

# Tabaquismo en pacientes con diagnóstico psiquiátrico

JUAN TREBILCOCK G.\*

## Smoking in patients with psychiatric diagnosis

*Smoking is a highly prevalent problem in the psychiatric population. Tobacco use within them is associated with higher mortality, severity of psychiatric symptoms and also interacts with medications. The presence of psychiatric symptoms increases the possibility of using tobacco, but also the mental health teams have historically encouraged the use of this substance. In addition, tobacco use is associated with a higher risk of psychiatric symptoms. Pharmacological treatments available for smoking cessation have proven to be safe and effective in stable psychiatric patients.*

**Key words:** Smoking; smoking cessation; tobacco use disorders; mental health.

## Resumen

*El tabaquismo es un problema altamente prevalente en la población de pacientes con diagnóstico psiquiátrico. El uso de tabaco dentro de ellos se asocia a mortalidad, gravedad de los síntomas psiquiátricos e interacción con los medicamentos. La presencia de síntomas psiquiátricos aumenta la posibilidad de usar tabaco, pero a la vez los equipos de salud mental han incentivado históricamente el uso de esta sustancia. Por otra parte, el uso de tabaco se asocia a mayor riesgo de síntomas psiquiátricos. Los tratamientos farmacológicos disponibles para cesar el hábito tabáquico han probado ser seguros y efectivos en pacientes con diagnóstico psiquiátrico estables.*

**Palabras clave:** Fumar; dejar de fumar; tabaquismo; salud mental.

## Introducción

Seis millones de personas mueren cada año por enfermedades relacionadas con el uso de tabaco, de estas alrededor de un 10% son causadas por tabaco de segunda mano<sup>1</sup>. En el actual escenario se proyecta que para el año 2025 habrá 1,1 billón de fumadores en el mundo. Por esta razón, en la asamblea de la OMS de 2013 se acordó entre los países miembros puedan reducir la prevalencia de consumo de tabaco en 30% en personas mayores de 15 años<sup>1</sup>. Se ha estimado que sólo el 23% de los países tiene un alta posibilidad de alcanzar la meta de reducción de un 30% de los fumadores<sup>2</sup>. Del total de fumadores un porcentaje relevante tiene patología psiquiátrica. **Las personas con diagnóstico de enfermedad mental fallecen entre 10 a 20 años antes que aquellos sin pa-**

**tología psiquiátrica<sup>3</sup>. La principal causa que explica esta diferencia es el tabaquismo<sup>4</sup>.**

## Prevalencia de consumo de tabaco en población psiquiátrica

Los pacientes con enfermedad mental han sido señalados como un grupo de riesgo con características especiales en relación al tabaco. En general, este grupo tiene mayor prevalencia de tabaquismo, son fumadores más adictos a la nicotina y tienen menor probabilidades de cesación en relación a población general<sup>5,6</sup>. Un estudio representativo de la población de EE.UU muestra que aquellos con cualquier diagnóstico psiquiátrico actual tienen 3,23 veces más riesgo de ser fumador comparados con los sin diagnóstico psiquiátrico<sup>7</sup>. Adicionalmente, una mayor pro-

\* Dpto. Psiquiatría, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

porción de grandes fumadores fueron encontrados en el grupo de personas con enfermedad mental y tenían 25% menos de posibilidad de suspender el tabaco. En el reporte del Colegio de Psiquiatras Británicos se estimó que del total de 10 millones de fumadores en Reino Unido alrededor de 3 millones tienen enfermedad mental. Además, el 33% de las personas con cualquier diagnóstico psiquiátrico son fumadores regulares. Se ha calculado que el 42% de todos los cigarrillos consumidos en Inglaterra son por personas con trastorno mental<sup>8</sup>.

La base de datos THIN (*Health Improvement Network*) contiene la información de cerca de 8 millones de pacientes registrados en atención primaria en Reino Unido. Para el año 2009-2010 se estimó una prevalencia de tabaquismo en población general de 19,7% [I.C 95% 19,1-20,2]. En los individuos con cualquier diagnóstico de enfermedad mental la prevalencia de tabaquismo fue de 30,3 [29,4-31,2] Para pacientes con diagnóstico de trastornos relacionados a esquizofrenia 44,6 [41,4-47,7] y desorden bipolar 36,7 [33,6-39,8]. Por otro lado, los datos aportados por *Adult Psychiatric Morbidity Surveys* [APMS] de Reino Unido del año 2007 muestran la mayor prevalencia de consumo de tabaco dentro de los pacientes psiquiátricos. Para cualquier trastorno mental la prevalencia de tabaquismo alcanza 33%. En el caso de los trastornos de ansiedad generalizada 36% y depresión 37%. Los pacientes con diagnóstico de probable psicosis tuvieron una proporción de 40% y los dependientes a alcohol 46%. Las proporciones más elevadas se encontraron en pacientes con antecedentes de intento de suicidio previo 57% y dependientes a drogas ilícitas 69%. La proporción de fumadores pesados para población general medida por criterios *Heavy Smoking Index* alcanzó 5%. En pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátricos esta proporción alcanzó 10,4% [7,70-13,8] con las proporciones más altas encontradas en pacientes con probable diagnóstico de psicosis 28,5 [8,56-63,0] y trastorno obsesivo compulsivo 30,4 [16,3-49,4].

