



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

ABORDAJE DEL CONSUMO DE TABACO EN LAS PERSONAS CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Autor: Javier Estalayo Rodríguez

Director: Francisco Javier Ayesta Ayesta

Santander, Junio 2016

INDICE

RESUMEN / ABSTRACT.....	1
1. CONSUMO DE TABACO Y PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA.....	3
1.1. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE SU CONSUMO DE TABACO.....	5
1.2. PREVALENCIA SEGÚN TRASTORNOS.....	7
1.2.1. TRASTORNOS PSICÓTICOS	
1.2.2. DEPRESIÓN	
1.2.3. TRASTORNO BIPOLAR	
1.2.4. TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS (TUS)	
1.2.5. TRASTORNO DE ANSIEDAD	
1.2.6. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	
1.3. POR QUÉ FUMAN MÁS QUIENES PADECEN TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.....	8
1.3.1. FACTORES BIOLÓGICOS	
1.3.2. FACTORES PSICOLÓGICOS	
1.3.3. FACTORES SOCIALES	
2. TASAS DE CESACIÓN TABÁQUICA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS... 11	11
2.1. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS.....	11
2.2. POSIBLES RAZONES DE LA MENOR CESACIÓN.....	12
2.2.1. MAYOR DEPENDENCIA DE LA NICOTINA	
2.2.2. MAYOR SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	
2.2.3. MAYOR NIVEL DE ESTRÉS	
2.2.4. MENOR APOYO FAMILIAR REFERIDO	
2.2.5. ABSTINENCIA MÁXIMA ALCANZADA EN INTENTOS PREVIOS	
2.2.6. OTRAS POSIBLES CAUSAS DE LAS DIFERENCIAS EN CESACIÓN	
3. ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS... 17	17
3.1. ABORDAJE GENERAL DEL CONSUMO DE TABACO.....	17
3.1.1. LAS 5 As	
3.1.2. HERRAMIENTAS FARMACOLÓGICAS ÚTILES	
3.2. CÓMO INTENSIFICAR EL TRATAMIENTO.....	23
3.3. POTENCIALES INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DURANTE LA CESACIÓN...27	
3.4. ASPECTOS A TENER EN CUENTA SEGÚN EL TRASTORNO.....	29
3.4.1. TRASTORNOS PSICÓTICOS	
3.4.2. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	
3.4.3. TRASTORNOS DE ANSIEDAD	
3.4.4. TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS (TUS)	
3.4.5. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	
3.4.6. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
3.5. DERIVACIÓN A UNIDADES ESPECIALIZADAS.....	36
4. CONCLUSIONES.....	38
5. BIBLIOGRAFÍA.....	40

RESUMEN:

El abordaje del consumo de tabaco es responsabilidad de todo profesional sanitario que recibe a un paciente fumador en su consulta, debido a que dicho consumo supone un factor de riesgo importante (y evitable) para su salud.

La principal herramienta de los profesionales sanitarios para el abordaje inicial del tabaquismo es la intervención breve, en la cual se analiza la predisposición para dejar de fumar, se aconseja al paciente y se le ofrece la ayuda adecuada a sus deseos. Las intervenciones más eficaces son aquellas que son más intensivas y que combinación de intervenciones psicológicas con terapia farmacológica.

El problema del consumo de tabaco tiene mayor repercusión en las personas con trastornos psiquiátricos, pues está demostrado que existe una mayor prevalencia de tabaquismo en este grupo en comparación con la población general. Además, estas personas suelen fumar mayor número de cigarrillos, presentar mayor dependencia de la nicotina y peores tasas de cesación que la población general. Una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales podría explicar esta mayor prevalencia de consumo de tabaco entre las personas con patología mental, aunque existen variaciones entre los diversos trastornos.

Los pacientes con patología psiquiátrica tienden a dejar menos su consumo cuando lo intentan. Diversos factores son responsables de la eficacia de los tratamientos, pero no se ha sido capaz aún de encontrar una causa que lo explique fehacientemente.

Para conseguir mejores tasas de cesación en personas con trastornos psiquiátricos se deben intensificar las intervenciones. El factor clave de esta intensificación es procurar dedicar más tiempo a estas personas y emplearlo en profundizar en los componentes adictivos de la conducta. No es estrictamente necesario recurrir con estos pacientes a técnicas distintas a las empleadas en la población general.

En función del trastorno concreto que se padezca, el abordaje y tratamiento de la cesación tabáquica puede presentar diferentes características. En ocasiones, al igual que ocurre con otros pacientes, es necesaria la derivación a unidades especializadas.

Palabras clave: fumar, intervención, trastorno psiquiátrico, cesación tabáquica

ABSTRACT

The therapeutic approach to tobacco use is a responsibility of every health professional who receives a smoker patient in his praxis. This is due to the fact that this consumption poses a great -and avoidable- risk for the health of the patient.

The first and main tool that we, health professionals, have in our approach to a smoking patient are brief interventions, where the predisposition of the patient to quit smoking is analyzed, advice is provided to the patient and, according to his/her expectations, help is offered. The interventions which are most effective are those which combine intensive psychological support with drug therapy.

Cigarette smoking has a greater impact on people with psychiatric disorders. Compared with general population, they have a higher prevalence of smoking. They also tend to smoke more cigarettes, have higher nicotine dependence and worse cessation rates than the general population. This increased vulnerability to smoking is probably best explained by a combination of biological, psychological and social factors

Cessation rates in psychiatric patients tend to be lower than in general population. Different factors may be responsible for this lower effectiveness of treatments in psychiatric patients, but no cause for explaining this has been properly found.

For better cessation rates to be attained in people with psychiatric disorders, interventions should be intensified. The key factor of this intensification is to employ more time with the patients in order to be able to help/her to deepen in the addictive components of his/her. It is not strictly necessary to use with these patients any psychological or pharmacological tools different from those employed in general population

Depending on the characteristic of the psychiatric disorder, the management of smoking cessation may require different intervention abilities. Sometimes, as it happens with other patients, referral to a specialized unit is absolutely necessary.

Key words: smoking, intervention, psychiatric disorder, smoking cessation

1. CONSUMO DE TABACO Y PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Las personas con patología o sintomatología psiquiátrica, fuman más (Aubin y cols., 2012; CDC, 2013; Tsoi y cols., 2013; Minichino y cols., 2013; Zvolensky y cols., 2015). Aunque la asociación entre consumo de tabaco y presencia de patología psiquiátrica era ya conocida a principios del siglo XX –y así, Tolstoi por ejemplo, se preguntaba *¿por qué casi todos los jugadores (ludópatas) fuman? (...), ¿por qué todas las prostitutas y todos los locos fuman?* (Tolstoi, 1911)-, la investigación al respecto es relativamente reciente: no es hasta 1986 cuando la comunidad científica comienza a observar una fuerte asociación entre ambos fenómenos y a investigarla. Antes de esa fecha existen pocos artículos científicos publicados referidos a este campo; sin embargo, desde entonces el incremento ha sido exponencial. En la actualidad se publican 3½ artículos semanales que abordan directamente el tema (figura 1).

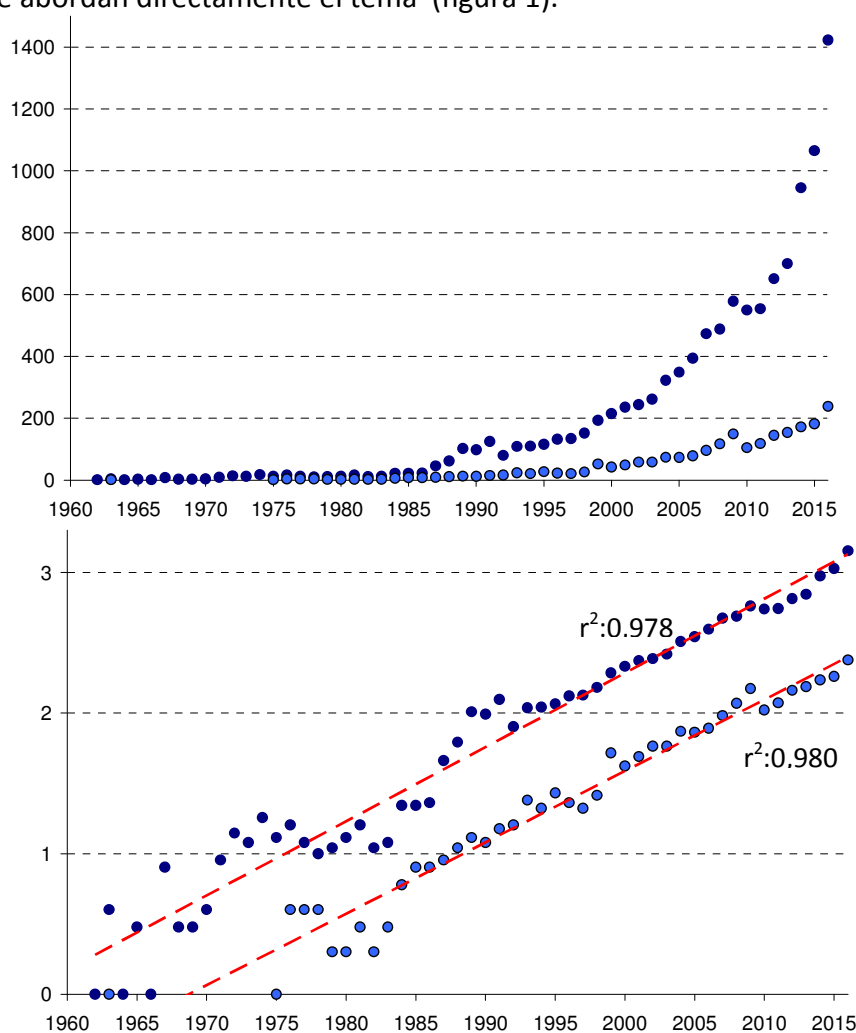


Figura 1. Número de artículos por año reconocidos por una búsqueda en Medline con los términos "smoking & psychiatric" (en el artículo, azul oscuro, y en el título/abstract, azul claro); en escala lineal (figura superior) y en escala logarítmica (figura inferior). Datos de 2016 extrapolados de los cinco primeros meses.

La figura 2, extraída del Atlas de Tabaco, muestra cómo el consumo de tabaco es proporcional al número de diagnósticos psiquiátricos que se tengan.

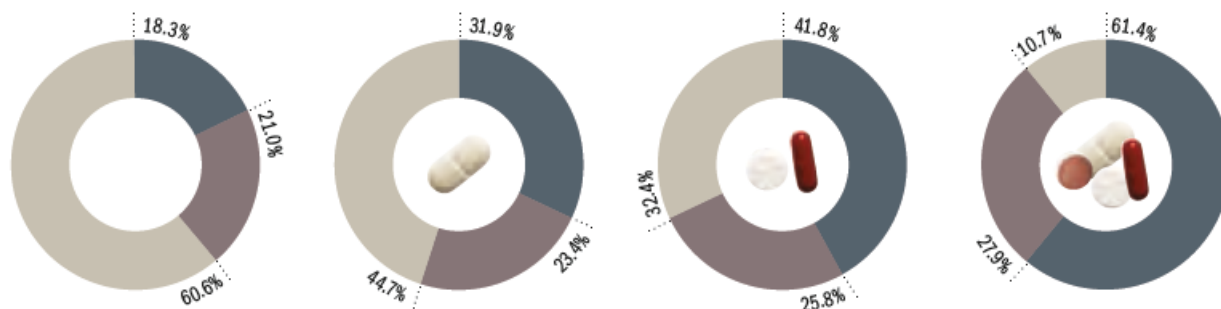


Figura 2. Consumo de tabaco según el número de diagnósticos psiquiátricos (azul: fumadores; marrón: exfumadores; marfil: nunca fumadores) (Eriksen y cols., 2015).

Además de presentar una mayor prevalencia, el patrón de consumo de estas personas tiene una serie de características: en general fuman un mayor número de cigarrillos, puntúan algo más en las escalas de dependencia y refieren mayores dificultades para abandonar el consumo de tabaco, les cuesta más dejarlo (Aubin y cols., 2012; Minichino y cols., 2013; Zvolensky y cols., 2015; Veiga, 2016).

Existen, por otro lado, determinadas barreras, sociales o profesionales, que dificultan que este grave factor de riesgo para la salud de estas personas sea abordado adecuadamente. La más importante de ellas probablemente sea que entre los profesionales sanitarios existe una tendencia a infravalorar la importancia real del consumo de tabaco en los pacientes psiquiátricos y cómo afecta a sus expectativas de vida y a la calidad de la misma (Schroeder y Morris, 2010).

Mientras que estos pacientes habitualmente reciben un tratamiento adecuado encaminado a controlar su enfermedad mental o sus síntomas, no siempre se abordan convenientemente otros factores de riesgo, quizá por considerarlos más secundarios. Estos pacientes tienen una esperanza de vida menor que el resto de la población (unos 20-25 años menos); más que con su trastorno psiquiátrico, sus principales causas de muerte se relacionan con patologías cardiovasculares y respiratorias, muy asociadas con el consumo de tabaco (Colton y Manderscheid, 2006; Bobes y cols., 2010; Minichino y cols., 2013) .

Además, se ha comprobado que habitualmente estos pacientes mejoran su sintomatología psiquiátrica cuando consiguen dejar de fumar, en parte porque el propio consumo es ansiogénico (Grover y cols., 2012; Khaled y cols., 2012; Ragg y cols., 2013; Taylor y cols., 2014; Valle, 2016).

Teniendo en cuenta lo referido en los párrafos anteriores, se ve cómo existen razones de peso para abordar el problema del consumo de tabaco en las personas con trastornos psiquiátricos.

El objetivo de este trabajo es hacer una revisión de la evidencia científica acumulada durante los últimos años sobre el abordaje del consumo de tabaco en las personas con sintomatología o patología psiquiátrica, así como las medidas que se están llevando a cabo y los posibles campos de mejora para adaptarse a las necesidades de estos pacientes.

