con nicotina (parches transdérmicos o chicles). Se evaluaron los primeros 40 pacientes que ingresaron de forma consecutiva tras la entrada en vigor de la norma (reclutados durante un período de 3 meses) valorando: variables sociodemográficas, diagnóstico psiquiátrico, variables relacionadas con el consumo de tabaco y grado de adicción (test de Fagerström), consumo de sustitutivos de nicotina y las incidencias planteadas por los pacientes o familiares en relación con la prohibición de fumar. El registro de incidencias se realizó de forma continua durante las 24 h, siendo responsabilidad del enfermero encargado de la planta en cada turno. Se consideraron incidencias: cualquier tipo de queja, ya fuera planteada verbalmente o por escrito, o cualquier grado de conducta violenta verbal o física.

## RESULTADOS

De los 40 pacientes evaluados, 25 (62,5%) fueron hombres. La edad promedio de la muestra fue de 46,5 años (desviación estándar [DE]: 15,2), existiendo diferencias significativas según el sexo ( $p=0,02$ ); la edad media de los hombres fue de 42,4 años (DE: 12,9) y de las mujeres 53,4 años (DE: 16,6). Los diagnósticos al alta fueron: esquizofrenia y trastornos delirantes (30%), trastornos del estado de ánimo (22,5%), trastornos de personalidad (17,5%), trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (15%), consumo de sustancias (7,5) y otros (7,5%). El 52,5% de la muestra eran fumadores. La edad de inicio de consumo de tabaco fue de 16,8 años (DE: 5,1) y la puntuación media en el Test de Fagerström fue de 5,9 (DE: 2,9). Por

sexo se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de consumo, ya que fumaban el 33,3% de las mujeres y el 64% de los hombres ( $p=0,05$ ). Los hombres presentaban una edad media de inicio en el consumo menor y una mayor duración de la adicción que las mujeres, aunque las diferencias no alcanzaron significación estadística. Entre los fumadores, el 66% solicitaron y se les administró terapia sustitutiva con nicotina, el 34% restante rechazó la terapia sustitutiva.

Durante el tiempo que duró la evaluación solamente se observaron dos incidentes relacionados con el consumo de tabaco; en ambos casos tuvieron que ver con quejas planteadas por familiares que consideraron injusto que al paciente se le prohibiese el consumo de tabaco. No se consideraron incidentes las explicaciones solicitadas por los pacientes acerca del cambio de hábitos en la unidad. Estas demandas de información fueron planteadas, en su mayoría, por pacientes que ya habían estado ingresados en la unidad en momentos en los que se permitía el consumo de tabaco y, sobre todo, por pacientes provenientes de otras unidades de hospitalización psiquiátrica en las que fumar está permitido. No hubo ninguna negativa al ingreso ni se precipitó ningún alta debido a la prohibición de fumar. No se precisó la utilización de medidas coercitivas (aislamiento, contención o utilización de fármacos tranquilizantes en contra de la voluntad del paciente) en relación con la prohibición de fumar.

## CONCLUSIONES

El presente trabajo muestra que el cambio de política relativa al consumo de tabaco en una unidad de psiquiatría es posible; la prohibición del consumo de tabaco fue bien aceptada sin que se observase la aparición de efectos adversos en forma de incidentes o conductas disruptivas. Sí se precisó la realización de un esfuerzo de información extra por parte del personal. El presente trabajo tiene dos limitaciones importantes: en primer lugar no evalúa con un instrumento específico la evolución de la actitud del personal hacia el consumo del tabaco; no obstante, las observaciones informales orientan hacia que el personal clínico de la unidad anticipaba que la prohibición supondría más problemas de los que posteriormente sucedieron; en segundo lugar se debe reseñar que los datos se refieren únicamente el efecto de la prohibición en la conducta de los pacientes, sin valorar un aspecto de crucial importancia, como es el efecto que la prohibición, asociada o no a algún tipo de intervención educativa, puede tener en el mantenimiento o abandono del hábito de fumar a largo plazo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. De León J, Díaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005;76:135-57.
2. Mitchell AJ, Malone D. Physical health and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:432-7.

3. Galnick A. Commentary: coping with nicotine addiction in the psychiatric hospital. *Psychiatr Hosp* 1988;19:85-8.
4. Knott V, McIntosh J, Millar A, Fisher D, Villeneuve C, Ilivitsky V, Horn E. Nicotine and smoker status moderate brain electric and mood activation induced by ketamine, an *N*-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor antagonist. *Pharmacol Biochem Behav* 2006;85:228-42.
5. Reilly P, Murphy L, Alderton D. Challenging the smoking culture within a mental health service supportively. *Int J Ment Health Nurs* 2006;15:272-8.
6. Prochaska JJ, Fromont SC, Hall SM: How prepared are psychiatry residents for treating nicotine dependence? *Acad Psychiatry* 2005;29:256-61.
7. Bron C, Zullino D, Besson J, Borgeat F. [Smoking in psychiatry, a neglected problem]. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2000;89:1695-9
8. Strasser K, Moeller-Saxone K, Meadows G, Hocking B, Stanton J, Kee P. Smoking cessation in schizophrenia. General practice guidelines. *Aust Fam Physician* 2002;31:21-4.
9. Matthews LS, Diaz B, Bird P, Cook A, Stephenson AE, Kraus JE, Sheitman BB. Implementing a smoking ban in an acute psychiatric admissions unit. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2005;43:33-6.
10. Beemer BR. Hospital psychiatric units. Nonsmoking policies. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1993;31:12-4.