### **Efecto del tabaquismo en la salud mental**

La evidencia disponible sugiere que la relación entre tabaquismo y salud mental es bidireccional. Por un lado, los individuos con síntomas mentales presentan un riesgo elevado de iniciar el tabaco. Por ejemplo, en un estudio prospectivo de 1.293 estudiantes, se encontró que los síntomas depresivos son un factor de riesgo para desarrollar dependencia al tabaco<sup>9</sup>. Por otra parte, las

personas que fuman tienen mayor riesgo de desarrollar una enfermedad mental. Un meta-análisis de caso control mostró que los fumadores tenían 3,22 veces mayor riesgo de desarrollar una psicosis en relación a los no fumadores<sup>10</sup>. Asimismo, la llamada hipótesis de automedicación señala que los individuos con enfermedad mental buscan lidiar con sus síntomas como ansiedad, depresión y desconcentración por medio de los efectos psicofarmacológicos del tabaco<sup>11</sup>. Sin embargo, es difícil diferenciar en que medida estos síntomas son productos de la abstinencia a nicotina o generan un alivio real. En contraste a estos probables beneficios, un meta-análisis demostró que dejar de fumar mejoraba significativamente síntomas ansiosos, depresivos y de estrés en personas con o sin diagnóstico de enfermedad mental<sup>12</sup>.

Los fumadores con enfermedad mental tienen ciertas características particulares, generalmente fuman más cigarrillos e inhalan más profundamente el humo del tabaco<sup>13</sup> lo que puede complicar la evolución de la patología. La dependencia tabaco en pacientes esquizofrénicos ha sido asociada con mayor intensidad de síntomas positivos, aumento de consumo de drogas, hospitalizaciones más frecuentes y mayor riesgo suicida<sup>14</sup>.<sup>15</sup> En resumen la relación entre tabaco y salud mental es compleja y todavía se necesita mayor investigación para dilucidar para entenderla.

### **Factores determinantes del tabaquismo en salud mental**

Además de los factores biológicos y psicológicos los determinantes sociales cumplen un rol fundamental perpetuando la epidemia de tabaquismo. Los factores que promueven el tabaquismo en los pacientes con trastornos psiquiátricos se dan en distintos niveles y se han denominado como “cultura de fumar”<sup>16</sup>. Los estudios señalan tres principales causas de esta cultura: las actitudes y creencia del equipo de salud mental, el conocimiento en relación al tabaquismo y la alta prevalencia de consumo de tabaco dentro de los profesionales.

Las percepciones del equipo de salud mental juegan un papel fundamental en la perpetuación de esta cultura de fumar. Los cigarrillos a menudo se han utilizado como castigo y refuerzo positivo. Nash en una entrevista de un grupo de estudiantes de enfermería refiere que el 84% ha experimentado el uso de cigarrillos para cambiar alguna conducta, por ejemplo, de higiene, salir de la cama o tomar los medicamentos<sup>17</sup>. Lawn señala que el cigarrillo se ha convertido en una moneda

de intercambio que modula la interacción entre los funcionarios y pacientes<sup>18</sup>. Adicionalmente, muchos del personal expresan que el uso del tabaco es un derecho personal. Dwyer encontró que el 95,5% de las enfermeras de las enfermeras que fumaban defendían el derecho de fumar de los pacientes<sup>19</sup>. Esto puede explicar en parte por que aunque alrededor del 50% de los pacientes consultantes quiere dejar el tabaco muchas veces no reciben el consejo profesional para suspender el tabaquismo<sup>20</sup>. Ratschen describe que menos de la mitad 42% del personal cree que el manejo del tabaquismo no es responsabilidad del equipo de salud mental<sup>21</sup>. El uso de tabaco en se tiende a apreciar como un asunto menos importante.

El desconocimiento y errores conceptuales en el abordaje del tabaquismo por parte del equipo de salud mental limitan la capacidad de intervención. En una evaluación de equipos de hospitalización en salud mental se informa que el 41% de los doctores no sabían que el tabaquismo podía disminuir los niveles de antipsicóticos, además el 36,4% del personal de salud mental creía que la nicotina es carcinogénica<sup>21</sup>.