1.1. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE SU CONSUMO DE TABACO

Aunque en líneas generales tiende a ser similar, la conducta tabáquica en personas con trastornos psiquiátricos presenta algunos rasgos diferenciales a la de los individuos que no padecen dichos trastornos (Mackowick y cols., 2012; Minichino y cols., 2013). Los datos aportados por distintos estudios muestran los principales aspectos en los que radican estas diferencias; así entre los pacientes con trastornos psiquiátricos:

1. Existe mayor proporción de fumadores (en EE.UU. el 43% de las personas con depresión fuman frente al 22% de fumadores en la población general), constituyendo además, un porcentaje considerable de la población fumadora de alto número de cigarrillos (ver datos de prevalencia en 1.2).
2. Fuman mayor número de cigarros (Lasser y cols., 2000; Zvolensky y cols., 2015) y con mayor frecuencia (Aubin y cols 2012). Como consecuencia de ambas circunstancias los sujetos con trastornos psiquiátricos, constituyendo aproximadamente un 25% de la población, fuman el 44% de los cigarrillos consumidos (Minichino y cols., 2013); Mackowick y cols. (2012) (con una definición de trastorno mental más amplia y que abarca casi al 40% de la población) refieren cifras mayores que la prevalencia de fumadores (50-80%) y concluyen que la población psiquiátrica fuma un 70% de los cigarrillos consumidos por los estadounidenses. El CDC (2013), utilizando definiciones más restrictivas, concluye también que la población con patología psiquiátrica (19,9%) consume una elevada cantidad de cigarrillos (30,9% del total).
3. Cumplen con mayor frecuencia que la población general criterios de dependencia de la nicotina (Rodríguez y cols., 2012). No es sencillo objetivar esta variable, pero se suele intentar hacerlo con medidas indirectas como el número de cigarrillos fumados (aunque es

propiamente un medidor de consumo), el número de intentos de abandono realizados, o los niveles de cotinina en sangre (que guardan relación con el consumo). También se pueden utilizar escalas como el Test de Fagerström (FTND) o los criterios diagnósticos de dependencia a la nicotina del DSMIV-TR u otras (Ayesta y Rodríguez, 2007). La figura 3, que recoge el número total de pacientes atendidos en la Unidad de Deshabitación del Servicio Cántabro de Salud (UDESTA) en los últimos 10 años, muestra cómo las personas con un diagnóstico psiquiátrico previo (n:1273) presentan mayor dependencia que aquellas sin un diagnóstico (n:2344). La tabla 1 muestra las diferencias que se obtuvieron en el total del test y en cada una de las 6 preguntas (Veiga, 2016).

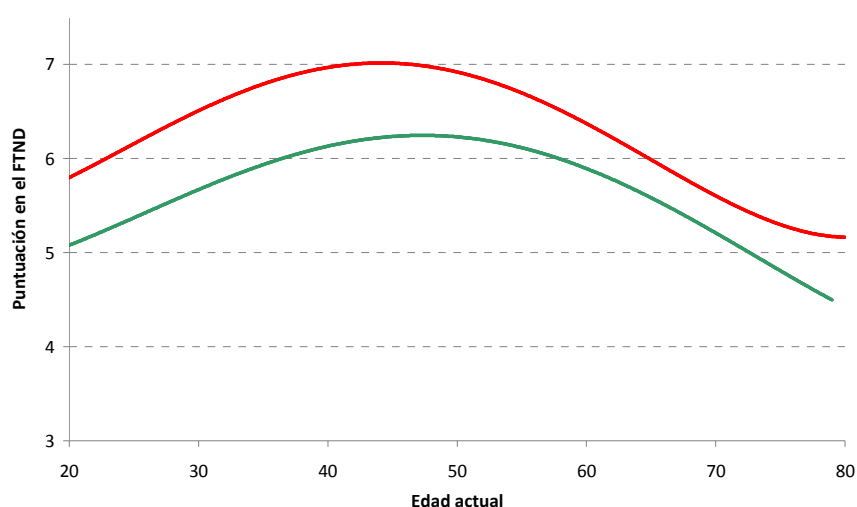


Figura 3. Líneas de tendencia de dependencia de la nicotina medida por el Test de Fagerström (FTND) en personas con trastorno psiquiátrico (línea roja), y sin trastorno psiquiátrico (línea verde) en función de la edad (Veiga, 2016).

Tabla 1. Puntuaciones medias en cada pregunta y en la escala total del test de Fagerström de la dependencia nicotínica en personas con y sin diagnóstico psiquiátrico (Veiga, 2016)

	Sin diag. psiq. (media±DT) N:2344	Con diag. psiq. (media±DT) N:1273	Significación
Pregunta 1	1,60± 0,92	1,79± 0,92	5,7E-09
Pregunta 2	2,13± 0,88	2,38± 0,78	5,3E-17
Pregunta 3	0,69± 0,46	0,76± 0,43	6,9E-06
Pregunta 4	0,33± 0,47	0,42± 0,49	3,3E-07
Pregunta 5	0,50± 0,50	0,62± 0,49	3,0E-11
Pregunta 6	0,73± 0,44	0,78± 0,41	4,3E-04
Puntuación total	5,98± 2,35	6,74± 2,25	1,1E-20

4. En general, tienden a presentar menores tasas de cesación a largo plazo que la población sin diagnóstico psiquiátrico (ver 2.1), pero no se suelen encontrar diferencias significativas en cuanto al interés por dejarlo.

1.2. PREVALENCIA SEGÚN TRASTORNOS

Existe una gran variabilidad en la prevalencia de consumo de tabaco en los diversos trastornos psiquiátricos que se encuentran en los diferentes estudios. Esto puede deberse a diferencias culturales en el manejo de estos pacientes, a si se valora el consumo actual o el consumo a lo largo de toda la vida, o a que no siempre se tienen en cuenta las distintas situaciones clínicas (pacientes ambulatorios o ingresados) o características demográficas (sobre todo el sexo).

1.2.1. TRASTORNOS PSICÓTICOS

Hay un cierto acuerdo en las tasas de prevalencia entre los diversos estudios. Este grupo de pacientes tiene una prevalencia especialmente alta de consumo de tabaco (60-64% en pacientes ambulatorios y 88-92% en pacientes crónicos hospitalizados) (Soly y cols., 2009; Ballbè y Gual, 2012). Así mismo, presentan mayores tasas de dependencia nicotínica moderada-grave (Carreras y Quesada, 2012).

1.2.2. DEPRESIÓN

Existe una mayor variabilidad en la prevalencia de consumo descrita en las personas con un diagnóstico de trastorno depresivo, yendo las cifras desde un 36% a un 80%. En general, se considera que las personas con depresión presentan una probabilidad 50-100% mayor de ser fumadoras que la población general (Fergusson y cols., 2003; Grant y cols., 2004); estas personas suelen presentar mayor dependencia de la nicotina quienes no presentan un trastorno depresivo (Dierker y Donny, 2008).

1.2.3. TRASTORNO BIPOLAR

La prevalencia de consumo de tabaco en las personas con trastorno bipolar suele ser mayor que la las personas con trastornos depresivos. La prevalencia media está alrededor del 60%

(Bobes y cols., 2008), variando entre el 51% y el 70%). Existe también un mayor porcentaje de grandes fumadores (>20 cigarrillos/día) entre estos pacientes (González-Pinto y cols., 1998).

1.2.4. TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS (TUS)

La prevalencia de la adicción al tabaco entre personas con TUS es al menos el doble de la observada en la población general. Habitualmente, estos individuos consumen más cigarrillos al día y se inician en el consumo de tabaco de forma más prematura que el resto de la población (Grant y cols., 2004). De hecho, se observa que los porcentajes de fumadores en un grupo de pacientes ambulatorios en un programa de mantenimiento con metadona en EE.UU. oscilaban entre 77-93% (algo más en España); así mismo, en los países occidentales es infrecuente encontrarse con personas con dependencia alcohólica que no fumen (Richter y Arnsten, 2006; Roig y cols., 2012).

De hecho, según el trastorno adictivo de que se trate, el consumo de tabaco puede llegar a ser prácticamente universal (98% en algunos estudio), aunque es menor (rondando el 50%) en algunos otros trastornos por uso de sustancias, sobre todo en mujeres.

1.2.5. TRASTORNO DE ANSIEDAD

El consumo de tabaco es altamente prevalente en personas que presentan trastornos de ansiedad. Los valores referidos suelen estar, según los diversos trastornos de ansiedad, entre el 55-70% en prevalencia a lo largo de la vida y entre el 35-45% el consumo actual (Schroeder y Morris, 2010), si bien hay estudios que refieren prevalencias de hasta el 87%.

1.2.6. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

El porcentaje de fumadores entre las personas con trastornos de la personalidad es del 45%, siendo su prevalencia de consumo entre un 50 y 100% superior a la de la población general (Trull y cols., 2004).

1.3. POR QUÉ FUMAN MÁS QUIENES PADECEN TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Existen una serie de teorías que tratan de explicar por qué existe una mayor vulnerabilidad en las personas con trastornos psiquiátricos al consumo de tabaco (Veiga, 2016). Al igual que ocurre en población general, no existe un único factor que haga más vulnerables a estas

personas (Morris y cols., 2007); se considera más bien que es una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales lo que les hace más vulnerables.

1.3.1. FACTORES BIOLÓGICOS

La mayor parte de estudios sobre la influencia de la neurobiología en tabaquismo se ha hecho en pacientes esquizofrénicos. Y suelen polarizarse en los potenciales beneficios que el consumo aportaría a estos pacientes: disminución de los síntomas negativos (sedación, adormecimiento, rigidez, ...) propios de la esquizofrenia o inducidos por la medicación antipsicótica. Otros estudios (Ruther y cols., 2014; Zvolensky y cols., 2015) abordan esta causalidad desde un punto de vista neurofisiológico haciendo hincapié en el déficit de receptores nicotínicos en los pacientes con esquizofrenia y cómo el tabaco puede compensar este déficit, aumentando el número de receptores (evidenciado en estudios *post mortem*) y provocando una mejora de la atención y la memoria así como de los síntomas negativos (ya citados) en este grupo de pacientes (ver Valle, 2016).

1.3.2. FACTORES PSICOLÓGICOS

Algunos aspectos conductuales en personas con trastornos psiquiátricos pueden condicionar una mayor tendencia al consumo de tabaco. Fumar en estas personas suele presentar una mayor funcionalidad, un mayor valor instrumental, les aporta más porque parten de circunstancias más desfavorables. En ellos la actividad placentera de la nicotina *per se* puede verse incrementada:

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

Adicionalmente, cuando se les pregunta por qué fuman, responden más frecuentemente que la población general que lo hacen para calmar su ansiedad y que fuman más cuando tienen mayor sintomatología ansiosa. Sin embargo, la evidencia científica (Leventhal y cols., 2008; Prochaska, 2011; Zvolensky y cols., 2015) muestra que fumar no es ansiolítico (salvo en los primeros instantes), sino ansiogénico.

1.3.3. FACTORES SOCIALES

Desde un punto de vista social, dado que en general quienes sufren algún trastorno psiquiátrico suelen tener menos obligaciones y más tiempo libre, podría decir que el tabaco supone para

muchas de estas personas una herramienta para afrontar la monotonía, además de constituir un acto social que les ayuda (o les ha ayudado hasta hace poco tiempo) a tener en su vida unas condiciones de cierta “normalidad social”, sintiéndose parte de un grupo.

Una mayor permisividad por parte de los profesionales sanitarios, que podría calificarse como paternalismo (*“Total, para una cosa que les queda, déjales disfrutar”*), ha hecho que a estos pacientes no se les haya exigido tanto como al resto a la hora de la cesación tabáquica, factor que ha influido en que fuera más universal su consumo, al igual que lo ha hecho el utilizar los cigarrillos como herramienta de negociación.

Cabe destacar por último que, como se ha señalado, no es un único factor, sino la **combinación de varios de estos factores** la que hace a las personas con trastornos psiquiátricos más vulnerables a iniciar el consumo de tabaco, a mantenerlo y/o a progresar a la dependencia nicotínica.

2. TASAS DE CESACIÓN TABÁQUICA EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

2.1. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS

La tabla 2 muestra el porcentaje de personas que, habiendo fumado, ha conseguido abandonar su consumo de tabaco, según el tipo de patología psiquiátrica que presentaban o la ausencia de ella (Schroeder y Morris, 2010).

Tabla 2. Tasa de abandono del consumo de tabaco (% de no fumadores actuales entre quienes han fumado alguna vez) en EE.UU.

Ningún trastorno psiquiátrico	42,5%
Trastornos de ansiedad	
Fobia social	33,4%
Trastorno de estrés postraumático	28,4%
Agorafobia	34,5%
Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	32,7%
Trastorno de pánico	41,4%
Trastornos del estado de ánimo	
Depresión mayor	38,1%
Distimia	37,0%
Trastorno bipolar	16,6%
Trastorno psicótico (no afectivo)	27,2%

Se observa que ninguna patología psiquiátrica es incapacitante para dejar de fumar y que en todas las patologías un porcentaje de estos pacientes -variable según los casos- ha conseguido la cesación mantenida.

Sin embargo, también se aprecia que en ninguna de las patologías psiquiátricas se llega a los niveles de cesación de la población no psiquiátrica, encontrándose grandes diferencias sobre todo en el caso del trastorno bipolar (16,6% frente a 42,5% en población sin ningún trastorno) y también en los pacientes con trastornos psicóticos (27,2% frente a 42,5%); en el resto de trastornos la tasa de abandono se sitúa entre el 33% y el 41%.

Los resultados de la UDESTA muestran el mismo fenómeno: las personas con un diagnóstico psiquiátrico encuentran mayores dificultades para dejar de fumar, aunque pueden dejar de fumar; de hecho, su tasa de abstinencia es superior al 25%.

Como puede apreciarse en la figura 4, las tasas de abstinencia de los pacientes con un diagnóstico psiquiátrico (n:1273) eran inferiores a los de aquellos sin un diagnóstico psiquiátrico (n:

2344), algo que se puede apreciar desde el propio día de la cesación hasta el año de seguimiento.

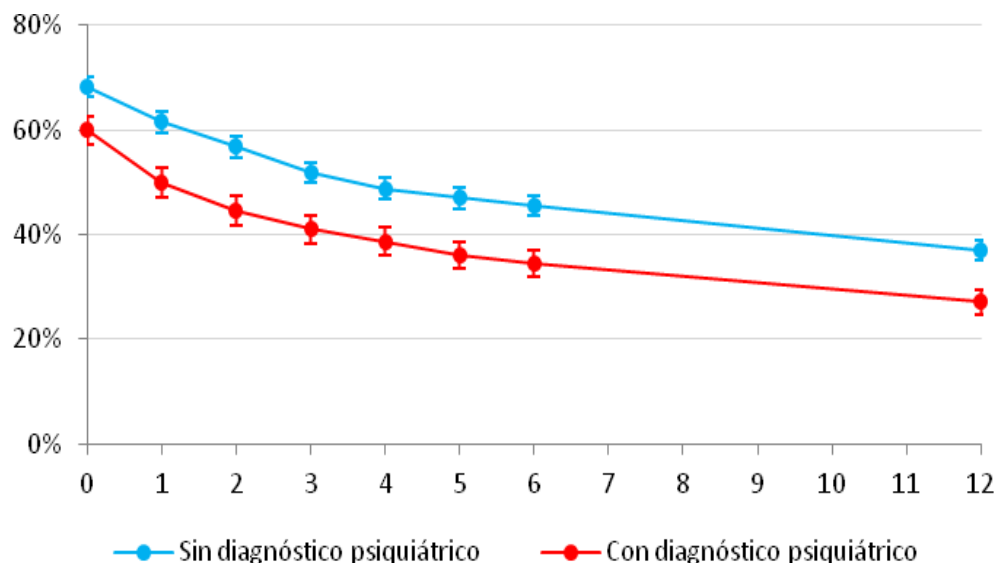


Figura 4. Evolución del curso temporal de la cesación tabáquica en pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico (Veiga, 2016).

2.2. POSIBLES RAZONES DE LA MENOR CESACIÓN

El estudio de Veiga (2016), utilizando una muestra de pacientes tratados por la UDESTA entre 2006 y 2014, intenta analizar qué variables pueden explicar las menores tasas de cesación a largo plazo que se encuentran en los pacientes psiquiátricos. Encuentran que las personas con un diagnóstico psiquiátrico previo puntúan más en toda una serie de variables (mayor dependencia de la nicotina, mayor sintomatología depresiva, mayor estrés, menor apoyo familiar y menor tiempo de abstinencia máxima alcanzada en intentos previos), variables que en el total de la muestra se asocian con una menor tasa de cesación, lo cual podría justificar –al menos, parcialmente- las menores tasas de cesación que se encuentran en los pacientes con un diagnóstico psiquiátrico previo.

2.2.1. MAYOR DEPENDENCIA DE LA NICOTINA

Utilizando el Test de Fagerström para dependencia de la nicotina (FTND) y estableciendo un punto de corte de 8, se observó que las tasas de abstinencia a los 12 meses en función de la presencia de un diagnóstico psiquiátrico y la puntuación en el FTND evolucionaron de la siguiente manera:

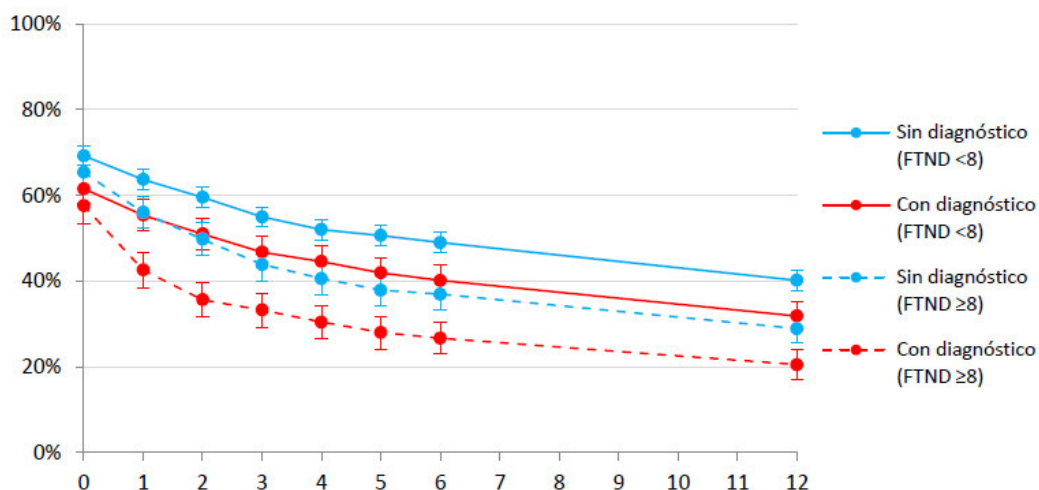


Figura 5. Evolución del curso temporal de la cesación tabáquica en pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico según la puntuación en test de dependencia nicotínica de Fagerström (Veiga, 2016).

En esta representación gráfica de las tasas de cesación se observa lo siguiente:

- 1) Las personas con puntuaciones más altas en el test (líneas discontinuas) tienen peores tasas de abstinencia que aquéllas con puntuaciones bajas (líneas continuas) en el FTND.
- 2) A igual nivel de dependencia los pacientes con diagnóstico psiquiátrico (líneas rojas) presentan tasas de abstinencia significativamente menores que los pacientes sin el mismo (líneas azules) en todos los momentos de los 12 meses en el que se han recogido los datos.
- 3) Los sujetos con diagnóstico psiquiátrico y puntuación inferior a 8 en el FTND (línea roja continua) siguen una evolución similar a las personas sin diagnóstico psiquiátrico que tienen alta dependencia de la nicotina (línea azul discontinua).

Este mismo patrón de resultados se observó, con muy pequeñas variaciones en el resto de variables que se exponen a continuación.

2.2.2. MAYOR SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

La herramienta utilizada en esta variable fue el test de Goldberg, concretamente las 4 primeras preguntas del mismo que son las que sirven de cribado. El punto de corte que se vio más predictor cara a la cesación fue el 2 (0-1 frente a 2-4). Analizando la cesación según la presencia o no de un diagnóstico psiquiátrico previo y la puntuación en estas preguntas de cribado de la subescala de depresión del test de Goldberg, se observan las siguientes tasas de cesación:

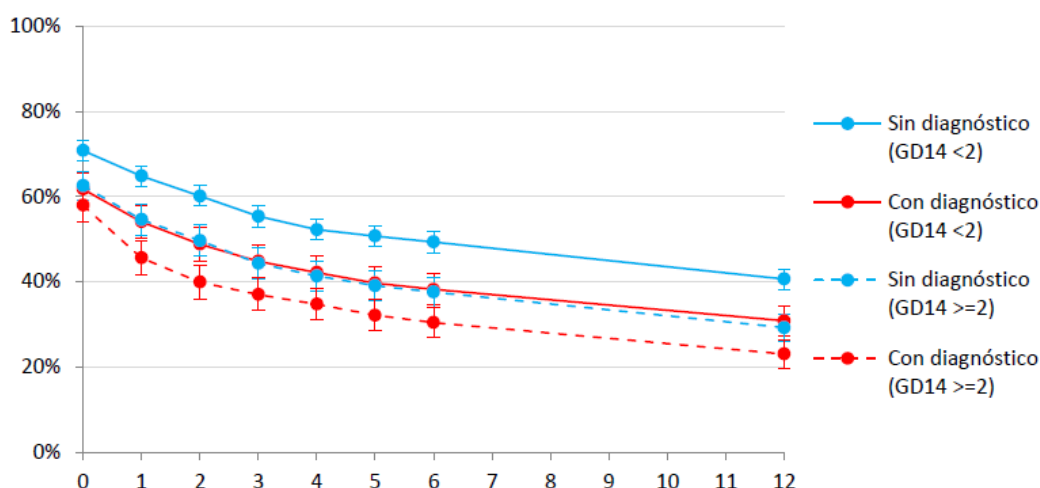


Figura 6. Evolución del curso temporal de la cesación tabáquica en pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico según la puntuación en las preguntas de cribado de la subescala de depresión del test de Goldberg (Veiga, 2016).

2.2.3. MAYOR NIVEL DE ESTRÉS

Para cuantificar el nivel de estrés se utilizó la escala de estrés percibido, escala cuyo rango va de 0 a 40. En virtud de la capacidad predictiva de la cesación el punto de corte se estableció en el 20, considerándose con alto nivel de estrés a quienes puntuaban ≥ 20 . En función de este punto de corte en la escala y la división entre personas con diagnóstico psiquiátrico y sin él, se apreció que las tasas de cesación evolucionaban de manera similar a las dos gráficas anteriores:

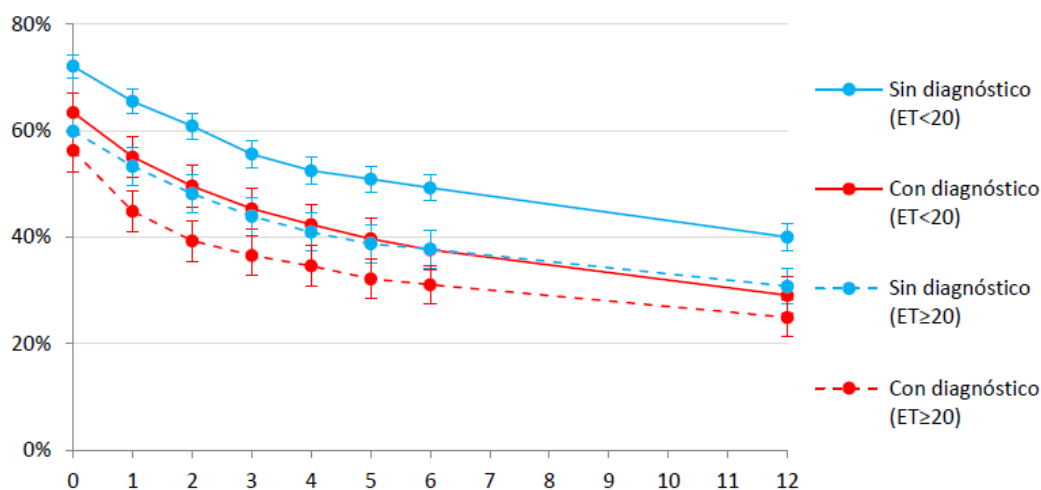


Figura 7. Evolución del curso temporal de la cesación tabáquica en pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico según la puntuación en el test de estrés percibido (Veiga, 2016).

2.2.4. MENOR APOYO FAMILIAR REFERIDO

En el caso del apoyo familiar se utiliza la percepción del paciente para su medición: se le pide al paciente que refiera en una escala de 0 a 10 cuál cree que es el grado de apoyo familiar que va

a recibir en su intento. El punto de corte más predictor se estableció en el 6, considerándose personas con bajo nivel de apoyo familiar aquellas que puntuaban 5 o menos. La gráfica en función de estas variables sería de la siguiente manera:

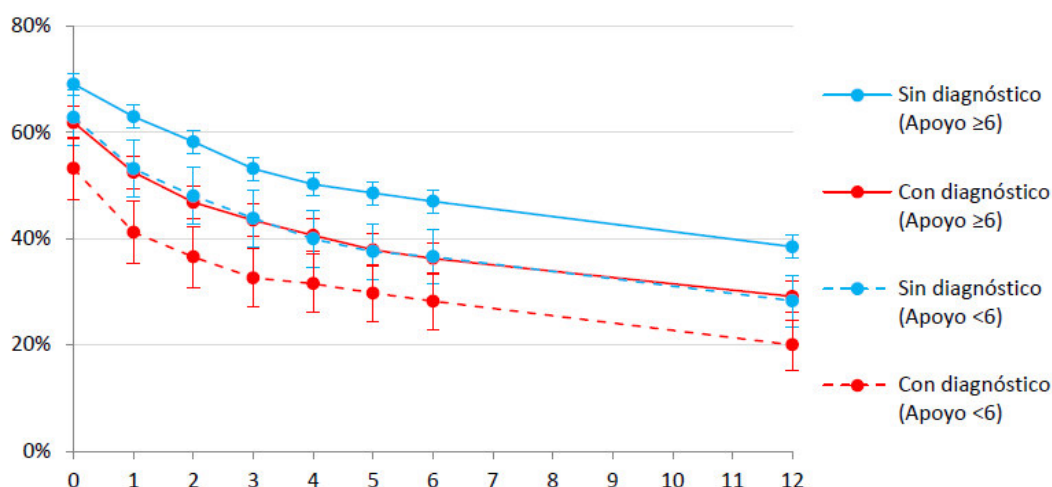


Figura 8. Evolución del curso temporal de la cesación tabáquica en pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico según el grado de apoyo familiar referido (Veiga, 2016).

2.2.5. ABSTINENCIA MÁXIMA ALCANZADA EN INTENTOS PREVIOS

Por último se analizó la influencia que tiene el máximo tiempo de abstinencia tabáquica alcanzado en intentos previos de cesación. Aunque no se observan entre pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico en el tiempo medio que se estuvo abstinentes en el intento más duradero, sí se aprecian diferencias entre ambos grupos cara a la cesación: en igualdad de tiempo de abstinencia (punto de corte de 1 mes), las personas con un diagnóstico psiquiátrico presentan menores tasas que las que carecen del mismo. Los datos obtenidos se reflejan en la siguiente gráfica:

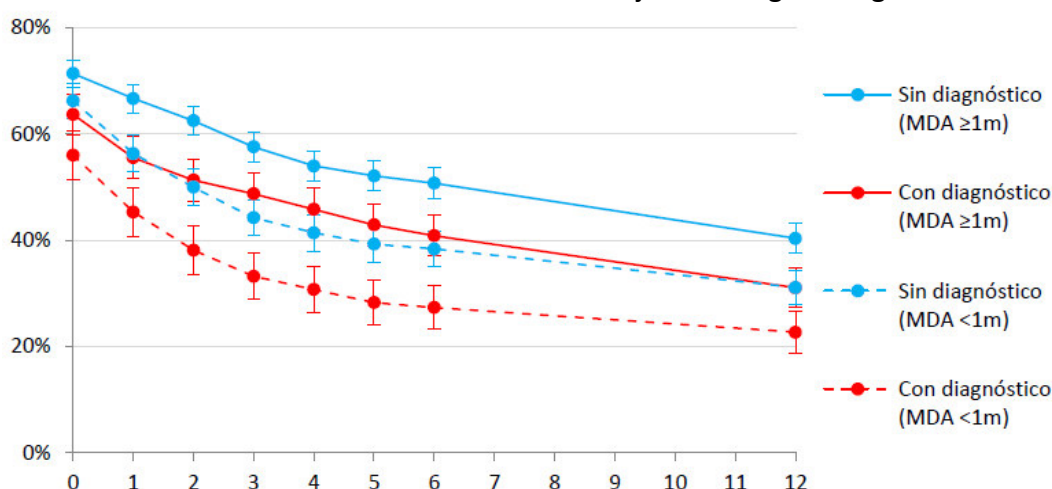


Figura 9. Evolución del curso temporal de la cesación tabáquica en pacientes con y sin diagnóstico psiquiátrico según el mayor tiempo de abstinencia conseguido en intentos previos (Veiga, 2016).