### **Tratamiento del tabaquismo en pacientes con patología psiquiátrica**

Las personas con enfermedad mental refieren que quieren dejar de fumar en porcentaje similar a otros fumadores, sin embargo, enfrentan más barreras para ingresar a tratamientos<sup>22</sup>. Los profesionales de la salud mental por mucho tiempo han sido reticentes a ofrecer terapia de cesación tabáquica en pacientes con enfermedad mental<sup>16</sup>. Por otra parte, los estudios publicados sugieren que las mismas intervenciones que son efectivas en la población general también lo son en clientes con enfermedad mental grave<sup>23</sup>. Un revisión Cochrane demostró que bupropión era más efectivo que placebo a 6 meses [RR 2,78; 95% IC 1,02 a 7,58] sin reportarse eventos adversos mayores. Asimismo, vareniclina también es una ayuda efectiva que aumenta las posibilidades de abstinencia al final del tratamiento [RR 4,74, 95% IC 1,34 a 16,71]. No se encontró evidencia concluyente de la eficacia de la terapia de reemplazo de nicotina sobre placebo<sup>24</sup>. Los estudios sugieren que en pacientes psiquiátricos estables las intervenciones para dejar de fumar no incrementan la sintomatología. **Es más, en pacientes con trastornos ansiosos y depresivos podría observarse una mejoría considerable de estos síntomas. Mientras tanto, en pacientes psicóticos no habría empeoramiento de la patología de base<sup>25</sup>.**

### **Bibliografía**

- 1.- W.H.O. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015 1 June 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf?ua=1).
- 2.- BILANO V, GILMOUR S, MOFFIET T, D'ESPAIGNET ET, STEVENS GA, COMMAR A, et al. Global trends and projections for tobacco use, 1990-2025: an analysis of smoking indicators from the WHO Comprehensive Information Systems for Tobacco Control. *Lancet* 2015; 385(9972): 966-76.
- 3.- CHESNEY E, GOODWIN GM, FAZEL S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 2014; 13(2): 153-60.
- 4.- Royal College of Physicians Royal College of Psychiatrists. Smoking and mental health. London: 2013.
- 5.- MENDELSON CP, KIRBY DP, CASTLE DJ. Smoking and mental illness. An update for psychiatrists. *Australas* 2015; 23: 37-43.
- 6.- WILLIAMS JM, STEINBERG ML, GRIFFITHS KG, COOPERMAN N. Smokers with behavioral health comorbidity should be designated a tobacco use disparity group. *American journal of public health* 2013; 103: 1549-55.
- 7.- SMITH PH, MAZURE CM, MCKEE SA. Smoking and mental illness in the U.S. population. *Tobacco control* 2014; 23(e2): e147-53.
- 8.- MCMANUS S, MELTZER H, CAMPION J. Cigarette smoking and mental health in England. Data from the Adult Psychiatric Morbidity Survey National Centre for Social Research. 2010.
- 9.- KARP I, O'LOUGHLIN J, HANLEY J, TYNDALE RF, PARADIS G. Risk factors for tobacco dependence in adolescent smokers. *Tobacco control* 2006; 15: 199-204.
- 10.- GURILLO P, JAUHAR S, MURRAY RM, MACCABE JH. Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2015 Aug;2(8):718-725. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00152-2.
- 11.- KUMARI V, POSTMA P. Nicotine use in schizophrenia: the self medication hypotheses. *Neuroscience and biobehavioral reviews* 2005; 29: 1021-34.
- 12.- 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. *Brit Med J* 2014; 348: 2216.
- 13.- TIDEY JW, ROHSENOW DJ, KAPLAN GB, SWIFT RM. Subjective and physiological responses to smoking cues in smokers with schizophrenia. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco* 2005; 7: 421-9.
- 14.- AGUILAR MC, GURPEGUI M, DIAZ FJ, DE

- LEÓN J. Nicotine dependence and symptoms in schizophrenia: naturalistic study of complex interactions. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 2005; 186: 215-21.
- 15.- ZIEDONIS DM, AMASS L, STEINBERG M, WOODY G, KREJCI J, ANNON JJ, et al. Predictors of outcome for short-term medically supervised opioid withdrawal during a randomized, multicenter trial of buprenorphine-naloxone and clonidine in the NIDA clinical trials network drug and alcohol dependence. *Drug and alcohol dependence* 2009; 99: 28-36.
- 16.- LAWN SJ. Systemic barriers to quitting smoking among institutionalised public mental health service populations: a comparison of two Australian sites. *The International journal of social psychiatry* 2004; 50: 204-15.
- 17.- NASH MJ, ROMANOS MT. An exploration of mental health nursing students' experiences and attitudes towards using cigarettes to change client's behaviour. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2010; 17: 683-91.
- 18.- LAWN S. Integrating service user participation in mental health care: what will it take? *International journal of integrated care* 2015; 15: e004.
- 19.- DWYER T, BRADSHAW J, HAPPELL B. Comparison of mental health nurses' attitudes towards smoking and smoking behaviour. *International journal of mental health nursing* 2009; 18: 424-33.
- 20.- PECKHAM E, BRADSHAW TJ, BRABYN S, KNOWLES S, GILBODY S. Exploring why people with SMI smoke and why they may want to quit: baseline data from the SCIMITAR RCT. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2015.
- 21.- RATSCHEN E, BRITTON J, DOODY GA, LEONARDI-BEE J, MCNEILL A. Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. *General hospital psychiatry* 2009; 31: 576-82.
- 22.- Health AoSa. *The Stolen Years* 2016. Available from: [http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH\\_1018.pdf](http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_1018.pdf).
- 23.- Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction*. 2010;105:1176-89.
- 24.- TSOI DT, PORWAL M, WEBSTER AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews* 2013; 2: CD007253.
- 25.- 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; 387(10037): 2507-20.