2.2.6. OTRAS POSIBLES CAUSAS DE LAS DIFERENCIAS EN CESACIÓN

Las tres observaciones realizadas acerca de la figura 5 en el apartado 6.1. (dependencia de la nicotina) son aplicables al resto de gráficas posteriores, ya que se ve cómo la evolución de los pacientes en función de cada variable es similar: los pacientes psiquiátricos responden peor (dejan de fumar menos) aun cuando puntúen de manera similar a los no psiquiátricos en las diversas variables predictoras de cesación que se analizaron en el trabajo de Veiga (2016).

Por tanto, la hipótesis de que las peores tasas de cesación en pacientes con patología mental son debidas a la mayor presencia en estas personas de las variables analizadas en párrafos anteriores puede no considerarse del todo cierta. La cuestión clave es que **el hecho de tener un diagnóstico psiquiátrico en la historia clínica influye negativamente en las tasas de cesación tabáquica**, independientemente de otras variables –relevantes de suyo para la cesación- como son el grado de dependencia, la sintomatología depresiva, el estrés o el grado de apoyo familiar.

Por qué un diagnóstico psiquiátrico puede influir negativamente en la cesación podría intentarse justificar mediante diversas hipótesis:

- Determinada sintomatología psiquiátrica (anergia o inhibición, anhedonia o falta de placeres alternativos, menor autoestima...) podría asociarse con un balance costes-beneficios más desfavorables para la cesación y por ello dificultar el inicio del cambio de conducta o el mantenimiento en el mismo.
- Podría existir una variable no analizada en éste o en otros estudios que esté presente en la mayor parte de personas con patología mental y que no disminuyese diferencialmente (esto es, más en los pacientes psiquiátricos que en los que no lo son) las tasas de cesación tabáquica. Si esta variable existiera haría que se mantuviesen parejas las líneas continuas y discontinuas de las gráficas anteriores. Esta variable podría ser, por poner un ejemplo, la tolerancia a la frustración o alguna otra que no se analiza actualmente en ninguna unidad de tabaquismo.
- Otro factor a tener en cuenta en pacientes con trastornos psiquiátricos es que este grupo de personas, por lo general, tienden a poseer menores habilidades o recursos a nivel emocional, relacional y (no siempre) cognitivo. Estas carencias condicionan el hecho de que sean personas con mayor dificultad para cambiar conductas repetitivas o de habituación, como son las adictivas y concretamente en nuestro caso el consumo de tabaco (Ayesta y Rodríguez, 2007).

3. ABORDAJE DEL TABAQUISMO EN LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Independientemente de que exista un trastorno adictivo o no (que frecuentemente lo existe), la razón principal para el abordaje del consumo de tabaco por parte de los profesionales sanitarios es debido a que constituye un grave factor de riesgo para la salud de nuestros pacientes, más importante en ocasiones que el motivo de consulta del paciente.

Por tanto nuestra responsabilidad como referente de salud para el paciente -que si acude a nosotros es porque le preocupa su salud- es advertirle de los factores de riesgo de padecer enfermedades e intentar reducirlos y, si es posible, eliminarlos.

El hecho de que el tabaco sea un factor de riesgo evitable no hace más que incrementar nuestra responsabilidad de intervenir para hacer que nuestros pacientes perciban adecuadamente los riesgos que corre y ayudar a eliminarlos si así lo decide.

3.1. ABORDAJE GENERAL DEL CONSUMO DE TABACO

Un desarrollo más ampliado de este tema puede verse en Ayesta y Galán, 2012.

La evidencia muestra que la eficacia de las intervenciones en tabaco es tiempo-dependiente: cuanto más tiempo se dedique a la intervención mayores serán las tasas de abstinencia que se consigan a largo plazo. Intervenciones muy breves, de menos de tres minutos, consiguen aumentar las tasas de abstinencia a largo plazo (figuras 10 y 11).

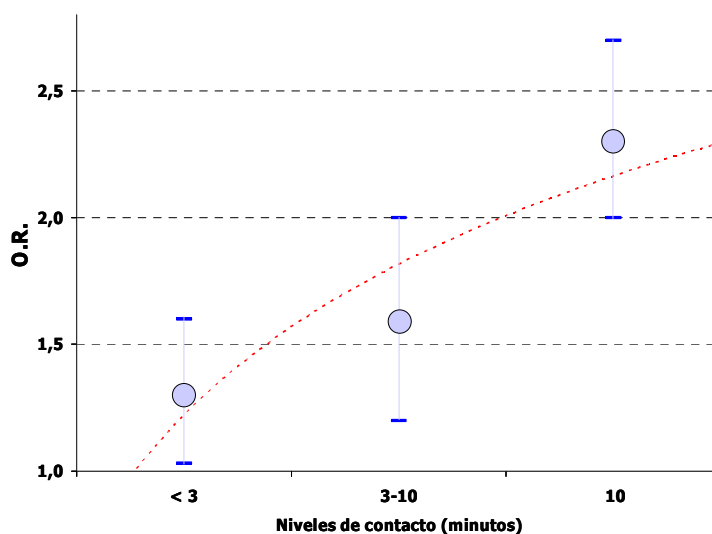


Figura 10. Tasas de cesación a largo plazo según el tiempo invertido en la cesación (control: no intervención) (elaborada a partir de las tablas de Fiore y cols., 2008). Intervenciones muy breves.

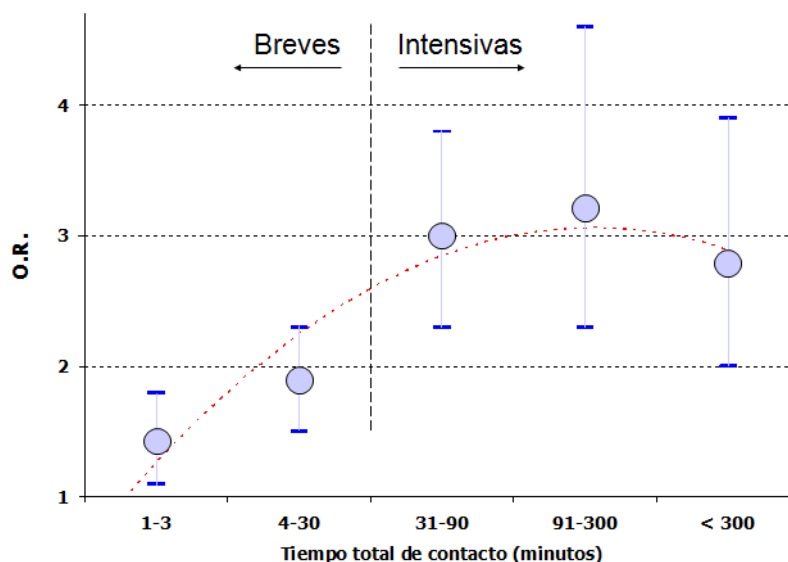


Figura 11. Tasas de cesación a largo plazo según el tiempo invertido en la cesación (control: no intervención) (elaborada a partir de las tablas de Fiore y cols., 2008). Todo tipo de intervenciones.

La Guía Americana (Fiore y cols., 2008) divide las intervenciones en breves e intensivas, estableciendo el punto de corte entre ambas en un total de tiempo dedicado al paciente de 30 minutos, que preferiblemente deben administrarse en varias sesiones, ya que la evidencia muestra también (figura 12) que, a igualdad de tiempo, la eficacia es mayor con un mayor número de sesiones que sólo en una.

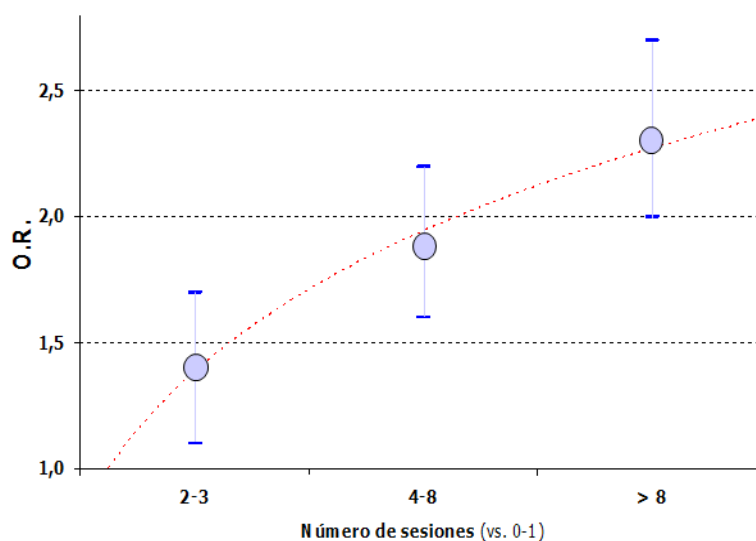


Figura 12. Tasas de cesación a largo plazo según el número de sesiones en el que se divide la intervención (elaborada a partir de las tablas de Fiore y cols., 2008).

3.1.1. LAS 5 As

La principal herramienta de los profesionales sanitarios para conseguir la cesación del consumo de tabaco son las intervenciones breves, que han demostrado ser altamente efectivas para ayudar a muchas personas a dejar de fumar, aún cuando lleven muchos años fumando e incluso aunque hayan desarrollado patología asociada al consumo. Quien desconoce en profundidad lo que son las conductas adictivas tiende a pensar que las intervenciones breves no son eficaces en personas con un consumo alto o prolongado, pero la evidencia muestra que no siempre es así. Los pacientes con un diagnóstico psiquiátrico no son una excepción en esto.

La estructura básica de las intervenciones breves se refleja en la figura 13

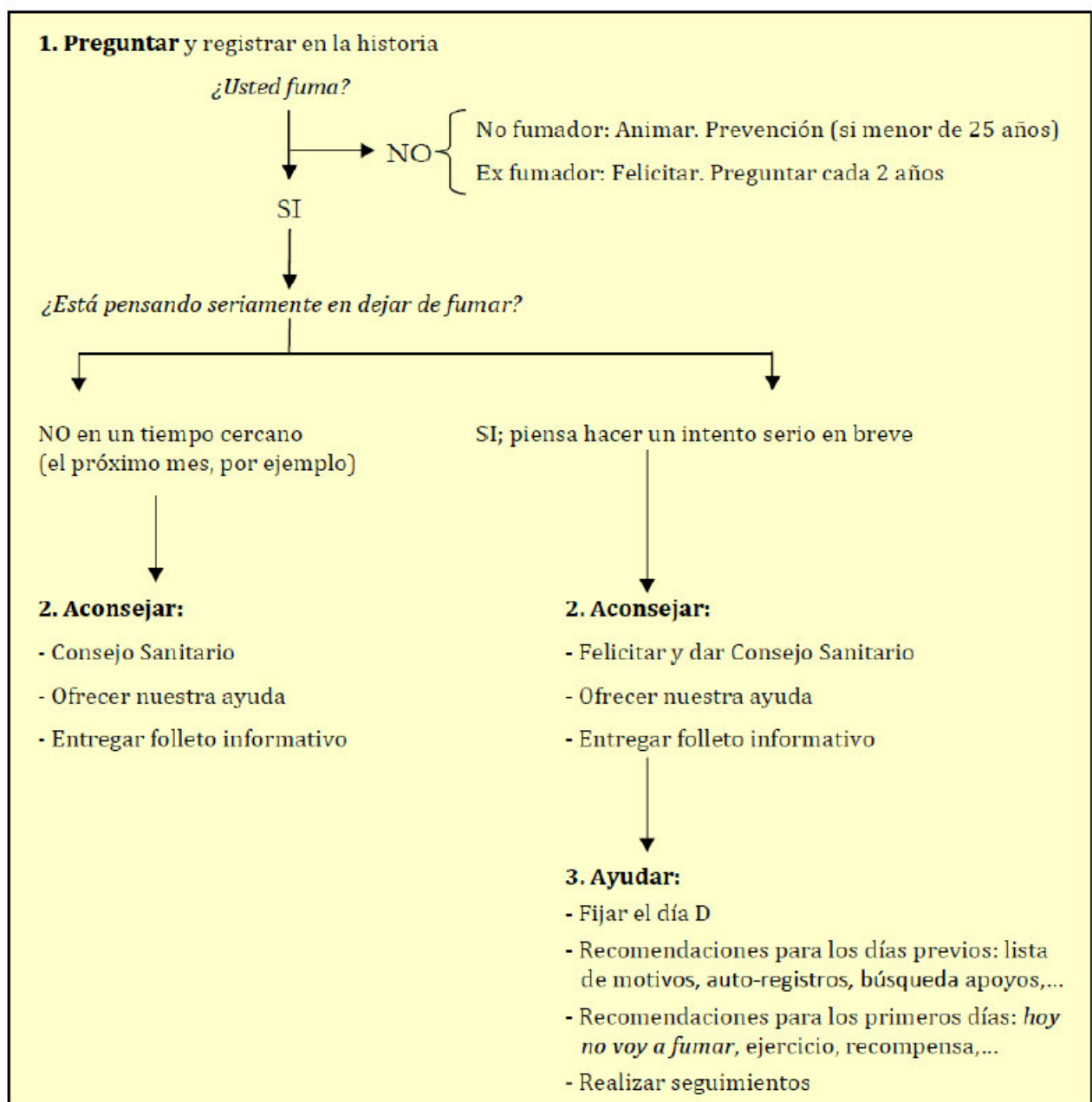


Figura 13. Ejemplo sencillo de algoritmo de intervención breve (Rodríguez y cols., 2010).

Este algoritmo se basa en la intervención conocida como de las “5As”: **Averiguar (Ask)**, **Aconsejar (Advice)**, **Analizar (Assess)**, **Ayudar (Assist)** y **Acordar el seguimiento (Arrange)**. A continuación se explican estos pasos algo más ampliamente:

Preguntar o averiguar: en general se ha de hacer de forma directa, tanto cuando preguntamos si fuma o cuando queremos saber su intención de dejar de fumar. Conviene registrar en la historia clínica el hecho de que el paciente es fumador de cara a fomentar la intervención sobre este paciente por parte de otros profesionales sanitarios que lo traten.

Aconsejar: tanto si el paciente está decidido a dejar de fumar como si no, debemos dar un consejo serio, sencillo, breve y personalizado, de forma que le hagamos ver el riesgo que corre si continúa fumando e intentemos remover los posibles obstáculos para el inicio de su cesación. Esta metodología sencilla está reconocida como la más eficiente. Además, este consejo se puede acompañar de una serie de acciones que aumentan la eficacia de la intervención como son la entrega de un folleto informativo y/o la garantía de poder contar con nuestro apoyo profesional cuando decida iniciar el proceso de cesación tabáquica.

Analizar: Se trata de ver las disposiciones del paciente al respecto. Caso de que refiera estar dispuesto a dejar de fumar, se le ofrece ayuda si la desea; si no, conviene realizar una intervención motivadora breve.

Ayudar y Acordar el seguimiento: en estas fases ya profundizamos más en la conducta del paciente, valiéndonos de la entrevista clínica. En esta fase, además de aumentar la motivación que tiene el paciente para dejar de fumar, conviene profundizar en los componentes adictivos de la conducta de fumar y ofrecer las herramientas farmacológicas y conductuales que le puedan ser útiles.

Profundizar en los aspectos adictivos de la conducta de fumar implica resumidamente:

- a) Realizar un estudio en profundidad de las posibles recaídas que haya tenido.
- b) Descubrir los estímulos asociados a su consumo y ayudarle a enfrentarse a ellos.
- c) Analizar qué aporta la conducta de fumar y ver cómo debe ser sustituido.

Es importante también reconocer potenciales barreras u obstáculos cara al proceso de cesación: miedo a ganar peso, a ser incapaz de controlar determinados estados anímicos, a perder alicientes en la vida,...

A la entrevista clínica, sería conveniente añadir una serie de acciones importantes para que el paciente tome conciencia del proceso que va a llevar a cabo y de cómo se va a sentir durante dicho proceso. Se trata de una serie de herramientas simples que ayudan a sentar unas bases antes de iniciar la cesación tabáquica, aumentando la efectividad de la fase de ayuda del abordaje. Entre estas herramientas se encuentran:

- Autorregistros previos al inicio de la cesación apuntando en un papel a qué horas les apetece más fumar o qué cigarros les parecen más prescindibles o imprescindibles, puntuando en una escala del 1 al 10 la necesidad que tienen de fumar cada cigarro (por ejemplo, el de después de comer un 8, el de después de desayunar un 6...).
- Fijación del día D: la fijación de un día específico por parte del paciente para dejar de fumar suele aportar mejores resultados. Podemos sugerirle un día como, por ejemplo, año nuevo o el día después de su cumpleaños, si le notamos indeciso, pero lo ideal es que sea él quien elija el día en función de su situación personal previsible en ese día.
- Lista de motivos para dejar de fumar y motivos para no hacerlo: útil para incrementar la motivación del paciente.
- Prevención de los consumos puntuales: eliminando del entorno del paciente distintos estímulos que incitan al consumo de tabaco (objetos determinados, consumo de café o alcohol, ofrecimientos por parte de otras personas).
- Búsqueda de apoyos externos: es importante que el paciente sepa qué personas de su entorno pueden apoyarle en caso de debilidad, por lo que es conveniente que el paciente haga público que va a dejar de fumar.
- Adicionalmente, conviene Informar al paciente sobre distintos aspectos clave en este proceso:
 1. Dejar de fumar debe ser percibido por el paciente como una ganancia.
 2. Lo más frecuente es conseguirlo tras varios intentos de cesación.
 3. Los primeros días y semanas pueden aparecer síntomas transitorios y tratables.
 4. El objetivo del tratamiento es conseguir la abstinencia a largo plazo, no que desaparezcan los deseos de fumar.

3.1.2. HERRAMIENTAS FARMACOLÓGICAS ÚTILES

Hay una serie de moléculas que se han mostrado útiles para dejar de fumar. Se consideran fármacos de primera línea:

- **Tratamiento sustitutivo con nicotina (TSN)** en sus diversas presentaciones: parches, chicles, comprimidos para chupar, comprimidos sublinguales, spray nasal e inhalador bucal (no todas ellas están comercializadas en todos los países).
- **Vareniclina:** agonista parcial del receptor nicotínico de la acetilcolina.
- **Bupropion:** antagonista no competitivo de los receptores nicotínicos e inhibidor de la recaptación de diversas aminas cerebrales (dopamina y noradrenalina).

La **nortriptilina** y la **clonidina** son de segunda línea debido a que su perfil de efectos secundarios es menos favorable. Lo mismo puede decirse de la **citisina** que es similar a la vareniclina pero sólo está comercializada en el este de Europa.

La tabla 3 recoge la eficacia de los fármacos de primera línea según los metanálisis publicados en la Guía Americana (Fiore y cols., 2008) y en las diversas revisiones de la biblioteca Cochrane (Stead y cols., 2012; Hughes y cols., 2014; Cahill y cols., 2016).

Tabla 3. Odds Ratios de incrementar la cesación de los fármacos de primera línea en el tratamiento del tabaquismo.

	GUIA AMERICANA (2008)		COCHRANE (2009-actualidad)	
	Nº ensayos	OR [IC 95%]	Nº ensayos	OR [IC 95%]
Placebo	80	1	>100	1
TSN Parche (<14 sem)	32	1,9 [1,7-2,2]	43	1,6 [1,5-1,8]
Chicle (<14 sem)	15	1,5 [1,2-1,7]	55	1,5 [1,4-1,6]
Comprimidos	-	-	6	2,0 [1,6-2,4]
Spray nasal	4	2,3 [1,7-3,0]	4	2,0 [1,5-2,7]
Inhalador	6	2,1 [1,5-2,9]	4	2,0 [1,4-2,7]
VARENICLINA 2mg/d	5	3,1 [2,5-3,8]	27	2,2 [2,1-2,4]
BUPROPIÓN	26	2,0 [1,8-2,2]	44	1,6 [1,5-1,8]

Es importante destacar que la razón por la que se emplean los fármacos en el tratamiento del tabaquismo es porque aumentan las tasas de cesación a largo plazo (tabla 3) y no porque hagan más llevadero el proceso, por aliviar la sintomatología de abstinencia (aunque, si ésta existe, la

palian) o por otros motivos. Por ello, deben ser utilizados en la manera en que se han mostrado útiles: siendo administrado durante 8 o 12 semanas (según el fármaco) independientemente de que el paciente perciba o no efectos positivos y de que siga teniendo deseos de consumir o algún otro síntoma.

La elección de uno u otro fármaco va en función de la no existencia de contraindicaciones y de las preferencias o experiencias pasadas del paciente.

De la tabla 3 se concluye que la acción de los fármacos es aumentar la eficacia de la intervención basal. De manera resumida puede decirse que aproximadamente doblan la eficacia de la intervención basal (aunque hay diferencias entre ellos).

De esta tabla puede deducirse que, aunque parezca contraintuitivo, la única manera de aumentar la eficacia de los fármacos es aumentando la intensidad de la intervención, no aumentando la dosis (ver 3.2). Doblar la eficacia de una intervención sencilla (de una eficacia del 5% por ejemplo) implica llegar al 10% si se emplean bien los fármacos; por el contrario, administrar fármacos en el contexto de intervenciones más intensivas (con eficacias del 20%) hace que la eficacia de la intervención llegue al 40%.

Esta es la razón por la que los tratamientos más eficaces en tabaquismo son aquellos que combinan técnicas conductuales y tratamientos farmacológicos y por la que carece de mucho sentido administrar fármacos fuera de un contexto clínico de intervención (Ayesta y Galán, 2012).

3.2. CÓMO INTENSIFICAR EL TRATAMIENTO

En el apartado anterior se ha descrito las líneas generales para realizar un adecuado abordaje del consumo de tabaco. Estas son aplicables a todo tipo de personas fumadoras.

Sin embargo, hay personas que, por las características de su trastorno adictivo o por circunstancias personales, necesitarán intervenciones más intensivas. En este grupo puede ser incluida una gran parte de las personas fumadoras con un trastorno mental concomitante.

Debe señalarse que **no existe un abordaje psicológico específico para este grupo de la población**, pero sí se recomienda que sea más intensivo (mayor tiempo invertido) y que se adapte a las capacidades cognitivas del paciente (Morris y cols., 2009; Schroeder y Morris, 2010; Ballbè y Gual, 2012; Carreras y Quesada, 2012).

La base de este abordaje más intensivo es, en primer lugar, poner más empeño en conseguir que deseen realizar un intento serio de cesación. Puede ser necesario complementar la técnica de las 5As con la técnica de las “5Rs” adaptada a las necesidades concretas de los pacientes con trastornos psiquiátricos:

- **Relevancia:** ayudar al paciente a encontrar los motivos relevantes para dejar de fumar. En este aspecto cobra importancia el contexto físico, social y psicológico de cada persona.
- **Riesgos:** ayudar a identificar consecuencias negativas del consumo de tabaco. Además de los riesgos ya conocidos para la salud física se debe informar de que el consumo de tabaco interfiere en el metabolismo de diversos fármacos que se utilizan en el tratamiento de algunas enfermedades psiquiátricas, de manera que puede ser necesario incrementar la dosis de determinadas medicaciones con el consiguiente aumento del riesgo de efectos adversos de esos fármacos.
- **Recompensas:** ayudar a ver los potenciales beneficios de la cesación tabáquica. Además de los beneficios en su salud física y en su economía (que conciernen por igual a la población general), la evidencia tiende a mostrar que la abstinencia de nicotina mejora la evolución de algunas patologías mentales.
- **Resistencias:** ayudar al paciente a identificar cuáles son las barreras que le impiden dejar de fumar. Además de las que afectan a la población general como son el miedo a los síntomas de abstinencia, a ganar peso, al fracaso, a afrontar situaciones sociales sin fumar, etc. En personas con trastornos psiquiátricos está presente el temor a que la intervención para dejar de fumar pueda interferir de manera negativa en la clínica psiquiátrica propia de su patología aunque, en general, se ha descrito que presentan una buena evolución.
- **Repetición:** repetir esta intervención en cada visita clínica.

Como se ha señalado en 3.1, la eficacia de las intervenciones en tabaco es tiempo-dependiente. Por ello, se debe dedicar más tiempo a quienes, por los motivos que sean, no han conseguido una cesación mantenida en intentos previos. Y, como se comentará en 3.5 está es la razón por la que puede convenir derivar a estos pacientes a unidades más especializadas.

Dado que los pacientes con algún trastorno psiquiátrico tienden a presentar mayores dificultades en la cesación y menores tasas de abstinencia en sus intentos, puede ser conveniente –incluso necesario– que se realicen intervenciones más duraderas en muchas de estas personas (no

necesariamente todas). Dedicar más tiempo no implica necesariamente tener que recurrir a técnicas distintas a las utilizadas en Atención Primaria con la población general (aunque en ocasiones pueda ser recomendable).

La razón de dedicar más tiempo no es el hecho del tiempo *per se*, sino que esto permite profundizar en los componente adictivos de la conducta de fumar, en las dificultades que se encuentran en el proceso de cesación y en las ambivalencias que pueden surgir respecto al cambio de conducta que supone la cesación.

Una intensificación de la intervención puede conseguirse aumentando el tiempo total de intervención en cada una de las sesiones (analizando en ellas más en profundidad los antecedentes y los consecuentes del consumo y entrenando sobre cómo enfrentarse a los mismos) o aumentando el número de contactos (aun sin aumentar en gran manera el tiempo total), contactos que pueden ser oportunistas, programados, telefónicos, individuales o grupales.

Gutiérrez-Bardeci y cols. (2013) han señalado la potencial importancia de una intervención algo más intensiva en los pacientes con sintomatología psiquiátrica en Atención Primaria. Realizan una intervención relativamente intensiva (5 sesiones) en grupo y multicomponente (combinando diversas técnicas conductuales y fármacos) en personas que desean dejar de fumar.

Observan cómo las personas con sintomatología psiquiátrica (n:97) tienden a beneficiarse menos de la intervención que el resto de los pacientes (n:170) y que las diferencias surgen de manera significativa sólo al principio del tratamiento (figura 14).

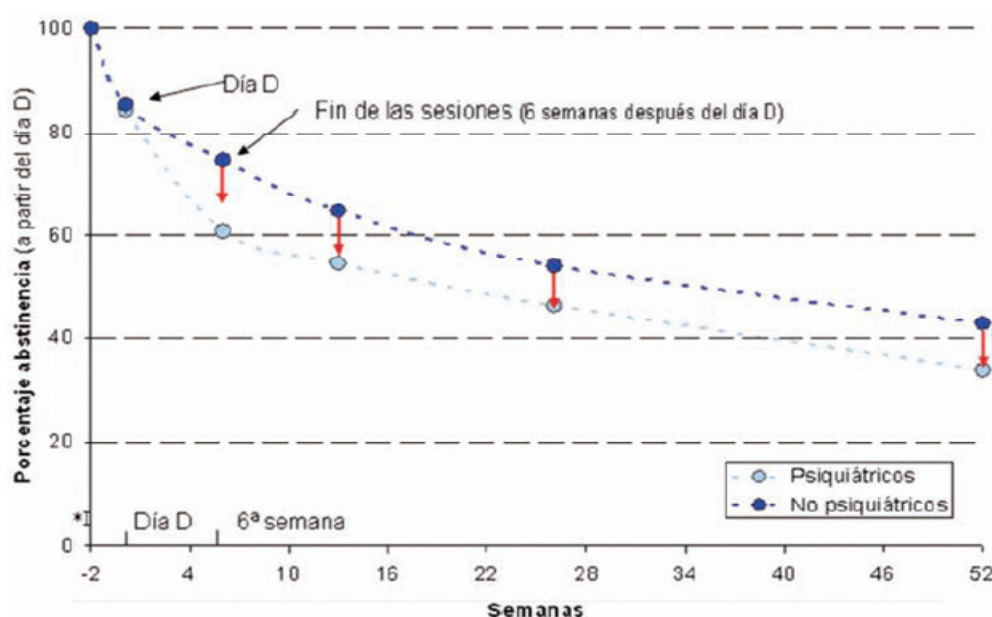


Figura 14. Curso temporal de la abstinencia en pacientes con y sin sintomatología psiquiátrica (Gutiérrez-Bardeci y cols., 2013).

Un análisis detallado de esta figura muestra que:

1. A penas hay diferencia entre los dos grupos en cuanto al porcentaje de sujetos que no llegaron a estar 1 día abstinentes, es decir, los que no alcanzaron el día D (15,5% en personas sin diagnóstico psiquiátrico frente a 14,7% en personas con diagnóstico psiquiátrico).
2. **El periodo donde se observa una mayor diferencia entre las recaídas en pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos es en las primeras 6 semanas tras el cese, es decir, entre el día D y el final de las sesiones.** En este intervalo de tiempo recayeron un 23,7% de los sujetos con trastornos psiquiátricos, frente a sólo un 10,6% en las personas sin diagnóstico psiquiátrico ($p=0,02$), algo similar a lo referido otros estudios (Ziedonis y cols., 2008; Banham y Gilbody, 2010).
3. Las líneas que representan el porcentaje de abstinencia en ambos grupos (psiquiátricos y no psiquiátricos) discurren más o menos paralelas y equidistantes en la gráfica a partir de la sexta semana, lo que implica que a partir de la fecha de término de las 5 sesiones las diferencias entre los porcentajes de recaídas de los dos grupos no son significativas.

De estos resultados los autores concluyen que:

- La terapia grupal aplicada en la población general es también efectiva en personas con un diagnóstico psiquiátrico en su historia clínica, ya que se observan tasas de abstinencia al año superiores al 30%, a pesar de que éstas no sean tan altas como las del grupo de personas sin diagnóstico psiquiátrico.
- El hecho de que el porcentaje de participantes con antecedentes psiquiátricos que llega al día D sea similar al del resto de personas fumadoras es indicativo de que en las personas con patología mental no hay déficit de motivación para iniciar el proceso de cesación tabáquica.
- Dado que las diferencias en cesación entre pacientes con y sin historia psiquiátrica se observa en el periodo entre el día D y el fin de las sesiones, aplicar intervenciones más intensivas en este periodo podría resultar en mayores tasas de abstinencia en los pacientes con historia psiquiátrica.

La necesidad de intensificar la intervención es también otra conclusión del trabajo de Veiga (2016), que considera que las personas con un diagnóstico psiquiátrico previo presentan un amplio margen de mejora, especialmente en las variables modificables que resultan predoctoras de recaída (como estado anímico actual o algunos aspectos de la dependencia), mejora que muy

probablemente se podría conseguir intensificando las intervenciones, tanto antes del momento de la cesación (del día D) como posteriormente, a lo largo del proceso de seguimiento.

3.3. POTENCIALES INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DURANTE LA CESACIÓN

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 la patología psiquiátrica.

Aunque estas 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 en que puede ser necesario ajustar algunas de las medicaciones que toman los pacientes.

La principal interacción es provocada por los hidrocarburos aromáticos policíclicos (PAHs) contenidos en los cigarrillos. Los PAHs 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 que son metabolizados por CYP1A1 y CYP1A2 (y que, por tanto, disminuyen su concentración plasmática con el consumo de tabaco) quedan recogidos en la tabla 4.

Tabla 4. Fármacos psicoactivos cuyas concentraciones plasmáticas son menores en las personas fumadoras (por inducción por los PAHs de CYP1A1 y CYP1A2 (Anderson y Chan, 2016).

↓[Concentración en sangre]		
ANTIPSICÓTICOS	ANTIDEPRESIVOS	Otros
Clorpromazina Clozapina Haloperidol Olanzapina	Fluvoxamina Mirtazapina	Tacrina (usado en enfermedad de Alzheimer) Melatonina (empleado en trastornos circadianos del sueño)

Teniendo en cuenta esto, se debería disminuir la dosis de estos fármacos durante el proceso de abandono del consumo de tabaco, ya que, al desaparecer el mecanismo de inducción del CYP por parte de los PAHs, la concentración en sangre -y por tanto sus efectos- aumentará.

Así mismo, algunos fármacos utilizados en el tratamiento de trastornos psiquiátricos interaccionan 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: algunos inducen su funcionamiento (disminuyendo la concentración de nicotina en sangre) y otros lo inhiben (aumentando la concentración en sangre) como se observa en la tabla 5.

Tabla 5. Fármacos psicoactivos que alteran la concentración plasmática de nicotina (Anderson y Chan, 2016).

Fármaco	Mecanismo	[NICOTINA]
Carbamazepina	Inducción	↑
Selegilina y tranilcipromina	Inhibición	↓

Los fármacos de esta tabla podrían ser relevantes durante el proceso de cesación tabáquica en aquellos pacientes que utilizaran Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN) en cualquiera de sus formas (chicles, parches, sprays nasales, etc.).

Otro fármaco comúnmente utilizado en el tratamiento de la abstinencia tabáquica y que puede presentar interacciones con medicamentos utilizados en psiquiatría es el **bupropion**. Estas interacciones son básicamente teóricas (heurísticas, según algunos) pero, en principio, se debería tener cierta precaución a la hora de prescribirlo en los pacientes está en tratamiento con alguno de los siguientes fármacos (tabla 6).

Tabla 6. Fármacos psicoactivos que pueden interactuar con el bupropión (Galán y Redondo, 2012) (BUP: Bupropion; OH-BUP: hidroxobupropion).

FÁRMACOS	MECANISMO	EFFECTO PREVISIBLE
INDUCTORES DEL CYP2B6: Carbamazepina	↑ Metabolismo del BUP; posible acumul. OH-BUP	↑ Toxicidad OH-BUP? ↓ eficacia?
INHIBIDORES DEL CYP2D6: Ácido valproico, Fluoxetina	↓ Metabolismo OH-BUP??	↑ Toxicidad OH-BUP
SUSTRATOS DEL CYP2D6: a. Antidepresivos tricíclicos (imipramina, desipramina, nortriptilina). b. Antidepresivos ISRS (fluoxetina, paroxetina), venlafaxina (es un dual); trazodona (no propiamente un ISRS). c. Antipsicóticos (risperidona, tioridazina, haloperidol).	El BUP puede ↓ metabolismo de los fármacos sustrato del CYP2D6.	↑ Toxicidad de estos fármacos
DISMINUYEN EL UMBRAL CONVULSIVO: Sobre todo los antipsicóticos .	El BUP también puede ↓ umbral convulsivo	↑ Riesgo de convulsiones
OTROS: IMAO Zolpidem	Desconocido Desconocido	↑ Toxicidad del bupropion ↑ Alucinaciones zolpidem?

3.4. ASPECTOS A TENER EN CUENTA SEGÚN EL TRASTORNO

En función del tipo de trastorno psiquiátrico que padezca cada paciente, el abordaje de la cesación del consumo de tabaco puede presentar una serie de peculiaridades. Lo correcto es decir que cada persona se encuadra dentro de un contexto con unas circunstancias únicas; sin embargo, de cara a una descripción generalizada de esas circunstancias, se considera pertinente la división por patologías psiquiátricas.

3.4.1. TRASTORNOS PSICÓTICOS

Algunos estudios afirman que los pacientes con esquizofrenia que fuman, presentan más síntomas positivos (alucinaciones, delirios) pero menos negativos (anhedonia, alogia, déficit de habilidades sociales entre otras) que aquellos que fuman poco o no fuman (Ziedonis y cols., 1994; Martínez-Ortega y cols., 2004; Aubin y cols., 2012). La falta de *insight* (conciencia de enfermedad) por parte de estos pacientes hace que el aumento de síntomas positivos no sea visto como un empeoramiento, pero sí que pueden percibir como una mejoría la disminución de los síntomas negativos, por lo que el balance coste-beneficio de consumir tabaco, desde el punto de vista del paciente esquizofrénico, es positivo. Esto podría que el abandono del consumo de tabaco en estos pacientes sea especialmente complicado.

Es importante hacerles ver las ventajas que representa la cesación tabáquica. Además de las ya conocidas (disminución de riesgos para la salud física, que en su caso es mayor), conviene ofrecer otras “garantías” a estos pacientes:

- A menudo los enfermos con trastornos psicóticos tienen recursos económicos limitados, por lo que hacerles ver el gasto que supone el consumo de tabaco, en ocasiones puede ser un recurso útil (Steinberg y cols., 2004).
- En la sociedad, el tabaquismo comienza a tener connotaciones negativas y, además, la forma compulsiva de fumar que tienen algunos de estos pacientes podría contribuir aún más a su estigmatización social (Haustein, 2005).
- Teniendo en cuenta la dificultad que algunos de estos pacientes presentan en determinadas habilidades, cumplimiento de objetivos, etc., conseguir la cesación tabáquica puede suponer un aumento de su autoestima.

- Hacerles saber que su patología psiquiátrica 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 que el síndrome de abstinencia o la neuroadaptación al funcionamiento sin nicotina pueda ocasionar a cualquier fumador (Aubin, 2009).

Como ya se ha señalado en el apartado anterior, la cesación tabáquica permite la disminución de la dosis de algunos medicamentos, entre los cuales se encuentran los antipsicóticos clorpromazina, clozapina, haloperidol y olanzapina. Reducir las dosis de estos medicamentos podría hacer que, en algunos casos, disminuyesen los efectos adversos de los mismos (Olivier y cols., 2007; Shmueli y cols., 2008).

La siguiente cuestión que nos debemos plantear en estos pacientes es **cuándo** es el momento idóneo para iniciar el proceso de cesación:

El abordaje del consumo de tabaco ha de iniciarse con una intervención breve a modo de entrevista motivacional (al igual que en la población general). Es condición necesaria que en el momento de realizar esta intervención el paciente se encuentre estabilizado (o al menos parcialmente estable) respecto a su trastorno psicótico (Olivier y cols., 2007; Shmueli y cols., 2008; El-Guebaly y cols 2002). La estructura de la entrevista inicial será similar a la de las entrevistas llevadas a cabo en el resto de personas fumadoras, añadiendo además la información sobre las ventajas citadas anteriormente. Los psicólogos, psiquiatras o el colectivo de enfermería especializado en psiquiatría son el personal sanitario que más entra en contacto con estos pacientes y, por tanto, los más indicados para llevar a cabo la intervención breve (Himelhoch y Daumit, 2003).

En algunos casos se lleva a cabo una reducción del consumo a modo de estrategia intermedia. Esta reducción no tiene el objetivo de reducir los daños causados por el tabaco (ya que no está demostrada su eficacia en este sentido), sino el de servir como paso previo a la cesación en pacientes que reúnen estas dos características: a) grandes fumadores (como son los esquizofrénicos) b) pacientes que se plantean la abstinencia pero necesitan una motivación extra.

Si se decide realizarlo, no es aconsejable prolongar el periodo de reducción de consumo más de 4 meses, pasando lo antes posible a la cesación. Para reducir el consumo se pueden seguir las siguientes estrategias:

- TSN oral, sustituyendo uno o dos cigarrillos por un chicle o comprimido de nicotina, hasta alcanzar una reducción de al menos un 50% en el número de cigarrillos.

- Inducción de cambios conductuales como: eliminación de cigarrillos asociados a determinados estímulos, incrementar el tiempo de espera entre cigarrillo y cigarrillo, creación de espacios libres de humo en el entorno del paciente.

En el inicio de la cesación el paciente, además de encontrarse estabilizado respecto a su patología psiquiátrica, debe mostrar suficiente motivación. La base de la estrategia a seguir con estos pacientes es igual que la descrita para la población general: combinación de terapia psicológica con terapia farmacológica. La terapia multicomponente consistiría en añadir a la psicoterapia basal ayuda con diferentes aspectos en los que suelen presentar dificultad los pacientes psiquiátricos (habilidades sociales, control de estímulos, búsqueda de apoyo social, afrontamiento de ánimo negativo, técnicas de relajación...), es decir, los recursos psicoterapéuticos con los que debía contar una Unidad de Atención especializada (Ranney y cols., 2006). Respecto al tipo de psicoterapia basal utilizada en las sesiones conviene reseñar que: a) ninguna técnica ha demostrado mayor eficacia que otra y b) no existen diferencias entre abordaje grupal e individual (Becoña, 1994). Puede también resultar útil en pacientes con trastornos psicóticos la práctica de ejercicio y otras actividades que sirvan como distracción, ya que la inactividad es un factor negativo para el éxito del abandono del tabaco (Raich y cols., 2007).

En el plano farmacológico, se deben manejar correctamente las dosis de los medicamentos neurolépticos, teniendo en cuenta las interacciones ya descritas en párrafos anteriores (Tablas 4, 5 y 6). En cuanto a los medicamentos utilizados para la cesación tabáquica se consideran seguros todos los fármacos de primera línea (Anthenelly y cols., 2016).

3.4.2. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Dentro de estos trastornos se incluyen la depresión (todos sus tipos) y el trastorno bipolar. El proceso es similar al descrito antes para los pacientes con trastornos psicóticos, con sus fases de sensibilización y cesación, y de reducción en caso de considerarse necesario.

En principio, se considera que la primera intervención o sensibilización debe hacerse cuando el paciente se encuentre en remisión de su clínica depresiva; sin embargo, está descrito que pacientes con sintomatología activa refieren querer dejar de fumar (79% en el grupo de Prochaska y cols., 2004) y que un porcentaje no despreciable (24% en este mismo estudio) refiere mostrarse preparado para iniciar cambios en su hábito tabáquico. De hecho, está

descrito que la severidad de la sintomatología depresiva o la historia de episodios de depresión previos no parecía influir en la disposición para el cambio (Prochaska y cols., 2004).

La intervención inicial se basa en un buen análisis de la preparación para el cambio, además de una intervención breve que suele consistir en una entrevista motivacional. Durante esta entrevista motivacional, al igual que en personas con otros trastornos, se debe hablar sobre las ventajas generales sobre la salud física que conlleva abandonar el consumo del tabaco, así como de una serie de ventajas que supondría esta cesación en personas con su trastorno psiquiátrico de cara a la evolución del mismo:

- En personas con trastorno bipolar el consumo de tabaco se ha relacionado con un mayor número de episodios maníacos y depresivos, con la gravedad de la clínica y con la mayor necesidad de tratamiento con antipsicóticos atípicos (Waxmonsky y cols., 2005).
- Respecto al curso de la enfermedad cuando se deja de fumar los resultados son controvertidos. Algunos autores afirmaron que empeora la sintomatología depresiva, aumentando el riesgo de recaída (Glassman y cols., 2001), aunque es difícil diferenciar la clínica de abstinencia de un empeoramiento en el trastorno afectivo. Sin embargo, los estudios más recientes tienden a mostrar que la cesación tabáquica no afecta a la evolución del trastorno depresivo (Tsoh y cols., 2000; Prochaska y cols., 2008) o incluso la mejora (Grover y cols., 2012; Khaled y cols., 2012; Ragg y cols., 2013; Taylor y cols., 2014).
- Otra circunstancia especial a tener en cuenta en estos pacientes son las ideas de muerte y el riesgo de suicidio. A pesar de que algunos estudios hayan afirmado un empeoramiento de la clínica depresiva al dejar de fumar, no se ha asociado esta cesación con el aumento de riesgo de suicidio, la valoración ha cambiado enormemente en los últimos años, en los que la relación del consumo de tabaco con la ideación suicida y su consumación ha ido aclarándose (Hughes, 2008; Valle, 2016).

En algunos casos podría ser recomendable una reducción del consumo como paso previo a la cesación (al igual que en las personas con trastornos psicóticos).

Es conveniente que la cesación en estos pacientes comience cuando se encuentren estables y no presenten síntomas agudos graves, pero no hay consenso sobre cuál es el momento más adecuado para iniciarla. Se puede decir que la gravedad de la clínica depresiva no altera la disposición al cambio pero sí influye en el éxito del proceso de cesación.

Una vez más la mejor estrategia para conseguir que el paciente logre la abstinencia es la combinación de tratamiento psicológico y farmacoterapia. Concretamente en los pacientes con trastornos afectivos el tipo de psicoterapia más efectiva es la terapia cognitivo-conductual (TCC) (El-Guebaly y cols., 2002).

Tanto la TSN como el bupropion y la vareniclina se han demostrado su eficacia en la cesación tabáquica en pacientes con depresión. Aunque el bupropion es un fármaco antidepresivo, esto no lo hace más adecuado para el tratamiento en estos pacientes (Fiore y cols., 2008). Sin embargo, sí que lo contraindica en pacientes con trastorno bipolar, algo que en principio no ocurre con las otras dos moléculas. Respecto al riesgo de suicidio o de ideas autolíticas en estos pacientes utilizando los fármacos descritos (TSN, bupropion y vareniclina) no existen diferencias significativas entre unos y otros (Gunnell y cols., 2009; Anthenelli y cols., 2016).

3.4.3. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

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 que los fumadores sin trastornos de ansiedad (Johnson y cols., 2000; Goodwin y Hamilton, 2002; Morissette y cols., 2007).

En los pacientes con trastornos de ansiedad, la fase de sensibilización se comienza interrogando sobre su consumo de tabaco y las características del mismo (al igual que en el resto de la población), abordando también su grado de preocupación respecto al tema y si se plantean o no un cambio en ese hábito. Las personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad pueden mostrarse ambivalentes ante el miedo a padecer ansiedad a medio o largo plazo, sin atreverse a plantearlo de manera espontánea.

El temor de estas personas a padecer más síntomas de estrés cuando dejen de fumar debe ser disuadido, ya que las evidencias científicas muestran que no sólo no se incrementa esta sintomatología sino que, de hecho, el nivel de estrés es menor en personas no fumadoras (McDermott y cols., 2013; Taylor y cols., 2014). La nicotina sólo alivia temporalmente la ansiedad, pudiéndose comportar propiamente como una sustancia ansiogénica (Ayesta y cols., 2014)

En estos pacientes también podría ser conveniente una fase de reducción del consumo de cigarrillos, siendo útiles las siguientes estrategias: a) períodos temporales de abstinencia con ayuda de TSN a corto plazo; b) aprender a posponer la acción de fumar en los momentos de ansiedad.

Esta fase de reducción puede ser utilizada cuando las condiciones psicológicas o emocionales del paciente con ansiedad no son las adecuadas para iniciar la cesación. En estos casos se pueden incluir dentro de esta etapa el aprendizaje del control de estímulos, las técnicas de aplazamiento, etc. con el fin de mejorar la autoeficacia (que puede estar disminuida en este grupo de personas).

La cesación se debe iniciar cuando los pacientes se muestren favorables al tratamiento, siempre que el trastorno de ansiedad presente cierta estabilidad y las condiciones emocionales y psicológicas sean adecuadas.

El método utilizado para conseguir el éxito en la fase de cesación, prácticamente no difiere del llevado a cabo en la población general, aunque en pacientes con trastornos de ansiedad podría ser conveniente realizar una terapia multicomponente estándar, orientando la misma hacia el abordaje del autocontrol (Becoña, 2003). La psicoterapia de elección en estos pacientes sería la TCC, que se ha de combinar con tratamiento farmacológico. Sobre este último, no se han observado diferencias significativas respecto a la eficacia de los distintos fármacos que se suelen utilizar (TSN, bupropion, vareniclina). Durante el período de cesación es importante vigilar del trastorno de base (distintos trastornos de la ansiedad) y valorar las posibles interacciones farmacológicas (Ballbè y Gual, 2012).

3.4.4. TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS (TUS)

Los fumadores con trastorno por dependencia del alcohol suelen presentar puntuaciones más elevadas en los tests que valoran la gravedad de la adicción al tabaco (Marks y cols., 1997). También, se ha observado una dependencia más grave de la nicotina en pacientes con dependencia de opiáceos y de cocaína en comparación con la población general (Sobradíel y García-Vicent, 2007).

La tabla 2, que recogía las tasas de abandono del consumo de tabaco en función de los distintos trastornos psiquiátricos, no mostraba las tasas de las personas con TUS. Respecto a éstas, algunos estudios afirman que son similares a las de la población general (El-Guebaly y cols., 2002; Hughes y Kalman, 2006; Kalman y cols., 2006), obteniéndose buenos resultados a corto plazo; sin embargo, son mayoría los que muestran cómo a largo plazo estas tasas de abstinencia disminuyen de manera considerable (alrededor del 10-15% a los 12 meses) (Sullivan y Covey, 2002; Richter y Arnsten, 2006; Veiga, 2016)

Estos datos llevan a pensar que en este grupo es donde más necesaria será la intensificación del tratamiento para alcanzar la abstinencia.

El momento en el que el paciente muestra mayor motivación para cambiar el hábito tabáquico suele ser cuando ha iniciado su abstinencia de alcohol (en caso de pacientes alcohólicos) (Kalman y cols., 2010) o, en el caso de personas con adicción a opiáceos, cuando se encuentran estabilizados en un programa de mantenimiento con metadona (Roig y cols., 2005).

Aunque no se dispone de datos definitivos, muy probablemente estos pacientes se podrían beneficiar de las mismas intervenciones generales que el resto de la población. En ellos suele ser también útil la entrevista motivacional. Lejos de las creencias habituales, estos pacientes presentan buena predisposición a abandonar el tabaco (Richter y Arnsten, 2006; Hall, 2007).

La fase de reducción puede incrementar la probabilidad de conseguir la abstinencia de tabaco en el futuro en estos pacientes. Las técnicas utilizadas en esta fase son las mismas que las aplicadas en los demás grupos descritos (incrementar espacios libres de humo, eliminar cigarrillos y estímulos asociados, utilizando además TSN oral como adyuvante).

La fase de cesación en estos pacientes presenta una circunstancia especial como es la cesación concomitante de dos sustancias: el tabaco y el otro tóxico. Mientras que unos estudios muestran un peor pronóstico en el tratamiento de la dependencia de sustancias si se trata de forma concomitante la dependencia de nicotina (Kalman y cols., 2001, 2006; Joseph y cols., 2004), otros concluyen que el tratamiento simultáneo no implica un empeoramiento en las recaídas en el alcohol ni otras sustancias (Bobo y cols., 1998; Cooney y cols., 2007; Nieva y cols., 2011). Es importante tener en cuenta la elevada comorbilidad de otros trastornos psicopatológicos en los pacientes con TUS y vigilar la evolución de estos trastornos durante el proceso de cesación tabáquica (Nocon y cols., 2007).

Una vez más la estrategia a seguir es la terapia multicomponente. La TCC ha mostrado su utilidad en pacientes con antecedentes de alcoholismo (Patten y cols., 2001). Un aspecto a tener en cuenta en la terapia psicológica es que los pacientes que ya han pasado por un proceso de cesación de otra sustancia, suelen tener más estrategias interiorizadas para afrontar el proceso de cesación tabáquica.

Respecto al tratamiento farmacológico, una vez descartadas las potenciales contraindicaciones, cualquiera de los fármacos de primera línea son útiles.

3.4.5. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La mayoría de las personas dependientes de sustancias ilegales presentan trastornos de la personalidad. La elevada prevalencia en los pacientes con trastorno de la personalidad puede ser debido a este hecho, ya que, como se ha visto anteriormente, la prevalencia de tabaquismo en estos pacientes con TUS es elevada.

Los sujetos con trastornos paranoide, límite y antisocial, serían los grupos con mayor prevalencia de consumo de tabaco (Sussman y cols., 2003). En cambio, los pacientes diagnosticados de trastorno obsesivo-compulsivo y con rasgos obsesivos de la personalidad marcados fuman menos, probablemente por sentimientos de preocupación, ansiedad y responsabilidad desmesurados o por probables rituales de limpieza.

Respecto al tratamiento para conseguir dejar de fumar, no se han descrito estrategias específicas. Sin embargo sí se debe llevar a cabo un determinado tratamiento (más intensivo que en la población general), ya que la intervención aportará un beneficio (Ballbè y Gual, 2012).

3.4.6. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Entre las personas con este tipo trastornos también existe un mayor consumo de tabaco. La peculiaridad que presenta el tabaquismo en este grupo de personas es la posible utilización del tabaco como método de control de peso (Anzengruber y cols., 2006) (“Si dejo de fumar, engordaré”). Otro rasgo típico de algunas personas con trastornos de conducta alimentaria es la impulsividad. Estos dos aspectos han de ser abordados durante el tratamiento para la cesación tabáquica.

3.5. DERIVACIÓN A UNIDADES ESPECIALIZADAS

En caso de que el primer centro de referencia (centro de Atención Primaria, medicina o enfermería del trabajo, consulta psicológica, consulta dental,...) no disponga de los recursos necesarios para intensificar la terapia en aquellos pacientes que lo necesiten, se hace conveniente, incluso necesario, derivarlos a un centro más especializado. Esta es una de las posibilidades de actuación con los pacientes con diagnósticos psiquiátricos, especialmente cuando no se ha conseguido una abstinencia mantenida con las intervenciones habituales en los recursos asistenciales habituales.

Aunque se puede conseguir que una gran parte de las personas con sintomatología o patología psiquiátrica puedan dejar de fumar sin necesidad de ser derivados, por cuestiones de eficacia y de operatividad, puede ser muy conveniente que sean derivadas a una unidad especializada en las que estén en condiciones de ofrecer sistemáticamente intervenciones intensivas y multicomponentes (Veiga y cols., 2012).

Estas unidades presentan la ventaja de:

- Disponer sistemáticamente de una mayor cantidad de tiempo, lo que permite realizar seguimientos más intensivos
- Disponer de una plantilla multidisciplinar, especializada en intervenciones efectivas en todos los rasgos de intensidad y específicas según la formación profesional de cada terapeuta
- Disponer de la capacidad realizar entrevistas de enfoque motivacional, importantes para establecer un vínculo terapéutico adecuado para el tratamiento de toda adicción.

Aunque la eficacia de las intervenciones en tabaquismo es tiempo-dependiente, la cuestión con los pacientes psiquiátricos (y con cualquiera que lo necesite) no sólo emplear más tiempo sino de cómo invertir este tiempo extra de las intervenciones intensivas. De manera resumida, podría decirse que las habilidades necesarias en estos casos no son propiamente farmacológicas (aunque evidentemente hay que saber manejar los fármacos, ya que los pacientes psiquiátricos están frecuentemente polimedicados), sino sobre todo, psicológicas y conductuales, como:

- Analizar detalladamente las ambivalencias, creencias erróneas y mitos o errores y corregirlos mediante reestructuración cognitiva.
- Aplicar de técnicas de control de estímulos, detención del pensamiento y contratos de contingencias para las primeras semanas de abstinencia y quizá también en técnicas de relajación
- Entrenar en habilidades sociales y técnicas de resolución de problemas como método para ayudar al paciente a desarrollar mecanismos alternativos de afrontamiento.
- Ayudar a la búsqueda activa de apoyo social durante el intento de abandono.
- Ayudar para el afrontamiento adaptativo de estados de ánimo negativos.

4. CONCLUSIONES

- 1.** Las personas con trastornos psiquiátricos tienen mayor prevalencia de consumo de tabaco y, probablemente, una mayor dependencia de la nicotina en comparación con la población general. Sin embargo, no suelen apreciarse diferencias significativas en la disposición para dejar de fumar.
- 2.** Dentro de los trastornos psiquiátricos, el TUS es el que presenta mayores porcentajes de tabaquismo entre las personas que lo padecen. También presentan prevalencias muy altas las personas con trastornos psicóticos o trastorno bipolar.
- 3.** Las personas con trastornos psiquiátricos presentan en general menores tasas de cesación que la población general. Sin embargo, no hay ningún trastorno psiquiátrico que impida conseguir la cesación.
- 4.** Se desconocen aún las razones que justifican las menores tasas de cesación en pacientes psiquiátricos. Algunas causas asociadas con una menor cesación y más prevalentes en las personas psiquiátricas (como mayor dependencia de la nicotina, mayor sintomatología depresiva, mayor nivel de estrés, menor apoyo familiar, tiempo de abstinencia alcanzado en intentos previos) sólo explican de modo muy parcial estas menores cesaciones.
- 5.** La combinación de psicoterapia y farmacoterapia es la forma de tratamiento en el abandono del tabaco que ha demostrado mayor efectividad, tanto en población general como en personas con trastornos psiquiátricos.
- 6.** Los fármacos más útiles son la TSN, bupropion y vareniclina. La única razón por la que se emplean es porque su uso continuado (durante 8-12 semanas) aumenta las tasas de cesación a largo plazo.
- 7.** Las intervenciones en la mayor parte de los pacientes con trastornos psiquiátricos han de ser más intensivas. Esto implica dedicar más tiempo, el cual resultará más efectivo si se divide en un mayor número de sesiones, y emplear los adecuados recursos conductuales propios de los trastornos adictivos.

- 8.** No es estrictamente necesario el uso de técnicas psicológicas específicas en este grupo de pacientes. Se pueden utilizar técnicas empleadas con la población general, pero adaptándose a las capacidades cognitivas del paciente.
- 9.** Probablemente el periodo donde se debe dedicar más tiempo al paciente es en las primeras 6 semanas tras el día D, ya que es donde se ha descrito una mayor diferencia entre las recaídas entre pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos.
- 10.** Los PAHs presentes en el tabaco inducen, vía citocromo P450, el metabolismo de determinados fármacos utilizados en el tratamiento de las patologías psiquiátricas. Esta interacción desaparece al dejar de fumar, lo que puede obligar a disminuir las dosis de psicofármacos.
- 11.** Las técnicas de abordaje y tratamiento de la cesación tabáquica son bastante similares en los distintos trastornos psiquiátricos. Sin embargo, deben tenerse en cuenta diversas circunstancias diferenciales entre los distintos trastornos que pueden facilitar o dificultar el proceso de abandono del tabaco.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Anderson GD, Chan LN. Pharmacokinetic Drug Interactions with Tobacco, Cannabinoids and Smoking Cessation Products. Clin Pharmacokinet. 2016 Apr 22. DOI 10.1007/s40262-016-0400-9.
- 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 pii: S0140-6736(16) 30272-0.
- Anzengruber D, Klump KL, Thornton L et al. Smoking in eating disorders. Eat Behav 2006; 7: 291-9.
- Aubin HJ, Rollema H, Svensson TH, Winterer G. Smoking, quitting, and psychiatric disease: a review. Neurosci Biobehav Rev 2012; 36: 271-84.
- Aubin HJ. Management of emergent psychiatric symptoms during smoking cessation. Curr Med Res Opin 2009; 25: 519-25.
- Ayesta FJ, Galán MD. Abordaje clínico general del consumo de tabaco. En: Master Interuniversitario en Tabaquismo (MIT) Tema M5T6. Univ. Cantabria - Univ. Sevilla; 2012.
- Ayesta FJ, Rodríguez M, Santamaría J. Trastornos adictivos - Farmacodependencias. En Flórez J (ed) Farmacología Humana. 6ª ed. Barcelona: Masson; 2014. pp: 547-67.
- Ayesta FJ, Rodríguez M. Bases biológicas, conductuales y sociales de las dependencias: tabaco y nicotina. Santander: Manual PIUFET; 2007.
- Ballbè M, Gual A, coordinadores. Guía de intervención clínica en el consumo de tabaco en pacientes con trastorno mental. Barcelona: Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum, Institut Català d'Oncologia, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2012.
- Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? Addiction. 2010; 105:1176-1189.
- Becoña E, Iglesias E. Tabaco, ansiedad y estrés. Adicciones 2003; 3: 70-92.
- Becoña E. Tratamiento del tabaquismo. En: Graña JL, editores. Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento. Madrid: Debate, 1994.
- Bobes J, Arango C, Aranda P, Carmenta R, Garcia-Garcia M, Rojas J; CLAMORS Study Collaborative Group. Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizoaffective disorder treated with antipsychotics: results from the CLAMORS study. Eur Psychiatry 2012;27:267-74.
- Bobes J, Sáiz Ruiz J, Manuel Montes J, Mostaza J, Rico-Villademoros F, Vieta E; en representación del Grupo de Expertos para el Consenso de la Salud Física del Paciente con Trastorno Bipolar. Spanish consensus on physical health of patients with bipolar disorder. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2008;1:26-37.
- Bobo JK, McIlvain HE, Lando HA, Walker RD, Leed-Kelly A. Effect of smoking cessation counseling on recovery from alcoholism: findings from a randomized community intervention trial. Addiction Hughes JR, Kalman D. Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? Drug Alcohol Depend 2006; 82: 91-102.

- Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 5: CD006103.
- Carreras JM, Quesada M. Manejo de pacientes con patología psiquiátrica. En: Master Interuniversitario en Tabaquismo (MIT) Tema M5T4. Univ. Cantabria - Univ. Sevilla; 2012.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Vital signs: current cigarette smoking among adults aged ≥ 18 years with mental illness - United States, 2009-2011. *MMWR* 2013; 62:81-87.
- Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis* 2006;3:A42.
- Cooney NL, Litt MD, Cooney JL, Pilkey DT, Steinberg HR, Oncken CA. Concurrent brief versus intensive smoking intervention during alcohol dependence treatment. *Psychol Addict Behav* 2007; 21: 570-5.
- Desai HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs* 2001;15:469-94
- 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;10:439-46.
- El-Guebaly N, Cathcart J, Currie S, Brown D, Gloster S. Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders. *Psychiatr Serv*. 2002; 53: 1166-70.
- Eriksen M, Mackay J, Schluger N, Gomeshtapeh FI, Drope J. The tobacco atlas (5th edition). American Cancer Society, Atlanta, GA; 2015
- Fergusson DM, Goodwin RD, Horwood LJ. Major depression and cigarette smoking: results of a 21-year longitudinal study. *Psychol Med* 2003;33:1357-67.
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
- Galán MD, Redondo J. Tratamiento con bupropión. En: Master Interuniversitario en Tabaquismo (MIT) Tema M3T4. Univ. Cantabria - Univ. Sevilla; 2012.
- Glassman AH, Covey LS, Stetner F, Rivelli S. Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet* 2001;357:1929-32.
- Gonzalez-Pinto A, Gutierrez M, Ezcurra J, Aizpuru F, Mosquera F, Lopez P, et al. Tobacco smoking and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:225-8.
- Goodwin R, Hamilton SP. Cigarette smoking and panic: the role of neuroticism. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1208-13.
- 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; 11:1107-15.
- 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; 37:682-5.

- Gunnell D, Irvine D, Wise L, Davies C, Martin RM. Varenicline and suicidal behaviour: a cohort study based on data from the General Practice Research Database. *BMJ* 2009; 339: b3805.
- Gutiérrez Bardeci L, Otero L, Amo Md, Ayesta FJ. Evaluación de una intervención para dejar de fumar en personas con enfermedad mental. *Revista Española de Salud Pública* 2013; 87:629-638.
- Hall SM. Nicotine interventions with comorbid populations. *Am J Prev Med* 2007; 33: S406-13.
- Haustein KO. Smoking and low socio-economic status. *Gesundheitswesen* 2005; 67: 630-7.
- Himelhoch S, Daumit G. To whom do psychiatrists offer smoking-cessation counseling? *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2228-30.
- Hughes JR, Kalman D. Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? *Drug Alcohol Depend* 2006; 82: 91-102.
- Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 1:CD000031.
- Hughes, JR. Smoking and suicide: a brief overview. *Drug Alcohol Depend* 2008; 98:169-78.
- 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.
- Joseph AM, Willenbring ML, Nugent SM, Nelson DB. A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment. *J Stud Alcohol* 2004; 65: 681-91.
- Kalman D, Hayes K, Colby SM, Eaton CA, Rohsenow DJ, Monti PM. Concurrent versus delayed smoking cessation treatment for persons in early alcohol recovery. A pilot study. *J Subst Abuse Treat* 2001; 20: 233-8.
- Kalman D, Kahler CW, Garvey AJ, Monti PM. High-dose nicotine patch therapy for smokers with a history of alcohol dependence: 36-week outcomes. *J Subst Abuse Treat* 2006; 30: 213-7.
- Kalman D, Kim S, Di Girolamo G, et al. 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. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 12-24.
- Khaled SM, Bulloch AG, Williams JV, Hill JC, Lavorato DH, Patten SB. Persistent heavy smoking as risk factor for major depression (MD) incidence--evidence from a longitudinal Canadian cohort of the National Population Health Survey. *J Psychiatr Res* 2012; 46:436-43.
- Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000; 284: 2606-10.
- Leventhal AM, Ramsey SE, Brown RA, LaChance HR, Kahler CW. Dimensions of depressive symptoms and smoking cessation. *Nicotine Tob Res* 2008; 10:507-517.
- Mackowick KM, Lynch MJ, Weinberger AH, George TP. Treatment of tobacco dependence in people with mental health and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14:478-485.
- Marks JL, Hill EM, Pomerleau CS, Mudd SA, Blow FC. Nicotine dependence and withdrawal in alcoholic and nonalcoholic ever-smokers. *J Subst Abuse Treat* 1997; 14: 521-7.
- Martínez-Ortega JM, Gurpegui M, Díaz FJ, de León J. Tabaco y esquizofrenia. *Adicciones* 2004; 16: 177-9.

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; 202:62-67.

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. *Int J Environ Res Public Health* 2013; 10:4790-4811.

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: 245-72.

Morris C, Waxmonsky J, May M, Giese A, Martin S. Smoking cessation for persons with mental illnesses. A Toolkit for Mental Health Providers. State Tobacco Education and Prevention Partnership, Colorado Department of Public Health and Environment, Denver, 2009.

Nieva G, Ortega LL, Mondón S et al. Simultaneous versus delayed treatment of tobacco dependence in alcohol-dependent outpatients. *Eur Addict Res* 2011; 17: 1–9.

Nocon A, Berge D, Astals M, Martin-Santos R, Torrens M. Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit. *Eur Addict Res* 2007; 13: 192-200.

Olivier D, Lubman DI, Fraser R. Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: biopsychosocial perspective. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41: 572-80.

Patten CA, Martin JE, Calfas KJ, Lento J, Wolter TD. Behavioral treatment for smokers with a history of alcoholism: predictors of successful outcome. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 796-801.

Prochaska JJ, Hall SM, Tsoh JY et al. Treating tobacco dependence in clinically depressed smokers: effect of smoking cessation on mental health functioning. *Am J Public Health* 2008; 98: 446-8.

Prochaska JJ, Rossi JS, Redding CA et al. Depressed smokers and stage of change: implications for treatment interventions. *Drug Alcohol Depend* 2004; 76: 143-51.

Prochaska JJ. Smoking and Mental Illness - Breaking the Link. *N Engl J Med* 2011; 365: 196-8.

Ragg M, Gordon R, Ahmed T, Allan J. The impact of smoking cessation on schizophrenia and major depression. *Australas Psychiatry* 2013; 21: 238-45.

Raich A, Fernández T, Cano M et al. Características del hábito tabáquico en una muestra de enfermos psicóticos. *Prevención del tabaquismo* 2007; 9: 51-6.

Ranney L, Melvin C, Lux L, McClain E, Lohr KN. Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. *Ann Intern Med* 2006; 145: 845-56.

Richter KP, Arnsten JH. A rationale and model for addressing tobacco dependence in substance abuse treatment. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2006;1:23.

Rodríguez M, Ayesta FJ, Azabal Arroyo M, Lozano Rodríguez F. Ayudando a dejar de fumar: una guía para el dentista. Madrid: Consejo General de Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de España; 2010.

Rodríguez M, Veiga S, Ayesta FJ. Bases biológicas de la dependencia nicotínica. En: Master Interuniversitario en Tabaquismo (MIT) Tema M1T2. Univ. Cantabria - Univ. Sevilla; 2012.

- Roig P, García-Vicent V, Redondo J. Manejo del paciente con otros consumos. En: Master Interuniversitario en Tabaquismo (MIT) Tema M5T6. Univ. Cantabria - Univ. Sevilla; 2012.
- Roig P, Sabater E, Borràs T, Sesmilo M, Pinet C. El tabaquismo en pacientes con otras dependencias. *Revista Española de Toxicomanías* 2005; 43: 29-36.
- Ruther 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: 65-82.
- Schroeder SA, Morris CD. Confronting a neglected epidemic: tobacco cessation for persons with mental illnesses and substance abuse problems. *Annu Rev Public Health*. 2010; 31:297-314
- Sees KL, Clark HW. When to begin smoking cessation in substance abusers. *J Subst Abuse Treat* 1993; 10:189-95.
- 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: 875-81.
- Sobradie N, García-Vicent V. Consumo de tabaco y patología psiquiátrica. *Trastornos Adictivos* 2007; 09:31-38.
- Solty H, Crockford D, White WD, Currie S. Cigarette smoking, nicotine dependence, and motivation for smoking cessation in psychiatric inpatients. *Can J Psychiatry* 2009;54:36-45.
- Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 11:CD000146.
- Steinberg ML, Williams JM, Ziedonis DM. Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. *Tobacco Control* 2004; 2:206.
- Sullivan MA, Covey LS. Current perspectives on smoking cessation among substance abusers. *Curr Psychiatry Rep* 2002; 4: 388-96.
- Sussman S, McCuller WJ, Dent CW. The associations of social self-control, personality disorders, and demographics with drug use among high-risk youth. *Addict Behav* 2003; 28: 1159-66.
- 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 Feb 13; 348:g1151.
- Tolstoi L. Why do men stupefy themselves? Original in *Essay and Letters* (1911)
- Trull TJ, Waudby CJ, Sher KJ. Alcohol, tobacco, and drug use disorders and personality disorder symptoms. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2004;12:65-75.
- 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: 368-74.
- Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2:CD007253.
- Valle C. Asociación epidemiológica y neurobiológica entre consumo de tabaco y patología psiquiátrica. Trabajo fin de grado, Universidad de Cantabria, 2016.
- Veiga S, Martín F, Galán MD. La atención especializada en tabaquismo: criterios de derivación. En: Master Interuniversitario en Tabaquismo (MIT) Tema M5T1. Univ. Cantabria - Univ. Sevilla; 2012.

Veiga S. Influencia de la presencia de patología psiquiátrica en la cesación tabáquica. Estudio de los pacientes tratados entre 2006 y 2014 en la UDESTA. Tesis doctoral para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Cantabria. Santander: Universidad de Cantabria; 2016.

Waxmonsky JA, Thomas MR, Miklowitz DJ, Allen MH, Wisniewski SR, Zhang H, et al. Prevalence and correlates of tobacco use in bipolar disorder: data from the first 2000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program. *Gen Hosp Psychiatry* 27:321-8

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: 1691-715.

Ziedonis DM, Kosten TR, Glazer WM, Frances RJ. Nicotine dependence and schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:204-6.

Zvolensky MJ, Farris SG, Leventhal AM, Ditre JW, Schmidt NB. Emotional disorders and smoking: relations to quit attempts and cessation strategies among treatment-seeking smokers. *Addict Behav* 2015; 40:126-31.